

**CONTRACTES 2017**  
**OBJECTIUS VINCULATS A LA CONTRAPRESTACIÓ PER RESULTATS**  
**ALTRES OBJECTIUS**

**OBJECTIUS TRANSVERSALS**

Divisió de Planificació Operativa i Projectes  
Barcelona, febrer 2017

## ÍNDEX

INTRODUCCIÓ.....	1
1. OBJECTIUS VINCULATS A LA CONTRAPRESTACIÓ PER RESULTATS.....	3
1.1 OBJECTIUS TRANSVERSALS COMUNS A TOTES LES AGA VINCULATS A LA CONTRAPRESTACIÓ PER RESULTATS .....	3
1.2 OBJECTIUS TRANSVERSALS ESPECÍFICS SEGONS CARACTERÍSTIQUES D'AGA VINCULATS A LA CONTRAPRESTACIÓ PER RESULTATS.....	3
2. OBJECTIUS TRANSVERSALS SENSE REPERCUSIÓ ECONÒMICA.....	3
2.1 OBJECTIUS TRANSVERSALS COMUNS A TOTES LES AGA SENSE REPERCUSIÓ ECONÒMICA .....	3
2.2 OBJECTIUS TRANSVERSALS ESPECÍFICS SEGONS CARACTERÍSTIQUES D'AGA SENSE REPERCUSSIÓ ECONÒMICA .....	4
3. INDICADORS D'AVUACIÓ.....	5
3.1 INDICADORS TRANSVERSALS COMUNS A TOTES LES AGA VINCULATS A LA CONTRAPRESTACIÓ PER RESULTATS .....	5
3.2 INDICADORS TRANSVERSALS COMUNS A TOTES LES AGA SENSE REPERCUSIÓ ECONÒMICA.....	11
3.4 INDICADORS TRANSVERSALS ESPECÍFICS SEGONS CARACTERÍSTIQUES D'AGA SENSE REPERCUSSIÓ ECONÒMICA .....	16
4. REQUERIMENTS DE DADES.....	19
ANNEX: LÍNIES ASSISTENCIALS QUE AFECTEN ELS OBJECTIUS TRANSVERSALS .....	20

## INTRODUCCIÓ

D'acord amb el decret 118/2014, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut (CatSalut), la contractació dels serveis d'atenció primària i d'atenció especialitzada de l'any 2017 s'ajusta al nou sistema d'assignació territorial de recursos i de contractació.

La contraprestació per resultats (CPR) que va establir aquest decret es determina en funció de l'assoliment d'uns resultats organitzatius, clínics i de salut vinculats a objectius dels contractes i convenis de gestió de serveis.

Així mateix, els contractes d'atenció a la salut mental i d'atenció socio sanitària inclouen la formulació d'un conjunt d'objectius l'assoliment dels quals es vincula a una parta variable (PV) en el pagament, diferent en funció de les diverses línies assistencials

La formulació d'aquests objectius contractuals corresponents a l'any 2017 continua centrada en les prioritats que estableixen el Pla de salut (PS) i els plans directors, així com en els objectius estratègics de la compra de serveis del CatSalut. Es manté la prioritat de potenciar l'atenció a la cronicitat, la resolució dels serveis i l'eficiència.

En aquest document es presenta la definició dels objectius transversals que impliquen més d'una línia assistencial (i, eventualment, més d'una entitat proveïdora) en un mateix territori, les àrees de gestió assistencial (AGA), de manera que s'incentivi la col·laboració entre línies i proveïdors per tal de fer possible l'assoliment dels objectius territorials plantejats.

Per altra banda i amb el propòsit de no desvirtuar l'incentiu econòmic que representa l'assoliment dels objectius vinculats a la CPR i a la PV, se'n formula un nombre relativament reduït i se seleccionen amb criteris de factibilitat i de disponibilitat de dades consistents per a l'avaluació del seu assoliment. Per aquest motiu, es formulen en els contractes altres objectius que també gaudeixen de prioritat però que no tindran repercussió econòmica en el pagament.

En relació amb aquests objectius no vinculats a la CPR ni a la PV, es fixaran contractualment els corresponents graus d'assoliment, es defineixen els seus indicadors d'avaluació i també seran, per tant, objecte d'avaluació, amb la possibilitat que s'inclouin en la CPR o la PV dels contractes de futurs exercicis.

Com és habitual, correspon a les regions sanitàries d'establir el nivell d'assoliment de cadascun dels objectius, tenint en compte, en cada cas, els valors de referència que es defineixen per al conjunt de Catalunya, però també el punt de partida de cada unitat proveïdora (UP) o àmbit territorial, així com els condicionants particulars i l'esforç necessari per assolir l'objectiu, de manera que constitueixi un element per incentivar la millora, no s'estableixin fites poc realistes i no es penalitzi les UP que més hi hagin treballat prèviament.

Quant a les ponderacions econòmiques, correspon també a les regions sanitàries distribuir el percentatge de la CPR o la PV que es vincula a l'assoliment de cadascun dels objectius, estabint-lo de manera flexible, tenint en compte l'import econòmic que signifiqui i les característiques i prioritats per a cada AGA i per a cada UP. Quant a les ponderacions econòmiques, correspon també a les regions sanitàries distribuir el percentatge de la CPR o la PV que es vincula a l'assoliment de cadascun dels objectius,

estabint-lo de manera flexible, tenint en compte l'import econòmic que signifiqui i les característiques i prioritats per a cada AGA i per a cada UP

Els objectius transversals, com la resta d'objectius, s'agrupen en dues categories bàsiques: objectius vinculats a la CPR o a la PV i objectius sense repercusió econòmica; dins d'aquests dos grups, els objectius poden ser comuns a totes les AGA, específics segons característiques d'AGA o específics de regió sanitària.

<b>objectius transversals vinculats a la CPR/PV</b>	<b>n objectius</b>
comuns a totes les AGA	4
específics segons característiques d'AGA	-
específics de regió sanitària	entre 0 i 1
<b>subtotal objectius transversals vinculats a la CPR</b>	<b>entre 4 i 5</b>
<b>objectius transversals sense repercusió econòmica</b>	<b>n objectius</b>
comuns a totes les AGA	4
específics segons característiques d'AGA	entre 0 i 3
específics de regió sanitària	entre 0 i 1
<b>subtotal objectius transversals sense repercusió econòmica</b>	<b>entre 4 i 8</b>
<b>total</b>	<b>entre 8 i 13</b>

L'any 2017, els objectius transversals comuns vinculats a la CPR es distribueixen de la següent manera entre les diferents línies assistencials (podria afegir-s'hi un possible objectiu transversal específic de regió sanitària, que podria implicar de forma diverses a les quatre línies assistencials):

<b>línia assistencial</b>	<b>n objectius transversals</b>
atenció primària	4
atenció especialitzada	4
atenció a la salut mental <sup>(1)</sup>	2
atenció sociosanitària <sup>(1)</sup>	2

<sup>(1)</sup> nombre d'objectius variable segons línia contractual

## 1. OBJECTIUS VINCULATS A LA CONTRAPRESTACIÓ PER RESULTATS

### 1.1 Objectius transversals comuns a totes les AGA vinculats a la contraprestació per resultats

**T01. Aconseguir que almenys el 90% de les unitats proveïdores de l'àmbit territorial signi el Pacte territorial de col·laboració abans de l'1/07/2017**

- *indicador IT01: Percentatge d'unitats proveïdores que han signat el Pacte territorial abans de l'1/7/2017?*

**T02bis. Aconseguir que la taxa bruta d'hospitalitzacions potencialment evitables relacionades amb un conjunt de malalties cròniques se situï per sota de determinats valors**

- *indicador IT02bis: Taxa bruta d'hospitalitzacions potencialment evitables relacionades amb un conjunt de malalties cròniques*

**GFM01-T. Assolir un determinat valor mínim de l'índex de qualitat en la prescripció farmacèutica (IQF)**

- *indicador IGFM01-T: Índex de qualitat en la prescripció farmacèutica*

**T30. Aconseguir que els percentatges d'episodis de pacients no oncològics atesos per les unitats de cures pal·liatives, pels PADES i per les UFISS de pal·liatius se situïn per sobre de sengles valors determinats**

- *IT30a: Percentatge d'episodis de pacients no oncològics atesos en centres de cures pal·liatives*

- *IT30b: Percentatge d'episodis de pacients no oncològics atesos pels PADES*

- *IT30c: Percentatge d'episodis de pacients no oncològics atesos per les UFISS de pal·liatius*

### 1.2 Objectius transversals específics segons característiques d'AGA vinculats a la contraprestació per resultats

- no n'hi ha

## 2. OBJECTIUS TRANSVERSALS SENSE REPERCUSIÓ ECONÒMICA

### 2.1 Objectius transversals comuns a totes les AGA sense repercusió econòmica

**GFM02-T. Aconseguir que la taxa d'incidències en la prescripció farmacèutica dels pacients amb complexitat (PCC i MACA) se situï per sota de sengles valors màxims**

- *indicador IGFM02a-T: Taxa d'incidències de prescripció per pacient PCC*

- *indicador IGFM02b-T: Taxa d'incidències de prescripció per pacient MACA*

**GFM03-T. Aconseguir que la taxa d'incidències de prescripció farmacèutica dels pacients polimedicats es situï per sota d'un determinat valor màxim**

- indicador *IGFM03-T: Taxa d'incidències de prescripció per pacient polimedicat*

**T28. Disposar de la ruta assistencial d'atenció a les persones amb demència d'acord amb els requeriments definits**

- indicador *IT28: Existència de la ruta assistencial d'atenció a les persones amb demència d'acord amb els requeriments definits (sí/no)*

**T32. Revisar la ruta assistencial d'atenció a les persones en situació de complexitat**

- indicador *IT32: Existència de la ruta assistencial revisada d'atenció a les persones en situació de complexitat (sí/no)*

## **2.2 Objectius transversals específics segons característiques d'AGA sense repercussió econòmica**

**T27. Elaborar els protocols de maneig de la fibromiàlgia, la síndrome de fatiga crònica i la síndrome de sensibilitat química múltiple (només AGA sense protocol elaborat a 31/12/2016)**

- indicador *IT26 : Existència dels protocols de maneig en la fibromiàlgia, la síndrome de fatiga crònica i la síndrome de sensibilitat química múltiple (sí/no)*

**T31. Disposar d'un professional de referència a nivell territorial sobre les síndromes de sensibilització central (només AGA sense professional de referència a nivell territorial a 31/12/2016)**

- indicador *IT31: Existència d'un professional de referència a nivell territorial sobre les síndromes de sensibilització central (sí/no)*

**T29. Presentar al CatSalut el protocol territorial d'accés a les unitats de subaguts abans del 30 de juny del 2017 (només AGA amb unitats de subaguts)**

- indicador *IT29: Presentació al CatSalut del protocol territorial d'accés a les unitats de subaguts abans del 30 de juny del 2017 (sí/no)*

### 3. INDICADORS D'AVUACIÓ

#### 3.1 Indicadors transversals comuns a totes les AGA vinculats a la contraprestació per resultats

<i>línia contractual</i>		<i>transversal</i>
<b>objectiu T01</b>	<b>Aconseguir que almenys el 90% de les unitats proveïdores de l'àmbit territorial signi el Pacte territorial de col·laboració abans de l'1/07/2017</b>	
<b>indicador IT01</b>	<b>Percentatge d'unitats proveïdores que han signat el Pacte territorial abans de l'1/7/2017</b>	
<b>descripció</b>	- els acords signats entre els diferents agents implicats, han de recollir les actuacions que se'n deriven de les relacions col·laboratives entre organitzacions per tal d'assolir els objectius transversals del Pla de salut 2016-2020 i de la contraprestació per resultats dels contractes de 2017, així com l'execució d'altres projectes estratègics del Departament de Salut i el CatSalut, tant a nivell de Catalunya com d'un àmbit territorial concret	
<b>unitat proponent</b>	Divisió de Planificació Operativa i Projectes	
<b>font dades</b>	- <b>registre:</b> document del pacte - <b>unitat responsable:</b> regió sanitària	
<b>fórmula</b>	- <b>numerador:</b> nombre d'unitats proveïdores de l'àmbit territorial que han signat el Pacte - <b>denominador:</b> nombre d'unitats proveïdores de l'àmbit territorial	
<b>definicions</b>	<p>- cal que dins del 90% de signants estiguin representades les línies assistencials d'atenció primària, atenció especialitzada, atenció a la salut mental i atenció socio sanitària</p> <p>- per a cada àmbit territorial, la regió sanitària ha de determinar les unitats proveïdores que, malgrat estar ubicades físicament en altres àmbits territorials, han de signar també el pacte degut a la importància de la seva activitat assistencial respecte a la població assignada als EAP de l'àmbit territorial en qüestió</p> <p>- per assolir l'objectiu cal presentar el document del pacte signat abans de l'1 de juliol de 2017, on es recullin, al menys, els següents aspectes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* definició de les accions i criteris de seguiment i avaluació dels acords i compromisos pactats entre les entitats proveïdores (descripció actuacions, organització, calendari, etc.) per aconseguir l'assoliment dels objectius transversals de la contraprestació per resultats dels contractes de 2017 i dels objectius transversals del Pla de Salut</li> <li>* definició de les accions i criteris de seguiment i avaluació dels acords i compromisos pactats entre les entitats proveïdores (descripció actuacions, organització, calendari, etc.) respecte a altres projectes estratègics, d'acord amb el criteri de cada Regió Sanitària</li> <li>* entitats proveïdores implicades en cadascun dels acords</li> </ul>	
<b>referències</b>		
<b>observacions</b>	<p>- la formulació transversal i en termes percentuals, d'una banda, reforça el caràcter territorial de l'objectiu i, d'altra banda, en facilita l'assoliment per les entitats proveïdores signants en aquells territoris on puguin existir resistències puntuals a comprometre's en el Pacte per part de determinats proveïdors (que no assolien l'objectiu si no signen, encara que s'assoleixi el 90% territorial)</p> <p>- l'any 2017 aquest objectiu afecta a totes les línies assistencials</p>	

<b><i>línia contractual</i></b>		<b><i>transversal</i></b>
<b>objectiu T02bis</b>	<b>Aconseguir que les taxes brutes d'hospitalitzacions potencialment evitables relacionades amb un conjunt de malalties cròniques se situïn per sota de determinats valors</b>	
<b>indicador IT02bis</b>	<b><i>Taxa bruta d'hospitalitzacions potencialment evitables relacionades amb un conjunt de malalties cròniques</i></b>	
<b>descripció</b>	- taxa bruta d'hospitalització potencialment evitables relacionades amb un conjunt de malalties cròniques dels pacients assignats a algun dels EAP de l'àmbit territorial i que han causat alta en algun dels hospitals del mateix àmbit territorial	
<b>unitat proponent</b>	- Programa de prevenció i atenció a la cronicitat	
<b>font dades</b>	- <b>registre:</b> CMBD-HA (numerador); RCA (denominador) - <b>unitat responsable:</b> Divisió d'Anàlisi de la Demanda i l'Activitat	
<b>fórmula</b>	- <b>numerador:</b> Nombre d'altres evitables per MPOC (IQP05), HTA (IQP07), ICC (IQP08), Angina de pit (IQP13), Complicacions DM (IQPDM) o Asma (IQP15) Exclou: Menors de 20 anys Les exclusions de cada un del indicadors utilitzats en la seva construcció - <b>denominador:</b> Dades de població de referència 2017 (tall oficial RCA desembre 2016) Exclou: Menors de 20 anys	
<b>definicions</b>	- el càlcul de les hospitalitzacions potencialment evitables per patologies cròniques (MPOC, insuficiència cardíaca, complicacions de la diabetis, asma, hipertensió i angina de pit) es construeix amb els criteris de selecció de diagnòstics disponibles en les fitxes tècniques d'MPOC (IQP05), HTA (IQP07), ICC (IQP08), Angina de pit (IQP13), Complicacions DM (IQPDM) o Asma (IQP15) del MSIQ <a href="http://146.219.25.61/msiq/IQP.html">http://146.219.25.61/msiq/IQP.html</a> - un adequat tractament comunitari pot reduir les hospitalitzacions potencialment evitables. Taxes baixes indiquen una millor qualitat de la prevenció - aquests indicadors s'han construït utilitzant les Accountable Care Organizations americanes de Medicare en base poblacional utilitzant la fórmula de l'Agència Americana de Qualitat (AHRQ): <a href="https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/2016-ACO-NarrativeMeasures-Specs.pdf">https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/2016-ACO-NarrativeMeasures-Specs.pdf</a>	
<b>referències</b>	- objectiu global de la unitat proponent: l'indicador es formularia estimant una meta concreta en funció de la taxa estandaritzada de l'AGA l'any anterior; s'establirien 3-4 trams o segments de les AGA en funció de la seva situació en el percentil i se li demanaria un esforç de gestió major a les AGA situades en posicions relatives més baixes (per exemple es podria demanar una disminució en la taxa del 10% en les AGA situades per sota del percentil 30, d'un 5% entre percentil 30 i 70 i d'1% en segment amb percentil superior a P70 ) - taxa bruta Catalunya 2015: 662,49 per 100.000 habitants - es recomana no utilitzar valors estàndard per fixar el grau d'assoliment de cada AGA, sinó fer-ho tenint en compte els condicionants de cadascuna i, en particular, el seu punt de partida en començar l'any, així com la fita global proposada	
<b>observacions</b>	- l'any 2017 aquest objectiu afecta a atenció primària i atenció especialitzada	



<b>línia contractual</b>		<b>transversal</b>
<b>GFM01-T</b>	<b>Assolir un determinat valor mínim de l'índex de qualitat en la prescripció farmacèutica (IQF)</b>	
<b>indicador IGF01-T</b>	<b>Índex de qualitat en la prescripció farmacèutica</b>	
<b>descripció</b>	- mesurar, d'acord amb els principis de l'OMS, la dimensió científic-tècnica de la qualitat de la prescripció farmacèutica, és a dir, la que es relaciona amb l'ús, per part dels professionals assistencials, dels medicaments més segurs, efectius i de menor cost. Elaborat d'acord amb l'evidència científica disponible i sotmès a revisió anual, per tal de reflectir l'estat del coneixement científic en cada moment	
<b>unitat proponent</b>	- Gerència de Farmàcia i del Medicament	
<b>font dades</b>	- <b>registre</b> : Datamart de la Prestació Farmacèutica i Datamart Transversal - <b>unitat responsable</b> : Gerència de Farmàcia i del Medicament	
<b>fórmula</b>	Índex sintètic: integrat per 3 tipus d'indicadors de caràcter diferent i ponderació variable, amb una puntuació total de 100 punts, mes 2 addicionals. * Ús racional de Medicaments amb alternatives més adequades (MATMA) (25 punts + 2 addicionals): Es consideren els ja qualificats de baixa utilitat terapèutica pel CmENM (criteris 0, 1) i els que es qualifiquin amb la Categoria C o D pel Programa d'Harmonització d'Atenció Primària de CatSalut. S'adjudicaran dos punts addicionals pels nous medicaments que rebin dictamen de categoria C o D al 2017. * Selecció del medicament (50 punts): Promoure l'ús segur, eficaç i eficient de la prestació farmacèutica amb la selecció eficient de medicaments en: IECA's, Antihipertensius, IBP's, Estatines/Hipolipemians, Antidepressius, Antidabètics no insulínics, Bifosfonats/Osteoporosis * Prevalença (25 punts): Evitar la sobreutilització de medicaments avaluant en base a les dosis diària definida estandarditzant per trams d'edat. Grups de medicaments avaluats: AINE's, Antiulcerosos, Benzodiazepines i Osteoporosi	
<b>definicions</b>	- dosis diàries definides (ddd): dosi de manteniment mitjana suposada per dia per a un medicament utilitzat per a la seva indicació principal en adults. Només s'assigna per als medicaments que ja compten amb un codi d'ATC. - DHD ST: dosis diàries definides per cada 1000 habitants estandarditzades per trams d'edat - població assignada: nombre de persones que tenen assignat metge en l'equip d'atenció primària (EAP) d'acord amb els criteris d'assignació vigents	
<b>referències</b>	- valors gener-octubre 2016: màxim: 82 punts; quartil 75: 60 punts; mediana: 42 punts; quartil 25: 33 punts; mínim: 9 punts; mitjana: 45. El pes per línies es: 83% primària, 11% especialitzada i 6% salut mental. - es recomana no utilitzar valors estàndard per fixar el grau d'assoliment de cada AGA, sinó fer-ho tenint en compte els condicionants de cadascuna i, en particular, el seu punt de partida en començar l'any, així com la fita global proposada	
<b>observacions</b>	- atès que el consum de medicaments està correlacionat positivament amb l'edat, l'estructura demogràfica segons edat de la població d'un territori és una variable que afecta a la valoració qualitativa del seu nivell DHD. Per corregir aquest fet, i per a què les diferències de DHD entre territoris no responguin a diferents estructures etàries, per cada unitat de càlcul territorial es calcula quin seria el seu valor de DHD que hagués tingut si la seva població tingués la mateixa estructura etària que Catalunya - veure detalls sobre els criteris per definir els diferents indicadors i la metodologia de càlcul de l'índex sintètic en el document "Índex de Qualitat de la Prescripció Farmacèutica 2017" (disponible en la WEB CatSalut) - l'any 2017 aquest objectiu afecta a atenció primària, atenció especialitzada i atenció a la salut mental (excepte CDSM) - a l'hora de fixar la ponderació econòmica que l'assoliment d'aquest objectiu transversal ha de suposar en cada contracte d'UP de les diferents línies implicades, les regions sanitàries hauran de tenir en compte la capacitat relativa de cadascuna d'aquestes línies per influir en el resultat de l'índex, d'acord amb els següents criteris facilitats per la unitat proponent: - atenció primària: 83% - atenció hospitalària: 11% - atenció a la salut mental (excepte CDSM): 6%	

<i>línia contractual</i>	<i>transversal</i>
<b>objectiu T30</b>	<b>Aconseguir que els percentatges d'episodis de pacients no oncològics atesos per les unitats de cures pal·liatives, pels PADES i per les UFISS de pal·liatius se situïn per sobre de sengles valors determinats</b>
<b>indicador IT30a</b>	<b>Percentatge d'episodis de pacients no oncològics atesos en unitats d'internament de cures pal·liatives</b>
<b>descripció</b>	- percentatge d'episodis de pacients no oncològics atesos en unitats d'internament de cures pal·liatives
<b>unitat proponent</b>	- Pla Director Sociosanitari i Divisió de Planificació Operativa i Projectes
<b>font dades</b>	- <b>registre:</b> Conjunt mínim bàsic de dades de recursos sociosanitaris (CMBD-RSS) - <b>unitat responsable:</b> Divisió d'Anàlisi de la Demanda i l'Activitat
<b>fórmula</b>	- <b>numerador:</b> nombre d'episodis de pacients no oncològics atesos en unitats d'internament de cures pal·liatives - <b>denominador:</b> nombre d'episodis atesos en unitats d'internament de cures pal·liatives
<b>definicions</b>	- <b>episodi:</b> tot contacte assistencial d'un pacient amb un servei d'hospitalització d'un centre. L'episodi s'inicia amb l'admissió al servei d'hospitalització d'un centre i acaba quan el pacient és donat d'alta, ja sigui com a alta real del centre o per trasllat a un altre servei d'hospitalització del mateix centre (ex. de convalsència a llarga estada). S'han de tenir en compte tots els episodis del període referenciat encara que no hagin finalitzat. - <b>pacient no oncològic:</b> pacient amb diagnòstic principal que no s'agrupi en la categoria "02"- "Neoplàsies", de la classificació CCS (US. Agency for Healthcare Research and Quality. Clinical Classifications Software (CCS), 2010. Disponible a: <a href="http://www.hcup-us.ahrq.gov/toolssoftware/ccs/ccs.jsp">http://www.hcup-us.ahrq.gov/toolssoftware/ccs/ccs.jsp</a> )
<b>referències</b>	- es recomana no utilitzar valors estàndard per fixar el grau d'assoliment de cada UP, sinó fer-ho tenint en compte els condicionants de cadascun i, en particular, el seu punt de partida en començar l'any, així com la fita global proposada - mitjana Catalunya 2015: 40,53%
<b>observacions</b>	- la derivació de pacients a les unitats de cures pal·liatives i l'activació dels equips PADES, depèn en gran mesura de l'atenció primària i l'atenció especialitzada; atès que aquests serveis tenen poc control sobre qui els deriva els pacients, és important fixar el mínim de pacients no oncològics atesos de manera territorial - aquest indicador té la finalitat d'incentivar el treball entre nivells assistencials per definir què fa cada nivell assistencial per atendre la complexitat dels pacients en situació de final de vida. Cal treballar-ho en el context de cada ruta assistencial de complexitat adaptant-ho a les particularitats dels recursos de cada territori - aquest objectiu afecta a les línies d'atenció primària, atenció especialitzada i atenció sociosanitària (excepte els centres que només tenen llarga estada sociosanitària)

*línia contractual*

*transversal*

**objectiu  
T30**

**Aconseguir que els percentatges d'episodis de pacients no oncològics atesos per les unitats de cures pal·liatives, pels PADES i per les UFISS de pal·liatius se situïn per sobre de sengles valors determinats**

**indicador  
IT30b**

**Percentatge d'episodis de pacients no oncològics atesos per equips PADES**

<b>descripció</b>	- percentatge d'episodis de pacients no oncològics atesos per equips PADES
<b>unitat proponent</b>	- Pla Director Sociosanitari i Divisió de Planificació Operativa i Projectes
<b>font dades</b>	- <b>registre:</b> Conjunt mínim bàsic de dades de recursos sociosanitaris (CMBD-RSS) - <b>unitat responsable:</b> Divisió d'Anàlisi de la Demanda i l'Activitat
<b>fórmula</b>	- <b>numerador:</b> nombre d'episodis de pacients no oncològics atesos per equips PADES - <b>denominador:</b> nombre d'episodis atesos per equips PADES
<b>definicions</b>	- <b>episodi:</b> tot contacte assistencial d'un pacient amb un PADES; l'episodi s'inicia amb la primera visita i acaba amb l'alta del pacient (s'han de tenir en compte tots els episodis del període referenciat encara que no hagin finalitzat) - <b>pacient no oncològic:</b> pacient amb diagnòstic principal que no s'agrupi en la categoria "02" - "Neoplàsies", de la classificació CCS (US. Agency for Healthcare Research and Quality. Clinical Classifications Software (CCS), 2010. Disponible a: <a href="http://www.hcup-us.ahrq.gov/toolssoftware/ccs/ccs.jsp">http://www.hcup-us.ahrq.gov/toolssoftware/ccs/ccs.jsp</a> )
<b>referències</b>	- es recomana no utilitzar valors estàndard per fixar el grau d'assoliment de cada UP, sinó fer-ho tenint en compte els condicionants de cadascun i, en particular, el seu punt de partida en començar l'any, així com la fita global proposada - mitjana Catalunya 2015: 40,53%
<b>observacions</b>	- la derivació de pacients a les unitats de cures pal·liatives i l'activació dels equips PADES, depèn en gran mesura de l'atenció primària i l'atenció especialitzada; atès que aquests serveis tenen poc control sobre qui els deriva els pacients, és important fixar el mínim de pacients no oncològics atesos de manera territorial - aquest indicador té la finalitat d'incentivar el treball entre nivells assistencials per definir què fa cada nivell assistencial per atendre la complexitat dels pacients en situació de final de vida. Cal treballar-ho en el context de cada ruta assistencial de complexitat adaptant-ho a les particularitats dels recursos de cada territori - aquest objectiu afecta a les línies d'atenció primària, atenció especialitzada i atenció sociosanitària (excepte els centres que només tenen llarga estada sociosanitària)

*línia contractual*

*transversal*

**objectiu  
T30**

**Aconseguir que els percentatges d'episodis de pacients no oncològics atesos per les unitats de cures pal·liatives, pels PADES i per les UFISS de pal·liatius se situïn per sobre de sengles valors determinats**

**indicador  
IT30c**

**Percentatge d'episodis de pacients no oncològics atesos per les UFISS de pal·liatius**

<b>descripció</b>	- percentatge d'episodis de pacients no oncològics atesos per les UFISS de pal·liatius
<b>unitat proponent</b>	- Pla Director Sociosanitari i Divisió de Planificació Operativa i Projectes
<b>font dades</b>	- <b>registre:</b> Conjunt mínim bàsic de dades de recursos sociosanitaris (CMBD-RSS) - <b>unitat responsable:</b> Divisió d'Anàlisi de la Demanda i l'Activitat
<b>fórmula</b>	- <b>numerador:</b> nombre d'episodis de pacients no oncològics atesos per les UFISS de pal·liatius - <b>denominador:</b> nombre d'episodis atesos en les UFISS de pal·liatius
<b>definicions</b>	- <b>episodi:</b> tot contacte assistencial d'un pacient amb un servei d'hospitalització d'un centre. L'episodi s'inicia amb l'admissió al servei d'hospitalització d'un centre i acaba quan el pacient és donat d'alta, ja sigui com a alta real del centre o per trasllat a un altre servei d'hospitalització del mateix centre (ex. de convalsència a llarga estada). S'han de tenir en compte tots els episodis del període referenciat encara que no hagin finalitzat. - <b>pacient no oncològic:</b> pacient amb diagnòstic principal que no s'agrupi en la categoria "02" - "Neoplàsies", de la classificació CCS (US. Agency for Healthcare Research and Quality. Clinical Classifications Software (CCS), 2010. Disponible a: <a href="http://www.hcup-us.ahrq.gov/toolssoftware/ccs/ccs.jsp">http://www.hcup-us.ahrq.gov/toolssoftware/ccs/ccs.jsp</a> )
<b>referències</b>	- es recomana no utilitzar valors estàndard per fixar el grau d'assoliment de cada UP, sinó fer-ho tenint en compte els condicionants de cadascun i, en particular, el seu punt de partida en començar l'any, així com la fita global proposada - mitjana Catalunya 2015: 37,04%
<b>observacions</b>	- la derivació de pacients a les unitats de cures pal·liatives i l'activació dels equips PADES, depèn en gran mesura de l'atenció primària i l'atenció especialitzada; atès que aquests serveis tenen poc control sobre qui els deriva els pacients, és important fixar el mínim de pacients no oncològics atesos de manera territorial - aquest indicador té la finalitat d'incentivar el treball entre nivells assistencials per definir què fa cada nivell assistencial per atendre la complexitat dels pacients en situació de final de vida. Cal treballar-ho en el context de cada ruta assistencial de complexitat adaptant-ho a les particularitats dels recursos de cada territori - aquest objectiu afecta a les línies d'atenció primària, atenció especialitzada i atenció sociosanitària (excepte els centres que només tenen llarga estada sociosanitària)

### 3.2 Indicadors transversals comuns a totes les AGA sense repercusió econòmica

<i>línia contractual</i>		<i>transversal</i>
<b>objectiu GFM02-T</b>	<b>Aconseguir que la taxa d'incidències en la prescripció farmacèutica dels pacients amb complexitat (PCC i MACA) se situï per sota de sengles valors màxims</b>	
<b>indicador IGF02a-T</b>	<b>Taxa d'incidències de prescripció per pacient PCC</b>	
<b>descripció</b>	- taxa d'incidències de prescripció per pacient PCC identificat i assignat en el territori	
<b>unitat proponent</b>	- Gerència de Farmàcia i del Medicament	
<b>font dades</b>	<b>registre:</b> Datamart Recepta Electrònica. <b>unitat responsable:</b> Gerència de Farmàcia i del Medicament..	
<b>fórmula</b>	<b>numerador:</b> nombre d'incidències de prescripció en els pacients identificats com a PCC amb consum farmacològic i assignats als EAP del territori. <b>denominador:</b> nombre de pacients identificats com a PCC amb consum farmacològic i assignats als EAP del territori	
<b>definicions</b>	<p>- PCC: Pacient Crònic Complex definit pels criteris PPAC i enregirat com a tal a HC electrònica, i amb registres transferit a HC3</p> <p>- revisió clínica: és el procés en el qual el metge valora l'eficàcia terapèutica de cada medicament relacionant-la amb l'evolució de les patologies que està tractant, així com la prevenció i resolució dels PRM, l'adherència al tractament i el coneixement que té el pacient del seu tractament farmacològic i les seves patologies.</p> <p>- referit als pacients amb prescripció crònica (durada 3-6 mesos o &gt; 6 mesos) i que està pendent de dispensar en el pla de medicació de RE (excepte una incidència: veure pacients amb ISRA + AINE + Diürètic).</p> <p>Incidències de prescripció: incompliment de recomanacions de seguretat i ús racional del medicament. Només es comptabilitzen les prescripcions amb durada de prescripció entre 3-6 mesos o &gt; 6 mesos. Es considera el nombre total de pacients que presenten una sèrie d'incidències:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Pacients ≥ 75 anys amb medicació potencialment inapropiada (veure llistat actualitzat abril 2016)</li> <li>· Pacients ≥ 75 anys amb 3 o més principis actius amb efectes anticolinèrgics (veure taula anticolinèrgics)</li> <li>· Pacients amb medicació evitable (VINE=valor intrínsec no elevat) s'inclouen només: citocolina i condroprotectors</li> <li>· Pacients amb 2 o més benzodiazepines diferents</li> <li>· Pacients amb 2 o més IECA+ARAI diferents</li> <li>· Pacients amb ISRA + AINE + Diürètic</li> <li>· Pacients amb AINEs COX-2 o diclofenac o aceclofenac i fàrmacs indicadors de patologia cardiovascular</li> <li>· Pacients amb tractament per la demència i que reben antipsicòtics simultàniament (només &gt; a 6 mesos)</li> <li>· Pacients amb prescripció pautaada de benzodiazepines i durada prescripció &gt;6 mesos (incloses les pautes si cal)</li> <li>· Pacients amb anticoagulants orals + antiagregants plaquetaris sense IBP</li> <li>· Pacients amb antiagregants + AINE sense IBP</li> <li>· Pacients amb anticoagulants orals + AINE sense IBP</li> </ul>	
<b>referències</b>	<p>- <i>objectiu global de la unitat proponent:</i> disminuir respecte el valor previ</p> <p>- es recomana no utilitzar valors estàndard per fixar el grau d'assoliment de cada AGA, sinó fer-ho tenint en compte els condicionants de cadascuna i, en particular, el seu punt de partida en començar l'any, així com la fita global proposada</p>	
<b>observacions</b>	<p>- document: Maneig de la medicació en el pacient crònic complex <a href="http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documentacio/maneig_medicacio/">http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documentacio/maneig_medicacio/</a></p> <p>- revisió clínica: és el tipus de revisió més completa i que profunditza més en la seguretat de la medicació. És el procés en el qual el metge valora l'eficàcia terapèutica de cada medicament relacionant-la amb l'evolució de les patologies que està tractant, així com la prevenció i resolució dels PRM, l'adherència al tractament i el coneixement que té el pacient del seu tractament farmacològic i les seves patologies</p> <p>- una adequada revisió clínica hauria de comportar una baixa taxa d'incidències de prescripció per pacient.</p> <p>- les dades s'obtiniran del Datamart de Recepta Electrònica (DRE) i es considerarà la prescripció crònica (durada 3-6 mesos o &gt; 6 mesos) i que està pendent de dispensar en el pla de medicació de la RE en un moment determinat, excepte en una incidència: Pacients amb ISRA + AINE + Diürètic (Es tindrà en compte des del primer mes i s'inclouran tots els estats de dispensació menys els bloquejats)</p> <p>- per garantir la validesa de l'indicador cal fixar sengles valors mínims de prevalença (PCC: 1% i MACA: 0,3%) de la població assignada a l'AGA</p> <p>- l'any 2017 aquest objectiu afecta a atenció primària, atenció especialitzada, atenció a la salut mental (no CDSM ni CSMUJ ni HDSMUJ) i PADES</p>	

<b>línia contractual</b>		<b>transversal</b>
<b>objectiu GFM02-T</b>	<b>Aconseguir que la taxa d'incidències en la prescripció farmacèutica dels pacients amb complexitat (PCC i MACA) se situï per sota de sengles valors màxims</b>	
<b>indicador IGFM02b-T</b>	<b>Taxa d'incidències de prescripció per pacient MACA</b>	
<b>descripció</b>	- taxa d'incidències de prescripció per pacient MACA identificat i assignat en el territori	
<b>unitat proponent</b>	- Gerència de Farmàcia i del Medicament	
<b>font dades</b>	<b>registre:</b> Datamart Recepta Electrònica. <b>unitat responsable:</b> Gerència de Farmàcia i del Medicament..	
<b>fórmula</b>	<b>numerador:</b> nombre d'incidències de prescripció en els pacients identificats com a MACA amb consum farmacològic i assignats als EAP del territori. <b>denominador:</b> nombre de pacients identificats com a MACA amb consum farmacològic i assignats als EAP del territori	
<b>definicions</b>	<p>- MACA: pacient en situació Malaltia Crònica Avançada definit pels criteris PPAC i enregistrat com a tal a HC electrònica, i amb registres transferit a HC3.</p> <p>- revisió clínica: és el procés en el qual el metge valora l'eficàcia terapèutica de cada medicament relacionant-la amb l'evolució de les patologies que està tractant, així com la prevenció i resolució dels PRM, l'adherència al tractament i el coneixement que té el pacient del seu tractament farmacològic i les seves patologies.</p> <p>- referit als pacients amb prescripció crònica (durada 3-6 mesos o &gt; 6 mesos) i que està pendent de dispensar en el pla de medicació de RE (excepte una incidència: veure pacients amb ISRA + AINE + Diürètic).</p> <p>Incidències de prescripció: incompliment de recomanacions de seguretat i ús racional del medicament. Només es comptabilitzen les prescripcions amb durada de prescripció entre 3-6 mesos o &gt; 6 mesos. Es considera el nombre total de pacients que presenten una sèrie d'incidències:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Pacients ≥ 75 anys amb medicació potencialment inapropiada (veure llistat actualitzat abril 2016)</li> <li>· Pacients ≥ 75 anys amb 3 o més principis actius amb efectes anticolinèrgics (veure taula anticolinèrgics)</li> <li>· Pacients amb medicació evitable (VINE=valor intrínsec no elevat) s'inclouen només: citocolina i condroprotectors</li> <li>· Pacients amb 2 o més benzodiazepines diferents</li> <li>· Pacients amb 2 o més IECA+ARAII diferents</li> <li>· Pacients amb ISRA + AINE + Diürètic</li> <li>· Pacients amb AINEs COX-2 o diclofenac o aceclofenac i fàrmacs indicadors de patologia cardiovascular</li> <li>· Pacients amb tractament per la demència i que reben antipsicòtics simultàniament ((només &gt; a 6 mesos)</li> <li>· Pacients amb prescripció pautaada de benzodiazepines i durada prescripció &gt;6 mesos (incloues les pautes si cal)</li> <li>· Pacients amb anticoagulants orals + antiagregants plaquetaris sense IBP</li> <li>· Pacients amb antiagregants + AINE sense IBP</li> <li>· Pacients amb anticoagulants orals + AINE sense IBP</li> </ul>	
<b>referències</b>	<p>- <i>objectiu global de la unitat proponent:</i> disminuir respecte el valor previ</p> <p>- es recomana no utilitzar valors estàndard per fixar el grau d'assoliment de cada AGA, sinó fer-ho tenint en compte els condicionants de cadascuna i, en particular, el seu punt de partida en començar l'any, així com la fita global proposada</p>	
<b>observacions</b>	<p>- document: Maneig de la medicació en el pacient crònic complex <a href="http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documentacio/maneig_medicacio/">http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documentacio/maneig_medicacio/</a></p> <p>- revisió clínica: és el tipus de revisió més completa i que profunditza més en la seguretat de la medicació. És el procés en el qual el metge valora l'eficàcia terapèutica de cada medicament relacionant-la amb l'evolució de les patologies que està tractant, així com la prevenció i resolució dels PRM, l'adherència al tractament i el coneixement que té el pacient del seu tractament farmacològic i les seves patologies</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· una adequada revisió clínica hauria de comportar una baixa taxa d'incidències de prescripció per pacient</li> <li>· les dades s'obtidran del Datamart de Recepta Electrònica (DRE) i es considerarà la prescripció crònica (durada 3-6 mesos o &gt; 6 mesos) i que està pendent de dispensar en el pla de medicació de la RE en un moment determinat, excepte en una incidència: Pacients amb ISRA + AINE + Diürètic (Es tindrà en compte des del primer mes i s'inclouran tots els estats de dispensació menys els bloquejats)</li> <li>· per garantir la validesa de l'indicador cal fixar sengles valors mínims de prevalença (PCC: 1% i MACA: 0,3%) de la població assignada a l'AGA</li> <li>- l'any 2017 aquest objectiu afecta a atenció primària, atenció especialitzada, atenció a la salut mental (no CDSM ni CSMIJ ni HDSMIJ) i PADES</li> </ul>	

<i>línia contractual</i>		<i>transversal</i>
<b>objectiu GFM03-T</b>	<b>Aconseguir que la taxa d'incidències de prescripció farmacèutica dels pacients polimedocats es situï per sota d'un determinat valor màxim</b>	
<b>indicador IGFM03-T</b>	<b>Taxa d'incidències de prescripció per pacient polimedocat</b>	
<b>descripció</b>	- taxa d'incidències de prescripció per pacient polimedocat amb consum farmacològic i assignat a algun EAP de l'AGA	
<b>unitat proponent</b>	- Gerència de Farmàcia i del Medicament	
<b>font dades</b>	- <b>registre:</b> Datamart Recepta Electrònica. - <b>unitat responsable:</b> Gerència de Farmàcia i del Medicament	
<b>fórmula</b>	- <b>numerador:</b> nombre d'incidències de prescripció en els pacients polimedocats i assignats a algun EAP de l'AGA - <b>denominador:</b> nombre de pacients polimedocats i assignats a algun EAP de l'AGA.	
<b>definicions</b>	<p><b>Pacient polimedocat:</b> pacient amb prescripció crònica de més de 10 principis actius.</p> <p><b>Prescripció crònica:</b> es considerarà la prescripció amb durada de prescripció entre 3-6 mesos o &gt; 6 mesos i que està pendent de dispensar en el pla de RE en un moment determinat</p> <p><b>Incidències de prescripció:</b> incompliment de recomanacions de seguretat i ús racional del medicament. Només es comptabilitzen les prescripcions amb durada de prescripció entre 3-6 mesos o &gt;6 mesos. Es considera el nombre total de pacients que presenten una sèrie d'incidències:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Pacients ≥75 anys amb medicació potencialment inapropiada (veure llistat actualitzat abril 2016)</li> <li>· Pacients ≥75 anys amb 3 o més principis actius amb efectes anticolinèrgics (veure taula anticolinèrgics)</li> <li>· Pacients amb medicació evitable (VINE=valor intrínsec no elevat) s'inclouen només: citicolina i condroprotectors</li> <li>· Pacients amb 2 o més benzodiazepines diferents</li> <li>· Pacients amb 2 o més IECA+ARAI diferents</li> <li>· Pacients amb ISRA + AINE + Diurètic</li> <li>· Pacients amb AINEs COX-2 o diclofenac o aceclofenac i fàrmacs indicadors de patologia cardiovascular</li> <li>· Pacients amb tractament per la demència i que reben antipsicòtics simultàniament (&gt; de 6 mesos)</li> <li>· Pacients amb prescripció pautaada de benzodiazepines i durada prescripció &gt;6 mesos (incloues les pautes si cal)</li> <li>· Pacients amb anticoagulants orals + antiagregants plaquetaris sense IBP</li> <li>· Pacients amb antiagregants + AINE sense IBP</li> <li>· Pacients amb anticoagulants orals + AINE sense IBP</li> </ul>	
<b>referències</b>	- <i>objectiu global de la unitat proponent:</i> disminuir respecte el valor previ - es recomana no utilitzar valors estàndard per fixar el grau d'assoliment de cada AGA, sinó fer-ho tenint en compte els condicionants de cadascun i, en particular, el seu punt de partida en començar l'any, així com la fita global proposada	
<b>observacions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- document: Maneig de la medicació en el pacient crònic complex <a href="http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documentacio/maneig_medicacio/">http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documentacio/maneig_medicacio/</a></li> <li>- revisió clínica: és el tipus de revisió més completa i que profunditza més en la seguretat de la medicació. És el procés en el qual el metge valora l'eficàcia terapèutica de cada medicament relacionant-la amb l'evolució de les patologies que està tractant, així com la prevenció i resolució dels PRM, l'adherència al tractament i el coneixement que té el pacient del seu tractament farmacològic i les seves patologies.</li> <li>· una adequada revisió clínica hauria de comportar una baixa taxa d'incidències de prescripció per pacient.</li> <li>· les dades s'obtidran del Datamart de Recepta Electrònica (DRE) i es considerarà la prescripció crònica (durada 3-6 mesos o &gt; 6 mesos) i que està pendent de dispensar en el pla de RE en un moment determinat excepte en una incidència: Pacients amb ISRA + AINE + Diurètic (Es tindrà en compte des del primer mes i s'inclouran tots els estats de dispensació menys els bloquejats)</li> <li>· l'avaluació de l'objectiu es farà a partir de la taxa d'incidències de prescripció per pacient polimedocat que el territori presenti a 31 de desembre 2017</li> <li>- l'any 2017 aquest objectiu afecta a atenció primària, atenció especialitzada, atenció a la salut mental (excepte CDSM) i atenció sociosanitària</li> </ul>	

<b>línia contractual</b>		<b>transversal</b>
<b>objectiu T28</b>	<b>Disposar de la ruta assistencial d'atenció a les persones amb demència d'acord amb els requeriments definits</b>	
<b>indicador IT28</b>	<b>Existència de la ruta assistencial d'atenció a les persones amb demència d'acord amb els requeriments definits</b>	
<b>descripció</b>	- el territori disposa del document consensuat entre les diferents UP per a atendre a les persones amb demència, d'acord amb els requeriments definits en l'apartat de "definicions"	
<b>unitat proponent</b>	- Programa de prevenció i atenció a la cronicitat i Pla Director Sociosanitari	
<b>font dades</b>	- <b>registre:</b> document de la ruta - <b>unitat responsable:</b> regió sanitària	
<b>fórmula</b>	sí/no	
<b>definicions</b>	<p>- Requeriments de Ruta d'atenció a les persones amb demència:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· ruta elaborada de manera multidisciplinària amb professionals de: família i comunitària, neurologia, geriatria, psiquiatria, psicologia, farmàcia, etc.</li> <li>· participació de professionals dels diferents nivells assistencials i àmbits d'atenció (atenció primària, hospitalària, sociosanitària) i multiprovedor, incorporant els serveis socials de l'àmbit social (especialment en els territoris on s'implementi el PIAISS durant el 2017)</li> <li>· inclusió en la ruta del rol de les Associacions de malalts d'Alzheimer i la coordinació amb aquestes.</li> <li>· estan definits els circuits d'accés als tractaments no farmacològics com la psicoestimulació</li> <li>· la ruta considera la especificitat de la gent jove, per exemple, circuit per consell genètic i també els centres que han de fer els tractaments no farmacològics en persones joves</li> <li>· es contempla l'actuació en situació de crisi</li> <li>· la ruta contempla i encaixa amb la ruta de complexitat del territori per atendre aquelles persones amb demència i necessitats complexes o en fase avançada de la malaltia</li> <li>· la ruta contempla els criteris per demanar la targeta Cuida'm</li> <li>· s'han establert espais pels professionals per facilitar la realització de sessions per comentar casos i formatives amb visió multidisciplinària</li> <li>· s'han establert circuits de comunicació àgils entre les unitats diagnòstiques expertes, atenció primària i atenció sociosanitària</li> <li>· s'ha realitzat una sessió d'informació i comunicació de la Ruta a cada centre d'atenció primària, hospitalari, d'atenció intermèdia i de salut mental, incloent la participació de les associacions de pacients i serveis socials del territori</li> </ul> <p>- es considerarà com objectiu assolit la presentació de rutes que hagin estat elaborades prèviament, que hagin estat revisades i actualitzades durant l'any 2017 i que compleixin els requisits establerts</p>	
<b>referències</b>	<p>- tots els territoris han de disposar de la ruta abans del 31 de desembre de 2017</p> <p>- "Bases per a l'atenció comunitària a les demències"</p> <p>- "Pautes per a l'Harmonització del tractament farmacològic de la malaltia d'Alzheimer"</p> <p><a href="http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/medicaments_farmacia/phf_apc/protocols/Alzheimer/PAUTES-ALZHEIMER.pdf">http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/medicaments_farmacia/phf_apc/protocols/Alzheimer/PAUTES-ALZHEIMER.pdf</a></p> <p>- "Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud"</p> <p><a href="http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Est_Neurodegenerativas_APROBADA_C_INTERTERRIT_ORTAL.pdf">http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Est_Neurodegenerativas_APROBADA_C_INTERTERRIT_ORTAL.pdf</a></p> <p>- Targeta Cuida'm. <a href="http://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/tsi-cuidam/">http://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/tsi-cuidam/</a></p> <p>- CatSalut. Instrucció 06/2015. Ordenació del consell genètic i de les anàlisis genètiques en trastorns o malalties genètiques constitutives i somàtiques. Unitats d'alta especialització.</p> <p><a href="http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2015/instruccio_06_2015/instruccio_06_2015.pdf">http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2015/instruccio_06_2015/instruccio_06_2015.pdf</a></p>	
<b>observacions</b>	<p>- l'any 2017 aquest objectiu afecta a totes les línies assistencials</p> <p>- en la línia de salut mental aquest objectiu no aplicarà als centres que només tinguin atenció en l'àmbit infanto-juvenil ni als centres de dia de salut mental.</p>	



<b>línia contractual</b>		<b>transversal</b>
<b>objectiu</b> T32	<b>Revisar la ruta assistencial d'atenció a les persones en situació de complexitat</b>	
<b>indicador</b> IT32	<b>Existència de la ruta assistencial revisada d'atenció a les persones en situació de complexitat</b>	
<b>descripció</b>	- el territori disposa del document consensuat entre les diferents UP per a atendre a les persones en situació de complexitat, d'acord amb els requeriments definits en l'apartat de "definicions"	
<b>unitat proponent</b>	- Programa de prevenció i atenció a la cronicitat	
<b>font dades</b>	- <b>registre:</b> unitat proveïdora - <b>unitat responsable:</b> regions sanitàries	
<b>fórmula</b>	sí/no	
<b>definicions</b>	<p>- requeriments de Ruta de complexitat revisada i actualitzada a any 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· identificació de persones situació complexitat en sistemes d'informació locals</li> <li>· revisió "presencial", multiprofessional i multiprovedor de la ruta actualitzada durant any 2017. També SEM i dispositius que intervenen en l'atenció d'aquestes persones: PADES, Atenció continuada, serveis Ucies hospitals referència, atenció intermèdia,...</li> <li>· revisió model 7 x 24: nits, caps de setmana i festius i també durant horari ordinari apertura EAP</li> <li>· revisió situació i circuit PREALT per persones en situació complexitat</li> <li>· desitjable i a valorar: incorporació identificació condició complexitat HC3 (PCC i MACA) i PIIC en estació clínica de treball hospital(s) referència AGA</li> <li>· 1 sessió de comunicació de la Ruta actualitzada a cada ABS, hospital, centre sociosanitari i de SM</li> <li>· en territoris implementació PIAISS: Incorporar pacte entre àmbit sanitat i serveis socials del territori model d'atenció en persona en situació complexitat sanitària i social</li> <li>· en territoris implementació PIAISS/Pla Integral Salut Mental (PISM): Incorporar pacte amb xarxa Salut Mental model d'atenció en persona en situació complexitat malaltia orgànica i trastorn en salut mental (PCC salut mental) <ul style="list-style-type: none"> <li>* hi constaria informació explícita de cadascun d'aquests requisits a la Ruta de complexitat del territori</li> <li>** s'acceptaria les rutes que han estat revisades durant any 2016 i que contemplin requisits comentats</li> </ul> </li> </ul>	
<b>referències</b>		
<b>observacions</b>	<p>- tots els territoris han de disposar de la ruta revisada i actualitzada durant any 2017</p> <p>- els requisits relacionats amb PIAISS i PISM només serien pels territoris que implementin aquests plans</p> <p>- l'any 2017 aquest objectiu afecta a totes les línies assistencials</p>	

### 3.4 Indicadors transversals específics segons característiques d'AGA sense repercussió econòmica

<i>línia contractual</i>		<i>transversal</i>
<b>objectiu T27</b>	Elaborar els protocols de maneig de la fibromiàlgia, la síndrome de fatiga crònica i la síndrome de sensibilitat química múltiple	
<b>indicador IT27</b>	<i>Existència dels protocols de maneig en la fibromiàlgia, la síndrome de fatiga crònica i la síndrome de sensibilitat química múltiple</i>	
<b>descripció</b>	- elaborar conjuntament i de manera consensuada entre els equips d'atenció primària (EAP) i la unitat d'expertesa (UE) de referència de l' àrea de gestió assistencial (AGA), els protocols de maneig de la fibromiàlgia, la síndrome de fatiga crònica i la síndrome de sensibilitat química múltiple.	
<b>unitat proponent</b>	- Divisió de Planificació Operativa i Projectes	
<b>font dades</b>	- <b>registre:</b> - entitat proveïdora - <b>unitat responsable:</b> regió sanitària	
<b>fórmula</b>	sí/no	
<b>definicions</b>	- per considerar assolit aquest objectiu, cal haver elaborat els tres protocols	
<b>referències</b>		
<b>observacions</b>	- aquest objectiu afecta a l'atenció primària i atenció especialitzada (unitats d'expertesa) de les AGA que encara no tinguin els protocols en data 31/12/2016	

<b><i>línia contractual</i></b>		<b><i>transversal</i></b>
<b>objectiu T31</b>	<b>Disposar d'un professional de referència territorial sobre les síndromes de sensibilització central</b>	
<b>indicador IT31</b>	<b><i>Existència d'un professional de referencia territorial sobre les síndromes de sensibilització central</i></b>	
<b><i>descripció</i></b>	- disposar d'un professional que actuï com a referent territorial de l'àrea de gestió assistencial (AGA) en relació amb les síndromes de sensibilització central (fibromiàlgia, síndrome de fatiga crònica i síndrome de sensibilitat química múltiple)	
<b><i>unitat proponent</i></b>	- Divisió de Planificació Operativa i Projectes	
<b><i>font dades</i></b>	- <b>registre</b> : entitat proveïdora - <b>unitat responsable</b> : regió sanitària	
<b><i>fórmula</i></b>	- si/no	
<b><i>definicions</i></b>	- el professional que actuï com a referent ha de formar part d'alguna de les unitats proveïdores amb activitat assistencial dins l'AGA	
<b><i>referències</i></b>		
<b><i>observacions</i></b>	- tot i que no serà condició per considerar assolit l'objectiu, en el moment d'avaluar-lo es recollirà informació sobre el grau de formació d'aquest professional de referència en el tema - aquest objectiu afecta a l'atenció primària i atenció especialitzada (unitats d'expertesa) de les AGA que no hagin assolit l'objectiu en data 31/12/2016	

<b>línia contractual</b>	<b>transversal</b>
<b>objectiu T29</b>	<b>Presentar al CatSalut el protocol territorial d'accés a les unitats de subaguts abans del 30 de juny del 2017</b>
<b>indicador IT29</b>	<b>Presentació al CatSalut del protocol territorial d'accés a les unitats de subaguts abans del 30 de juny del 2017</b>
<b>descripció</b>	- presentació al CatSalut del protocol territorial d'accés a les unitats de subaguts en el marc d'alternatives assistencials a l'hospitalització convencional
<b>unitat proponent</b>	- Divisió de Planificació Operativa i Projectes i Pla Director Sociosanitari
<b>font dades</b>	- <b>registre:</b> unitat proveïdora - <b>unitat responsable:</b> regions sanitàries
<b>fórmula</b>	sí/no
<b>definicions</b>	- les unitats de subaguts es van crear com a alternativa a l'hospitalització convencional amb uns criteris estructurals i de funcionament específics per atendre a un determinat perfil de persones que no requereixen alta tecnologia per al seu tractament i es poden beneficiar de l'atenció interdisciplinària dels recursos intermedis - per tal de considerar assolit l'objectiu, cal haver treballat el protocol territorial de subaguts tenint en compte les següents consideracions: <ul style="list-style-type: none"> <li>· elaboració del protocol amb la col·laboració dels diferents recursos del territori (Atenció Primària, Sociosanitària, Hospital d'aguts i SEM).</li> <li>· definició de circuits d'ingrés a subaguts des de serveis d'urgències, tant d'atenció primària com hospitalaris</li> <li>· definició dels criteris d'ingrés i no ingrés a subaguts</li> <li>· identificació dels professionals implicats en el flux de pacients i les seves dades de contacte</li> <li>· definició de temps de resposta, indicadors d'avaluació i estàndards de qualitat en l'accés</li> </ul>
<b>referències</b>	- criteris de planificació sobre hospitalització i alternatives assistencials en l'atenció a la cronicitat <a href="http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/criteris_planif_alter_assis.pdf">http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/criteris_planif_alter_assis.pdf</a> - alternatives assistencials e el marc d'un sistema integrat <a href="http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/front2_ss.pdf">http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/front2_ss.pdf</a>
<b>observacions</b>	- l'any 2017 aquest objectiu afecta a atenció primària, atenció hospitalària i atenció sociosanitària

#### **4. REQUERIMENTS DE DADES**

<b>AGAUPPACTE</b>	<i>Nombre d'UP de l'Àrea de gestió assistencial (AGA) l'entitat proveïdora de les quals ha signat el Pacte territorial abans de l'1/7/2017</i>
<b>AGAUP</b>	<i>Nombre d'UP de l'Àrea de gestió assistencial (AGA)</i>
<b>AGARUTDEM</b>	<i>Existeix la ruta assistencial d'atenció a les persones amb demència d'acord amb els requeriments definits?</i>
<b>AGARUTCOMPL</b>	<i>Existeix la ruta assistencial revisada d'atenció a les persones en situació de complexitat?</i>
<b>AGAPROTOSSC</b>	<i>S'han elaborat protocols de maneig en la fibromiàlgia, la síndrome de fatiga crònica i la síndrome de sensibilitat química múltiple?</i>
<b>AGASSCREF</b>	<i>Existeix un professional de referència territorial sobre les síndromes de sensibilització central?</i>
<b>AGAPROTSUBAG</b>	<i>S'ha presentat el protocol territorial d'accés a les unitats de subaguts abans del 30 de juny del 2017?</i>

## ANNEX: LÍNIES ASSISTENCIALS QUE AFECTEN ELS OBJECTIUS TRANSVERSALS

OBJECTIUS TRANSVERSALS	LÍNIES ASSISTENCIALS			
<b>1. Objectius transversals vinculats a la contraprestació per resultats</b>	<b>AP</b>	<b>AE</b>	<b>SS</b>	<b>SM</b>
T01. Aconseguir que almenys el 90% de les unitats proveïdores de l'àmbit territorial signi el Pacte territorial de col·laboració abans de l'1/07/2017	X	X	X	X
T02bis. Aconseguir que la taxa bruta d'hospitalitzacions potencialment evitables relacionades amb un conjunt de malalties cròniques se situï per sota de determinats valors	X	X		
GFM01-T. Assolir un determinat valor mínim de l'índex de qualitat en la prescripció farmacèutica (IQF)	X	X		X (excepte CDSM)
T30. Aconseguir que el percentatge d'episodis de pacients no oncològics atesos per les unitats de cures pal·liatives i pel PADES se situï per sobre d'un determinat valor	X	X	X	
<b>2.1 Objectius transversals comuns sense repercussió econòmica comuns per totes les AGA</b>	<b>AP</b>	<b>AE</b>	<b>SS</b>	<b>SM</b>
GFM02-T. Aconseguir que la taxa d'incidències en la prescripció farmacèutica dels pacients amb complexitat (PCC i MACA) se situï per sota de sengles valors màxims	X	X	X Només PADES	X (excepte CDSM, CSMIJ i HDSMIJ)
GFM03-T. Aconseguir que la taxa d'incidències de prescripció farmacèutica dels pacients polimedicats es situï per sota d'un determinat valor màxim	X	X	X	X (excepte CDSM)
T28. Elaborar la Ruta d'atenció a les persones amb demència	X	X	X	X
T32. Revisar la ruta assistencial d'atenció a les persones en situació de complexitat	X	X	X	X

<b>2.2. Objectius transversals comuns sense repercussió econòmica específics d' AGA</b>	<b>AP</b>	<b>AE</b>	<b>SS</b>	<b>SM</b>
T27. Elaborar els protocols de maneig de la fibromiàlgia, la síndrome de fatiga crònica i la síndrome de sensibilitat química múltiple.	<b>X</b>	<b>X</b>		
T31. Disposar d'un professional de referència a nivell territorial sobre les síndromes de sensibilització central	<b>X</b>	<b>X</b>		
T29. Presentar al CatSalut el pla funcional territorial de subaguts abans del 30 de juny del 2017	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	