

Aliança Estratègica C-17: aproximació avaluativa de 2017 a 2022

Informe final

Servei Català de la Salut

Octubre de 2023



Generalitat
de Catalunya

/Salut

Direcció/coordinació:

Gerència de Planificació Operativa i Avaluació, Àrea Assistencial, Servei Català de la Salut

Autors / grups de treball:

Àlex Guarga i Rojas, gerent de la Gerència de Planificació Operativa i Avaluació (Servei Català de la Salut)

Cristina Casanovas-Guitart, cap de la Divisió de Projectes i Qualitat Assistencial (Servei Català de la Salut)

Jillian Reynolds, tècnica de la Divisió de Projectes i Qualitat Assistencial (Servei Català de la Salut)

Andrea Ramírez González, tècnica de la Divisió de Projectes i Qualitat Assistencial (Servei Català de la Salut)

Marian Fontseca Barnils, Unitat de Sistemes de Pagament i Avaluació Econòmica (Servei Català de la Salut)

Rosa Vidal Álvarez, Unitat de Sistemes de Pagament i Avaluació Econòmica (Servei Català de la Salut)

Cristina Iniesta Blasco, coordinadora del projecte de l'Aliança Estratègica C-17

Olga Parramón Costa, cap de projectes assistencials de la Fundació Privada Hospital Asil de Granollers

Amb el suport metodològic d'NTT DATA**Alguns drets reservats**

© 2023, Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Edita:

Servei Català de la Salut

Paraules clau: aliança sanitària, equitat d'accés a l'atenció sanitària, sostenibilitat de la cartera de serveis de salut, transferència de coneixement

Agraïments:

Volem mostrar el nostre sincer agraïment a totes les persones dels centres de l'AE C-17 i participants en els diferents grups de treball i entrevistes que han fet possible la realització d'aquest projecte.

Índex de continguts

Resum executiu.....	6
1. Introducció	11
2. L'Aliança Estratègica C-17: reforçar l'atenció especialitzada basant-se en el treball en xarxa	13
2.1. El projecte AE C-17 2015-2021: visió, missió i objectius principals	14
2.2. Història, estructura operativa i intervencions de l'AE C-17, 2015-2021	15
3. Aproximació metodològica a l'avaluació de l'AE C-17	18
3.1. Anàlisi comparativa de models d'avaluació d'aliances assistencials en l'àmbit de la salut 19	
3.1.1. Marcs avaluatius globals identificats a la literatura	20
3.1.2. Marc avaluatiu econòmic.....	25
3.2. Documentació de l'AE C-17	27
3.2.1. La memòria de l'Aliança	27
3.2.2.	29
3.2.3. Fitxes d'intervencions.....	29
3.2.4. Taules econòmiques	30
3.3. Definició del model d'avaluació de les aliances estratègiques i la seva aplicació a l'AE C-17	30
3.3.1. Dimensions d'avaluació.....	30
3.3.2. Estratègia d'avaluació	32
4. Resultats de l'anàlisi qualitativa	45
4.1. Entrevistes qualitatives.....	45
4.2. Sessions de treball (<i>workshops</i>).....	51
4.2.1. <i>Workshop</i> 1	51
4.2.2. <i>Workshop</i> 2	53
4.2.3. <i>Workshop</i> 3.....	56
5. Resultats dels indicadors quantitius	58
5.1. Indicators d'accessibilitat.....	58
5.2. Indicators de resultats de salut.....	68
6. Resultats de l'avaluació econòmica	78
6.1. Anàlisi econòmica del PAC de càncer de mama	78
6.2. Anàlisi econòmica del PAC de malaltia isquèmica	79
7. Conclusions	81
7.1. Evidència i valoració per dimensions d'avaluació de l'AE C-17	82
7.1.1. Governança	82
7.1.2. Àmbit economicofinancer	83

7.1.3. Treball en xarxa	85
7.1.4. Processos de suport.....	87
7.1.5. Tecnologies de la informació i la comunicació.....	88
7.1.6. Experiència dels professionals	89
7.1.7. Accessibilitat	91
7.1.8. Millores de salut i seguretat.....	93
7.1.9. Equitat.....	96
7.1.10. Experiència dels pacients.....	99
7.2. Conclusions generals de l'aproximació avaluativa de l'AE C-17 per al període 2017-2022	100
Annexos	105
Annex 1. Plantilla de les fitxes d'intervenció de l'AE C-17	105
Annex 2. Guions de les entrevistes a actors interns i externs de l'AE C-17	108
Annex 3. Participants en les entrevistes a actors interns i externs de l'AE C-17	116
Annex 4. Detall del <i>workshop</i> 1	117
Annex 5. Detall del <i>workshop</i> 2	118
Annex 6. Detall del <i>workshop</i> 3	119
Annex 7. Resultats del <i>workshop</i> 1 per dimensió avaluada	120
Annex 8. Resultats del <i>workshop</i> 2 per PAC i dimensió avaluada	126
Annex 9. Resultats del <i>workshop</i> 3 amb la valoració preliminar dels assoliments de l'AE C-17 a cada dimensió de l'abordatge avaluatiu	137
Annex 10. Autoavaluació pilot de la intervenció d'ORL 24x7 de l'AE C-17	148
Annex 11. Ampliació dels resultats d'indicadors quantitativs	149
Annex 12. Taules d'avaluació econòmica.....	160
Annex 13. Professionals de suport metodològic d'NTT DATA.....	162
Bibliografia	164

Resum executiu

Context i objectius de l'encàrrec

Davant els reptes dels sistemes sanitaris del segle XXI, les aliances estratègiques sanitàries amb visió territorial sorgeixen com a opció clau per reforçar la sostenibilitat del sistema i per garantir l'accés a tota la cartera de serveis de salut, amb la finalitat de donar cobertura a la població d'un espai territorial definit, amb qualitat i seguretat.

Establerta el 2015, l'Aliança Estratègica C-17 (AE C-17) és una de les que té més recorregut a Catalunya. La integren l'Hospital Clínic de Barcelona, la Fundació Privada Hospital i Asil de Granollers, la Fundació Sanitària de Mollet, l'Hospital de Sant Celoni i el Consorci Hospitalari de Vic i dona cobertura a 1,2 milions de persones dels territoris d'Osona, el Vallès Oriental i l'Àrea Integral de Salut (AIS) de Barcelona Esquerra.

La missió de l'AE C-17 en els primers anys des de la seva creació ha estat establir un model estable de col·laboració entre els cinc hospitals en matèria de gestió assistencial de la salut, per desenvolupar projectes compartits amb l'objectiu d'assolir l'excel·lència en l'atenció sanitària a la seva població de referència i millorar l'eficiència i l'accessibilitat a la cartera de serveis de salut, amb èmfasi en l'atenció més complexa i a millorar les oportunitats de desenvolupament professional.

Atès el potencial de les aliances estratègiques com a instrument per transformar el SISCAT en un model d'atenció integrada i centrada en la persona, sostenible i impulsor de l'excel·lència assistencial, és un projecte estratègic del Servei Català de la Salut fer-ne l'aproximació a l'avaluació, objectivar el valor afegit generat i copsar-ne els elements facilitadors i les barreres per al seu desplegament.

Així, el 2021, la Direcció del Servei Català de la Salut va encarregar a l'Àrea Assistencial i a l'Àrea Econòmica la realització d'un projecte d'avaluació de l'AE C-17, amb l'objectiu d'avaluar-ne la implementació i l'impacte, tant en l'àmbit assistencial com econòmic. Es volia:

- Determinar el grau d'integració i interrelació assistencial dels proveïdors de salut que formen l'AE C-17.
- Copsar l'esforç organitzatiu que ha suposat el seu desplegament.
- Determinar el valor afegit arran de l'experiència, tant des de la perspectiva de la ciutadania com dels professionals, les direccions dels centres participants i a escala de sistema.
- Identificar elements facilitadors i limitadors.
- Consensuar les bases d'un marc d'avaluació aplicable a altres models de col·laboració sanitària en xarxa.

Metodologia

El febrer de 2021 es va establir un grup de treball integrat per personal de la Gerència de Planificació Operativa i Avaluació de l'Àrea Assistencial i de la Unitat de Sistemes de Pagament i Avaluació Econòmica de l'Àrea Econòmica del Servei Català de la Salut, així com la Coordinació i la Secretaria Tècnica de l'AE C-17. Entre el febrer de 2021 i el juliol de 2023 es va executar l'encàrrec de manera col·laborativa i es va incorporar el suport de la consultora NTT Data com a avaluador i dinamitzador extern, especialment en la part qualitativa.

Es va adoptar una lògica de co-creació de la metodologia d'avaluació amb els membres de l'AE C-17, a fi de construir a partir de les diferents visions (sistema, gerència, direccions, professionals) i nodrir-se de l'expertesa clínica i de gestió sanitària, tot promovent una dinàmica de treball col·laborativa entre els diferents centres, les seves direccions mèdiques i economicofinanceres i el mateix Servei Català de la Salut.

L'encàrrec es va estructurar en dues fases. La primera es va centrar en la recollida i la revisió documental tant de la literatura existent sobre models d'avaluació d'aliances sanitàries com de la informació disponible sobre la mateixa AE C-17 com a objecte d'estudi, per posteriorment consensuar un marc d'avaluació. En la segona fase es va executar l'estratègia d'avaluació i es va incorporar el suport metodològic d'una consultora externa. Constatada la dificultat d'obtenir informació quantitativa de manera retrospectiva i l'abast de dimensions per valorar, es va optar per una aproximació avaluativa que combinava elements quantitius retrospectius (anàlisi economicofinancera de l'impacte de l'AE C-17 i indicadors de procés i de resultats de salut) i elements qualitius que es van treballar per mitjà d'entrevistes individuals amb professionals clau i sessions de treball amb els membres de les comissions de l'AE C-17. Aquesta aproximació avaluativa es va centrar en el període 2017-2022.

Per aplicar el marc avaluatiu a l'experiència concreta de l'AE C-17, es van seleccionar de manera consensuada tres intervencions assistencials, pel seu grau de maduresa i representativitat: el procés assistencial compartit en càncer de mama, el procés assistencial compartit de malaltia cardíaca isquèmica i les urgències 24x7 d'otorrinolaringologia. Per completar l'evidència recopilada, a la fase de documentació es van fer entrevistes a agents interns i externs a l'AE C-17, es van celebrar tres sessions de treball o *workshops* amb diferents perfils professionals i àrees d'especialització dels centres, es van seleccionar i analitzar indicadors quantitius extrets a partir dels sistemes d'informació del SISCAT i es va establir un grup de treball per a l'avaluació econòmica de dues intervencions assistencials.

L'últim pas de l'aproximació avaluativa va consistir en la integració de l'evidència, triangulant les diferents aportacions i les dades qualitatives i quantitatives en una anàlisi estructurada segons les dimensions del marc avaluatiu de les aliances estratègiques. Com a valoració general del període 2017-2022, es van identificar els assoliments principals de l'AE C-17, així com les dimensions on el desplegament ha estat menor, i es van elaborar, a tall de reflexió final, consideracions generals sobre el valor afegit del desplegament i una aproximació avaluativa de l'AE C-17.

Resultats i conclusions

El marc d'avaluació per a les aliances estratègiques sanitàries establia 10 dimensions d'avaluació, que s'entenen interrelacionades i que es retroalimentaven:

- Governança: es van examinar l'estructura i els mecanismes per establir, impulsar i avaluar objectius comuns.
- Àmbit economicofinancer: es va avaluar l'impacte econòmic que suposa l'establiment de l'Aliança quant a recursos invertits i beneficis obtinguts (estalvi, economies d'escala, etc.).
- Treball en xarxa: es van conèixer les dinàmiques, les eines i l'entorn per col·laborar, compartint informació, coneixement i recursos per implementar projectes compartits i assolir objectius comuns, amb una visió de suport també a la cartera de serveis de cada centre.

- Processos de suport: es van estudiar aquelles intervencions en processos de suport clau per a l'activitat assistencial, que, a més, poden ser d'alta tecnologia, disponibles només en un dels centres participants i ser claus en la fase diagnòstica i/o tractament, com poden ser el diagnòstic per la imatge o l'assessorament genètic.
- Tecnologies de la informació i la comunicació: es va comprendre quines intervencions s'han desplegat per generar un entorn informàtic i de comunicació que faci possible el treball conjunt de professionals de diferents entitats (i sistemes informàtics) compartint informació entre ells i amb pacients de tot l'espai territorial conjunt quan diversos centres participen en la seva atenció.
- Experiència dels professionals: es van valorar quins canvis han experimentat els professionals de diferents perfils afectats pel desenvolupament de processos assistencials compartits a escala de l'aliança, i si això ha contribuït al seu desenvolupament i benestar professional.
- Accessibilitat: es va analitzar si l'establiment de l'Aliança ha facilitat l'accés a la cartera de serveis per part de qualsevol pacient de l'espai territorial conjunt, especialment en el cas de prestacions que, per raons de qualitat, seguretat i sostenibilitat, estan concentrades en el sector terciari.
- Experiència dels pacients: es va comprendre l'impacte del treball en xarxa en la persona necessitada d'atenció que requereix la col·laboració entre centres, en qüestions com la comunicació, la coordinació, el confort i, en definitiva, l'atenció centrada en la persona.
- Equitat: es va preguntar si els esforços de l'Aliança s'han traduït en una equitat més alta en l'accés a la cartera de serveis i/o en els resultats de salut de la població de l'espai territorial conjunt.
- Millores de salut i seguretat: es va discernir si, arran de les intervencions desenvolupades en totes les dimensions anteriors, s'han assolit uns millors resultats de salut i condicions de seguretat de la població coberta.

Per fer realitat els objectius que motivaren l'establiment de l'AE C-17 el 2015, en el decurs del període 2017-2022 es va establir un marc transversal de governança i treball en xarxa de l'Aliança i es van desenvolupar eines de suport a la gestió i la pràctica assistencial tant de tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) com diagnòstiques. Es van implementar projectes assistencials conjunts, que es van difondre i fomentar amb jornades i premis anuals al treball col·laboratiu a escala de xarxa. Posteriorment, es va iniciar una reflexió respecte al marc economicofinançer des de la perspectiva global de l'AE C-17.

La valoració feta ha pogut evidenciar assoliments pràcticament en cadascuna de les dimensions del marc avaluatiu que es poden atribuir a l'establiment de l'Aliança, **entre els quals destaquen:**

- La col·laboració ininterrompuda entre els cinc centres durant més de cinc anys, tot i haver hagut de fer front a una pandèmia global, basada en uns òrgans consolidats de governança. Aquests òrgans han permès establir una estratègia conjunta i implementar iniciatives de xarxa, especialment amb l'impuls del lideratge clínic.
- L'impuls a la transferència de coneixement entre professionals dels diferents centres, mitjançant la seva participació en equips multicentre i multidisciplinaris que treballen conjuntament per donar l'atenció més adequada segons les necessitats de cada pacient.

- La pràctica professional s'ha anat assimilant entre els centres en aspectes clau per al maneig clínic i la seguretat de cada professional en la funció que fa. Destaquen la possibilitat d'accedir a coneixement i opinió experta (tant per a la valoració de casos complexos com en la cobertura horària 24x7); l'opció de fer proves diagnòstiques d'alta tecnologia o accedir a teràpies innovadores; el seguiment de protocols i circuits assistencials comuns a escala de xarxa, i la possibilitat de fer en proximitat al llarg de la xarxa determinats procediments amb el suport de professionals de l'Aliança.
- S'han establert eines TIC per fer possible el treball en xarxa, amb canals de comunicació i plataformes de compartició d'informació entre els professionals que intervenen en l'atenció d'un mateix pacient.
- S'han estès a escala de xarxa prestacions que estan concentrades en un únic punt d'atenció per garantir la seva qualitat i la sostenibilitat de la cartera de serveis. Això ha impactat positivament en l'accessibilitat des de qualsevol lloc del territori de la C-17.
- Determinades intervencions assistencials permeten optimitzar l'ús de recursos a escala de xarxa, amb estalvis nets arran de la reducció en el nombre d'ingressos o de desplaçaments innecessaris.
- Tot i que no es disposa d'evidència quantitativa, la percepció entre les persones participants en l'aproximació avaluativa és que l'esforç fet desplegant processos assistencials compartits ha repercutit positivament en l'experiència i els resultats de salut del pacient, que es beneficia d'una qualitat assistencial més elevada i d'una atenció més integrada entre centres que participen en la seva atenció.

L'aproximació avaluativa, plantejada com un exercici de reflexió i aprenentatge compartit, també **va identificar aspectes amb una menor progressió de l'esperada**, o bé que, sense haver-se proposat d'inici com un àmbit prioritari d'acció, han emergit **com a barreres per al desplegament de l'Aliança**:

- La conveniència de reforçar l'estructura de governança de l'AE C-17, amb mecanismes per garantir una presa de decisions amb visió de conjunt basada en l'intercanvi i el consens entre les diferents parts implicades.
- La manca d'adaptació del marc economicofinancer a una nova manera de prestar atenció sanitària centrada en el pacient i que requereix la col·laboració i la compartició de recursos entre entitats que mantenen la seva identitat jurídica i independència financera.
- La necessitat de transformar el marc laboral per tal de fomentar un entorn únic d'exercici professional, eliminant desincentius o factors de greuge comparatiu entre professionals, i afavorint la mobilitat i el treball conjunt.
- El desplegament d'un marc TIC a escala de l'Aliança que permeti el registre i l'intercanvi d'informació necessària tant per a la pràctica assistencial com per a la gestió sanitària i l'avaluació, amb més homogeneïtat entre programaris i estacions de treball.
- La necessitat d'establir una estratègia de recollida sistemàtica d'evidència per al monitoratge i l'avaluació de les intervencions de l'Aliança amb antelació, consolidant un sistema de dades conjunt amb visió poblacional. Cal una estratègia que inclogui les diferents dimensions del marc avaluatiu de l'Aliança (per exemple, experiència dels pacients i dels professionals, valoració econòmica, millores de salut, etc.), i protocols d'avaluació específics per a cada intervenció assistencial, amb indicadors consensuats de procés i resultats, i mecanismes de recollida de les dades necessàries per al seu càlcul.

- Per a l'avaluació econòmica, és especialment necessari definir abans de la implementació una metodologia d'avaluació per copsar els recursos invertits i els costos i beneficis derivats, i per identificar en els registres tots els pacients susceptibles d'inclusió i finalment inclosos en les intervencions. Cal habilitar mecanismes de recollida de dades homogenis i establir un pla d'anàlisi amb visió de conjunt.
- Marges de millora en la comunicació respecte a l'Aliança (existència, objectius i implicacions pràctiques), tant entre professionals dels centres de l'AE C-17 com amb altres nivells assistencials que atenen la població de la C-17, i també amb pacients i persones cuidadores.
- La rellevància d'impulsar la capacitat resolutiva de l'activitat de referència i terciària conjunta dels centres de l'AE C-17, evitant la realització de parts dels processos assistencials a altres territoris i fomentant la complementarietat entre centres i el suport al territori per garantir la cobertura de les necessitats de salut segons el model territorial de desplegament de la cartera de serveis de salut.
- La necessitat d'analitzar els volums d'activitat i dimensionar adequadament els equips de treball que donen cobertura a tot el territori de la C-17, per exemple, en la realització de proves diagnòstiques o en les guàrdies 24x7.
- La importància de vetllar perquè s'atenguin tots els pacients en el punt més adequat de la xarxa segons la seva complexitat i el procés assistencial definit, amb independència de l'existència de projectes de recerca en marxa. Quan aquests projectes existeixen, cal facilitar la participació tant dels professionals com dels pacients de tot el territori de l'Aliança.
- Oportunitats per impulsar una pràctica clínica més homogènia entre els diferents centres, revisant i perfilant conjuntament detalls dels protocols i els circuits assistencials, i involucrant els diferents perfils professionals que intervenen en la prestació del servei en la seva definició.
- La conveniència d'analitzar les diferències territorials en els temps d'espera per a determinades visites i intervencions quirúrgiques, i d'adoptar mesures per afavorir una equitat més gran en l'accés a l'atenció.

Les consideracions generals següents plasmen el valor afegit del model col·laboratiu de l'AE C-17 i els aprenentatges del seu abordatge avaluatiu:

- Hi ha consens entre els centres de l'AE C-17 i el Servei Català de la Salut sobre els beneficis d'establir una aliança estratègica sanitària.
- La col·laboració assistencial entre centres ha estat possible i ha funcionat en la gran majoria d'iniciatives empreses.
- La pràctica professional als centres de l'AE C-17 s'ha vist potenciada, però hi continua havent diferents entorns i marcs laborals que dificulten una integració i un treball conjunt més importants.
- Els beneficis del treball en xarxa i la compartició de recursos de moment es plantegen majoritàriament per a patologies complexes, amb un nombre acotat de pacients que potencialment se'n poden beneficiar.
- És necessari escalar a noves àrees clíniques i a procediments més freqüents, entrant en l'atenció de referència en termes de complexitat.

- També, i molt rellevant, hi ha la necessitat de fer un plantejament que vagi més enllà de l'atenció especialitzada hospitalària i abordi altres línies assistencials, com l'APiC, l'atenció intermèdia i la salut mental, amb una visió més en clau local.
- S'ha pres consciència de la necessitat d'acompanyar l'impuls de l'atenció clínica compartida amb l'impuls de l'entorn de la governança, el treball en xarxa i l'àmbit economicofinancer, i establir eines que facilitin i incentivin la col·laboració.
- El desplegament de l'AE C-17 és una corresponsabilitat dels centres de l'AE C-17 i de les autoritats sanitàries.
- El mateix procés de l'aproximació avaluativa ha permès aprendre i avançar conjuntament.

1. Introducció

Les organitzacions sanitàries estan evolucionant cap a una col·laboració i una cooperació més importants en la prestació dels serveis assistencials, com també no assistencial, amb la qual cosa conformen xarxes de coneixement. En els darrers temps, s'ha observat una estructuració progressiva de serveis en forma de xarxa, tant a escala internacional com en l'àmbit local. A Catalunya, concretament, es poden apreciar diversos acords de col·laboració i cooperació, especialment en l'àmbit de l'atenció hospitalària d'aguts, tant per garantir la cartera bàsica com per assegurar l'accés a prestacions de més complexitat, amb qualitat i seguretat.

La tendència cap a la col·laboració entre hospitals s'ha accentuat arran de la pandèmia de la COVID-19 i la manca de professionals assistencials. Aquesta situació ha impulsat la implementació de diferents innovacions organitzatives per estructurar i fomentar la cooperació entre les entitats del sector sanitari, com poden ser els acords per a la prestació de serveis, els serveis territorials compartits, les direccions clíniques i les unitats de pràctica integrada, entre d'altres.

Les aliances estratègiques fan un paper crucial dins del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT), ja que ajuden a fomentar la col·laboració i la compartició de coneixement i recursos entre les diferents entitats que treballen per a objectius comuns, i promouen l'excel·lència en àmbits com la recerca, la formació i la docència. En diversos països d'Europa, com el Regne Unit, Bèlgica o França, entre d'altres, ja s'han començat a establir aliances hospitalàries. En el cas del National Health Service d'Anglaterra, els hospitals d'aguts estan organitzats en *trusts*, unions habitualment entre dos i quatre hospitals, i en un 25% dels casos, entre cinc i vuit hospitals.

L'AE C-17 és una de les primeres experiències en aquest àmbit a Catalunya i, per tant, amb més recorregut. Va néixer el 2015 i s'ha anat desenvolupant fins a l'actualitat. Ha establert un nou model de col·laboració entre els cinc centres hospitalaris participants, especialment entre els professionals d'aquests centres. L'any 2017, l'AE C-17 va establir la figura de Coordinació de l'Aliança, figura encomanada pel Servei Català de la Salut com a entitat de representació i interrelació i amb la missió de promoure l'harmonització, la dinamització i l'impuls d'aquesta aliança.

En el context actual de recursos limitats, les aliances sorgeixen com a opció per reforçar la sostenibilitat del sistema. A més, les aliances contribueixen a minimitzar les possibles desigualtats en l'accés a diferents procediments terapèutics, diagnòstics i preventius, i a donar cobertura a tota la població d'un espai territorial definit, amb qualitat i seguretat. Així, són una fórmula organitzativa que persegueix impactes positius tant per a la població com per als professionals, a escala de gestió i sistema. S'identifiquen sis pilars principals i indispensables per

a una aliança estratègica i el seu bon funcionament:

Els sis pilars d'una aliança

01	Governança
02	Cartera de serveis
03	Sistema de pagament
04	Instruments jurídics compartits
05	Model comú de compartició de professionals
06	Sistemes d'informació integrats

L'AE C-17 es considera un cas d'èxit en l'àmbit català i, recentment, ha estat reconeguda amb el premi d'innovació Avedis Donabedian de l'any 2023. Cal tenir en compte que hi ha camí per recórrer per arribar al nivell de maduresa d'alguns dels exemples europeus.

Atès el potencial de les aliances estratègiques com a instrument per transformar el SISCAT en un model d'atenció integrada i centrada en la persona, sostenible i impulsor de l'excel·lència assistencial, és un projecte estratègic del Servei Català de la Salut fer-ne l'avaluació i objectivar el valor afegit generat, tot copsant els elements facilitadors i les barreres per al seu desplegament.

Així, el 2021, la Direcció del Servei Català de la Salut va encarregar a l'Àrea Assistencial i a l'Àrea Econòmica la realització d'un projecte d'avaluació de l'AE C-17, com a experiència més consolidada del SISCAT. Els objectius de l'encàrrec eren:



Objectiu

Avaluar el nivell de la implementació i l'impacte de l'AE C-17, tant en l'àmbit assistencial com econòmic, corresponent al període 2017-2022

Objectius específics



- **Determinar el grau d'integració dels proveïdors** de salut que formen part de l'AE C-17, per esdevenir una xarxa integrada d'atenció i oferir processos assistencials compartits.



- **Mesurar l'esforç organitzatiu** que ha suposat desenvolupar l'Aliança Estratègica.



- **Determinar el valor assolit** en les diferents dimensions que contribueixen als objectius de l'AE C-17, tant des de la perspectiva de la ciutadania com dels professionals, les direccions de les entitats de l'Aliança i a nivell de sistema.



Consensuar les bases d'un marc d'avaluació aplicable a altres models de col·laboració en xarxa

El febrer de 2021 es va establir un grup de treball integrat per personal de la Gerència de Planificació Operativa i Avaluació de l'Àrea Assistencial, membres de la Unitat de Sistemes de Pagament i Avaluació Econòmica de l'Àrea Econòmica, així com la Coordinació i la Secretaria Tècnica de l'AE C-17. Entre el febrer de 2021 i el juliol de 2023 es va executar l'encàrrec de manera col·laborativa i es va incorporar el suport de la consultora NTT Data com a avaluador extern i dinamitzador del procés d'avaluació, especialment pel que fa a la gestió de les tècniques de metodologia qualitativa.

Aquest informe és el document resultant de tot aquest projecte, que pretén explicar de manera sintètica tant el procés com els resultats de l'abordatge avaluatiu de l'AE C-17, i compartir-ne els principals aprenentatges extrets.

2. L'Aliança Estratègica C-17: reforçar l'atenció especialitzada basant-se en el treball en xarxa

2.1. El projecte AE C-17 2015-2021: visió, missió i objectius principals

L'Aliança Estratègica C-17 és una de les aliances hospitalàries de més recorregut que el sistema sanitari ha anat establint a Catalunya. Es tracta d'un model de col·laboració hospitalària territorial en xarxa implementat l'any 2015 i en el qual participen cinc hospitals que cobreixen una població de referència d'1.257.614 habitants (15% del Registre central d'assegurats – RCA). S'enfoca principalment a procediments complexos, però també aborda serveis d'urgències i d'altres patologies que no són pròpiament d'alta complexitat.

L'Aliança té com a missió establir un model estable de col·laboració entre els hospitals que la conformen, en matèria de gestió assistencial de la salut, per desenvolupar projectes compartits amb l'objectiu d'assolir l'excel·lència en l'atenció sanitària a la seva població de referència i millorar l'eficiència i l'accessibilitat de les persones amb patologies que requereixen una atenció d'alta especialització o concentrada en determinats punts de la xarxa per raons de qualitat i seguretat de l'atenció i de sostenibilitat. Es planteja un model en xarxa, orientat a la ciutadania i als professionals, que suma coneixement, recursos humans i tecnològics, cercant eficiències i aprofitant el potencial del treball en equip.

Objectius principals de l'Aliança Estratègica C-17

- **Millorar l'equitat d'accés** als recursos de la ciutadania.
- **Compartir informació** sobre llits, activitat, fluxos de pacients i professionals per proporcionar una visió territorial dels recursos hospitalaris.
- Analitzar la situació sanitària del territori i dels hospitals i prendre decisions que permetin **donar resposta equitativa a les necessitats de salut del territori** a curt i mitjà termini.
- Compartir coneixement i recursos per **millorar la qualitat, l'eficiència i l'escalabilitat** de la prestació de serveis sanitaris de complexitat.
- Garantir el **desenvolupament professional**, promovent la formació continuada, la recerca i la formació en xarxa a partir del lideratge clínic.

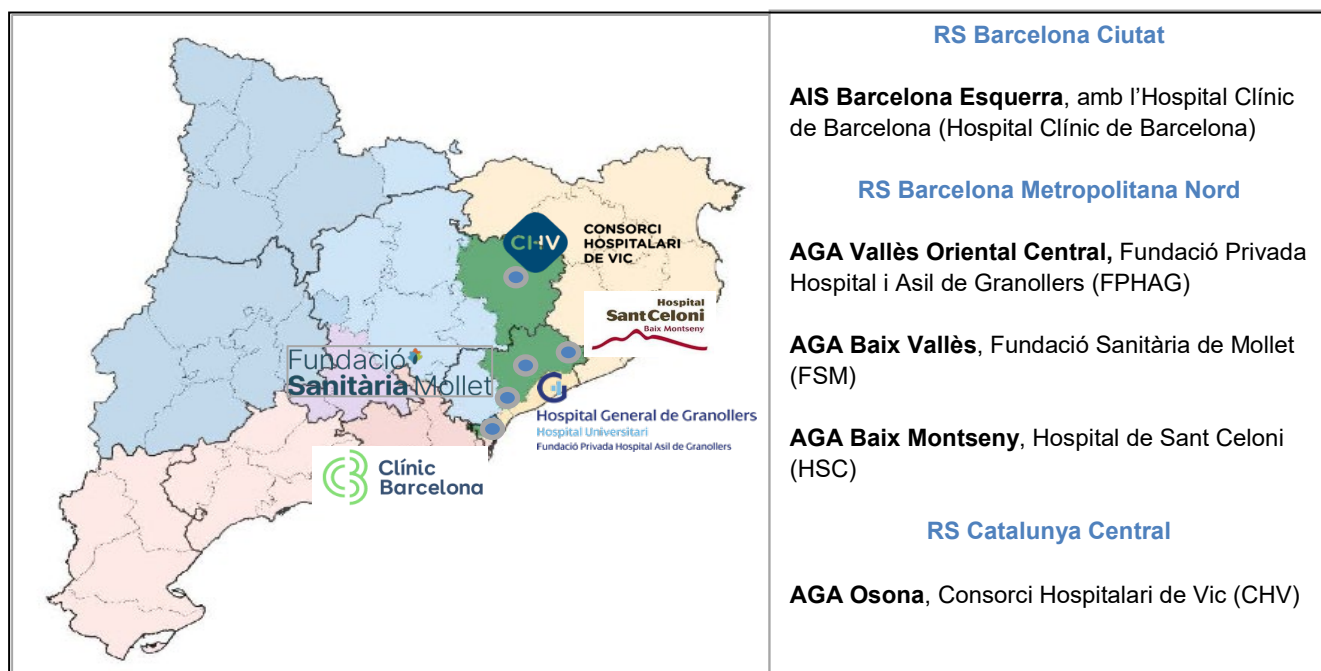
L'abast territorial de l'AE C-17 correspon a cinc àrees de gestió assistencial (AGA) distribuïdes en tres regions sanitàries. Cal destacar que la població de la C-17 no es distribueix de manera uniforme entre les cinc AGA que componen aquest territori, sinó que oscil·la de les prop de 60.000 persones assegurades a l'AGA Baix Montseny a les més de mig milió a l' AIS Barcelona Esquerra. S'ha de tenir en compte que l'atenció hospitalària bàsica de la població de l' AIS Barcelona Esquerra es distribueix entre l'Hospital Clínic de Barcelona i l'Hospital Universitari Sagrat Cor, entitat que no forma part de l'AE C-17.

Població del territori de la C-17 segons les AGA

BCN Esquerra	Vallès Oriental Central	Baix Vallès	Baix Montseny	Osona
535.626	214.278	141.234	58.840	168.734

Font: RCA, 2023.

Territori C-17 i centres participants en l'Aliança



2.2. Història, estructura operativa i intervencions de l'AE C-17, 2015-2021

L'Aliança Estratègica C-17 va néixer l'any 2015 per fomentar la cooperació i el treball conjunt entre diversos hospitals: l'Hospital Clínic de Barcelona (HCB), el Consorci Hospitalari de Vic (CHV), la Fundació Privada Hospital Asil de Granollers (FPHAG), la Fundació Sanitària de Mollet (FSM) i l'Hospital de Sant Celoni (HSC). El nom de l'Aliança deriva de la ubicació d'aquests hospitals, a l'eix de comunicació viària de l'autovia C-17.

L'Aliança va ser constituïda oficialment el 16 d'abril de 2015, quan els cinc hospitals van acordar establir un conveni marc de col·laboració amb l'objectiu de formar una aliança estratègica per a la gestió assistencial de la salut de la població de referència, amb el vistiplau del Servei Català de la Salut. Aquest conveni marc global va reunir els esforços que ja s'havien iniciat en anys anteriors. Tanmateix, els primers acords entre els diferents centres i l'HCB es remunten a l'any 2004, quan la FPHAG va establir el primer conveni amb l'HCB, seguida pel CHV el 2008 i la FSM el 2012. A més, en l'àmbit territorial del Vallès Oriental, la FPHAG ja tenia convenis establerts amb l'HSC i uns anys després amb la FSM.

Val a destacar, com a tret diferencial de l'AE C-17, que des de juliol de 2017 compta amb la figura de la Coordinació de l'AE C-17. Aquesta funció promoguda des del Servei Català de la Salut té la responsabilitat de promoure, coordinar i facilitar el desplegament dels diferents projectes de l'AE C-17, tot dinamitzant els diferents grups de treball i iniciatives amb el suport de la figura de Secretaria Tècnica de l'Aliança. Es reuneix periòdicament amb el Servei Català de la Salut per tal de fer-ne un seguiment i, alhora, retre comptes.

L'AE C-17 disposa d'un òrgan de Direcció Estratègica format pels gerents o directors generals de les cinc entitats de l'Aliança, així com pel director d'Estratègia de l'Hospital Clínic de Barcelona i la Coordinació de l'AE C-17. Aquest òrgan fixa les línies i els objectius estratègics comuns que cal assolir en el marc de l'Aliança mitjançant projectes assistencials compartits (PAC) per desplegar.

A fi de coordinar el desplegament assistencial dels diferents PAC de l'Aliança, es va constituir l'òrgan de Direcció Assistencial de l'AE C-17, format per les direccions assistencials i/o mèdiques dels cinc centres i la Coordinació de l'AE C-17. Aquest òrgan ha celebrat reunions amb els gerents territorials de les regions de Barcelona Ciutat, Barcelona Metropolitana Nord i Catalunya Central, en les quals ha fet balanç dels avenços i ha acordat objectius anuals.

Un cop delimitades les línies d'actuació prioritàries de l'Aliança, es van constituir comissions clíniques de les àrees clíniques corresponents (Oncohematologia, Cardiociències, Otorrinolaringologia 24x7 i Infermeria), així com dues comissions de suport (Farmàcia i Sistemes d'Informació), per implementar les accions necessàries en els respectius àmbits de treball que permetin el desplegament de projectes assistencials compartits (PAC).

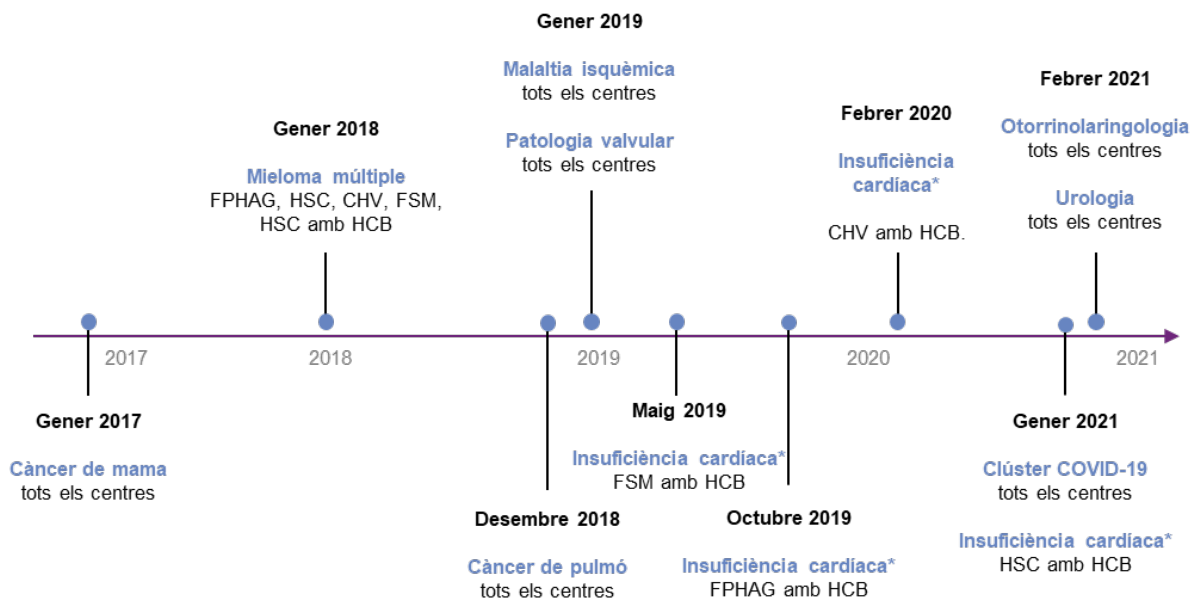
A finals de 2022, es va constituir l'òrgan de Direcció Economicofinancera de l'AE C-17, que reuneix les direccions economicofinanceres de les cinc entitats per tal d'analitzar i abordar conjuntament les implicacions economicofinanceres de l'Aliança.

Estructura de governança de l'AE C-17

DIRECCIÓ ESTRATÈGICA	DIRECCIÓ ASSISTENCIAL	DIRECCIÓ ECONOMICOFINANCERA	Secretaria Tècnica
<ul style="list-style-type: none"> Gerents dels cinc centres Coordinació de l'Aliança 	<ul style="list-style-type: none"> Direccions mèdiques Coordinació de l'Aliança 	<ul style="list-style-type: none"> Direccions economicofinanceres Coordinació de l'Aliança 	
COMISSIONS ASSISTENCIALS	COMISSIONS D'ÀREES DE SUPORT		
<ul style="list-style-type: none"> Comissió d'Oncohematologia Comissió de Cardiociències Comissió d'ORL 24x7 Comissió d'Infermeria 	<ul style="list-style-type: none"> Comissió de Farmàcia Comissió de Sistemes d'Informació 		

Tot i els seus inicis el 2015, les primeres intervencions assistencials es van implementar a partir del 2017, després de la seva prioritització, conceptualització i consens a escala de l'Aliança. A continuació es mostra la línia temporal de l'inici de col·laboració de les principals intervencions assistencials compartides del període 2017-2021:

Desplegament d'intervencions assistencials de l'AE C-17 (no exhaustiu)



D'altra banda, la taula següent mostra la cartera de serveis compartida a inici de 2023 entre els diferents centres de l'AE C-17:

Cartera de serveis compartida a 2023 entre els centres de l'AE C-17

Centres receptors de serveis	
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Centres proveïdors de serveis a altres territoris de l'AE C-17</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"> Clínic Barcelona Hospital General de Granollers Hospital Universitari Fundació Privada Hospital Ail de Granollers </p>	<p> CONSORCI HOSPITALARI DE VIC</p> <p>Professional: cardiologia, cirurgia maxil·lofacial, Innovació, atenció a la cronicitat i consell genètic Referència: imatge (PET), sentinella, malalties digestives (RMN i TAC), CDB laboratori i CDB anatomia patològica. Coneixement: docència MIR (diverses especialitats) Altres: clínica del</p>
	<p> Hospital General de Granollers</p> <p>Professional: diagnòstic per la imatge i consell genètic Referència: laboratori del CBD, medicina nuclear (PET) i anatomia patològica (en estudi) Coneixement: sessions monogràfiques i docència MIR (diverses especialitats) al CDB Coneixement: – Equipaments: nova seu del servei en xarxa de radioteràpia de l'AE C-17 a Granollers</p>
	<p> Fundació Sanitària Mollet</p> <p>Professional: – Referència: urologia, cardiologia, nefrologia i consell genètic Coneixement: acreditació de residents (procés de tramitació vinculat a l'HCB) Altres: neurologia, traumatologia, cirurgia</p>
	<p> Hospital Sant Celoni</p> <p>L'Hospital de Sant Celoni participa en l'Aliança C-17 mitjançant convenis bilaterals amb l'Hospital General de Granollers. En cas de necessitat, el pacient de Sant Celoni derivat a Granollers es deriva al Clínic des de Granollers.</p>
<p> Hospital General de Granollers</p> <p>Unitat funcional d'obesitat mòrbida; comparteix casos clínics i aspectes de salut mental</p>	<p>N/A</p>
<p> Hospital General de Granollers</p> <p>Pediatria, diagnòstic per la imatge (coordinació comarcal, UDIVOR), oncologia, nefrologia i digestologia</p>	<p>Anatomia patològica, cirurgia general, cirurgia vascular, diagnòstic per la imatge, digestologia, ginecologia i obstetrícia, hematologia, neurologia, oftalmologia, oncologia, pneumologia, prevenció de riscos laborals, rehabilitació i fisioteràpia, reumatologia i urologia</p>

3. Aproximació metodològica a l'avaluació de l'AE C-17

L'objecte d'avaluació de l'AE C-17 és una realitat complexa, que pretén obtenir impactes en diferents dimensions: experiència i resultats per a la població, per als professionals i per a la gestió sanitària. És una iniciativa de gran abast, tenint en compte diferents vessants:

- Temporal: set anys de trajectòria.
- Territorial: implica centres i població de tres regions sanitàries diferenciades, amb un abast d'uns 100 km d'un extrem a l'altre.
- Pes demogràfic: dona servei a un 15% de la població assegurada de Catalunya.
- Espectre de centres participants: inclou centres hospitalaris de diferents característiques i carteres de serveis.
- Àmbits clínics i processos de suport: actuacions dutes a terme en paral·lel en múltiples àmbits clínics (cardiovascular, oncologia, urologia, etc.) i processos de suport (proves diagnòstiques, farmàcia, sistemes d'informació, etc.).
- Integral: engloba intervencions en diferents nivells, com ara governança dels centres, experiència dels pacients, desenvolupament professional, transferència de coneixement, circuits assistencials i processos de suport compartits, recerca, divulgació, etc.
- Enfocat tant en el procés com en el resultat: pretén millores en els resultats de salut (global i amb equitat territorial), però també en el procés (cooperació, formació, eficiència, sostenibilitat, etc.)

El procés d'avaluació de l'AE C-17 va ser iniciat pel Servei Català de la Salut l'any 2021 i es va estendre fins al primer semestre de 2023, en part per la complexitat en l'obtenció de dades per l'avaluació, com també per les diferents onades pandèmiques de la COVID-19, o recentment, el ciberatac a l'HCB.

Es va adoptar una lògica de cocreació de la metodologia d'avaluació amb els membres de l'AE C-17, a fi de construir a partir de les diferents visions (sistema, gerència, direccions, professionals), nodrir-se de l'expertesa clínica i de gestió sanitària i promoure una dinàmica de treball col·laborativa entre els diferents centres, les seves direccions mèdiques i economicofinanceres i el mateix Servei Català de la Salut.

La fase inicial de l'encàrrec va desenvolupar tres línies de treball de manera simultània:

- **Anàlisi comparativa de models d'avaluació d'aliances entre entitats d'atenció sanitària:** es van examinar les dimensions rellevants per valorar el funcionament i els resultats d'una realitat complexa com és aquesta iniciativa.
- **Documentació de l'AE C-17:** quins objectius planteja, com s'articula, quines intervencions ha portat a terme en el període 2015-2021 i amb quins recursos ho ha fet.
- **Consens del marc d'avaluació:** es van definir les dimensions rellevants i una estratègia factible per obtenir i analitzar l'evidència.

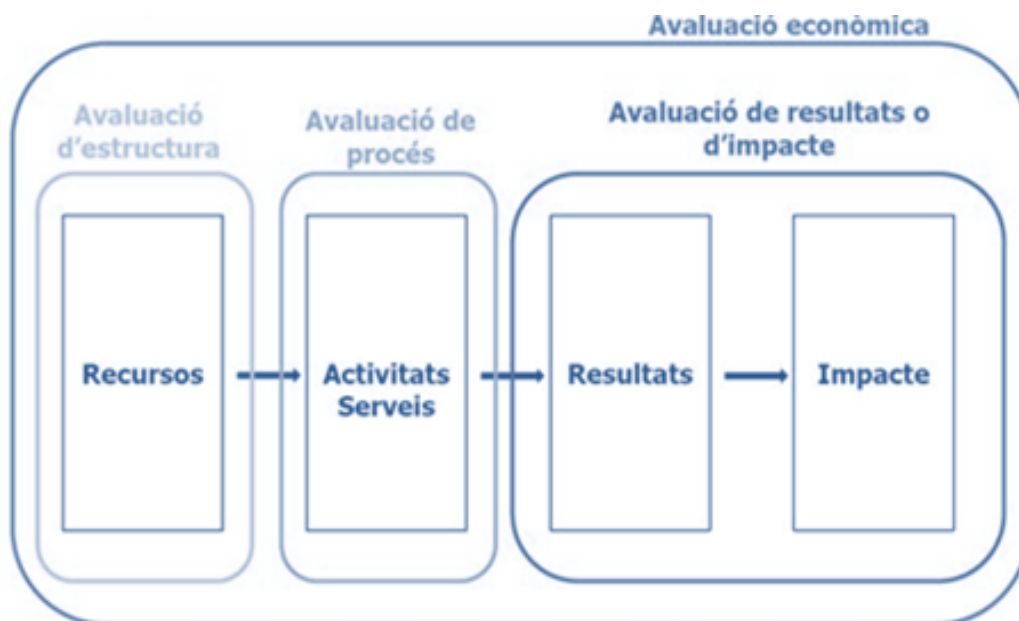
La segona fase de l'encàrrec va consistir a aplicar els resultats de la fase inicial, fent una aproximació avaluativa de l'AE C-17 amb el suport d'una consultora externa. El procés es va articular a través d'elements quantitius (anàlisi economicofinancera de l'impacte de l'AE C-17 i indicadors de procés i de resultats de salut), així com amb elements qualitius que es van treballar per mitjà d'entrevistes individuals amb professionals clau i sessions de treball amb els membres de les comissions de l'AE C-17. L'aproximació avaluativa es va centrar en el període 2017-2022. Els resultats d'aquest abordatge avaluatiu es presenten als capítols 4 i successius d'aquest document.

3.1. Anàlisi comparativa de models d'avaluació d'aliances assistencials en l'àmbit de la salut

Hi ha diferents marcs teòrics de l'avaluació de sistemes de salut. De manera simplificada, aquest diagrama mostra els diferents enfocaments per a l'avaluació. Des de l'efecte més immediat fins al resultat final, es pot avaluar:

- Quins recursos s'hi destinen i si són adequats.
- Quin és el procés de prestació de serveis.
- Quins són els resultats de salut obtinguts.
- Com impacta això en altres dimensions com podrien ser l'equitat o la seguretat.
- Quin balanç en termes econòmics se'n pot extreure.


Enfocaments de l'avaluació dels sistemes de salut



3.1.1. Marcs avaluatius globals identificats a la literatura

Es va fer una revisió bibliogràfica per identificar models d'avaluació d'aliances o atenció integrada entre centres assistencials disponibles. Aquest estudi va permetre identificar elements diferencials per a l'abordatge d'un procés d'avaluació, i va ser la base sobre la qual es va construir el model d'avaluació propi que es presenta a l'apartat 3.3.

Es destaquen els quatre models següents:

Model d'avaluació 1	Model d'avaluació 2	Model d'avaluació 3	Model d'avaluació 4
<p>El Health System Performance Assessment Framework, o “Marc d'avaluació del rendiment del sistema sanitari”.</p> 	<p>SCIROCCO és l'abreviatura de Scaling Integrated Care in Context, o “Escalant l'atenció integrada en el context”.</p> 	<p>AMPHOS (anàlisi i millora de processos hospitalaris i de salut) fa de manera contínua una anàlisi i propostes de millora dels processos hospitalaris i de salut.</p> 	<p>Model d'anàlisi per a la creació i la formalització d'aliances estratègiques de la Unió Catalana d'Hospitals.</p> 

Model d'avaluació 1: Health System performance Assessment Framework (WHO)

La Health System Performance Assessment Framework (HSPA) és un marc d'avaluació per a l'anàlisi de polítiques del sistema sanitari, elaborat a partir de la recerca i l'anàlisi d'altres marcs avaluatius, que reuneix totes les pautes i punts influents dins l'àmbit del sistema de salut. Aquesta eina ha estat elaborada recentment per l'Observatori Europeu dels Sistemes de Salut, que s'utilitza per avaluar sistemes sanitaris, tenint en compte tots els vessants i capes del sistema de salut, i com interactuen entre si (European Observatory on Health Systems and Policies, 2022).

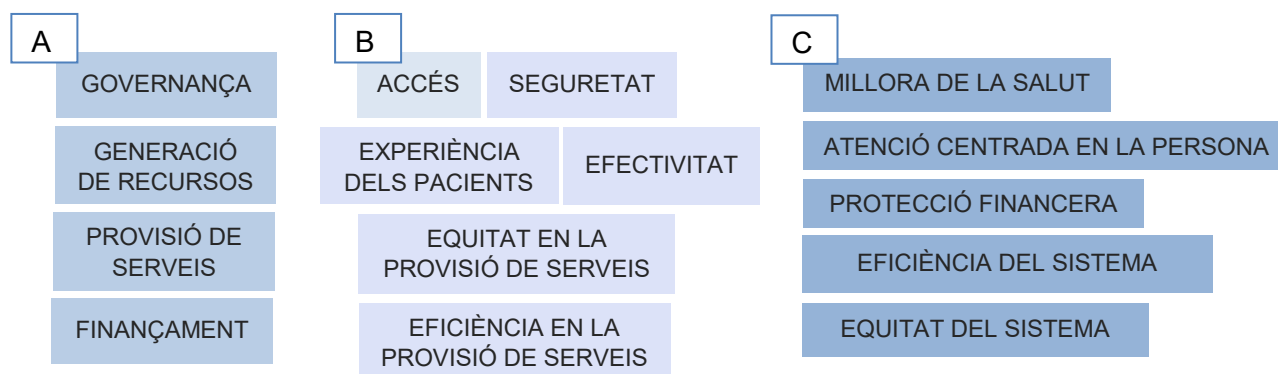
Incorpora amb entitat pròpia aspectes com la importància d'entendre els mecanismes de governança com a marc determinant de les diferents intervencions assistencials i no assistencials, així com la necessitat d'incloure els resultats informats pel pacient (PROM), però també l'experiència dels usuaris i usuàries (PREM) com a elements addicionals que reflectiran la qualitat del sistema.

Aquest marc il·lustra les quatre funcions principals dels sistemes de salut per analitzar, interrelacionades entre si: governança, generació de recursos, finançament i provisió de serveis.

Aquestes funcions es poden avaluar tenint en compte el grau de consecució tant dels objectius intermedis com dels objectius finals del sistema de salut, tot reconeixent l'impacte de l'assoliment dels objectius intermedis en els objectius finals, així com la influència de factors del context socioeconòmic, polític i cultural en el conjunt:

- Objectius intermedis: accés de qualitat dels serveis sanitaris, incloent-hi les dimensions de seguretat, experiència de l'usuari o usuària, efectivitat, equitat i eficiència en la provisió de serveis.
- Objectius finals: millora de la salut, atenció centrada en les persones, protecció financera, equitat en el sistema de salut i eficiència del sistema de salut.

Així, es destaquen quatre funcions avaluables d'un sistema de salut (A) mitjançant diferents dimensions intermèdies (B) i dimensions finals (C):



El procés que se segueix per a la metodologia és: (1) es fa una anàlisi de cadascuna de les funcions; (2) s'identifiquen els punts forts i els punts febles; (3) a partir dels resultats s'avaluen els objectius intermedis; (4) un cop completat el procés, s'analitza al llarg del temps la consecució dels objectius finals establerts.

Model d'avaluació 2: marc d'avaluació SCIROCCO (Scaling integrated Care in Context)

SCIROCCO és una eina d'autoavaluació en línia per part de gestors de sistemes de salut amb l'objectiu d'avaluar la preparació d'un territori per a l'atenció integrada. Es basa en el model de maduresa conceptual per a l'atenció integrada desenvolupat pel grup d'acció B3 sobre cura integrada de l'Associació Europea d'Innovació sobre l'Envel·liment Actiu i Saludable (SCIROCCO, en línia). Ajuda a:

- Comprendre els punts forts i els punts febles del seu context regional per a l'atenció integrada i informar els responsables polítics nacionals, regionals i locals sobre àrees potencials de millora.
- Adoptar i transferir bones pràctiques d'atenció integrada identificant-ne els requisits de maduresa i els requisits per a la possible transferibilitat i ampliació.
- Facilitar activitats d'agermanament i *coaching* que ajudin les regions i les organitzacions a comprendre millor les condicions locals que permeten el desplegament de l'atenció integrada.
- Facilitar diàlegs entre les parts interessades en el progrés, la implementació i la prestació d'atenció integrada.

Els àmbits d'avaluació en els quals es basa són:

ESTANDARDITZACIÓ I SIMPLIFICACIÓ	FINANCES I FINANÇAMENT	CREACIÓ DE CAPACITAT	DISPOSICIÓ PER CANVIAR	ESTRUCTURA DE GOVERN	INFORMACIÓ I SERVEIS D'ESALUT
ELIMINACIÓ D'INHIBIDORS	ENFOCAMENT POBLACIONAL	EMPODERAMENT CIUTADÀ	MÈTODES D'AVALUACIÓ	RAIG D'AMBICIÓ	GESTIÓ DE LA INNOVACIÓ

El procés que segueix aquesta metodologia és: (1) seleccionar una bona pràctica; (2) identificar els actors locals clau (entre quatre i vuit) i familiaritzar-los amb el projecte SCIROCCO i l'eina; (3) enquesta d'autoavaluació per recollir respostes individuals dels actors clau; (4) taller de creació de consens per acordar els requisits de maduresa de les bones pràctiques, incloses les característiques; (5) anàlisi dels resultats i retroalimentació del procés.

Les preguntes de l'enquesta volen respondre als àmbits d'avaluació. A partir de les respostes, s'elabora un diagrama de teranyina que mostra el grau de maduresa del sistema de salut envers l'adopció de l'atenció integrada, que serveix com a element per reconèixer fortaleses i àmbits de millora:

Exemple de valoració del grau de maduresa per a l'atenció integrada segons l'eina SCIROCCO



Destaca la rellevància que tant SCIROCCO com el model HSPA atribueixen a la necessitat de crear en la provisió de serveis un entorn que afavoreixi la creació de capacitat i potenciï el desenvolupament professional, la transferència de coneixement i el treball col·laboratiu entre professionals assistencials i no assistencials. El fet de tenir objectius comuns clars, funcions definides i una presa de decisions compartida i basada en relacions interpersonals de confiança, així com el temps i l'espai per desplegar iniciatives innovadores, ha demostrat ser clau per generar climes de treball favorables en equips de diferents entitats i perfils que presten atenció integrada (Macinnes et al., 2020).

Model d'avaluació 3: AMPHOS (anàlisi i millora de processos hospitalaris)

AMPHOS (anàlisi i millora de processos hospitalaris i de salut) és una iniciativa impulsada per AbbVie i SEDISA que, des de 2012, fa de manera contínua una anàlisi i propostes de millora dels processos hospitalaris i de salut, amb l'objectiu de contribuir a l'eficiència del sistema i millorar la qualitat assistencial prestada al pacient.

El model AMPHOS s'encarrega de la millora de la qualitat de l'assistència prestada al pacient mitjançant el suport a la gestió integral i eficient de la salut, amb la finalitat de fomentar el valor dels hospitals. Aquest model ha identificat les condicions principals que han de complir les aliances estratègiques sanitàries, on es posa en relleu la rellevància de fixar de manera explícita objectius comuns i una estructura de governança i d'operativització de la col·laboració entre entitats que mantenen l'entitat jurídica pròpia. Aquesta col·laboració ha de tenir un recorregut temporal sostingut, amb seguiment i avaluació de les accions implementades i del grau d'assoliment dels objectius plantejats.

Condicions d'una aliança estratègica sanitària

1	Disposar d'uns objectius comuns explícits.
2	Formalitzar explícitament el marc de col·laboració institucional.
3	Desenvolupar la col·laboració en un marc temporal continuat (mitjà i llarg termini).
4	Contribuir al desenvolupament d'objectius estratègics de les organitzacions participants.
5	Establir un marc de gestió estratègica, basat en una presa de decisions compartida i coordinada entre les parts, amb mecanismes de control i seguiment dels objectius i les accions dissenyades.
6	Mantenir la identitat jurídica de les institucions participants.

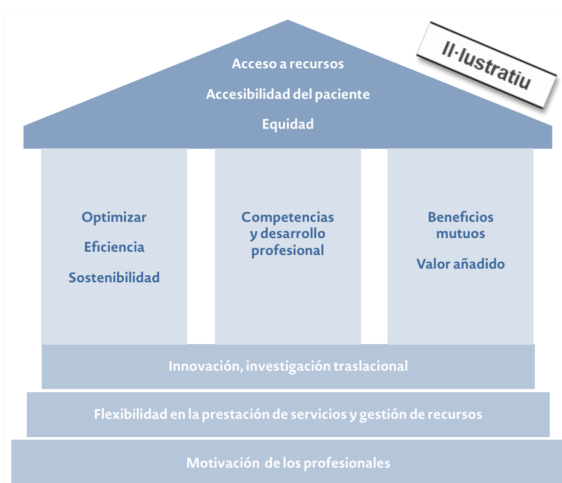
El model d'avaluació que s'utilitza per a l'anàlisi d'aliances hospitalàries i altres centres i/o entitats sanitàries es basa en la compartició de la informació. Aquesta compartició de la informació es duu a terme mitjançant grups de treball, que analitzen diferents aspectes que cal valorar i arriben a conclusions grupals. El que es pretén creant grups de treball és barrejar i tenir diferents punts de vista de les aliances per obtenir unes visions més globals i de cada part implicada. Es volen visions diferents, plurals i que sumin valor a l'anàlisi conceptual de les aliances. Els àmbits d'avaluació en els quals es basa són els següents:

Optimització, eficiència i sostenibilitat	Flexibilitat en la presentació de serveis i la gestió de recursos	Innovació i recerca translacional
Competències i desenvolupament professional	Motivació professional	Accessibilitat del pacient i equitat
Beneficis mutus, complementarietat i valor afegit	Accés a recursos	Consecució d'objectius estratègics

La metodologia aplicada s'anomena Health Professional Networks i ha estat desenvolupada per Antares Consulting. És la següent:

- 1) Creació de quatre grups de treball: a) comissió assessora; b) nucli actiu; c) col·lectiu de gestors hospitalaris; d) observadors
- 2) Estructura de la temàtica de l'informe
- 3) Desenvolupament de les fases de treball

Model d'avaluació AMPHOS



4) Taller amb el nucli actiu, mitjançant: a) introducció conceptual de les aliances; b) presentació d'experiències pràctiques; c) treball en grups reduïts; d) treball en grups temàtics; e) Exposició de conclusions i discussió plenària

5) Elaboració de l'informe

Model d'avaluació 4: model d'anàlisi per la creació i la formalització d'aliances estratègiques de la Unió Catalana d'Hospitals

La Unió Catalana d'Hospitals va presentar un model d'anàlisi per a la creació i la formalització d'aliances estratègiques, i va proposar diferents tipologies d'aliances en funció de les àrees que s'hi treballin. Els objectius són incrementar la producció de serveis, modificar l'organització de la prestació de serveis i fomentar la coproducció de serveis o activitats.

A l'hora de crear aliances estratègiques, la Unió va proposar diferents tipologies d'aliances: aliança financera o d'eficiència econòmica, aliança comercial, aliança operativa, aliança tecnològica, aliança productiva i aliança d'R+D.

Els àmbits d'avaluació en els quals es basa són els següents:

FUNCIÓ	GOVERNANÇA	ÀREA O TERRITORI	ÀMBIT DE L'ALIANÇA	OBJECTIUS
--------	------------	------------------	--------------------	-----------

La metodologia per promoure, implementar i avaluar l'establiment d'aliances entre entitats sanitàries es divideix en **tres etapes**:

1. Proposta de l'aliança
 - a) Identificació dels factors estratègics
 - b) Balanç de factibilitat de l'aliança (compatibilitat amb el soci)
 - c) Avaluació del cost (i l'esforç) de l'operació
 - d) Selecció adequada del soci
2. Gestió de l'aliança
 - a) Gestió dels acords
 - b) Formalització dels acords
 - c) Posada en marxa i seguiment dels acords
3. Finalització de l'aliança
 - a) Finalització de l'aliança

A banda, partint de diferents àmbits, s'elaboren unes **taules** de classificació de les aliances estratègiques per analitzar a quin tipus pertany la que es vol crear.

Experiència AE	Breu resum	Classificació de les aliances estratègiques	
		A. Competitiva B. Complementària	1. Financera o d'eficiència econòmica 2. Comercial 3. Operativa 4. Tecnològica 5. Productiva 6. I+D 7. Altres
Creació d'un laboratori d'anàlisi clínica	Mútua Terrassa i el Consorci Sanitari de Terrassa s'uneixen per configurar un laboratori únic, amb CORE a fora dels hospitals, i amb dotacions notables dels dos hospitals (demanda immediata / urgències).	A	1, 3, 5

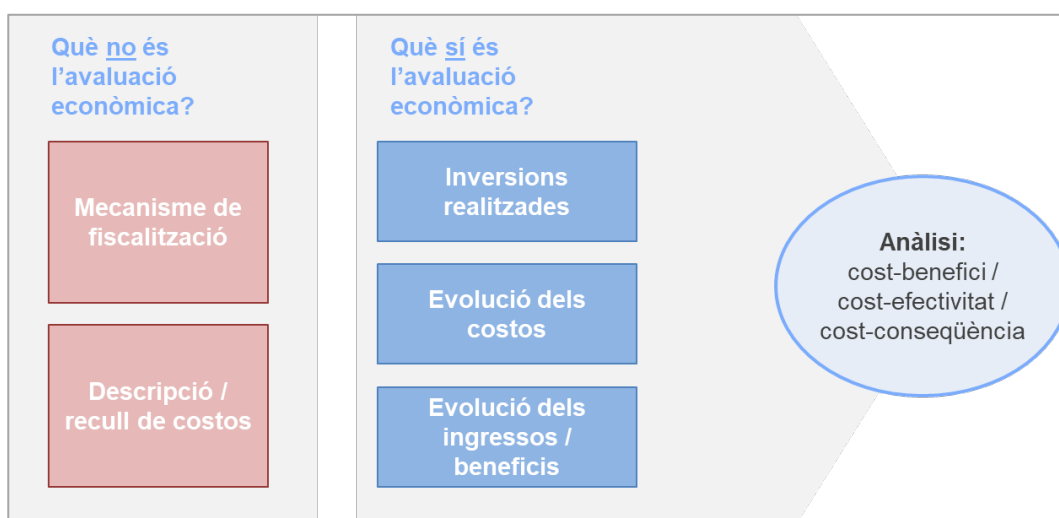
Il·lustratiu

3.1.2. Marc avaluatiu econòmic

Consideracions prèvies

És important diferenciar el concepte d'avaluació econòmica de la mera descripció o recull de costos. En aquest sentit, l'avaluació econòmica consisteix a fer una comparació de l'evolució dels costos i l'evolució dels ingressos i beneficis, i hi ha diverses tècniques d'anàlisi com podrien ser l'anàlisi de cost-benefici, la de cost-efectivitat o la de cost-conseqüència. De la mateixa manera, cal recordar que l'avaluació econòmica en cap cas ha de ser vista com un mecanisme de fiscalització dels centres avaluats.

Propòsit de l'avaluació econòmica d'una aliança estratègica sanitària



Perímetre de l'anàlisi en el cas de l'AE C-17

- Eix temporal: gener de 2017 – desembre de 2022.
- Hospitals membres: s'avalua la col·laboració entre cinc hospitals d'aguts (HCB, FSM, FPHAG, HSC i CHV) molt enfocada a trobar solucions per resoldre "el que cada centre no pot fer per si sol", bé sigui per poc volum, alta especialització/complexitat, cost i/o disponibilitat de professionals.

Marc metodològic inicial

Inicialment, el marc teòric per a l'avaluació econòmica es va conceptualitzar com a proposta de màxims, és a dir, tenint en compte la varietat en la naturalesa concreta de cadascuna de les intervencions que s'han derivat de la implementació de l'Aliança, i comptant amb la disponibilitat de les dades adients. En aquest sentit, la proposta metodològica inicial consistia a plantejar l'anàlisi econòmica d'una aliança estratègica sanitària com l'AE C-17 separant-la en dos grans blocs:

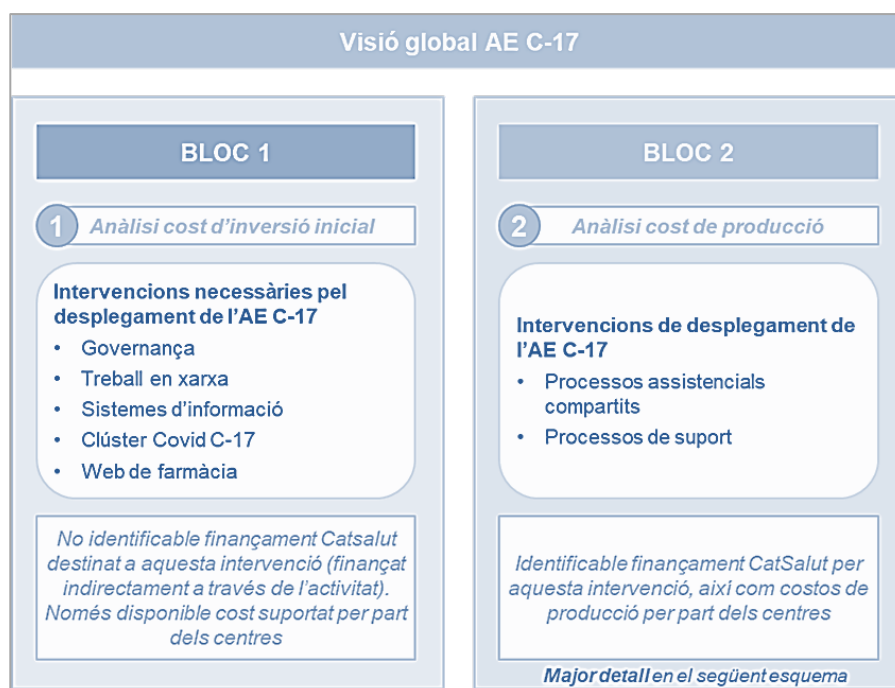
- En el primer bloc s'anализaria el cost que han suposat les intervencions necessàries per iniciar el desplegament de l'Aliança. En concret, es tracta d'intervencions que han estat finançades de manera indirecta pel Servei Català de la Salut a través del pagament per activitat al centre, ja que mitjançant el pagament de l'activitat ordinària els centres reben recursos per finançar aquest tipus d'intervencions. No obstant això, com que es tracta d'un finançament indirecte, és molt complicat distingir la contraprestació específica per aquest concepte finançada pel Servei Català de la Salut. Així doncs, l'aproximació d'anàlisi econòmica adient per a aquests casos seria la mera descripció i el càlcul dels

costos associats, en concepte d'esforç inicial necessari per dur a terme el desplegament dels processos assistencials i de suport de l'AE C-17.

- En el segon bloc s'inclourien les intervencions que representen pròpiament el desplegament de l'Aliança, fent referència a processos assistencials compartits i processos de suport. En aquests casos, sí que es fa un finançament als centres per part del Servei Català de la Salut que és identificable i que, per tant, es podria comparar amb el cost de producció suportat efectivament pels centres. Així doncs, seria possible fer una anàlisi econòmica més completa.

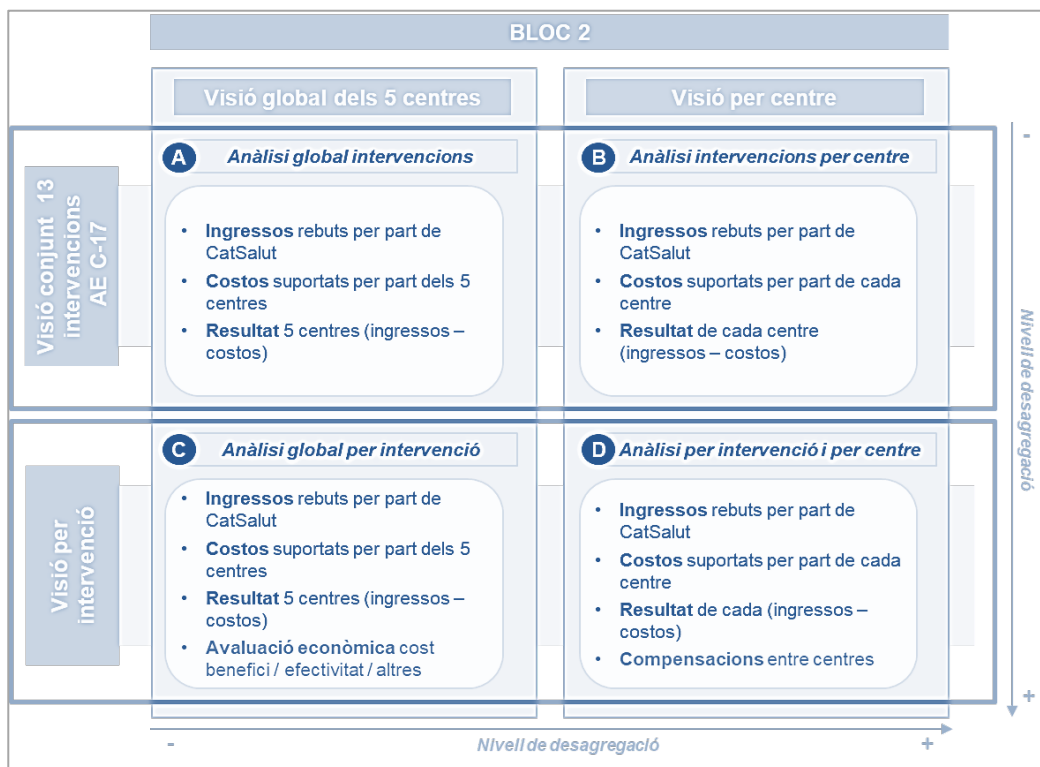
A continuació, es detalla l'esquema en el qual es basava aquesta proposta metodològica:

Marc avaluador econòmic d'una aliança estratègica sanitària com l'AE C-17



Havent diferenciat entre els dos blocs esmentats, es va construir un esquema on es detallaven les variables i els tipus d'anàlisi que es podrien fer per a les intervencions que formen el bloc 2. En aquest esquema es diferencia entre diferents visions (visió del conjunt d'intervencions, visió per intervenció, visió global dels centres i visió per centre), amb la finalitat de construir un plantejament de màxims per plasmar diferents tipus d'anàlisi possibles en cas de disposar de les dades necessàries:

Variables i enfocaments teòrics per a l'avaluació econòmica d'una aliança estratègica sanitària com l'AE C-17



Aquest esquema mostra la possibilitat de fer anàlisis tant a escala individual, per a cada centre participant, com de manera agregada per al conjunt de l'Aliança. També inclou la possibilitat d'analitzar cadascuna de les intervencions per separat, o bé fer una anàlisi integral computant totes les intervencions dutes a terme en el període estudiat. L'aplicació d'un enfocament o un altre està condicionat per la disponibilitat de dades i per l'enfocament que es consideri més rellevant.

3.2. Documentació de l'AE C-17

Aquesta línia de treball es proposava reunir i sintetitzar la informació disponible sobre l'AE C-17, descrivint-ne l'origen, els objectius i el desplegament des de 2017, així com fer una prospecció de quina informació quantitativa està recollida tant pels centres de l'Aliança com pels sistemes d'informació SISCAT.

Es va acordar treballar en tres productes que permetessin recollir, endreçar i completar un conjunt d'informació que fins al moment es trobava dispersa o no s'havia recopilat i formalitzat: una memòria general de l'Aliança, un conjunt de fitxes descriptives de les intervencions plantejades per l'AE C-17 i una plantilla de taules econòmiques per recollir els recursos i els costos associats al desplegament de les intervencions.

3.2.1. La memòria de l'Aliança

Seguint una proposta de continguts mínims necessaris elaborada per la Gerència de Planificació Operativa i Avaluació del Servei Català de la Salut, la Coordinació i la Secretaria Tècnica de l'AE C-17 van elaborar aquest document al llarg de 2022 amb l'objectiu de recollir de manera sintètica l'històric, la missió, la visió, els valors, l'estructura i les activitats de l'Aliança. El document permet conèixer els motius que van portar a l'establiment de l'Aliança i els òrgans que l'articulen. Així

mateix, plasma l'evolució del treball en xarxa entre centres i professionals, el desplegament de processos assistencials i de suport, així com les TIC usades i el recull de l'experiència de pacients compartits, de professionals i assistents a les jornades i els premis d'innovació anuals de l'AE C-17.

L'octubre de 2022 es va presentar la memòria resultant en el marc de la jornada anual de l'AE C-17. Amb un caràcter eminentment descriptiu, serveix per explicar en què consisteix l'AE C-17 i quines han estat les línies principals de treball en aquesta primera etapa (AE C-17, 2022).

Per tal de confeccionar la memòria general, el Servei Català de la Salut va identificar cinc grans línies de treball o àmbits d'intervenció, cadascuna de les quals està compresa per un conjunt d'intervencions potencials sobre les quals es considerava oportú recollir informació per conèixer com s'havien anat abordant, els objectius relacionats i mitjançant quines accions s'han dut a terme.

En el cas dels processos assistencials compartits (PAC), es van incloure les àrees i les intervencions que des de l'AE C-17 ressaltaven com les més rellevants des del punt de vista estratègic, les més desenvolupades i treballades col·laborativament en el marc de l'aliança: les patologies cardiovasculars (CV), les oncohematològiques (OH) i les neurodegeneratives (NC), així com les urgències 24x7.



Àmbits d'intervenció conjunta de l'AE C-17

DIMENSIONS	ÀMBITS D'INTERVENCIÓ				
	GOVERNANÇA (G)	TREBALL EN XARXA (TX)	PROCESSOS ASSISTENCIALS COMPARTITS (PAC)	PROCESSOS DE SUPORT (PS)	TECNOLOGIES DE LA INFORMACIÓ I LA COMUNICACIÓ (TIC)
Població Professionals Gestió	G1. Òrgans de governança i desplegament (planificació estratègica de desplegament i avaluació) G2. Marc jurídic de l'AE C-17 (convenis de col·laboració) G3. Marc econòmicofinançer G4. Marc laboral (model de contractació de l'AE C-17)	TX 1. Model assistencial d'orientació a la ciutadania (inclou participació del pacient) TX 2. Model de coneixement TX3. Model de col·laboració clínica: comissions assistencials i de suport (inclou professionals referents i prioritització de processos preferents) TX 4. Model de comunicació TX 5. Convocatòries de premis i jornades	PAC CV 1 de patologia valvular PAC CV 2 de malaltia isquèmica PAC CV 3 d'insuficiència cardíaca PAC OH 1 de càncer de mama PAC OH 2 de càncer de pulmó PAC OH 3 de mieloma múltiple PAC NC 1 de Parkinson PAC NC 2 d'epilèpsia PAC NC 3 d'Alzheimer i altres PAC NC 4 d'esclerosi múltiple i altres malalties desmielinitzants PAC 24x7 1 d'ORL PAC 24x7 2 d'urologia PAC del clúster de la COVID-19	PS 1. Assessorament genètic de càncer PS 2. Diagnòstic per la imatge de la C-17	TIC 1. Plataforma d'interoperabilitat de la C-17 (derivacions) TIC 2. Web de farmàcia
Total	4	5	13	2	2
26					

3.2.2.

3.2.3. Fitxes d'intervencions

Per documentar amb més detall les diferents intervencions portades a terme, la Gerència de Planificació Operativa i Avaluació del Servei Català de la Salut, amb les aportacions de membres de l'Aliança, va elaborar una plantilla de fitxa que havien d'emplenar les persones referents de cadascuna de les intervencions. Estructurada en cinc blocs, es pretén copsar de manera homogènia la informació necessària per establir estratègies d'avaluació *ad hoc* de cada intervenció, seguint el format PICOT (població, intervenció, comparador, resultat —*outcome*— i temps) (Riva et al., 2012).

Concretament, la fitxa consta de les parts següents: (1) problema inicial; (2) objectius de la intervenció; (3) accions dutes a terme; (4) destinataris de la intervenció; (5) agents implicats en el disseny i/o la implementació; (6) lideratge; (7) existència de documentació referent al disseny de la intervenció; (8) recursos destinats a la intervenció; (9) calendari d'implementació; (10) avaluació de la intervenció (si s'ha fet i quin és el producte resultant); (11) valoració inicial d'aspectes que han funcionat i que no han funcionat; (12) barreres i facilitadors; (13) conclusions preliminars (vegeu l'annex 1, "Plantilla de les fitxes d'intervenció de l'AE C-17").

Així, les fitxes es plantegen com a eina sintètica per descriure diferents intervencions tenint en compte el seu potencial impacte en diferents dimensions rellevants per a les aliances estratègiques sanitàries. Si bé tenen un caràcter eminentment descriptiu, es van incorporar al final camps per facilitar una autoavaluació qualitativa per part de professionals vinculats a cada intervenció, tot identificant possibles barreres o facilitadors comuns en la implementació de projectes d'atenció integrada (De Bruin et al., 2019).

Durant el decurs d'un any (segona meitat de 2021 – primera meitat de 2022), els membres de l'AE C-17 van confeccionar aquestes fitxes per a les diferents intervencions dutes a terme, amb les excepcions següents:

- Les fitxes de governança “G1. Òrgans de governança i desplegament” i “G2. Marc jurídic de l'AE C-17” es consideren cobertes en el contingut de la memòria de la C-17.
- Les fitxes de governança “G3. Marc economicofinancer” i “G4. Marc laboral” i de treball en xarxa “TX 4. Model de comunicació” no s'elaboren, ja que l'AE C-17 va informar que no s'havien desplegat en el període analitzat.
- Les fitxes dels processos assistencials compartits de l'Àrea de Neurociències (“NC1. Parkinson”, “NC2. Epilèpsia”, “NC3. Alzheimer i altres” i “NC4. Esclerosi múltiple i altres malalties desmielinitzants”) són descartades per la Coordinació de l'AE C-17, ja que són intervencions amb poc recorregut.

3.2.4. Taules econòmiques

En tercer lloc, l'Àrea Econòmica i d'Inversions, conjuntament amb la Gerència de Planificació Operativa i Avaluació (GPOA), va proposar una plantilla de fitxa per recollir les dades necessàries per a l'avaluació econòmica de les intervencions.

La finalitat és recollir de manera homogènia els recursos destinats pels diferents centres hospitalaris de l'Aliança a cada intervenció, amb els seus costos anuals respectius, distribuïts en els conceptes: (1) recursos humans; (2) recursos materials; (3) programari o plataformes de treball; (4) fixos o d'estructura. El Servei Català de la Salut va traslladar aquesta plantilla a les direccions economicofinanceres perquè la valoressin, i va presentar el model per a l'avaluació econòmica en el marc de la jornada de l'AE C-17 d'octubre de 2022. L'annex 12, “Taules d'avaluació econòmica de dues intervencions”, permet veure el tipus d'informació inclosa a la plantilla de fitxa per a l'avaluació econòmica.

3.3. Definició del model d'avaluació de les aliances estratègiques i la seva aplicació a l'AE C-17

3.3.1. Dimensions d'avaluació

El model d'avaluació de l'AE C-17 parteix de la voluntat del Servei Català de la Salut d'avaluar l'aliança hospitalària de cinc centres del SISCAT: l'Hospital Clínic de Barcelona, l'Hospital General de Granollers, la Fundació Privada de Mollet, l'Hospital de Sant Celoni i el Consorci Sanitari de Vic, tot contrastant si compleixen les condicions anteriors, i estudiant si les intervencions específiques que ha implementat han assolit els objectius plantejats.

L'avaluació d'una aliança estratègica sanitària que pretén repercutir positivament tant en pacients com en les condicions i les capacitats dels professionals i com a escala de sistema assolint una equitat, una qualitat i una sostenibilitat de l'atenció més grans, s'acorda fer-la a partir de l'anàlisi de 10 dimensions d'avaluació, que s'entenen interrelacionades i que es retroalimenten:

- Governança: s'examinen l'estructura i els mecanismes per establir, impulsar i avaluar objectius comuns.
- Àmbit economicofinancer: s'avalua l'impacte econòmic que suposa l'establiment de l'aliança quant a recursos invertits i beneficis obtinguts (estalvi, economies d'escala...).

- Treball en xarxa: es coneixen les dinàmiques, les eines i l'entorn per col·laborar, compartint informació, coneixement i recursos per implementar projectes compartits i assolir objectius comuns, amb una visió de suport també a la cartera de serveis de cada centre.
- Processos de suport: s'estudien aquelles intervencions en processos de suport clau per a l'activitat assistencial, que, a més, poden ser d'alta tecnologia disponibles només en un dels centres participants i ser claus en la fase diagnòstica i/o tractament, com poden ser el diagnòstic per la imatge o l'assessorament genètic.
- Tecnologies de la informació i la comunicació: es comprenen quines intervencions s'han desplegat per generar un entorn d'informació informatitzada i de comunicació que faci possible el treball conjunt de professionals de diferents entitats (i sistemes informàtics) compartint informació entre ells i amb pacients de tot l'espai territorial conjunt quan diversos centres participen en la seva atenció.
- Experiència dels professionals: es valoren quins canvis han experimentat els professionals de diferents perfils afectats pel desenvolupament de processos assistencials compartits a escala de l'Aliança, i si això ha contribuït al seu desenvolupament i benestar professional.
- Accessibilitat: s'analitza si l'establiment de l'Aliança ha facilitat l'accés a la cartera de serveis per part de qualsevol pacient de l'espai territorial conjunt, especialment en el cas de prestacions que, per raons de qualitat, seguretat i sostenibilitat, estan concentrades en un centre sanitari de tipus terciari.
- Experiència dels pacients: es comprèn l'impacte del treball en xarxa en la persona necessitada d'atenció que requereix la col·laboració entre centres, en qüestions com la comunicació, la coordinació, el confort i, en definitiva, l'atenció centrada en la persona.
- Equitat: es pregunta si els esforços de l'Aliança s'han traduït en una equitat més gran en l'accés a la cartera de serveis i/o en els resultats de salut de la població de l'espai territorial conjunt.
- Millores de salut i seguretat: es discerneix si, arran de les intervencions desenvolupades en totes les dimensions anteriors, s'han assolit uns millors resultats de salut i condicions de seguretat de la població coberta.


Dimensions d'avaluació d'una aliança estratègica sanitària




3.3.2. Estratègia d'avaluació

Amb el suport metodològic de la consultora externa, es va establir l'estratègia per aplicar el marc avaluatiu d'aliances estratègiques sanitàries amb 10 dimensions d'anàlisi al cas concret de l'AE C-17. Es va articular una aproximació avaluativa centrada en el període 2017-2022 a través d'elements quantitatius (indicadors de resultats de salut, anàlisi economicofinancera de l'impacte de l'AE C-17), així com d'elements qualitius que es van treballar per mitjà d'entrevistes individuals amb professionals clau i sessions de treball amb els membres de les comissions de l'AE C-17. Aquesta aproximació va permetre obtenir i analitzar de manera externa evidència complementària a la recopilada durant la fase de documentació i necessària per cobrir les diferents dimensions avaluades de l'Aliança.


Es van seleccionar de manera consensuada amb l'AE C-17 tres intervencions assistencials, pel seu grau de maduresa i representativitat: (a) de l'àrea oncohematològica es va seleccionar càncer de mama; (b) de les patologies cardiovasculars es va escollir el PAC de malaltia isquèmica; (c) de les intervencions per garantir la cobertura 24x7 es van triar les urgències d'otorrinolaringologia (ORL). L'anàlisi quantitativa i el *workshop 2* format per referents assistencials (vegeu-ne el detall a sota) es van centrar en aquestes tres intervencions:

1  **Càncer de mama**

Disseny i implementació d'un circuit assistencial compartit per a pacients amb càncer de mama de la C-17 que faciliti l'accés a proves diagnòstiques d'alta tecnologia (estudis de biomarcadors i genètics, proves radiològiques PET i localització del gangli sentinella), l'accés a la consulta amb altres serveis d'alta complexitat útils en diferents situacions clíniques (cirurgia toràcica, ressonància magnètica cardíaca, etc.) i la inclusió en tractaments (per exemple, immunoteràpia) i/o assaigs clínics que puguin millorar les possibilitats terapèutiques. Aquests serveis són oferts o supervisats pels serveis de l'HCB (Anatomia Patològica i Radiodiagnòstic del CDB, Unitat de Mama, compost per ginecologia/cirurgia, oncologia mèdica, oncologia radioteràpica, medicina nuclear i cirurgia plàstica), que col·laboren amb les unitats de mama i els serveis d'anatomia patològica que hi ha al CHV, la FSM i la FPHAG (que atén pacients tant de l'AGA Vallès Oriental Central com de l'AGA Baix Montseny). També es va crear un registre electrònic compartit OntoCR que centralitza i permet compartir la informació, per facilitar, així, l'anàlisi dels resultats clínics i la recerca conjunta.

2  **Malaltia isquèmica**

Disseny i implementació d'un circuit assistencial compartit per pacients de la C-17 amb cardiopatia isquèmica que requereixen un enfocament multidisciplinari (clínic, tècniques d'imatge, intervencionisme percutani i cirurgia cardíaca), consistent a: a) millorar l'estudi del dolor toràcic amb un protocol comú de derivació tant des d'urgències com des dels CAP; b) fer valoracions conjuntes de casos complexos entre els equips de cardiologia dels centres d'Osona i el Vallès Oriental amb l'equip de cardiopatia isquèmica de l'HCB; c) facilitar l'accés a les coronariografies i les angioplàsties que es fan a l'HCB, i a l'AngioTC de coronàries del CHV en pacients de risc baix o moderat; d) reduir ingressos hospitalaris i desplaçaments en ambulància innecessaris (pretècnica i posttècnica); e) fer possible el viatge d'imatges diagnòstiques entre centres mitjançant la seva inclusió a l'HC3.

3  **Urgències 24x7 d'ORL**

Disseny i implementació d'un circuit protocol·litzat de derivació (de nova creació) de pacients amb patologia urgent o patologia que requereixen una atenció especialitzada o continuada d'otorrinolaringologia (ORL) des dels centres de la C-17 sense guàrdia d'aquesta especialitat fins a l'Hospital Clínic, que sí que en disposa. S'esperen millores en l'accessibilitat a atenció especialista d'ORL, en termes d'equitat entre territoris i en general. També s'esperen millores en

la qualitat assistencial, tractant cada pacient en el lloc més adequat segons el protocol de derivació, així com més eficiència de l'ús de recursos, evitant desplaçaments innecessaris.

Estratègia d'aproximació a l'avaluació de l'AE C-17

	Entrevistes a agents de l'AE C-17	Entrevistes a agents externs	Workshop 1: direccions	Workshop 2: referents assistencials 3 PAC	Workshop 3: direccions	Indicadors quantitatius	Anàlisi econòmica 2 PAC
Governança	✓	✓	✓		✓		*
Àmbit economicofinançer	✓	✓	✓		✓		✓
Treball en xarxa	✓	✓		✓	✓		*
Tecnologies de la informació i la comunicació (TIC)	✓	✓		✓	✓		*
Processos de suport	✓	✓		✓	✓		*
Experiència dels professionals	✓	✓	✓	✓	✓		*
Accessibilitat	✓	✓	✓	✓	✓	✓	*
Experiència dels pacients	✓	✓	✓	✓	✓		*
Equitat	✓	✓	✓	✓	✓	✓	*
Millores de salut i seguretat	✓	✓	✓	✓	✓	✓	*

* En cas de disposar d'evidència per quantificar l'impacte assolit en aquestes dimensions (convertit en unitats monetàries), s'inclouria en l'avaluació econòmica.

3.3.2.1 Entrevistes qualitatives

Durant el mes de febrer de 2023, es van fer nou entrevistes a professionals clau amb una visió interna o externa de l'Aliança C-17. Les entrevistes es van dur a terme a partir d'un guió estructurat en què es revisaven les 10 dimensions d'avaluació de l'AE C-17 (vegeu l'annex 2, "Guió de les entrevistes a actors interns i externs de l'AE C-17").

Les entrevistes a agents interns es van dur a terme a gerències i direccions assistencials/mèdiques dels centres de l'AE C-17, mentre que les entrevistes a agents externs es van fer a professionals que aportaven la perspectiva del Servei Català de la Salut (regions sanitàries, o altres) i la perspectiva d'altres centres hospitalaris propers de l'AE C-17 (vegeu l'annex 3, "Llista de participants en les entrevistes qualitatives"). Es va presentar un recull anonimitzat dels resultats principals en el marc del *workshop* 3 (més informació a sota).

Entrevista a agents interns de l'AE C-17

Els objectius principals d'aquesta entrevista inclouen: extreure inputs de cadascuna de les dimensions per avaluar, contrastar si es disposa de dades quantitatives que sustentin la valoració qualitativa i extreure elements de ponderació sobre quins són els aspectes més rellevants d'una aliança.

Les preguntes de l'entrevista es van estructurar en diverses parts. A la primera part es feien preguntes genèriques sobre l'opinió de l'Aliança, els beneficis i les dificultats. Seguidament, un segon bloc valorava les dimensions d'avaluació, on es ponderaven de l'1 al 5 un seguit

d'aspectes de cadascuna de les dimensions. Al tercer bloc de l'entrevista, es demanava als participants que enumeressin per ordre d'importància els aspectes principals de millora per a l'AE C-17. Al quart bloc es demanava una valoració global de l'Aliança i, finalment, al cinquè bloc es compartia la visió sobre les noves línies de treball de l'Aliança.

Entrevista a agents externs de l'AE C-17

Els objectius principals d'aquesta entrevista incloïen: recollir una visió externa amb relació a la rellevància de les aliances i, en concret, de l'AE C-17, identificar punts de col·laboració o aspectes de millora des d'una perspectiva dels fluxos de professionals i de pacients, i extreure elements de ponderació sobre quins són els aspectes més rellevants d'una aliança.

Les preguntes de l'entrevista s'estructuraven en diverses parts. A la primera part es parlava del context general, i es demanava que s'identifiquessin els beneficis i les barreres d'una aliança i de la mateixa AE C-17. Al segon bloc es feia una valoració de les dimensions avaluades des d'un punt de vista extern. Al tercer i últim bloc es feien preguntes sobre la visió de les noves línies de treball de l'Aliança.

3.3.2.2 Grups de discussió o *workshops*

La segona tècnica qualitativa aplicada va ser la realització de tres sessions de treball o *workshops* amb diferents professionals de l'AE C-17 per a la recollida d'evidència.

Workshop 1

Hi van participar els màxims responsables de l'AE C-17 (gerents dels centres, direccions mèdiques, assistencials i econòmiques) i va tenir com a objectiu recollir el punt de vista dels participants sobre els punts forts, els aspectes de millora i les possibles accions per implementar de les dimensions d'avaluació, amb l'excepció de l'experiència de professionals i els processos de suport, que es tractarien a la segona sessió de treball amb referents assistencials (vegeu l'annex 4, "Detall del *workshop 1*").

Aquesta sessió de treball va tenir una durada de 2 hores i 30 minuts i els assistents es van dividir en dos grups amb una agenda compartida, que va consistir en la presentació del projecte, dels objectius de la sessió i dels primers elements d'avaluació de l'AE C-17, seguida d'una dinàmica de grup per identificar els punts forts, els aspectes de millora i les possibles accions per implementar. La sessió es va tancar amb la posada en comú de les principals conclusions dels dos grups de treball i el consens en la visió i una perspectiva de futur comuna.

Workshop 2

En el segon *workshop* hi van participar els referents assistencials de l'AE C-17 (responsables mèdics i d'infermeria de les tres intervencions prioritzades: càncer de mama, malaltia isquèmica i 24x7 d'ORL) i va tenir com a objectiu recollir el punt de vista sobre els punts forts, els aspectes de millora i les possibles accions per implementar de les diferents dimensions avaluades, a excepció de la governança i l'àmbit economicofinancer, que es van abordar en el marc del *workshop 1* amb perfils directius de l'AE C-17 (vegeu l'annex 5, "Detall del *workshop 2*").

Aquesta sessió de treball va tenir una durada de 3 hores i els assistents es van dividir en tres grups, per a cadascuna de les tres intervencions prioritzades, amb una agenda compartida que va consistir en la presentació del projecte, dels objectius de la sessió i dels primers elements d'avaluació de l'AE C-17, seguida d'una dinàmica de grup per identificar els punts forts, els aspectes de millora i les possibles accions per implementar específics de cada intervenció. La sessió es va tancar amb la posada en comú de les principals conclusions dels tres grups de

treball i la compartició de les properes passes del projecte.

Workshop 3

En el tercer i darrer *workshop* hi van tornar a participar els màxims responsables de l'AE C-17 (gerents dels centres, direccions mèdiques, assistencials i econòmiques), i va tenir per objectiu presentar els resultats principals obtinguts fins al moment en l'aproximació avaluativa de l'Aliança, tot validant les conclusions extretes i aportant noves idees o modificacions (vegeu l'annex 6, "Detall del *workshop* 3").

Aquesta sessió de treball va tenir una durada de 2 hores i 30 minuts, amb una agenda en la qual es van presentar els resultats de les entrevistes i dels resultats dels *workshops* anteriors, i es va acabar amb una valoració preliminar dels resultats i un torn obert amb els participants sobre la idoneïtat de les conclusions preliminars extretes. També es van compartir les recomanacions extretes arran de l'aproximació avaluativa.

El capítol 4 presenta els resultats de l'anàlisi qualitativa de l'AE C-17 mitjançant les entrevistes i les sessions de treball.

3.3.2.3 Indicadors quantitius

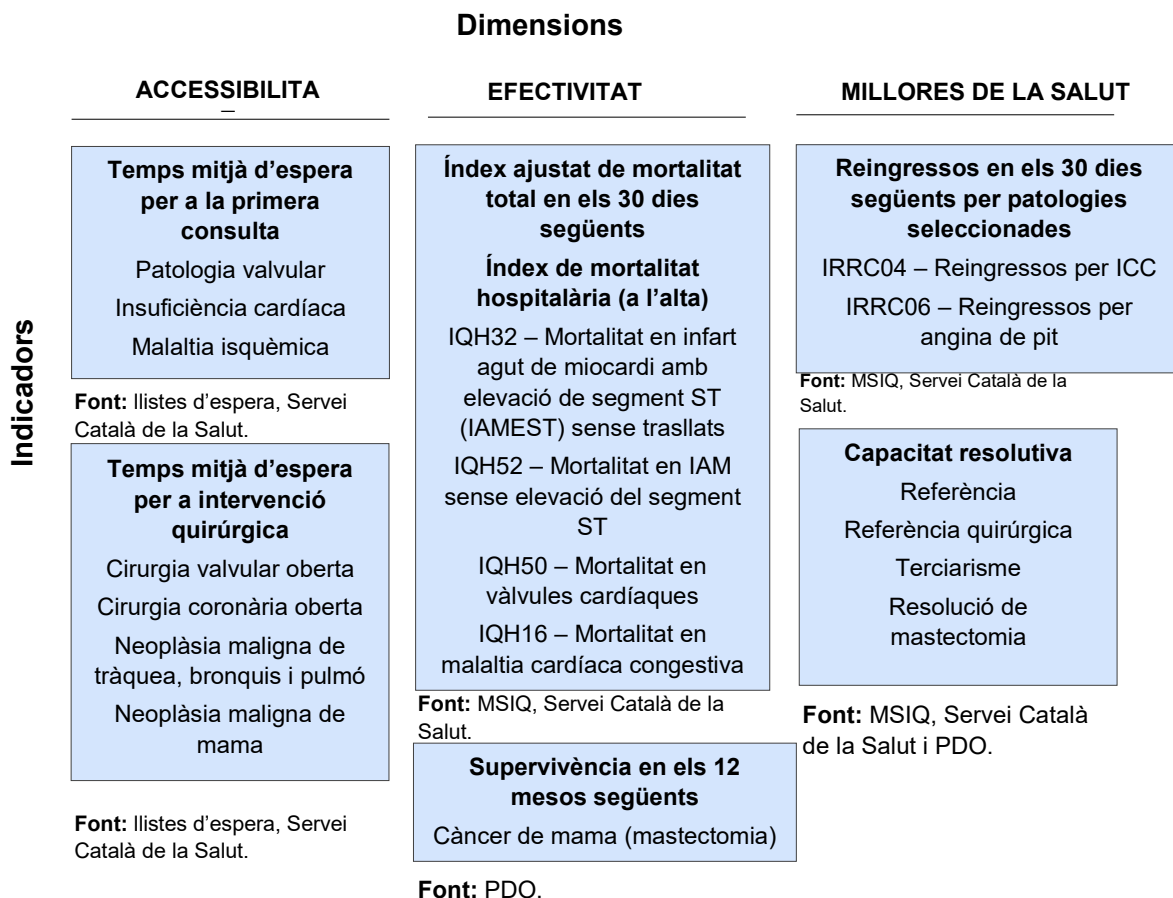
Atès l'abast de l'AE C-17, tant pel que fa al volum d'intervencions implementades com tenint en compte els anys transcorreguts des del seu establiment, es va optar per centrar l'abordatge quantitativ en tres intervencions assistencials específiques presentades anteriorment i prioritzades per la mateixa AE C-17: els processos assistencials compartits en càncer de mama i en malaltia isquèmica, així com la intervenció d'urgències d'otorrinolaringologia 24x7. Les fitxes descriptives d'intervencions proporcionades per l'AE C-17 a la fase de documentació indiquen que, fins al moment, aquestes intervencions només havien estat avaluades de manera qualitativa (per exemple, càncer de mama) o mitjançant una experiència pilot (per exemple, ORL 24x7), però no es disposava d'indicadors quantitius recollits de manera periòdica i amb comparador.

Per aquest motiu, es va optar per examinar les bases de dades del SISCAT per identificar informació disponible i rellevant per a cadascuna de les tres intervencions seleccionades, aportant una visió o una aproximació a l'evolució en el marc de l'Aliança. Les principals fonts van ser el MSIQ —mòdul per al seguiment d'indicadors de qualitat—, la base de dades de les llistes d'espera del Servei Català de la Salut i els registres del Pla director d'oncologia. Aquestes tres fonts han aportat indicadors de les dimensions d'accessibilitat i resultats de salut i seguretat (efectivitat i millores de salut).

A continuació, es mostren els indicadors disponibles i les fonts de les dades per a l'anàlisi. Val a dir que els indicadors de capacitat resolutiva (exceptuant la resolució de mastectomies) són a escala macro, atès que inclouen el conjunt de l'activitat de la població de la C-17 (per nivells de complexitat) i, per tant, no són atribuïbles exclusivament a les tres intervencions prioritzades en l'abordatge quantitativ.

La proposta d'indicadors quantitius va ser presentada en el marc del tercer *workshop*, i durant l'abril de 2023 es va celebrar una sessió de treball amb cada centre AE C-17 per compartir els resultats preliminars dels indicadors i recollir aportacions rellevants amb vista a la seva interpretació. Durant el mes de maig de 2023 es va enviar l'informe d'indicadors quantitius als centres de l'Aliança perquè el validessin.

Indicadors quantitius seleccionats per a l'abordatge avaluatiu de l'AE C-17



Indicadors d'accessibilitat

Per valorar el potencial impacte de l'AE C-17 en l'accessibilitat, s'ha tingut accés a indicadors dels temps d'espera per a la primera consulta en patologia valvular, insuficiència cardíaca i malaltia isquèmica. D'altra banda, s'han pogut obtenir indicadors dels temps d'espera per a les intervencions quirúrgiques de cirurgia valvular oberta i cirurgia coronària oberta, així com de neoplàsies malignes de tràquea, bronquis i pulmó, i neoplàsia maligna de mama.

Indicador AE C-17: temps mitjà d'espera per a la primera consulta			
Definició	Enfocament d'anàlisi	Font	Dades presentades
Temps mitjà, expressat en dies, que han esperat pacients visitats en consultes externes entre la data d'entrada a la llista d'espera i la data de baixa de la llista.	Dada per AGA de procedència del pacient i global C-17, tenint en compte el centre de destinació principal i l'activitat a l'hospital de gran capacitat (HCB).	Llistes d'espera	Cirurgia valvular oberta Malaltia isquèmica Insuficiència cardíaca

Aquest indicador permet analitzar l'equitat entre els territoris que componen la C-17 en l'accés a la primera consulta amb especialistes de l'àrea de cardiologia i cirurgia cardíaca, tot tenint present on es fan majoritàriament aquestes visites (si en un centre de la mateixa AGA o en un altre centre de la C-17) per cada tipus de consulta.

Atès que la cardiologia ha estat un dels àmbits clínics més evolucionats en el marc de l'AE C-17, es considera rellevant monitorar aquests indicadors per observar el grau d'homogeneïtat o disparitat en el seu comportament als diferents territoris C-17 i si al llarg del temps es produeix una convergència, tant si es posa l'enfocament en les primeres visites fetes al centre principal de cada AGA com si s'analitza el volum i el temps de visites derivades al centre de gran capacitat (Hospital Clínic de Barcelona).

Es posa l'enfocament en el conjunt de pacients que han entrat a la llista i s'han visitat cada any (anàlisi retrospectiva) i no en els pacients pendents de visita a final d'any (anàlisi de moment puntual) per incloure el total de persones que han estat a la llista i s'han atès de cada territori, amb la qual cosa s'evita el biaix que pot suposar comparar els temps de les persones pendents de visita, que només són una part de l'univers d'anàlisi.

Indicador AE C-17: temps mitjà d'espera per intervenció quirúrgica			
Definició	Enfocament d'anàlisi	Font	Dades presentades
Temps mitjà, expressat en dies, que han esperat els pacients intervinguts entre la data d'entrada a la llista d'espera i la data de baixa de la llista.	Dada per AGA de procedència del pacient i global C-17, tenint en compte el centre de destinació principal i l'activitat a l'hospital de gran capacitat (HCB).	Llistes d'espera	Cirurgia valvular oberta Cirurgia coronària oberta Càncer de pulmó, tràquea i bronquis (neoplàsia) Càncer de mama (neoplàsia)

Aquest indicador permet analitzar si hi ha variabilitat entre els territoris que componen la C-17 en l'accés a intervencions quirúrgiques. Atès que cardiologia i oncologia han estat dos dels àmbits clínics més evolucionats en el marc de l'AE C-17, es considera rellevant monitorar els indicadors de temps mitjà d'espera per a intervencions quirúrgiques rellevants d'aquests àmbits, per observar el grau d'homogeneïtat o disparitat en el seu comportament als diferents territoris C-17.

En el cas de les intervencions quirúrgiques per neoplàsia maligna de mama, atès que el procés assistencial compartit d'oncologia de mama ha estat seleccionat com a intervenció prioritzada en l'abordatge avaluatiu de l'AE C-17, es considera rellevant el seu monitoratge. Tanmateix, es reconeix que, pel volum i les característiques de l'activitat, és una atenció que es fa desplegada en diferents punts de la C-17, així com la possibilitat de treballar a escala de xarxa per garantir uns temps d'espera similars, si s'escau.

Es posa l'enfocament en el conjunt de pacients que han entrat a la llista i han estat intervinguts cada any (anàlisi retrospectiva) i no en els pacients pendents d'intervenció a final d'any (anàlisi de moment puntual), per incloure el total de persones que han estat a la llista i han estat intervingudes de cada territori, amb la qual cosa s'evita el biaix que pot suposar comparar els temps de les persones pendents de ser intervingudes, que només són una part de l'univers d'anàlisi.

No s'ha obtingut informació d'accessibilitat d'aquesta font referida a la intervenció ORL 24x7. Per aquest motiu, com a annex a l'apartat de resultats s'inclou l'autoavaluació pilot feta pels professionals referents d'aquesta intervenció de l'AE C-17 (vegeu l'annex 10).

Indicadors de resultats de salut: efectivitat

Un primer conjunt d'indicadors disponibles a la dimensió de resultats de salut correspon als índexs ajustats de mortalitat en patologies cardíaques concretes. Permeten observar si hi ha diferències entre els diferents territoris de la C-17 i, també, valorar si s'ha produït una efectivitat més elevada en l'atenció sanitària en xarxa que pugui haver comportat una reducció de la mortalitat. Aquests indicadors procedeixen del bloc d'indicadors de qualitat de l'hospitalització del MSIQ, basat a la vegada en els indicadors de l'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality, en línia). Aquest conjunt no inclou indicadors rellevants per a les intervencions de l'AE C-17 de càncer de mama ni ORL 24x7.

Indicador AE C-17: índex ajustat de mortalitat per patologies o procediments cardíaques a l'alta o en els 30 dies posteriors a l'ingrés			
Definició	Enfocament d'anàlisi	Font	Dades presentades
Índex ajustat de mortalitat durant l'ingrés o en els 30 dies posteriors a l'ingrés en els hospitals del SISCAT per a les patologies seleccionades. Mortalitat a l'alta o durant els 30 dies posteriors a l'alta (encara que s'hagi produït fora de l'hospital).	Dada per AGA de procedència del pacient, comparant la mortalitat observada amb el valor esperat segons el model d'ajust, de les altes amb el diagnòstic principal corresponent.	MSIQ	IQH32 – Mortalitat en infart agut de miocardi amb elevació de segment ST (IAMEST) sense trasllats IQH52 – Mortalitat en infart agut de miocardi (IAM) sense elevació del segment ST IQH50 – Mortalitat en reemplaçament de vàlvules cardíaques (mitral i/o aòrtica) IQH16 – Mortalitat en malaltia cardíaca congestiva

Atès que cardiologia ha estat un dels àmbits clínics més evolucionats en el marc de l'AE C-17, es considera rellevant monitorar els indicadors de mortalitat ajustada per malalties cardíaques per observar el grau d'homogeneïtat o disparitat en el seu comportament als diferents territoris C-17, amb un enfocament especial en possibles diferències territorials entre casos observats i casos esperats.

En el cas de l'infart agut de miocardi, se seleccionen els indicadors "IQH32 – Mortalitat en IAMEST sense trasllats" i "IQH52 – Mortalitat en IAM" sense elevació del segment ST, però no l'indicador "IQH15 – Mortalitat en IAM amb elevació del segment ST", atès que aquest darrer està condicionat per l'ordenació del codi IAM amb derivacions fora del territori de la C-17.

En el cas de la mortalitat en malaltia cardíaca congestiva,¹ es reconeix la importància del treball entre l'APiC i cada centre hospitalari (aspecte local), així com la possibilitat de treballar a escala de xarxa per establir criteris comuns de relació amb l'APiC, si s'escau.

Per als indicadors de mortalitat s'ha utilitzat una regressió logística, a fi d'ajustar la diferent casuística dels hospitals, testant en els models variables d'edat, sexe, comorbiditat, circumstància d'ingrés (urgent o programada), nivell hospitalari (comarcal, de referència, d'alta resolució i alta tecnologia) i altres variables clíniques rellevants que puguin indicar la gravetat del pacient atès (Servei Català de la Salut, en línia a la plataforma MSIQa).

1. L'indicador "IQH16 – Mortalitat en malaltia cardíaca congestiva" inclou en el seu denominador tots els contactes amb codi CIM-10-MC d'insuficiència cardíaca en el diagnòstic principal, amb un codi d'insuficiència respiratòria en el diagnòstic principal i amb un codi d'insuficiència cardíaca en el primer diagnòstic secundari.

Atès que el procés assistencial compartit d'oncologia de mama ha estat seleccionat com a intervenció prioritzada en l'abordatge avaluatiu de l'AE C-17, es considera rellevant monitorar l'indicador de supervivència postmastectomia per observar el grau d'homogeneïtat o disparitat en el seu comportament als diferents territoris C-17 i comparar-lo amb el total del SISCAT. Tanmateix, es reconeix que la informació disponible no està ajustada per l'estadi clínic de la pacient, fet que introdueix una limitació en la seva interpretació.

Indicador AE C-17: taxa de supervivència en els 12 mesos posteriors a la mastectomia

Definició	Enfocament d'anàlisi	Font	Dades presentades
Percentatge de pacients a les quals s'ha fet una intervenció de mastectomia que no han estat èxits en els 12 mesos posteriors de la intervenció.	Dada anual (any d'intervenció) per AGA de procedència del pacient (i per centre d'intervenció com a informació de context), total de població de la C-17, total de centres de l'AE C-17 i total del SISCAT.	PDO	Per a la patologia de càncer de mama (mastectomia)

Indicadors de resultats de salut: millores de salut

Atès que cardiologia ha estat un dels àmbits clínics més evolucionats en el marc de l'AE C-17, es considera rellevant monitorar dos indicadors de reingressos en els 30 dies posteriors per insuficiència cardíaca congestiva (ICC) i per angina de pit per observar el grau d'homogeneïtat o disparitat en el seu comportament als diferents territoris C-17. En el cas de l'indicador "IRR04 – Reingressos per ICC",² es reconeix la importància del treball entre l'atenció primària i comunitària (APiC) i cada centre hospitalari (aspecte local) per a aquesta patologia, si bé s'entén que a escala de xarxa es pot treballar per establir criteris comuns de relació amb l'APiC, si s'escau. Les variables d'ajust incloses en el model són edat, sexe, comorbiditat, circumstància d'ingrés (urgent o programada) i altres variables clíniques rellevants per aproximar-se a patologies o factors de risc associats que puguin indicar la gravetat del pacient (Servei Català de la Salut, en línia a la plataforma MSIQb).

Indicador AE C-17: reingressos en els 30 dies posteriors per patologies seleccionades

Definició	Enfocament d'anàlisi	Font	Dades presentades
Percentatge de pacients que reingressen en els 30 dies posteriors del primer ingrés per determinades patologies en els hospitals del SISCAT.	Dada per AGA de procedència del pacient, analitzant la relació entre el nombre de reingressos observats dels pacients hospitalitzats per ICC / angina de pit i els esperats segons el model d'ajust.	MSIQ	IRR04 – Reingressos per insuficiència cardíaca congestiva (ICC) IRR06 – Reingressos per angina de pit

Atès que l'accés a l'atenció d'alta complexitat per part de la població adulta de la C-17 és un dels objectius de l'AE C-17, es considera rellevant monitorar l'indicador de capacitat resoluciva de l'activitat terciària per a la població adulta, per observar on i amb quin volum s'atén la població de les diferents AGA del territori. Tanmateix, es reconeix que les instruccions d'ordenació territorial

2. L'indicador "IRR04 – Reingressos per insuficiència cardíaca congestiva" inclou en el seu denominador les altes amb codi CIM-10-MC d'insuficiència cardíaca en el diagnòstic principal.

del Servei Català de la Salut limiten la possibilitat d'assolir un 100% de resolució en el terciarisme quan els centres de destinació no formen part del territori de la C-17.

D'altra banda, atès que algunes de les intervencions assistencials desplegades per l'Aliança incideixen en casuística de complexitat mitjana (o referència), i en general s'espera que a escala de xarxa els centres es complementin i col·laborin per garantir la cobertura de pràcticament tota la cartera de serveis de salut en el lloc determinat segons l'ordenació (només exceptuant algunes prestacions de molt alta complexitat concentrades a escala del SISCAT o estatal, com, per exemple, les acreditades pels CSUR), es considera rellevant analitzar a la resolució del territori de la C-17 AGA per AGA i a escala global de la xarxa, per veure si gradualment s'assoleixen nivells més elevats de resolució. Es fa una anàlisi complementària seleccionant només l'activitat de referència quirúrgica, per observar si la capacitat de dur a terme procediments quirúrgics condiciona els resultats.

No es fa una anàlisi de la resolució de l'activitat de la població pediàtrica de l'activitat de referència ni terciària, atès que obeeix a una ordenació territorial pròpia.

Finalment, considerant que el procés assistencial compartit d'oncologia de mama ha estat seleccionat com a intervenció prioritzada en l'abordatge avaluatiu de l'AE C-17, s'incorpora al conjunt d'indicadors la resolució de mastectomies, que s'ha pogut calcular a partir de les dades del PDO. Es pot observar on i amb quin volum s'atén la població de les diferents AGA del territori per aquest procediment, que, pel seu volum de casos i característiques, es fa desplegat en diferents punts de la C-17.

Indicador AE C-17: capacitat resolutiva de la casuística de la població adulta			
Definició	Enfocament d'anàlisi	Font	Dades presentades
Percentatge de resolució per part dels centres de la C-17 de les altes de la població adulta de la C-17, segons el nivell de complexitat (referència, referència quirúrgica programada, terciari) i la intervenció concreta.	Dada per AGA de procedència del pacient, analitzant el percentatge de les altes hospitalàries de població adulta que es fan al centre o centres de la mateixa AGA. En segona instància s'analitza el percentatge que es fan de manera agrupada a qualsevol centre de la C-17, i el percentatge d'altes que es fan a centres de fora del territori de la C-17.	MSIQ	Referències de la població adulta Referències quirúrgiques de la població adulta Terciarisme per a la població adulta
		PDO	Resolució de la mastectomia

El capítol 5 presenta els resultats de l'anàlisi d'indicadors quantitius.

3.3.2.4 Aproximació a l'avaluació econòmica aplicada a l'AE C-17

Sense perjudici d'haver desenvolupat un marc avaluador econòmic inicial que abastava una anàlisi molt més completa, un cop observades les dades disponibles aquesta metodologia es va descartar. Per aquest motiu, en els punts següents es detalla la metodologia utilitzada tenint en compte aquest aspecte i que, principalment, ha consistit a prioritzar dues de les intervencions assistencials del període i escollir la tècnica d'anàlisi que ha estat més factible per poder extreure'n les conclusions pertinents: una anàlisi de cost-benefici comparant només els costos i els estalvis generats per la implementació de les intervencions, en la qual els beneficis de salut es consideren de manera merament qualitativa i, per tant, no estan inclosos en l'anàlisi numèrica.

Creació d'un grup de treball

Per dur a terme aquesta valoració econòmica, es va crear la Comissió Economicofinancera, amb membres dels cinc centres de l'AE C-17 i la coordinació de l'Aliança. Per facilitar l'anàlisi, i tenint en compte la disponibilitat limitada de dades, es van prioritzar dues intervencions (en concret, dos processos assistencials compartits – PAC) per plantejar-ne l'avaluació econòmica:

- PAC de càncer de mama: implementat el gener de 2017 a tots als centres de l'AE C-17.
- PAC de malaltia isquèmica: implementat el gener de 2019 a tots als centres de l'AE C-17.

Reunions celebrades i productes resultants

Per dur a terme la valoració econòmica d'aquestes intervencions es van fer dues reunions, amb l'objectiu d'acordar els costos que s'inclourien a la valoració i, posteriorment, compartir la valoració. El punt de situació després de completar la primera reunió es concreta a continuació:

- S'acorden les intervencions i els costos i aspectes econòmics per avaluar.
- La FPHAG acorda dur a terme la valoració econòmica de la intervenció de càncer de mama.
- El CHV acorda dur a terme la valoració econòmica de la intervenció de malaltia isquèmica.

Des de l'Àrea Econòmica del Servei Català de la Salut es van treballar unes plantilles en format Excel per plasmar les dades necessàries per dur a terme l'anàlisi econòmica de les dues intervencions prioritzades, on es podien completar tant la inversió inicial com l'evolució dels costos per a l'interval 2015-2022. El punt de situació després de completar la segona reunió es concreta a continuació:

- Atesa la disponibilitat limitada de dades, la FPHAG presenta la valoració econòmica de la intervenció de càncer de mama en format Word, plasmant els conceptes de cost pels quals es va poder fer una estimació i mostrant únicament l'impacte diferencial respecte a la situació prèvia a la implementació de cada intervenció.
- El CHV acorda utilitzar la plantilla elaborada per la FPHAG per elaborar la valoració econòmica de la intervenció de malaltia isquèmica.

Punt de vista de l'anàlisi

L'anàlisi es duu a terme des del punt de vista de sistema, és a dir, des de la perspectiva de l'assegurador i pagador dels serveis de salut públics (Servei Català de la Salut). D'aquesta manera, es pot considerar el següent:

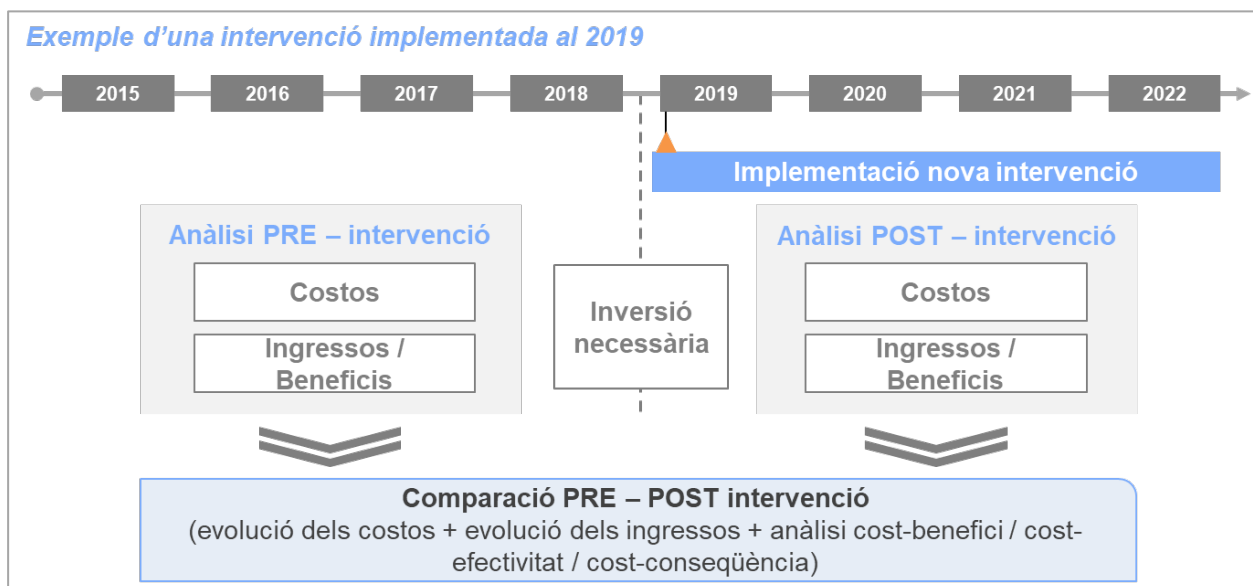
- Els estalvis en recursos que han comunicat els centres, independentment de com es compensi amb el decrement de la seva facturació (disminució dels seus ingressos), es consideren estalvis per al sistema, seguint el punt de vista definit per aquesta anàlisi.
- De la mateixa manera, els increments de costos que han comunicat els centres, independentment de com es compensin amb l'increment de la seva facturació (augment dels seus ingressos), es consideren costos per al sistema, seguint el punt de vista definit per aquesta anàlisi.

Tipus d'anàlisi segons la temporalitat

La metodologia escollida ha estat dur a terme una anàlisi de comparació preintervenció-postintervenció. Tot i que inicialment la intenció era comparar els costos absoluts preintervenció i postintervenció, la disponibilitat limitada de dades i la dificultat de les estimacions han fet oportú plasmar únicament la visió incremental. Per tant, es mostren els canvis respecte a la situació prèvia de la implementació de la intervenció, de manera que només es mostren dades a partir de l'any d'implementació de cada intervenció (a partir de 2017 per al PAC de càncer de mama i a partir de 2019 per al PAC de malaltia isquèmica).

Per als costos dels quals els centres ens han proporcionat dades prèvies i posteriors a la data d'implementació, s'ha calculat la diferència respecte a l'últim any abans de la implementació, amb la finalitat de seguir la mateixa lògica per a l'estimació de tots els costos (visió incremental i no en valor absolut).

Anàlisi econòmica segons la temporalitat d'una intervenció assistencial de l'AE C-17



Tipus d'anàlisi segons les variables analitzades

Tot i que la proposta metodològica inicial consistia en una anàlisi de cost-benefici estàndard (variació dels costos i variació dels beneficis expressats en unitats monetàries), la dificultat d'expressar els beneficis identificats en unitats monetàries ha fet convenient fer una anàlisi de cost-benefici comparant només els costos i els estalvis generats per la implementació de les intervencions, en la qual els beneficis de salut són considerats de manera merament qualitativa i, per tant, no estan inclosos en l'anàlisi numèrica.

Així doncs, la fórmula utilitzada per arribar al resultat de l'anàlisi de cost-benefici ha estat la següent: *resultat de l'anàlisi de cost-benefici = total estalvis (import diferencial respecte al moment previ a la implementació) – total costos (import diferencial respecte al moment previ a la implementació)*.

Càlcul dels costos

Per al càlcul dels costos, s'han considerat els increments de cost generats en els cinc centres arran de la implementació de les dues intervencions seleccionades. Quant als conceptes de cost que s'han inclòs, destaquen els següents:

- Cost de recursos humans
- Cost de recursos materials / vinculats a la prestació de l'activitat

Aquests costos s'han pogut concretar en unitats monetàries.

Càlcul dels estalvis

Per al càlcul dels estalvis, s'han considerat els decrements de cost generats en els cinc centres arran de la implementació de les dues intervencions seleccionades. Quant als conceptes d'estalvi que s'han inclòs, destaquen els següents:

- Estalvi per reducció d'activitat (ingressos a l'hospital evitats / sessions evitades)
- Estalvi de recursos materials / vinculats a la prestació de l'activitat

Aquests estalvis s'han pogut concretar en unitats monetàries.

Estimació dels beneficis

Pel que fa als beneficis, s'han identificat beneficis de salut dels pacients que han format part d'un PAC arran de l'establiment de l'AE C-17. En concret, s'han considerat els conceptes següents de benefici:

- Millora de resultats de salut derivats de la implementació de la intervenció (beneficis del conjunt dels centres)
- Millora de l'experiència dels pacients (impacte en la satisfacció, impacte emocional, etc.)
- Millora de l'experiència dels professionals

Atesa la dificultat de concretar aquests beneficis en unitats monetàries, s'han considerat de manera qualitativa per a l'anàlisi de cada intervenció.

Plantejament de l'anàlisi econòmica d'una intervenció assistencial de l'AE C-17

Resultat anàlisi cost-benefici (Total estalvis – Total Costos)		Resultats qualitius
<p style="text-align: center;">Costos</p> <p>✓ Increment de cost arrel de la implementació de la intervenció (costos pel conjunt dels centres implicats en el PAC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cost <u>Recursos humans</u> • Cost <u>Recursos materials / vinculats a la prestació de l'activitat</u> 	<p style="text-align: center;">Estalvis</p> <p>✓ Decrement de cost arrel de la implementació de la intervenció (costos pel conjunt dels centres implicats en el PAC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estalvi <u>activitat</u> (ingressos / sessions evitades) • Estalvi <u>Recursos materials / vinculats a la prestació de l'activitat</u> 	<p style="text-align: center;">Altres beneficis</p> <p>✓ Altres beneficis en salut i d'experiència pacient / professional derivats de la implementació de la intervenció (beneficis del conjunt dels centres implicats):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Millora de <u>resultats en salut</u> dels pacients C-17 • Millora de l'<u>exp. del pacient</u> (impacte emocional, satisfacció, etc.) • Millora de l'<u>exp. de profes.</u>
<p>✓ Dades quantificades en unitats monetàries</p>	<p>✓ Dades quantificades en unitats monetàries</p>	<p>✗ Dades no quantificades en unitats monetàries</p>

L'abril de 2023, es va celebrar una sessió de treball amb cadascun dels centres de l'AE C-17 per compartir els resultats preliminars de l'anàlisi econòmica dels dos PAC avaluats. Amb les aportacions rebudes, es va elaborar un informe final de resultats de l'avaluació econòmica, que es va compartir amb l'AE C-17 el maig de 2023 per via telemàtica. El capítol 6 recull aquests resultats.

3.3.2.5 Validació i integració d'evidència de l'aproximació avaluativa de l'AE C-17, 2017-2022

Al llarg del procés de recollida d'evidència qualitativa i quantitativa s'han produït documents de síntesi de resultats, que recullen les diferents aportacions o dades obtingudes i que estan estructurats segons les diferents dimensions d'avaluació (o bé per cada PAC avaluat, en el cas de l'anàlisi econòmica). Cadascun d'aquests informes ha estat validat per l'AE C-17, bé com a material de treball dels *workshops* o bé de manera posterior per via telemàtica.

L'últim pas de l'aproximació avaluativa consisteix en la integració de l'evidència, triangulant les diferents aportacions i dades qualitatives i quantitatives que s'han anat generant al llarg del projecte. Es fa una anàlisi per a cadascuna de les 10 dimensions del marc avaluatiu de les aliances estratègiques, analitzant la complementarietat o la possible contradicció entre les diferents dades obtingudes. Aquest procés permet extreure conclusions a partir de les evidències fermes, enteses com aquelles per les quals no s'ha obtingut evidència contrària.

Així, per a cada dimensió s'elabora a tall de conclusions una llista dels aspectes que es considera que han funcionat o que han estat punts forts del desplegament 2017-2022 de l'AE C-17, com també una llista de punts de millora. Es fa una valoració global de quins elements de la dimensió presenten un grau més alt i més baix de maduresa al final del període en comparació de la situació prèvia.

Com a resultat final de la integració d'evidència, s'identifiquen, d'una banda, aquelles dimensions amb un nivell més alt d'assoliment dels objectius plantejats entre 2017 i 2022 i, de l'altra, les dimensions on el desplegament de l'Aliança ha estat menor, i s'elaboren a tall de reflexió final consideracions generals sobre el valor afegit del desplegament i una aproximació avaluativa de l'AE C-17.

4. Resultats de l'anàlisi qualitativa

4.1. Entrevistes qualitatives

Per tal de garantir la confidencialitat de les persones participants en aquesta fase, a continuació es presenten els resultats de manera agregada amb les principals aportacions amb relació a cada dimensió d'avaluació de l'AE C-17, així com la valoració mitjana que els participants van atorgar a diferents elements o ítems de les dimensions analitzades.

La dimensió "Millora de salut i seguretat" no va poder ser avaluada perquè les persones entrevistades van manifestar no disposar de dades per poder valorar aquest aspecte d'una manera objectiva.

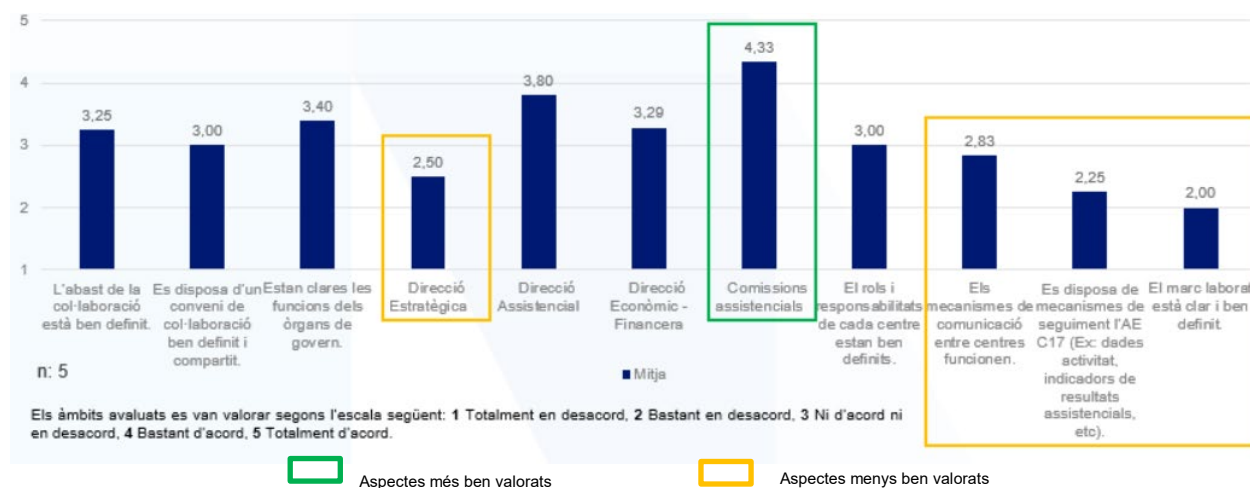
Governança i treball en xarxa

Les comissions assistencials i la direcció assistencial, dos elements clau en l'estructura de governança de la C-17, van ser els valorats més favorablement en una escala on 1 indica "totalment en desacord", i 5, "totalment d'acord". El marc laboral i els mecanismes de seguiment del desplegament de l'Aliança es percebien com els menys assolits.

Aportacions principals:

- Manca d'una estructura ben definida que estableixi els òrgans de presa de decisions vinculants per a tots els centres.
- Conveniència de celebrar reunions comunes de gerents i directors mèdics, implicant més actors (per exemple, direcció d'infermeria).
- Conveniència d'ordenar l'àmbit de complexitat mitjana, fent més activitats al mateix territori.
- Percepció de camí per recórrer en la definició de fluxos de pacients, fent-los coherents amb l'AE C-17.

Valoració mitjana dels ítems de governança de l'AE C-17



Font: entrevista a professionals interns i externs de l'AE C-17; n = 5.

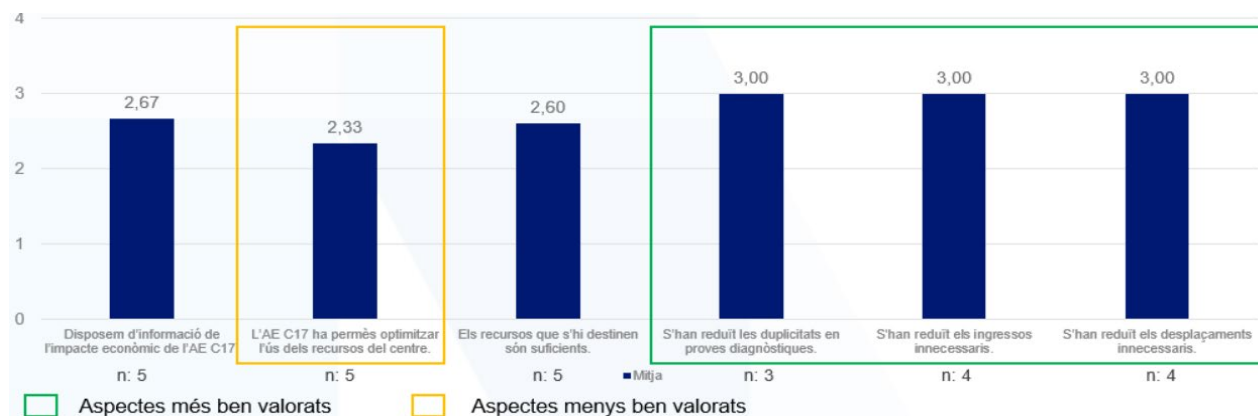
Àmbit economicofinancer i eficiència

Els aspectes economicofinancers de l'Aliança van ser valorats de manera discreta, amb puntuacions igual o inferiors a 3 (la nota que indica una posició neutra, "ni d'acord ni en desacord").

Aportacions principals:

- Dificultat d'acordar uns criteris comuns a l'hora de definir quins conceptes són un cost.
- Conveniència que l'AE C-17 inclogui la sostenibilitat financera de tots els centres.
- Percepció d'infrafinançament i/o manca de recursos destinats dels professionals compartits.
- Opinió que l'AE C-17 no hauria de costar més diners als diferents centres, sinó reordenar els fluxos de pacients i els fluxos de diners en consonància.

Valoració mitjana dels ítems economicofinancers i d'eficiència de l'AE C-17

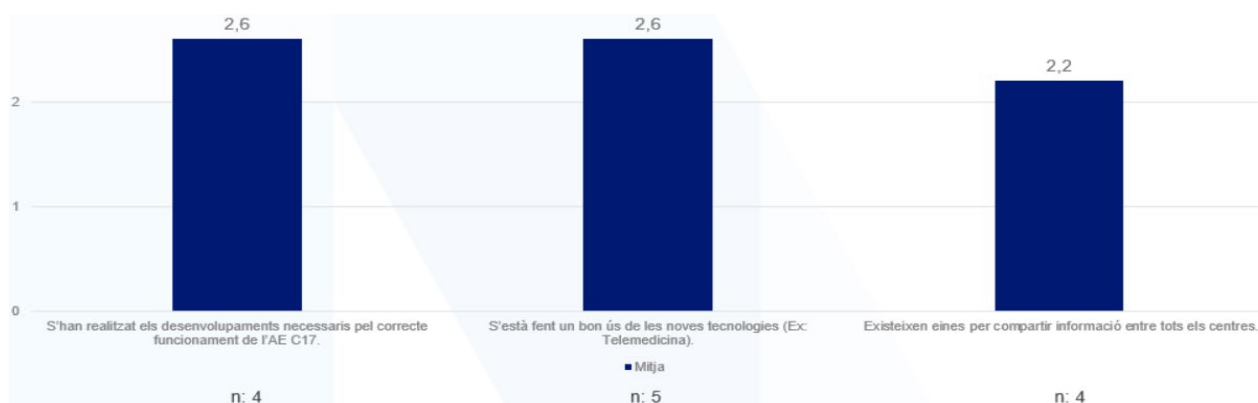


Font: entrevista a professionals interns i externs de l'AE C-17. En alguns casos, la persona entrevistada no va respondre, ja que va considerar que no tenia prou coneixement de l'aspecte avaluat.

Tecnologies de la informació i la comunicació

La valoració d'aspectes TIC com les eines per compartir informació entre centres de l'Aliança mostra que hi ha marge de millora. Es va destacar la necessitat d'establir un sistema de dades conjunt amb visió poblacional.

Valoració mitjana dels ítems de tecnologies de la informació de l'AE C-17

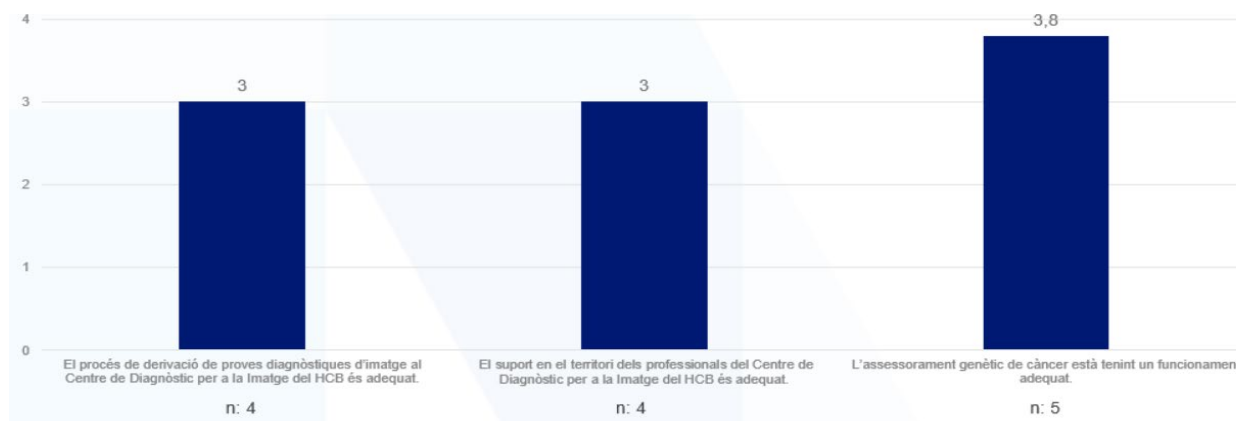


Font: entrevista a professionals interns i externs de l'AE C-17. En alguns casos, la persona entrevistada no va respondre, ja que va considerar que no tenia prou coneixement de l'aspecte avaluat.

Processos de suport

L'accés a l'assessorament genètic destaca com un procés de suport consolidat, aspecte que va ser l'aportació més destacada, incidint en el fet que tota la població del territori amb indicació hi tenia accés. Altres aspectes relacionats amb el Centre de Diagnòstic per la Imatge de l'HCB van obtenir una valoració neutra.

Valoració mitjana dels ítems de processos de suport de l'AE C-17

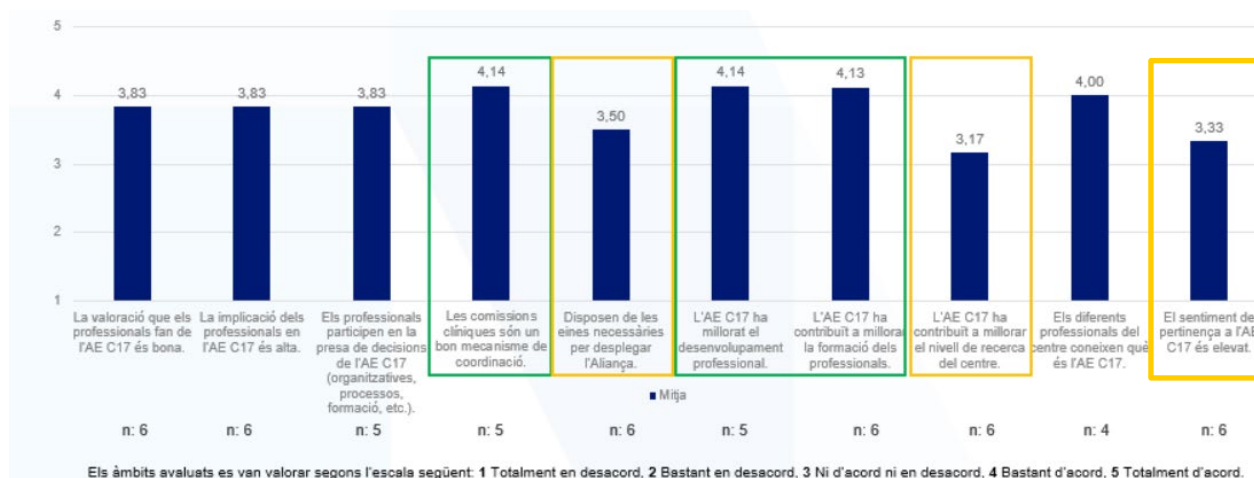


Font: entrevista a professionals interns i externs de l'AE C-17. En alguns casos, la persona entrevistada no va respondre, ja que va considerar que no tenia prou coneixement de l'aspecte avaluat.

Experiència dels professionals

Tots els ítems inclosos en aquesta dimensió obtenen una valoració favorable, i destaquen les millors opcions de desenvolupament professional i formació, així com el paper de coordinació de les comissions clíniques. Hi havia més escepticisme respecte a l'impacte positiu en els nivells de recerca dels centres o la generació d'un sentiment de pertinença a una entitat comuna (l'Aliança). Els participants van manifestar el factor humà com a factor clau per a l'Aliança, i van destacar la rellevància del personal mèdic i que es percebés un guany per vèncer resistències al canvi.

Valoració mitjana dels ítems d'experiència de professionals de l'AE C-17



Aspectes més ben valorats

Aspectes menys ben valorats

Font: entrevista a professionals interns i externs de l'AE C-17. En alguns casos, la persona entrevistada no va respondre, ja que va considerar que no tenia prou coneixement de l'aspecte avaluat.

Accessibilitat

Només tres entrevistats van puntuar els ítems d'accessibilitat referits als temps d'espera, mentre que la resta van manifestar no tenir coneixement per fer-ho. Les tres persones que sí que ho van fer tenien una percepció favorable de l'impacte en els temps d'espera per ser visitats, rebre tractaments i fer proves diagnòstiques. Una aportació destacava el paper dels protocols compartits, considerant que haurien de contribuir a millorar els temps d'espera.

Valoració mitjana dels ítems d'accessibilitat de l'AE C-17



Font: entrevista a professionals interns i externs de l'AE C-17. En alguns casos, la persona entrevistada no va respondre, ja que va considerar que no tenia prou coneixement de l'aspecte avaluat.

Experiència dels pacients

Les valoracions mitjanes pel que fa a aspectes del coneixement de l'AE C-17 per part dels pacients o eines per recollir la seva experiència i valorar la continuïtat assistencial en les transicions són neutres i mostren que hi ha marge de treball futur.

No obstant això, es destacava el fet que algunes intervencions havien evitat desplaçaments innecessaris als pacients i, d'altra banda, es feia l'apreciació que el pacient no ha de notar si es tracta en el marc de l'AE C-17 o fora, sinó que ha d'estar ben atès igualment.

Valoració mitjana dels ítems d'experiència dels pacients de l'AE C-17



Font: entrevista a professionals interns i externs de l'AE C-17. En alguns casos, la persona entrevistada no va respondre, ja que va considerar que no tenia prou coneixement de l'aspecte avaluat.

Equitat

La puntuació mitjana pel que fa a la reducció de desigualtats en l'atenció sanitària de pacients de la C-17 és neutra. Una aportació destacava la bondat del servei 24x7 com a línia de treball extrapolable a altres serveis de manera dinàmica.

Valoració mitjana dels ítems d'equitat de l'AE C-17



Font: entrevista a professionals interns i externs de l'AE C-17. En alguns casos, la persona entrevistada no va respondre, ja que va considerar que no tenia prou coneixement de l'aspecte avaluat.

Efectivitat

La majoria d'entrevistats van declinar puntuar aquesta dimensió. Les persones que ho van fer mostren una percepció favorable.

Valoració mitjana dels ítems d'efectivitat de l'AE C-17

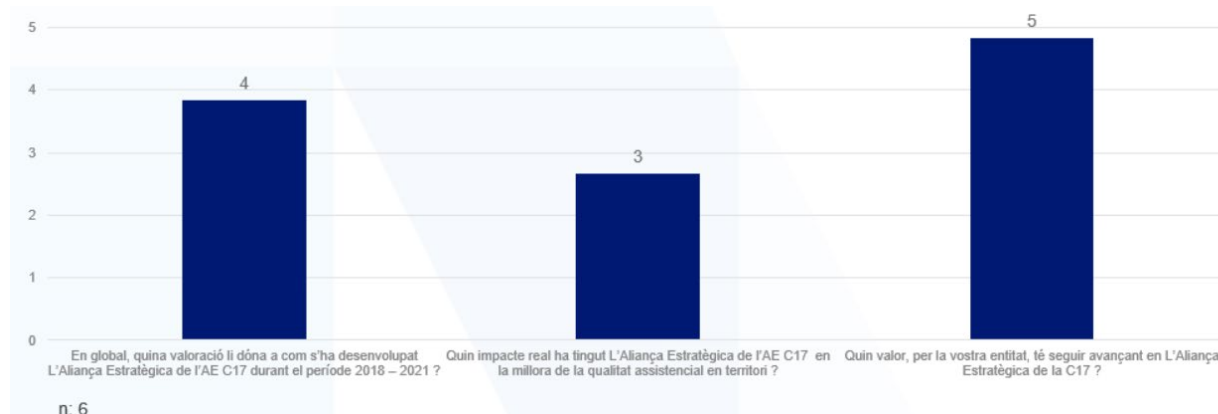


Font: entrevista a professionals interns i externs de l'AE C-17. En alguns casos, la persona entrevistada no va respondre, ja que va considerar que no tenia prou coneixement de l'aspecte avaluat.

Valoració global de l'Aliança

Si bé a l'hora de valorar l'impacte de l'AE C-17 en la qualitat assistencial, de mitjana els entrevistats perceben que havia contribuït a millorar-la "una mica" (3 = una mica), es percebia el clar valor per a les entitats de continuar avançant amb l'Aliança (5 = molt), i es mostraven bastant satisfets amb el desplegament del període analitzat (4 = bastant).

Valoració mitjana d'ítems globals de l'AE C-17



Font: entrevista a professionals interns i externs de l'AE C-17. En alguns casos, la persona entrevistada no va respondre, ja que va considerar que no tenia prou coneixement de l'aspecte avaluat.

Beneficis principals de l'AE C-17

Les persones entrevistades van destacar aquests beneficis assolits per l'Aliança:

- La vinculació a un hospital d'alta complexitat, com és l'Hospital Clínic de Barcelona.
- La generació d'un sentiment de pertinença a l'Aliança i d'una confiança més gran entre els professionals dels diferents centres.
- L'ús de protocols conjunts i estandarditzats.
- La flexibilitat en l'ús dels recursos, per adaptar-se a les diferents situacions de cada moment.
- Una població de referència coberta més àmplia, garantint un *n* suficient als hospitals terciaris.
- La COVID-19 va actuar com a accelerador del funcionament de l'AE C-17:
 - En el període post-COVID-19, gràcies a l'AE C-17 s'ha millorat especialment en els serveis de cardiologia i 24x7 d'ORL.
 - En el servei d'urologia s'han distribuït els professionals als centres on en mancaven.
- Gràcies a l'AE C-17, es posarà en funcionament el nou Centre d'Oncologia Radioteràpica de la C-17, per donar atenció d'oncologia radioteràpica als pacients de les AGA del Vallès Oriental i l'AGA Osona, que serà un punt d'atenció de l'Hospital Clínic de Barcelona.

Dificultats de l'AE C-17 i aspectes de millora identificats

Preguntats sobre les àrees de millora de l'Aliança, els aspectes mencionats més sovint van ser la definició de l'abast de la col·laboració, disposar de més recursos i tenir uns processos de treball més ben definits entre els centres participants.

Es van destacar algunes dificultats concretes experimentades en el marc de l'AE C-17:

- L'existència de molts convenis bidireccionals entre els centres de l'AE C-17, sense un marc que faci de paraigua de tota l'AE C-17.

- Dinàmiques històriques per vincles professionals o servituds amb interessos públics locals, que condicionen alguns fluxos de pacients.
- En el marc de l'AE C- 17, hi ha la sensació que només es tracta el que interessa (alta complexitat) i la resta es continua derivant cap a altres centres, diferents de l'HCB.
- La necessitat que els professionals percebin que l'AE C-17 beneficia a tothom.
- La manca d'un marc laboral comú, que permeti establir incentius per als professionals, lligats amb la carrera professional.
- L'AE C-17 entra en conflicte amb l'organització de les regions sanitàries.

Aspectes principals de millora de l'AE C-17 identificats a la fase d'entrevistes



n: 6

Font: entrevista a professionals interns i externs de l'AE C-17. En alguns casos, la persona entrevistada no va respondre, ja que va considerar que no tenia prou coneixement de l'aspecte avaluat.

4.2. Sessions de treball (workshops)

4.2.1. Workshop 1

La sessió es va dur a terme presencialment a l'Agència de Salut Pública de Catalunya el 27 de febrer de 2023. Es van dividir els assistents en dos grups, que van treballar els set àmbits d'avaluació següents:



A continuació s'exposa el resum dels punts forts (columna esquerra) i els punts de millora (columna dreta) que es van identificar durant el *workshop* 1, dividits en els dos grups. L'annex 7, "Resultats del *workshop* 1 per dimensió avaluada", presenta més detall dels punts forts, dels aspectes de millora i de les accions identificades per a cada dimensió avaluada.

Grup 1	
Punts forts	Punts de millora
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Abast acotat en intervencions compartides i prioritzades. ✓ Protocols comuns i estandarditzats entre els centres. ✓ Seguiment periòdic de les direccions mèdiques i les comissions assistencials. ✓ Alta implicació dels professionals, atracció i fidelització als centres perifèrics, així com establiment de mecanismes per a la transferència de coneixement entre professionals. ✓ Millora en l'equitat d'accés i en la reducció de sessions de quimioteràpia (en el cas de càncer de mama). ✓ Implicació de la nova comissió econòmica financera de l'AE C-17. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cal definir l'abast per al futur de l'evolució de l'Aliança. ➤ Cal més treball conjunt entre els òrgans de govern dels centres implicats. ➤ Fa falta un marc jurídic compartit per facilitar el desplegament dels serveis de l'AE C-17. ➤ Cal un paper actiu del Servei Català de la Salut per a la definició dels fluxos de pacients, acompanyat d'un sistema de pagament. ➤ Cal definir un marc de col·laboració per saber les funcions dels professionals i les implicacions de diferents àrees (per exemple, infermeria). ➤ Cal millorar el transport sanitari ordinari entre centres (per a les derivacions). ➤ Manquen indicadors per valorar quantitativament els àmbits. ➤ Hi ha dificultat per acordar criteris comuns amb relació als costos.

Grup 2	
Punts forts	Punts de millora
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Voluntat d'anar més enllà del terciarisme i ser una aliança territorial. ✓ Els professionals dels àmbits prioritzats (oncologia, cardiologia i 24x7 d'ORL) estan molt satisfets amb el funcionament dels circuits i els protocols estandarditzats. ✓ Els pacients identifiquen els serveis on s'ha col·laborat per mitjà de l'AE C-17, que aporta confiança als pacients. ✓ S'ha millorat en l'equitat d'accés pel clúster de la COVID-19 i algunes inversions del Servei Català de la Salut. ✓ Augment de capacitat de resposta per part dels centres. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cal acordar missió, objectius, funcions i responsabilitats de cada agent. ➤ Manca de confiança entre agents per falta de directrius i funcions establertes. ➤ Manca de desenvolupament del desplegament de les intervencions no prioritzades. ➤ Necessitat d'ordenar el terciarisme (implicació del Servei Català de la Salut). ➤ Cal afinar el diagnòstic per oferir un tracte més precís, evitar duplicitats en visites i proves. ➤ Cal homogeneïtzar la pràctica clínica amb una base comuna. ➤ Falta d'un marc economicofinancer i acordar capacitats de costos de cada agent. ➤ Manca de dades i indicadors que quantifiquin els diferents àmbits.

La part final del *workshop* va servir per fer una posada en comú de les aportacions principals de cada grup de treball. De manera conjunta es van destacar les consideracions següents per continuar avançant en el marc de l'AE-C-17:

- Definir els objectius, els papers i les funcions de cadascun dels actors involucrats en l'AE C-17 i actuar a partir d'un marc comú.
- Treballar en la definició de l'abast futur de l'AE C-17.
- Establir un marc jurídic compartit.
- Més treball conjunt de tots els òrgans de govern de l'AE C-17 (Direcció Estratègica, Direcció Assistencial, Direcció Econòmicofinancera, centres assistencials, altres col·lectius de professionals com infermeria, etc.).
- Més protagonisme del Servei Català de la Salut en la definició de fluxos i del sistema de pagament associat.
- Estandarditzar els protocols i els circuits per a totes les intervencions i ajustar els circuits que no estan funcionant.
- Identificar les bones pràctiques d'aquelles intervencions compartides i sistematitzar-les per aplicar-les a altres intervencions.
- Millorar la integració entre els sistemes d'informació dels cinc centres, per facilitar el seguiment dels pacients compartits.
- Sistematitzar la recollida de dades per al càlcul d'indicadors de resultats de salut i facilitar l'avaluació dels resultats.
- Informar la població de manera formal de l'existència i els beneficis de l'AE C-17.
- Aplicar tècniques de percepció de l'experiència dels pacients per avaluar l'AE C-17.

4.2.2. Workshop 2

La sessió es va dur a terme presencialment al Living Lab d'NTT DATA el 6 de març de 2023. Es van dividir els assistents en tres grups per treballar en paral·lel cadascuna de les tres intervencions dels PAC prioritzades, amb professionals que havien participat en més o menys grau en aquella intervenció. Cada grup va treballar els vuit àmbits d'avaluació següents, referits a l'experiència concreta del PAC considerat:



El resum dels punts forts (columna esquerra) i els punts de millora (columna dreta) identificats per cada grup i PAC a tall de conclusió s'exposen a continuació. Aquests punts són considerats com a aspectes principals per destacar del PAC analitzat, un cop el grup havia treballat cadascuna de les dimensions d'avaluació per separat. L'annex 8, "Resultats del *workshop* 2 per PAC i dimensió avaluada", presenta més detall dels punts forts, dels aspectes de millora i de les accions identificades a cada grup i per a cada dimensió avaluada.

Grup 1 – Càncer de mama*	
Punts forts	Punts de millora
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Percepció positiva dels professionals de l'AE C-17, gràcies al foment de la formació continuada. ✓ Bona transferència de coneixement entre els centres. ✓ Protocols compartits en funcionament (diagnòstic per la imatge, assessorament genètic, derivació de pacients). ✓ Percepció de millora dels resultats de salut. ✓ Projecte Brúixola per analitzar l'experiència dels pacients (pulmó). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cal compartir i homogeneïtzar protocols clínics. ➤ Manca d'un circuit comú amb relació a la derivació de pacients, dificultada per la falta d'informació clínica compartida. ➤ Cal una bona gestió del transport ordinari de pacients. ➤ Cal millorar l'estructura i els continguts de les sessions clíniques, perquè siguin més atractives. ➤ Cal que hi hagi entitat reclutadora única per millorar accés a la recerca i els assaigs clínics. ➤ Necessitat de potenciar la Comissió d'Oncofarmàcia de l'AE C-17. ➤ Cal crear una comissió de sistemes d'informació de l'AE C-17. ➤ Cal comptar amb una plataforma digital per compartir proves (per exemple, anatomia patològica). ➤ Cal millorar el registre de dades per calcular indicadors d'avaluació dels resultats de salut.

* Dins el grup 1 es van comentar alguns aspectes relacionats amb el càncer de pulmó, ja que el grup de clínics el va considerar també una intervenció molt rellevant i consolidada en el marc de l'AE C-17.

Grup 2 – Malaltia isquèmica	
Punts forts	Punts de millora
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Percepció de l'AE C-17 com a molt positiva per part dels professionals, per l'accés a formació, la recerca i els projectes compartits amb l'HCB. ✓ Sentiment de confiança cap a l'HCB, amb transferències de professionals d'alguns centres (per exemple, Vic). ✓ Processos i sistemes d'informació eficients que responen a les necessitats de manera reactiva en qualsevol moment. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cal millorar els fluxos de pacients dels centres: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manca d'informació del retorn de pacients al centre origen. ➤ Duplicitats en proves diagnòstiques per manca de compartició d'informació (proves diagnòstiques) ➤ Manca de relació i comunicació entre centres. Cal potenciar la col·laboració entre els centres comarcals. ➤ Manca d'indicadors comuns a escala de l'AE C-17 per mesurar l'experiència dels pacients, els sistemes d'informació i les millores de salut. ➤ Cal millorar l'accés a la visualització d'imatges (en moviment) amb llicències homogènies. ➤ Cal valorar compensacions entre centres per ajustar la part del cost que suporta cada centre.
Grup 3 – 24x7 d'ORL	
Punts forts	Punts de millora
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Experiència dels professionals molt positiva, gràcies a la ràpida resposta per part dels centres implicats. ✓ Bon funcionament del circuit: flux de pacients molt fluid. ✓ Voluntat de replicar les bones pràctiques d'aquest circuit a altres patologies d'urgències. ✓ Telèfon de contacte de l'Hospital Clínic a disposició dels centres. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificultat de seguiment d'un pacient derivat des del centre d'origen. ➤ Manca de compartició de la informació clínica dels pacients. ➤ Manca de capacitat del sistema informàtic actual per introduir dades sobre urgències i hospitalitzacions. ➤ Manca d'informació sobre el pacient per part del centre receptor. ➤ Manca d'indicadors per mesurar l'experiència i la seguretat del pacient, les millores de salut i l'equitat.

Imatge del *workshop* 2



Novament, es va destinar la part final del *workshop* a posar en comú les aportacions principals de cada grup de treball, i discernir quines eren conclusions compartides pels tres grups. De manera conjunta es va concloure, a partir de les tres intervencions assistencials treballades, que:

- Hi ha un sentiment generalitzat de satisfacció amb l'AE C-17 per part dels professionals en aquestes tres patologies prioritzades.
- Necessitat de descentralitzar els recursos, la recerca i la formació dedicada als professionals i repartir-ho entre la resta de centres de l'AE C-17 (no només centralitzat a l'HCB).
- Actualment, hi ha dificultats en la comunicació entre centres pel que fa a la derivació de pacients i el seguiment des dels centres d'origen.
- Hi ha una manca de dades molt significativa en les tres patologies prioritzades.
- Necessitat d'acordar un sistema de recollida de dades i establir indicadors homogenis per poder mesurar quantitativament els diferents àmbits de l'Aliança (experiència dels pacients, millores de salut, seguretat, etc.).
- Cal millorar els sistemes d'informació per a una bona compartició de la informació.

4.2.3. *Workshop* 3

La sessió es va dur a terme presencialment al Living Lab d'NTT DATA el 30 de març de 2023. Hi van assistir els màxims responsables de l'AE C-17 (gerents dels centres, direccions mèdiques, assistencials i econòmiques), amb l'excepció dels participants de l'HCB, que es van haver d'excusar a última hora arran de la filtració aquell dia de dades obtingudes en el ciberatac a la seva entitat.

La sessió es va dividir en tres parts. La primera part va consistir a compartir de manera resumida els resultats de les entrevistes i dels dos *workshops* celebrats fins al moment. També es va compartir un avanç de l'abordatge quantitatiu, que mostrava els indicadors quantitatius analitzats i l'abordatge definitiu aplicat per a l'avaluació econòmica de les dues intervencions prioritzades.

La segona part de la sessió es va destinar a la validació d'un informe provisional de resultats de l'aproximació avaluativa de l'AE C-17. Per a cadascuna de les 10 dimensions del marc avaluatiu es presentava una llista de punts forts i aspectes de millora. També s'identificaven els elements que es tenien en compte per valorar cada dimensió, a partir dels quals es feia una valoració preliminar del grau de maduresa i assoliment de la dimensió en qüestió. L'annex 9 recull el detall dimensió per dimensió d'aquesta valoració preliminar.

Imatge del *workshop* 3



A la part final de la sessió es va presentar una valoració preliminar de quines dimensions es considerava que havien obtingut un grau més elevat d'assoliment dels objectius plantejats per l'AE C-17 entre 2017 i 2022, així com un seguit de recomanacions per al desplegament futur. Per evitar redundància amb el capítol 7 de conclusions i aprenentatges de l'aproximació avaluativa de l'AE C-17, no es reproduïx aquí aquesta valoració preliminar, on *a priori* van destacar les dimensions "Experiència del professional" i "Equitat" com les que van experimentar assoliments més grans en el període 2017-2022 de desplegament de l'AE C-17. En un torn obert, els assistents van aportar noves idees i van suggerir modificacions a la valoració preliminar. A continuació s'exposen les aportacions més rellevants.

Governança

- És important que des del Servei Català de la Salut es clarifiqui l'enfocament i l'abast de l'ordenació territorial.
- Cal identificar instruments jurídics per al desplegament de l'Aliança C-17.
- Es detecta la necessitat de preparar els centres i transformar-los, d'acord amb les necessitats futures i canviants de la població i del sistema.
- Cal establir els mateixos criteris d'avaluació per a tots els centres.
- Cal acordar indicadors vinculats a cada intervenció, que siguin indicadors globals del sistema.

Àmbit economicofinancer

- Cal solucionar la situació amb relació a la contractació i els costos dels centres perifèrics.

Treball en xarxa

- Es recomana establir referents de processos o d'àmbits de coneixement a escala de tota l'AE C-17.
- Es recomana tenir referents de recerca, d'innovació i avaluació.

Tecnologies de la informació i la comunicació (TIC)

- És imperatiu tenir uns sistemes d'informació en xarxa per a tota l'AE C-17. Disposar-ne farà que l'Aliança guanyi en agilitat i mobilitat dels professionals.
- S'han d'unificar els sistemes d'informació o interoperables entre si d'una manera àgil.

Accessibilitat i millores de salut i seguretat

- Cal potenciar la cartera de referència i que els centres perifèrics siguin més resolutius.

5. Resultats dels indicadors quantitatius

A continuació es presenten els resultats dels indicadors quantitatius que han tingut un grau més alt de consens en el marc de l'abordatge avaluatiu de l'AE C-17, un cop presentats i discutits amb les direccions dels cinc centres i la Coordinació de l'AE C-17. Aporten una visió de l'evolució succeïda des del desplegament de les diferents intervencions assistencials compartides que s'han prioritzat, de manera descriptiva, sense que necessàriament s'hagi d'entendre que hi ha una relació directa causal entre les intervencions i els resultats.

Es tracta d'informació extreta de manera retrospectiva de bases de dades generals preexistents del SISCAT, en les quals, per norma general, no s'identifiquen els registres dels pacients beneficiaris de l'aplicació de protocols compartits de l'AE C-17. D'altra banda, els indicadors de capacitat resolutiva (exceptuant la resolució de mastectomies) són a escala macro, atès que inclouen el conjunt de l'activitat de la població de la C-17 (per nivells de complexitat), i, per tant, no són atribuïbles exclusivament a les tres intervencions prioritzades en l'abordatge quantitatiu.

A tall informatiu, l'annex 11, "Ampliació dels resultats d'indicadors quantitatius", recull de manera sintètica els resultats de la resta d'indicadors inclosos en l'abordatge avaluatiu quantitatiu de l'AE C-17.

5.1. Indicadors d'accessibilitat

Temps mitjà d'espera per a primeres consultes amb especialistes de cardiologia

Per als indicadors de temps mitjà d'espera per a la primera consulta amb especialistes de l'àrea de cardiologia i cirurgia cardíaca, les dades corresponents al període 2018-2022 s'han extret de les llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació). Es calcula, de manera retrospectiva per a totes les persones que han estat visitades l'any en qüestió, el temps entre la data de la seva entrada a la llista d'espera i la data de la visita. Es recorda que el PAC de patologia valvular i el PAC de malaltia isquèmica es van implementar el gener de 2019 a tots els centres de l'AE-C-17, mentre que l'adopció del PAC d'insuficiència cardíaca congestiva s'ha introduït progressivament als diferents centres entre maig de 2019 (FSM-HCB) i gener de 2021 (HSC-HCB).

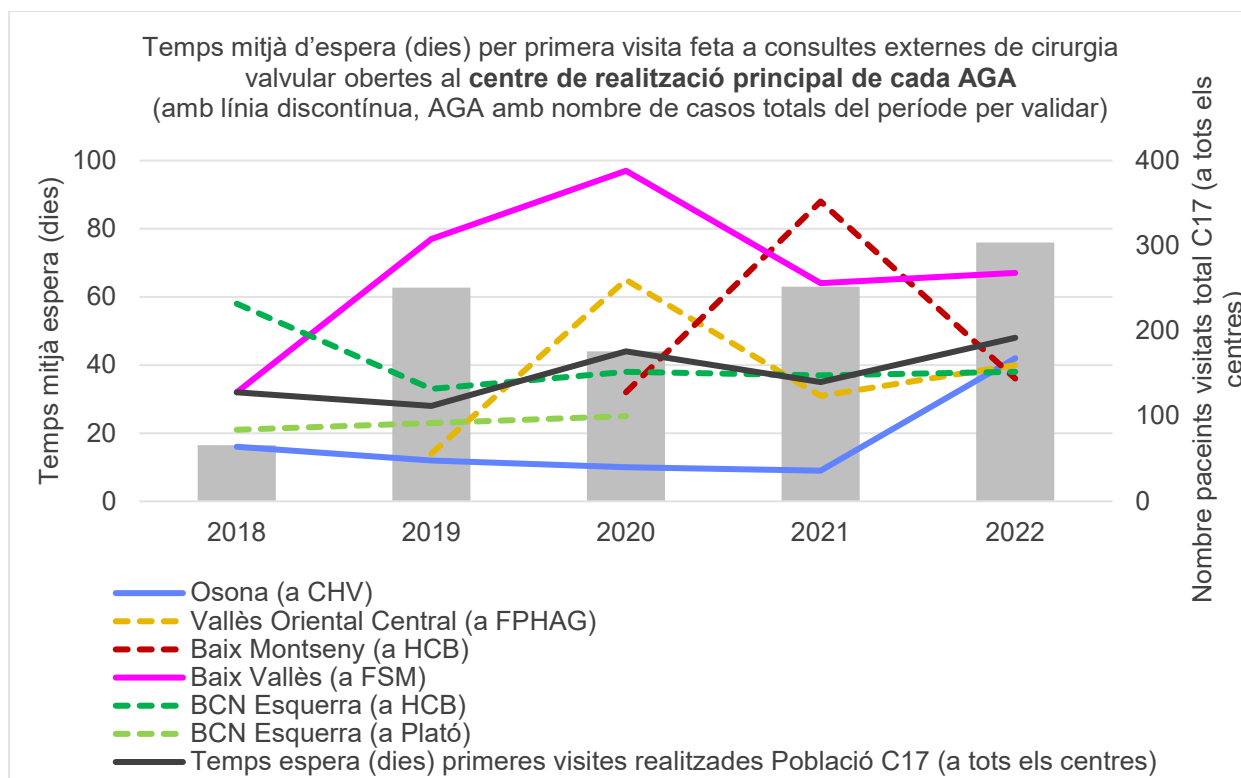
Els gràfics següents mostren la informació relativa al temps mitjà d'espera (en dies) per a la primera visita a consultes externes de cirurgia valvular obertes al centre principal de cada AGA, així com a l'HCB, segons l'AGA de procedència del pacient. Per centre principal de cada AGA s'entén el centre que, en l'agregat del període 2018-2022, ha fet un volum més elevat de primeres visites a consultes externes de cirurgia valvular obertes de la població d'aquella AGA.

S'observa una fluctuació en el volum de primeres visites de la població de la C-17 durant el període (en qualsevol centre del SISCAT), que coincideix amb la pandèmia de la COVID-19, si bé el volum de visites de 2021 i 2022 supera el de les visites de 2019. El volum de casos registrats per les AGA Vallès Oriental Central i Baix Montseny i l' AIS Barcelona Esquerra (inferior a l'esperable) dificulta la interpretació dels seus temps d'espera. En canvi, si es comparen els temps de la població visitada d'Osona al Consorci Hospitalari de Vic amb els temps de la població visitada de Baix Vallès a la Fundació Sanitària de Mollet, s'observen dos comportaments molt dispars durant el període, que poden atribuir-se a una afectació més gran o més petita per la pandèmia en el volum de casos per visitar i la capacitat del centre de fer les visites. No obstant això, destaca que, l'any 2019, el temps d'espera per a la població de l'AGA Baix Montseny s'aproximava als 80 dies davant dels menys de 20 dies d'Osona, mentre que l'any 2022 els temps d'ambdues AGA són més similars (uns 60 dies a Baix Vallès i uns 40 dies a Osona).

Nombre de pacients de la C-17 visitats a consultes externes de cirurgia valvular obertes al centre de realització principal de cada AGA

	2018	2019	2020	2021	2022
Osona (al CHV)	11	102	45	75	86
Vallès Oriental Central (a la FPHAG)	1	7	29	42	39
Baix Montseny (a l'HCB)	0	0	1	2	4
Baix Vallès (a la FSM)	20	30	18	35	39
Barcelona Esquerra (a l'HCB)	15	60	48	45	57
Barcelona Esquerra (a l'Hospital Plató)	16	43	12	0	0
Nombre de pacients intervinguts del total de la C-17 (a qualsevol centre)	66	251	176	252	304

Font: llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).



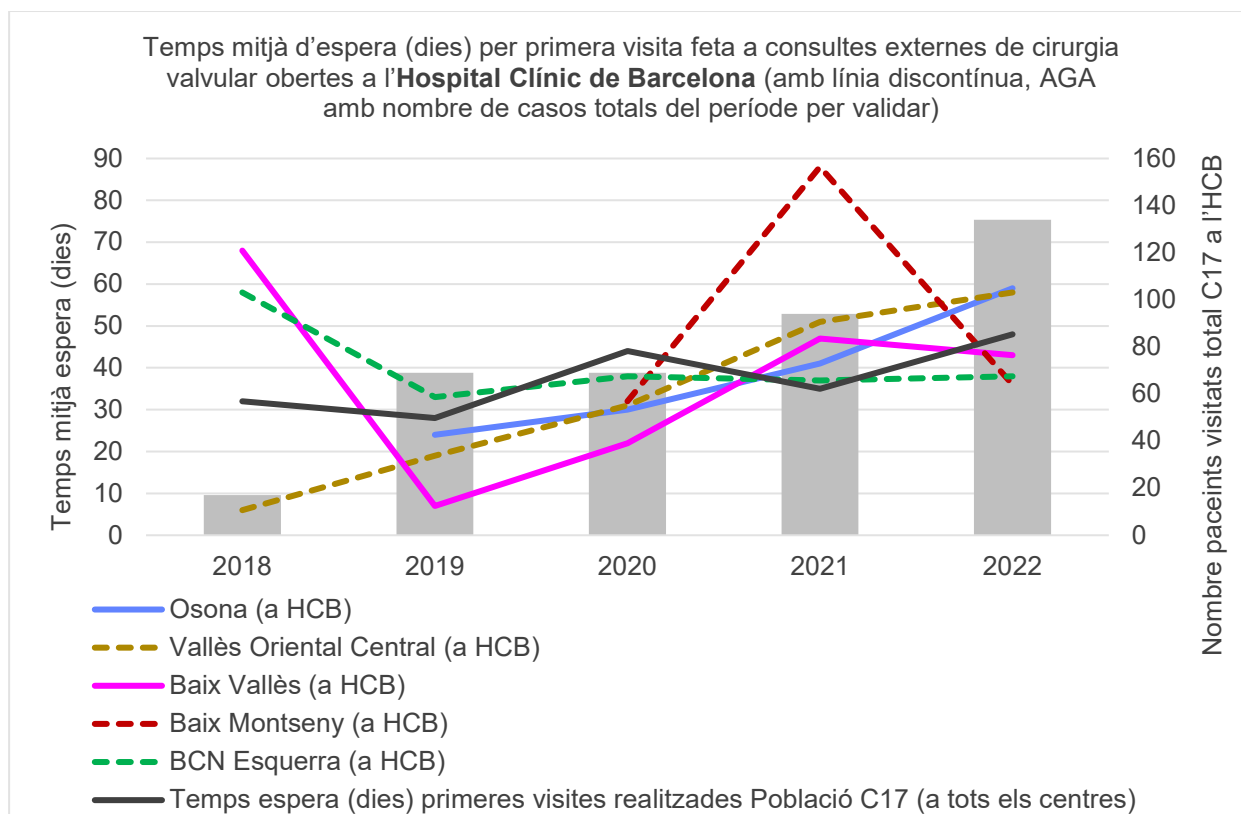
Font: llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).

Si es fixa l'atenció en el volum de casos de les AGA C-17 que es visiten per primera vegada a cirurgia valvular oberta a l'Hospital Clínic de Barcelona, l'hospital de gran capacitat de l'Aliança, hi ha una clara tendència a l'alça entre 2018 i 2022 (per exemple, 40 casos el 2019 i el 2020 vs. més de 120 casos el 2022), tot i l'estancament durant el 2020. Si bé novament la informació de les AGA Vallès Oriental Central i Baix Montseny i l'ALS Barcelona Esquerra s'ha de llegir amb cautela, semblaria que durant aquest període de treball conjunt a escala de l'Aliança es produeix un accés més elevat de població del territori de la C-17 a la visita d'alta especialització. Els temps d'espera de la població de les AGA Osona i Baix Vallès s'incrementen entre 2019 i 2022 i mantenen una diferència entre si (uns 80 dies de Baix Vallès vs. uns 100 dies d'Osona, l'any 2022).

Nombre de pacients de la C-17 visitats a consultes externes de cirurgia valvular obertes a l'HCB

	2018	2019	2020	2021	2022
Osona	0	4	9	19	18
Vallès Oriental Central	1	4	7	20	34
Baix Montseny	0	0	1	2	4
Baix Vallès	1	1	4	8	21
Barcelona Esquerra	15	60	48	45	57
Nombre de pacients intervinguts del total de la C-17 a l'HCB	17	69	69	94	134

Font: llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).



Font: llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).

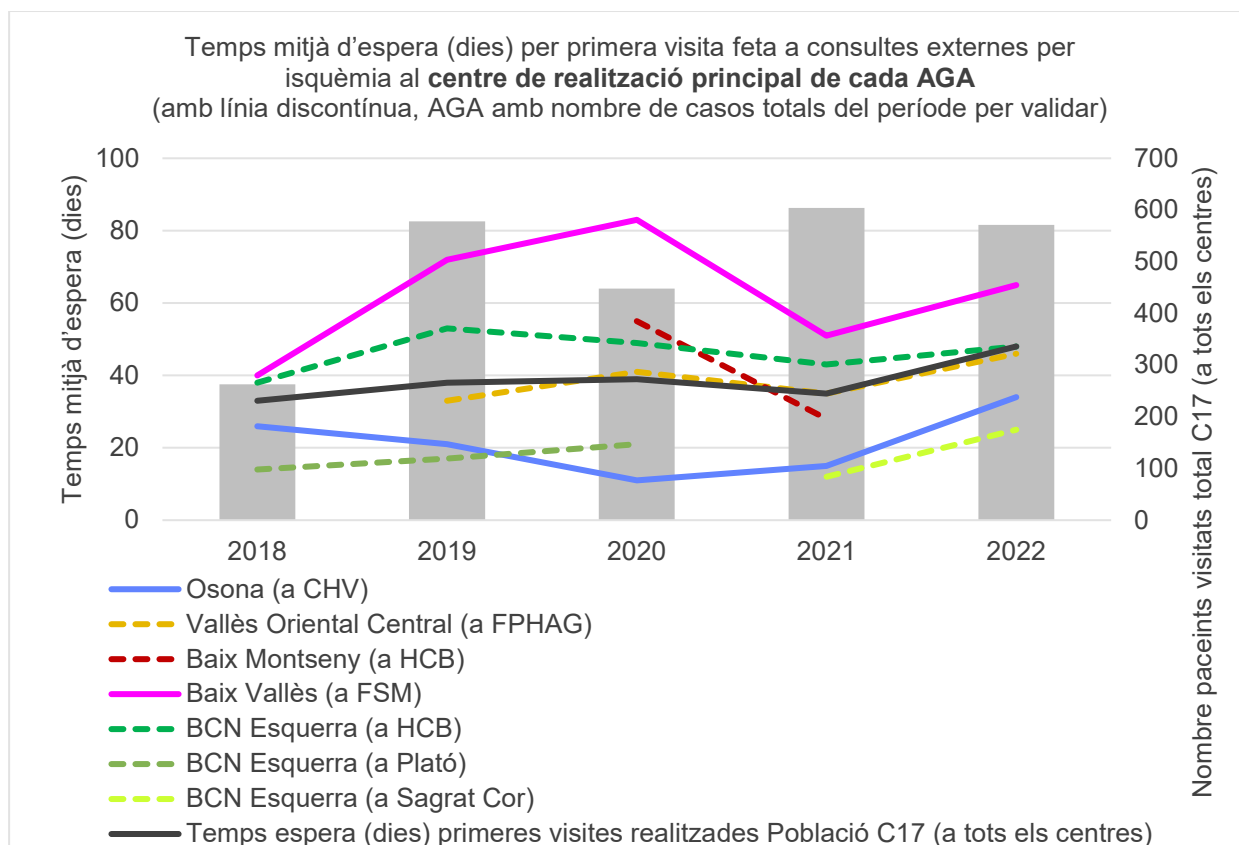
En el cas de les primeres visites a consultes externes per malaltia isquèmica, també s'analitza el volum de visites i els temps tant al centre de realització principal de cada AGA com a l'HCB. Novament, el volum de dades registrades a les AGA Vallès Oriental Central i Baix Montseny i l' AIS Barcelona Esquerra recomana cautela en la interpretació.

El volum de persones amb primeres visites a consultes externes per malaltia isquèmica cardíaca es manté força estable comparant l'any anterior a la pandèmia (2019) amb el 2021 i el 2022, i se situa entre 550 i 600 pacients de la C-17 visitats a l'any a qualsevol centre. Els temps d'espera eren força dispars l'any 2019 (uns 20 dies per a la població d'Osona vs. més de 70 dies per a la de l'AGA Baix Vallès), mentre que l'any 2022 presenta valors més similars arran de l'increment en l'espera per a pacients d'Osona.

Nombre de pacients de la C-17 visitats a consultes externes per malaltia isquèmica al centre de realització principal de cada AGA

	2018	2019	2020	2021	2022
Osona (al CHV)	47	256	183	229	189
Vallès Oriental Central (a la FPHAG)	0	32	70	97	88
Baix Montseny (a l'HCB)	0	0	1	2	0
Baix Vallès (a la FSM)	150	153	93	167	165
Barcelona Esquerra (a l'HCB)	15	35	27	79	93
Barcelona Esquerra (a l'Hospital Plató)	43	92	60	0	0
Barcelona Esquerra (a l'Hospital Sagrat Cor)	0	0	0	11	15
Nombre de pacients intervinguts del total de la C-17 (a qualsevol centre)	263	578	448	604	571

Font: llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).



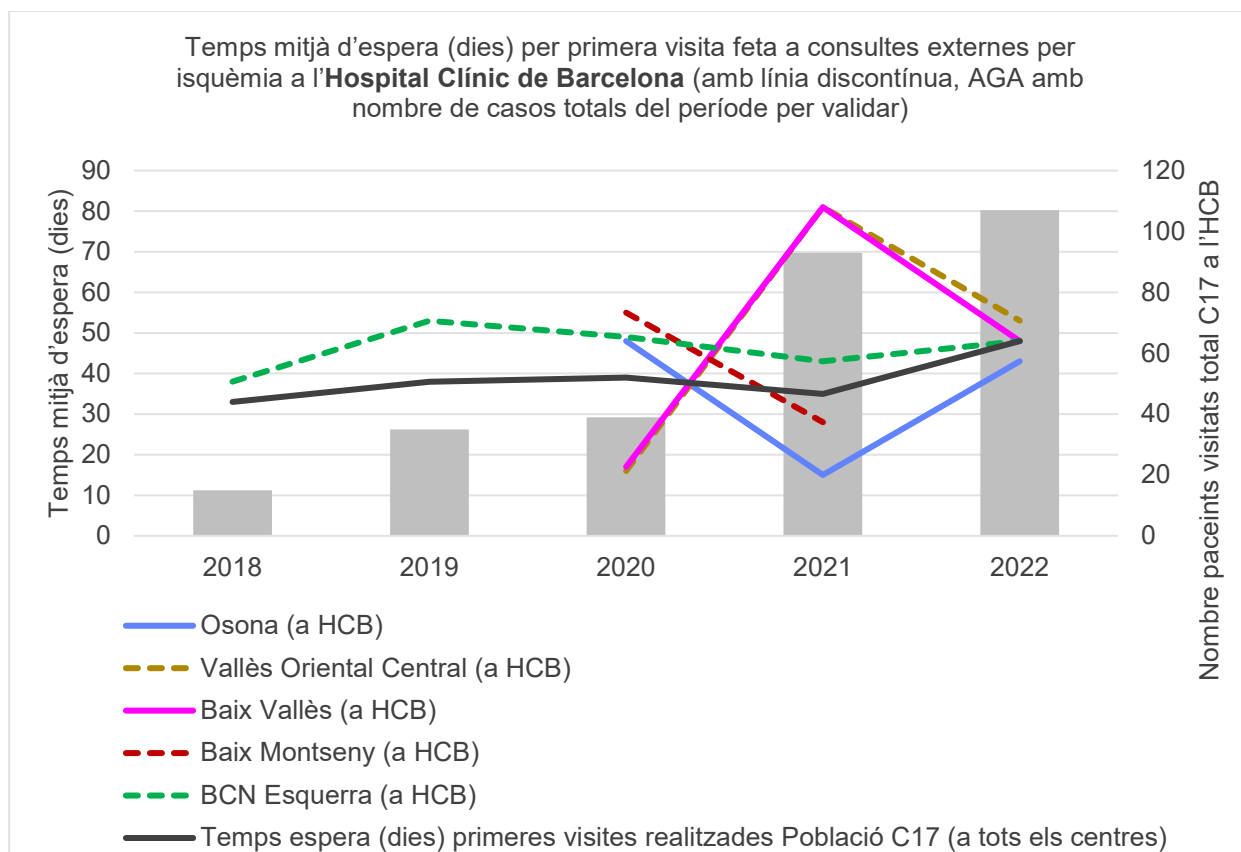
Font: llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).

Durant el període, creix el volum de pacients que es visiten per primera vegada a consultes externes per malaltia isquèmica cardíaca a l'HCB, superant els 100 casos l'any 2022. Els temps d'espera mitjans de 2022 són similars per a la població d'Osona i per a la de l'AGA Baix Vallès (ambdós, entre 40 i 50 dies), i superen una situació molt dispar el 2021.

Nombre de pacients de la C-17 visitats a consultes externes per malaltia isquèmica a l'HCB

	2018	2019	2020	2021	2022
Osona	0	0	1	2	7
Vallès Oriental Central	0	0	4	5	5
Baix Montseny	0	0	1	2	0
Baix Vallès	0	0	6	5	2
Barcelona Esquerra	15	35	27	79	93
Nombre de pacients intervinguts del total de la C-17 a l'HCB	15	35	39	93	107

Font: llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).



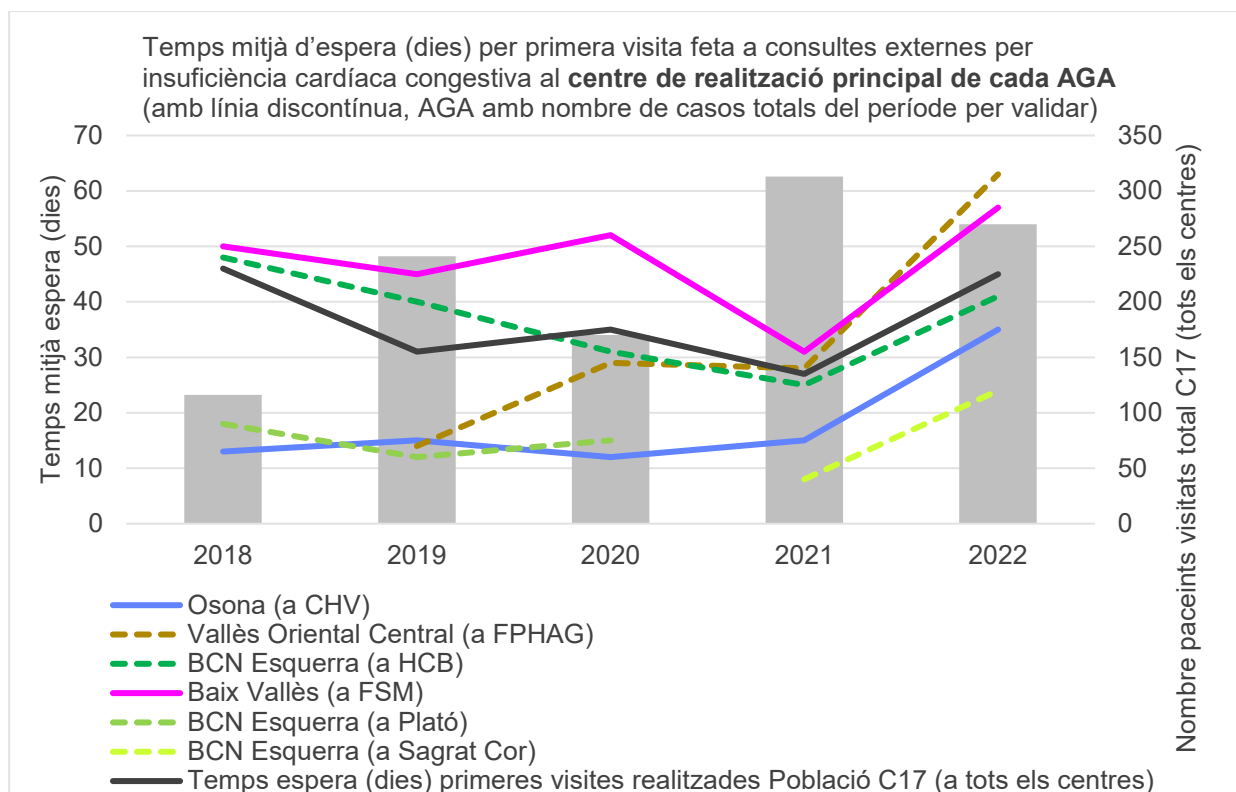
Font: llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).

A continuació, es presenta la informació corresponent al volum de casos i el temps mitjà d'espera (en dies) per a la primera visita a consultes externes per insuficiència cardíaca congestiva (ICC) al centre principal de cada AGA, segons l'AGA de procedència del pacient. En aquest cas, no es presenta informació per a primeres visites de cada AGA a l'HCB, ja que es tracta d'un tipus d'atenció que majoritàriament es fa desplegada als centres del territori, i amb poc volum de casos derivats a l'HCB.

El volum de casos registrats és força similar el 2019 i el 2022, amb un pic el 2021, que possiblement respon a la reducció de visites fetes durant el 2020. Novament, s'observa una convergència entre els temps d'espera de la població d'Osona i els de la població de l'AGA Baix Vallès, si bé continua havent-hi uns 20 dies de diferència l'any 2022.

Nombre de pacients de la C-17 visitats a consultes externes per insuficiència cardíaca congestiva al centre de realització principal de cada AGA					
	2018	2019	2020	2021	2022
Osona (al CHV)	11	83	45	78	78
Vallès Oriental Central (a la FPHAG)	0	3	5	14	15
Baix Montseny (a l'HCB)	0	0	0	0	3
Baix Vallès (a la FSM)	93	100	80	164	76
Barcelona Esquerra (a l'HCB)	6	22	12	39	76
Barcelona Esquerra (a l'Hospital Plató)	4	30	22	0	0
Barcelona Esquerra (a l'Hospital Sagrat Cor)	0	0	0	5	11
Nombre de pacients intervinguts del total de la C-17 (a qualsevol centre)	116	241	170	313	270

Font: llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).



Font: Llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).

Temps mitjà d'espera per a intervencions quirúrgiques de cardiologia i oncologia

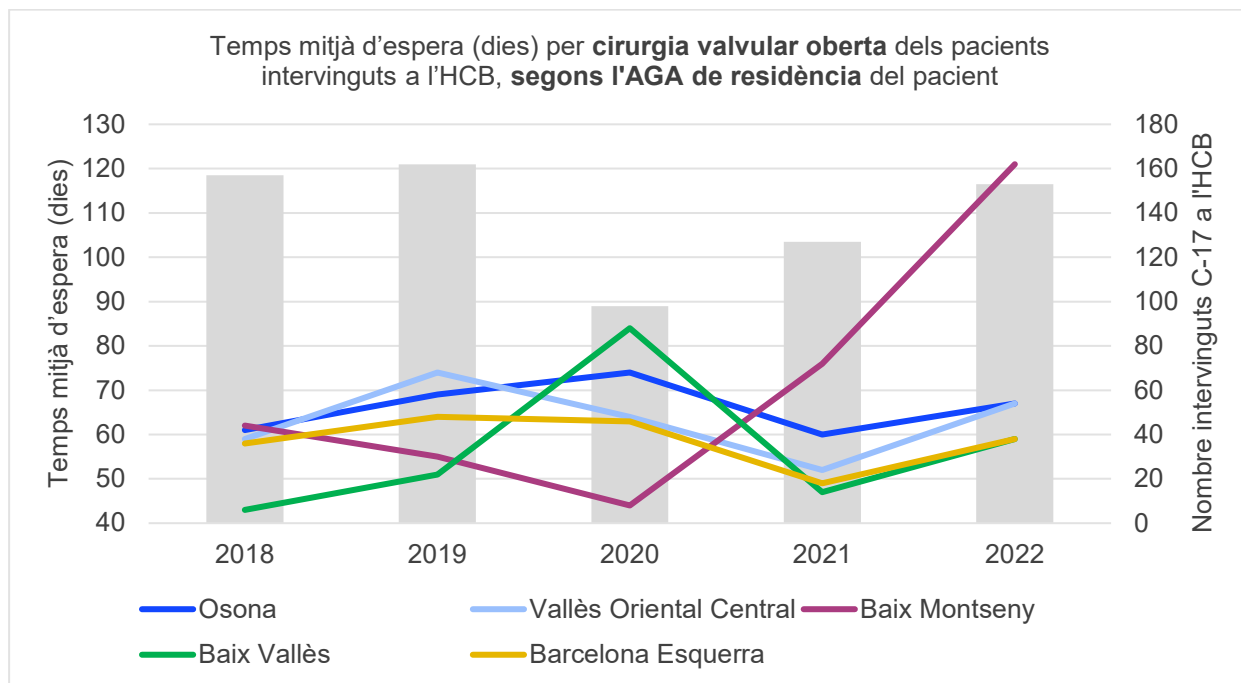
Per als indicadors de temps mitjà d'espera per a intervencions quirúrgiques de les àrees de cardiologia i cirurgia cardíaca, i oncologia, s'han extret dades corresponents als anys 2018-2022 de les llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació). Es calcula, de manera retrospectiva per a totes les persones que han estat intervingudes l'any en qüestió, el temps entre la data de la seva entrada a la llista d'espera i la data de la intervenció. Es recorda que els PAC de patologia valvular i de malaltia isquèmica van iniciar el desplegament el gener de 2019. Per la seva banda, el PAC de càncer de mama es va adoptar a escala d'aliança el gener de 2017, mentre que el PAC de càncer de pulmó es va implementar a tots els centres el desembre de 2018.

A continuació es mostra informació relativa al temps mitjà d'espera (en dies) per a una intervenció de cirurgia valvular oberta a l'HCB, segons l'AGA de procedència del pacient. Exceptuant els anys de més incidència de la pandèmia de la COVID-19 (2020 i 2021), el nombre de pacients de la C-17 intervinguts a l'HCB es manté estable entorn dels 160.

Nombre de pacients de la C-17 intervinguts per cirurgia valvular oberta a l'HCB					
	2018	2019	2020	2021	2022
Osona	25	33	15	35	20
Vallès Oriental Central	41	34	19	25	40
Baix Montseny	11	9	5	3	3
Baix Vallès	12	13	8	12	22
Barcelona Esquerra	68	73	51	52	68
Nombre de pacients intervinguts del total de la C-17 a l'HCB	157	162	98	127	153

Font: Llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).

Els temps mitjans d'espera parteixen d'una situació molt similar el 2018 d'uns 60 dies per a totes les AGA, excepte Baix Vallès, que presenta un valor inferior. El 2022, els temps d'espera per a Osona i Vallès Oriental Central se situen en 67 dies, mentre que la població intervinguda de l'AGA Baix Vallès i l' AIS Barcelona Esquerra han esperat 59 dies de mitjana. El volum reduït de casos de l'AGA Baix Montseny explica la fluctuació dels seus temps mitjans.



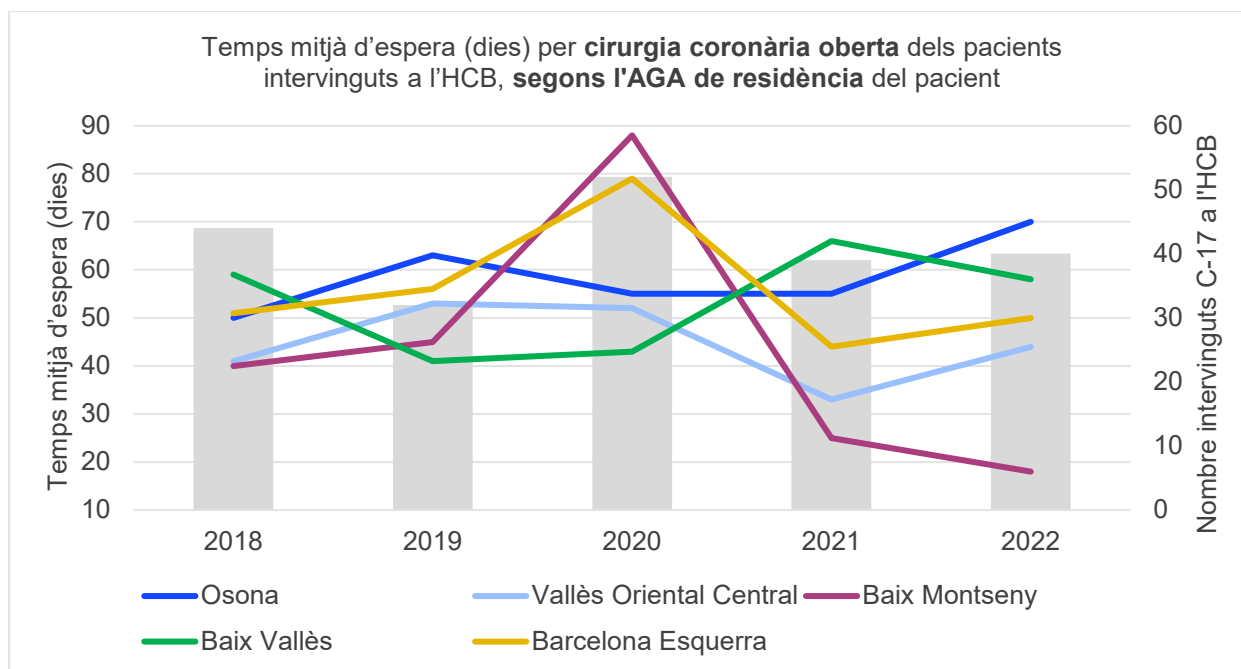
Font: llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).

Pel que fa a les cirurgies coronàries obertes fetes a l'HCB, també s'observa un volum de casos C-17 entorn dels 40 tots els anys del període, excepte 2020, que presenta una dada lleugerament superior derivat de l'increment en el volum de pacients de les AGA Vallès Oriental Central i Baix Montseny (en comparació amb 2018) que s'intervenien a l'HCB.

Els temps mitjans d'espera de les diferents AGA han passat d'estar entre un rang de 40-60 dies l'any 2019 a un rang de 20-70 dies el 2022, explicat pel valor més alt presentat per pacients d'Osona i el valor més reduït de pacients de l'AGA Baix Montseny (si bé es tracta de només dos casos).

Nombre de pacients de la C-17 intervinguts per cirurgia coronària oberta a l'HCB					
	2018	2019	2020	2021	2022
Osona	7	9	4	5	4
Vallès Oriental Central	8	7	19	10	14
Baix Montseny	3	3	7	3	2
Baix Vallès	6	7	7	4	9
Barcelona Esquerra	20	6	15	17	11
Nombre de pacients intervinguts del total de la C-17 a l'HCB	44	32	52	39	40

Font: llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).



Font: llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).

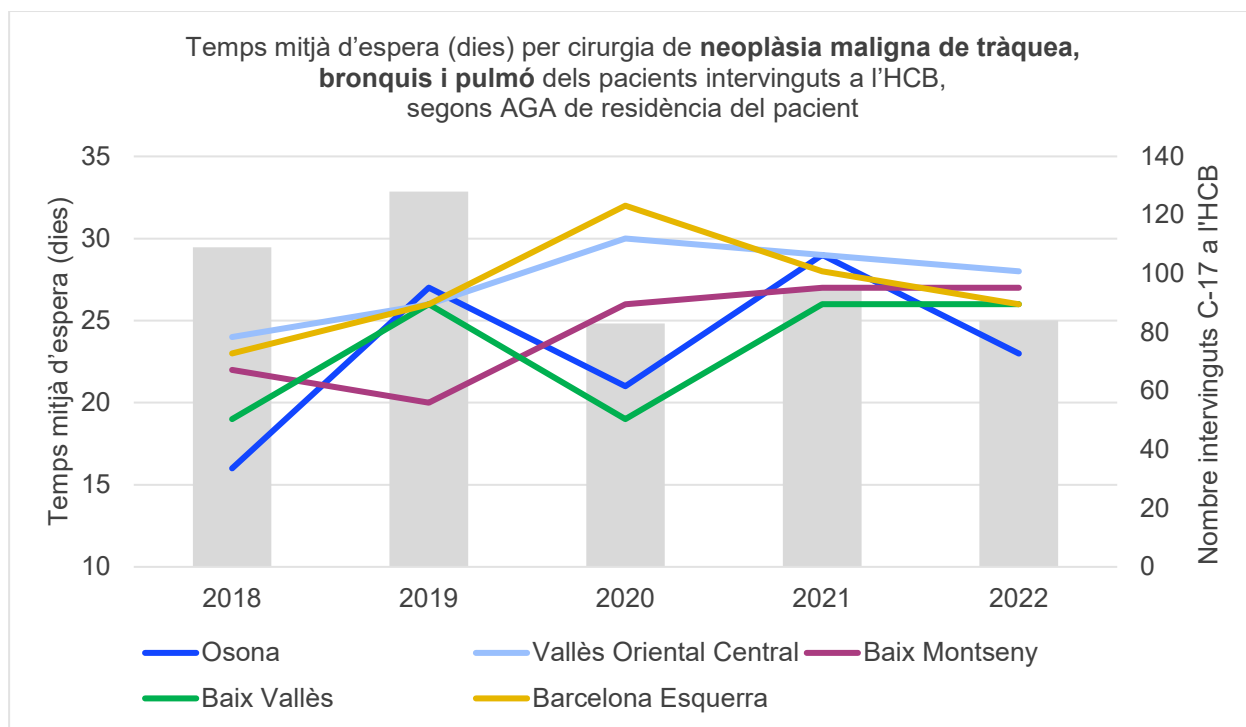
La informació disponible de les intervencions quirúrgiques per neoplàsia maligna de tràquea, bronquis i pulmó mostra que s'han intervingut a l'HCB uns 80 pacients de la C-17 els anys 2020, 2021 i 2022. Són dades inferiors als primers anys del període, quan el volum de casos era més alt per a totes les AGA, excepte Baix Montseny.

Pel que fa als temps mitjans d'espera, en aquest cas a l'inici del període hi ha variabilitat entre les diferents AGA (per exemple, el 2018, Osona = 16 dies; Vallès Oriental Central = 24 dies). En canvi, els anys 2021 i 2022 hi ha més similitud entre els temps d'espera mitjans dels diferents territoris, i s'han incrementat en tots els casos en comparació amb 2018 (per exemple el 2022, Osona = 23 dies; Vallès Oriental Central = 28 dies).

Nombre de pacients de la C-17 intervinguts quirúrgicament per neoplàsia maligna de tràquea, bronquis i pulmó a l'HCB

	2018	2019	2020	2021	2022
Osona	15	17	17	20	11
Vallès Oriental Central	19	29	13	15	12
Baix Montseny	4	2	6	4	4
Baix Vallès	15	19	11	14	11
Barcelona Esquerra	56	62	36	42	46
Nombre de pacients intervinguts del total de la C-17 a l'HCB	109	128	83	95	84

Font: llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).



Font: llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).

En el cas de les intervencions quirúrgiques per neoplàsia maligna de mama, és una atenció que es duu a terme desplegada en diferents punts de la C-17, per la qual cosa s'han analitzat el volum de casos i el temps mitjà d'espera de les pacients intervingudes al centre de realització principal de l'AGA. Novament, per centre principal de cada AGA s'entén el centre que, en l'agregat del període 2018-2022, ha fet un volum més alt d'intervencions de neoplàsia de mama de la població d'aquella AGA.

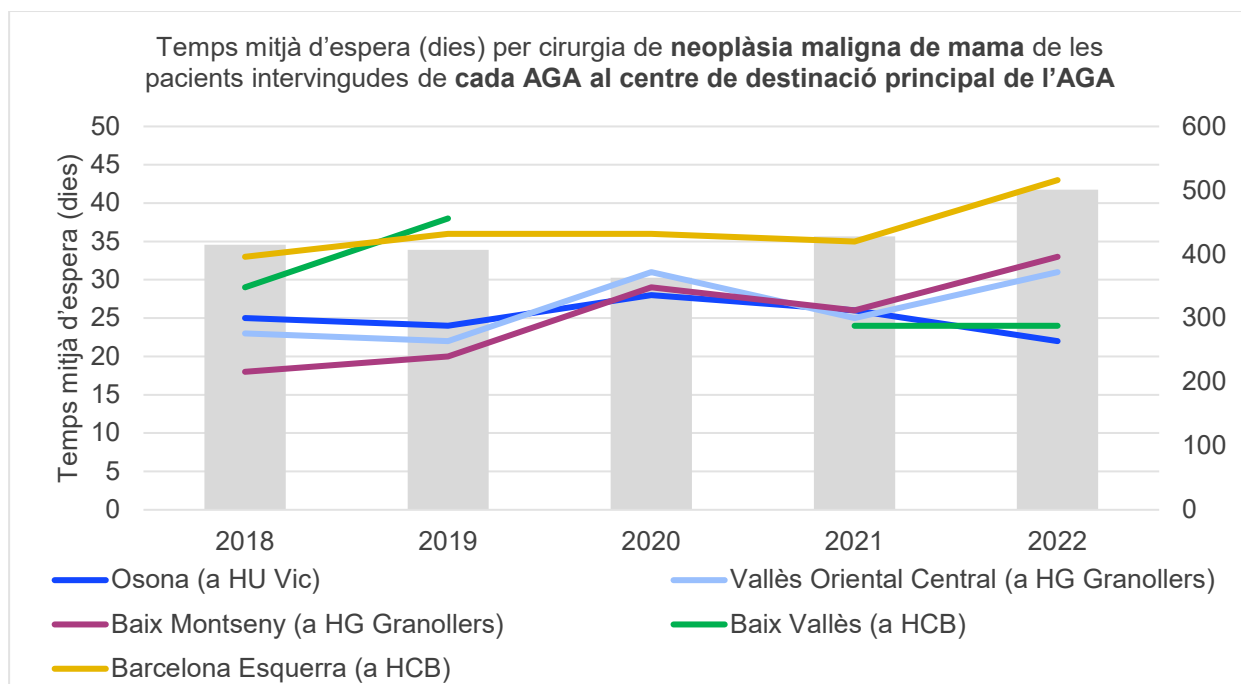
El volum de pacients intervingudes es manté estable entre 2018 i 2021 entorn dels 410 casos anuals, si bé hi ha una caiguda en el volum d'intervencions el 2020. En canvi, el 2022 presenta un augment considerable de casos a les diferents AGA, excepte Baix Vallès, fins a situar-se per sobre de les 500 intervencions en conjunt. Cal tenir cautela en la lectura dels resultats de l'AGA Baix Vallès, arran del volum reduït de casos registrats.

A l'inici del període, els temps mitjans d'espera per a la intervenció oscil·len entre els 18 dies (AGA Baix Montseny) i els 33 dies (AIS Barcelona Esquerra). La dada de Barcelona Esquerra es manté per sobre la resta de territoris durant tot el període i, si bé les altres AGA convergeixen entre 2019 i 2021, l'última anualitat disponible indica que torna a haver-hi variabilitat en els temps d'espera segons l'AGA de la pacient (per exemple, 22 dies de l'AGA Osona vs. 43 dies de l'AIS Barcelona Esquerra).

Nombre de pacients de la C-17 intervingudes quirúrgicament per neoplàsia maligna de mama al centre de realització principal de l'AGA

	2018	2019	2020	2021	2022
Osona (al CHV)	79	63	69	82	92
Vallès Oriental Central (a la FPHAG)	109	116	104	112	149
Baix Montseny (a la FPHAG)	27	26	26	24	28
Baix Vallès (a l'HCB)	5	8	0	3	3
Barcelona Esquerra (a l'HCB)	195	194	164	207	229

Font: llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).



Font: llistes d'espera del Servei Català de la Salut (Gerència de Gestió i Anàlisi de la Informació).

Accessibilitat mitjançant les urgències 24x7 d'otorrinolaringologia

No s'ha obtingut de les bases de dades del SISCAT informació pel que fa a pacients atesos de manera urgent per otorrinolaringologia de l'HCB en horari de guàrdia (cobertura 24x7). L'annex 10 inclou a títol informatiu l'autoavaluació pilot d'ORL 24x7, feta pels professionals referents d'aquesta intervenció de l'AE C-17.

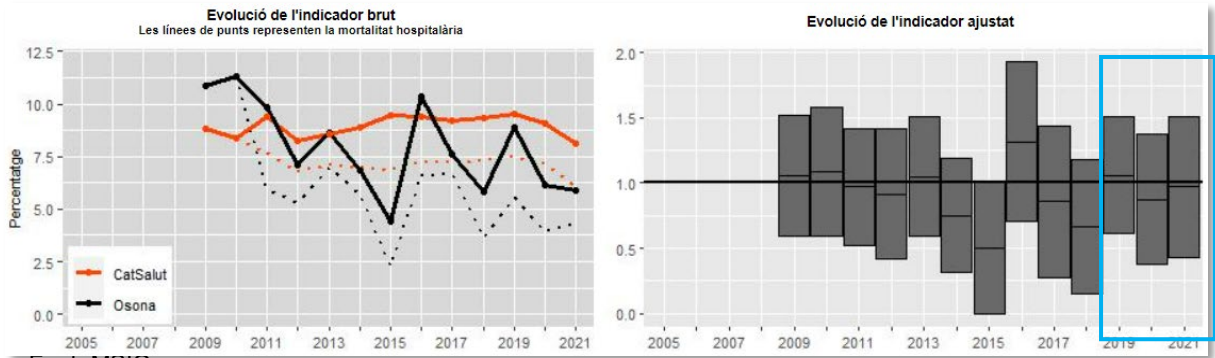
5.2. Indicadors de resultats de salut

Efectivitat: mortalitat observada versus esperada en patologies cardíaques

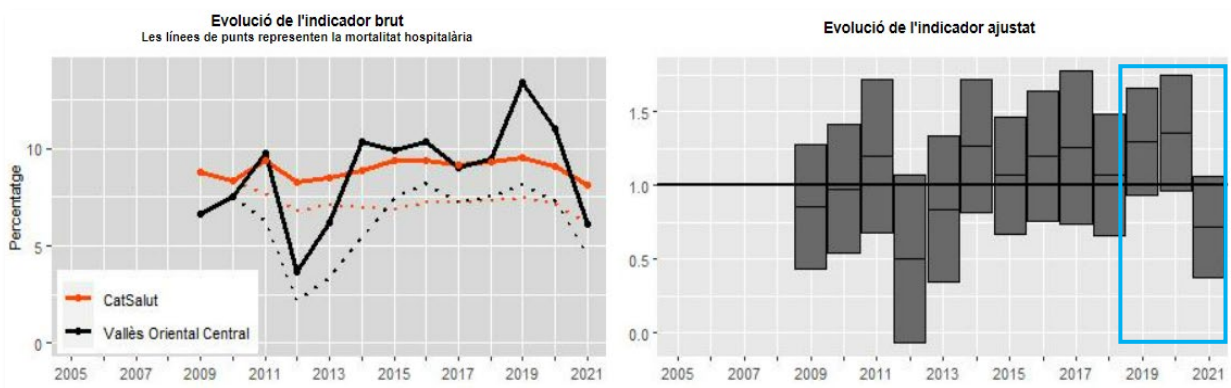
Els índexs ajustats de mortalitat en patologies cardíaques concretes disponibles al MSIQ permeten observar si hi ha diferències entre els diferents territoris de la C-17 i, també, valorar si s'ha produït una millora en l'atenció sanitària en xarxa que pugui haver comportat una reducció de la mortalitat.

Els gràfics següents mostren per a la població de cada AGA de la C-17 la relació entre la mortalitat observada i l'esperada segons el model d'ajust i les altes amb diagnòstic principal d'infart agut de miocardi amb elevació del segment ST (IAMEST), excloent-ne els malalts amb trasllats entre diferents centres. Els resultats de la mortalitat són estables a les cinc AGA de la C-17 en el període de desplegament dels PAC de cardiologia i cirurgia cardíaca de l'AE C-17 (requadre blau), amb valors observats pròxims als esperats. L'any 2021, l'AGA Vallès Oriental Central presenta un valor per sota de l'esperat.

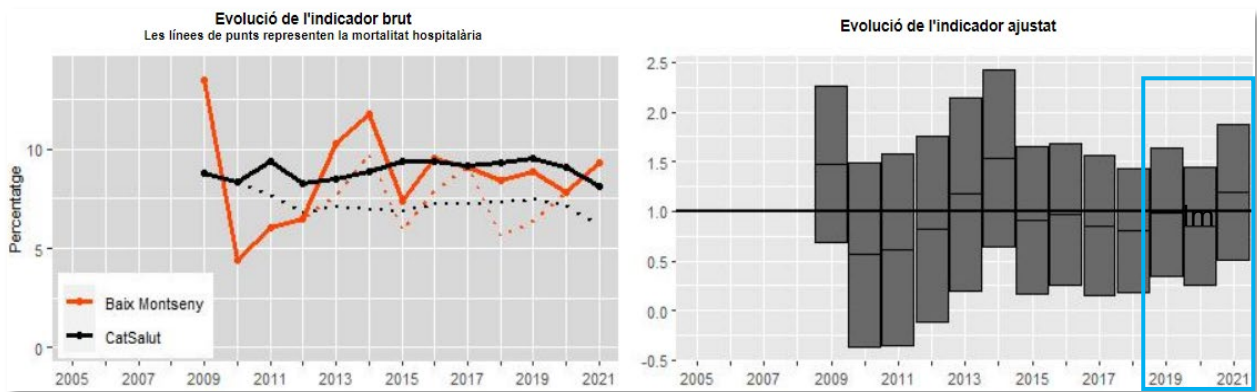
IQH32 – Mortalitat en IAMEST sense trasllats: Osona



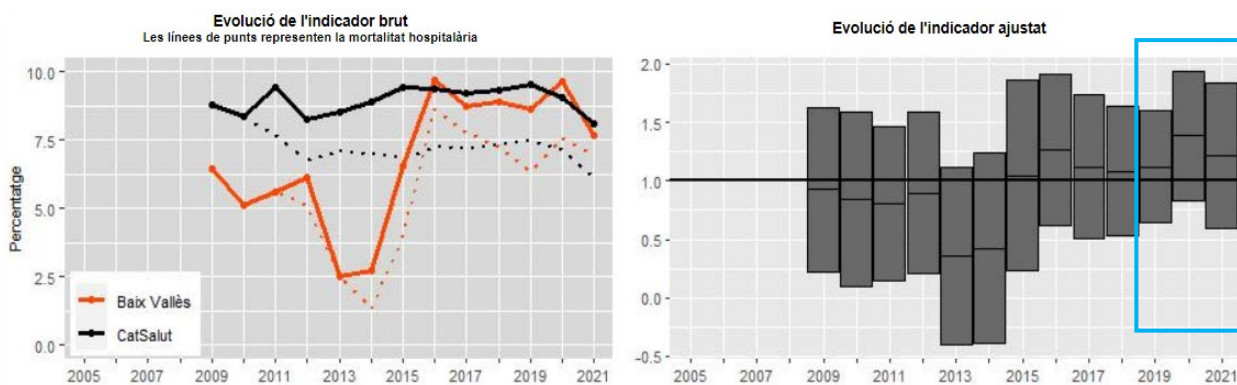
IQH32 – Mortalitat en IAMEST sense trasllats: Vallès Oriental Central



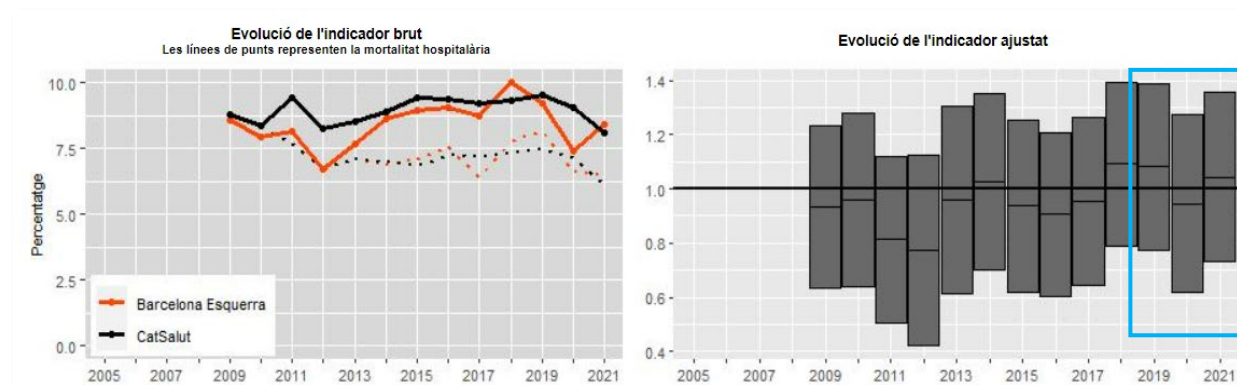
IQH32 – Mortalitat en IAMEST sense trasllats: Baix Montseny



IQH32 – Mortalitat en IAMEST sense trasllats: Baix Vallès



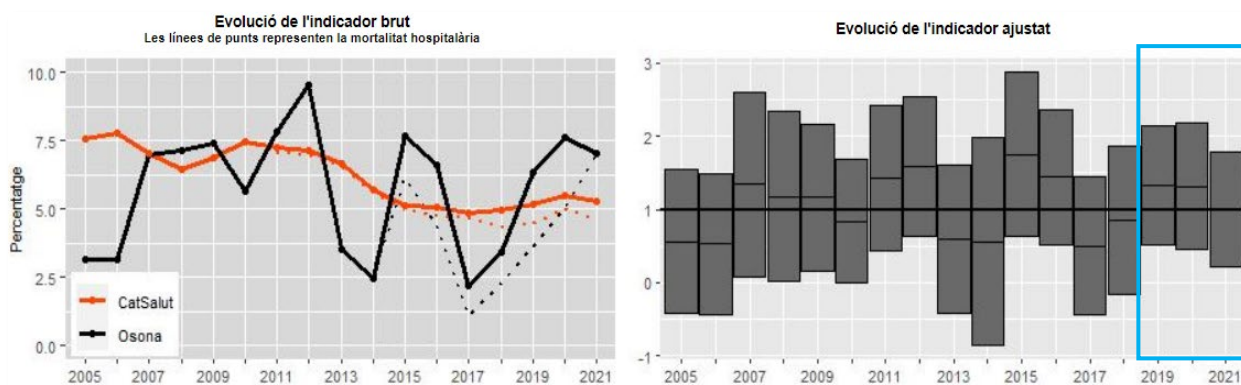
IQH32 – Mortalitat en IAMEST sense trasllats: Barcelona Esquerra



Font: MSIQ.

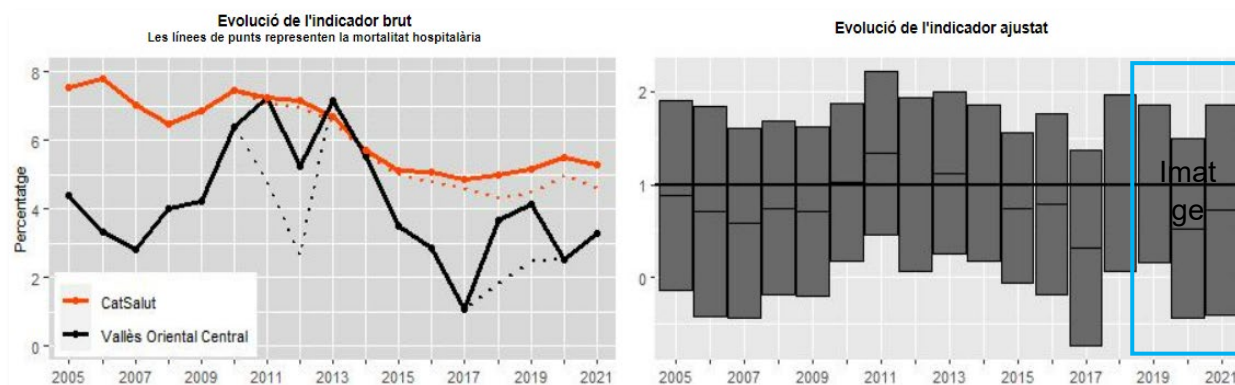
La mortalitat ajustada en reemplaçament de vàlvules cardíaques també està disponible al MSIQ. En aquest cas, l'únic centre de l'AE C-17 que fa aquest procediment és l'HCB. En el període de desplegament de l'AE C-17, la població de l' AIS Barcelona Esquerra presenta els anys 2018 i 2019 dades estadísticament per sota de la mortalitat esperada. Vallès Oriental Central i Baix Montseny, igual que Barcelona Esquerra, presenten dades observades inferiors a les esperades, mentre que Osona i Baix Vallès se situen molt a prop de l'esperat.

IQH50 – Mortalitat en reemplaçament de vàlvules cardíaques: Osona



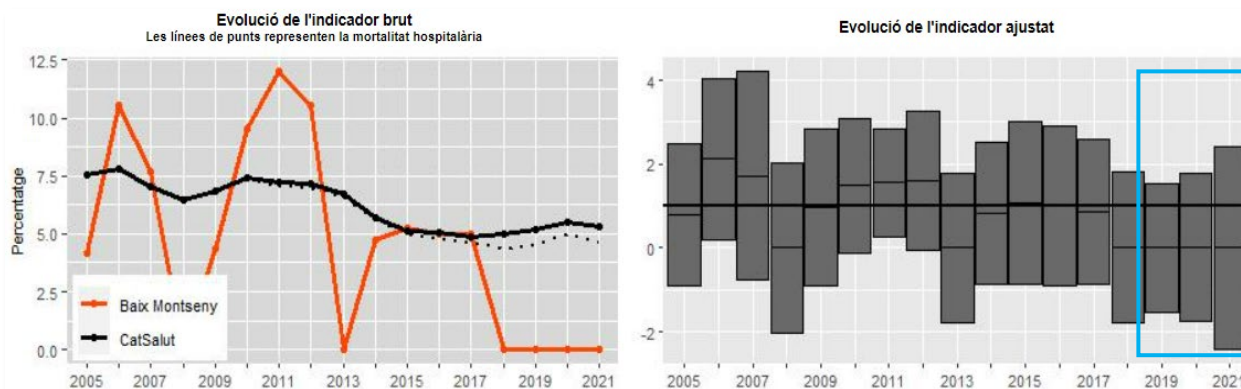
Font: MSIQ.

IQH50 – Mortalitat en reemplaçament de vàlvules cardíagues: Vallès Oriental Central



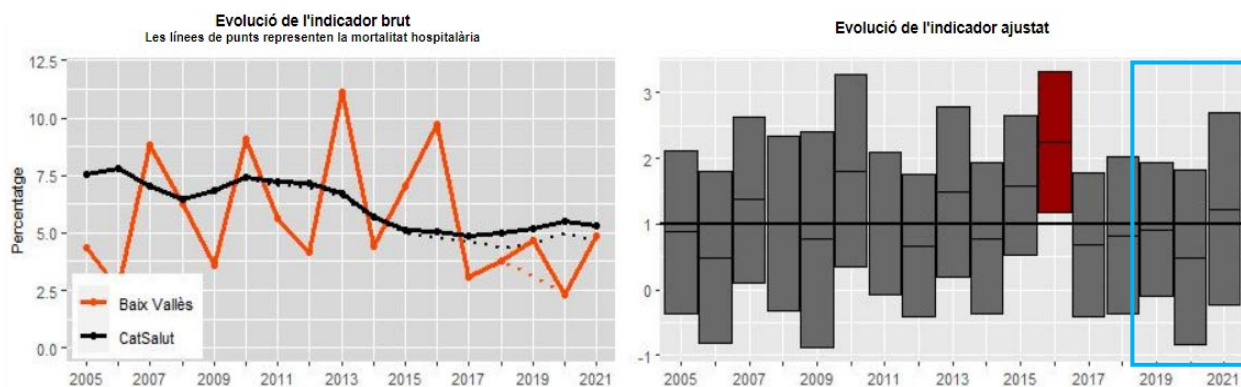
Font: MSIQ.

IQH50 – Mortalitat en reemplaçament de vàlvules cardíagues: Baix Montseny

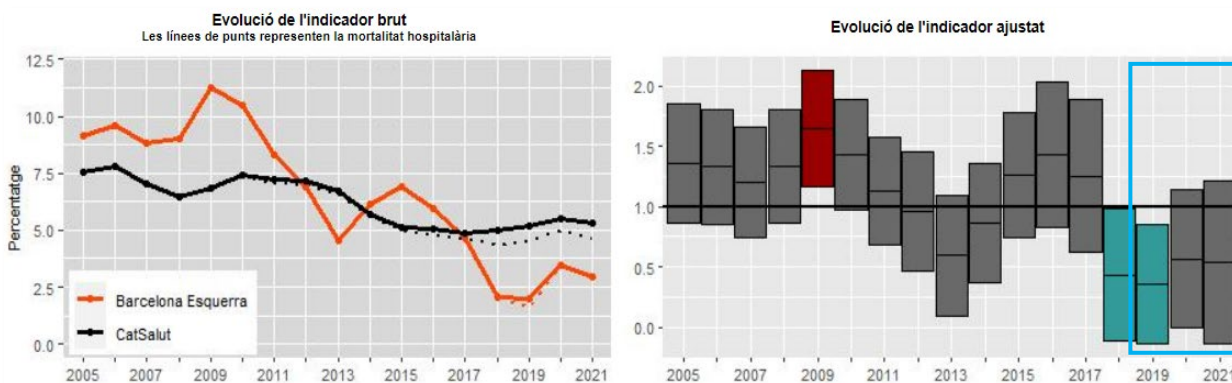


Font: MSIQ.

IQH50 – Mortalitat en reemplaçament de vàlvules cardíagues: Baix Vallès



Font: MSIQ.

IQH50 – Mortalitat en reemplaçament de vàlvules cardíques: Barcelona Esquerra

Font: MSIQ.

L'annex 11, "Ampliació dels resultats d'indicadors quantitius", presenta la relació entre la mortalitat observada i l'esperada en el cas de les altes amb diagnòstic principal d'infart agut de miocardi sense elevació del segment ST (IQ52) i en el cas de les altes amb diagnòstic principal de malaltia cardíaca congestiva (IQH16). D'altra banda, també inclou les dades de supervivència postmastectomia en càncer de mama que ha estat possible obtenir per al període 2018-2020.

L'annex 11 també amplia aquest apartat amb la informació relativa als reingressos en els 30 dies posteriors per patologies cardíques. Concretament, presenta la informació obtinguda del MSIQ en cas d'angina de pit i en cas d'insuficiència cardíaca congestiva.

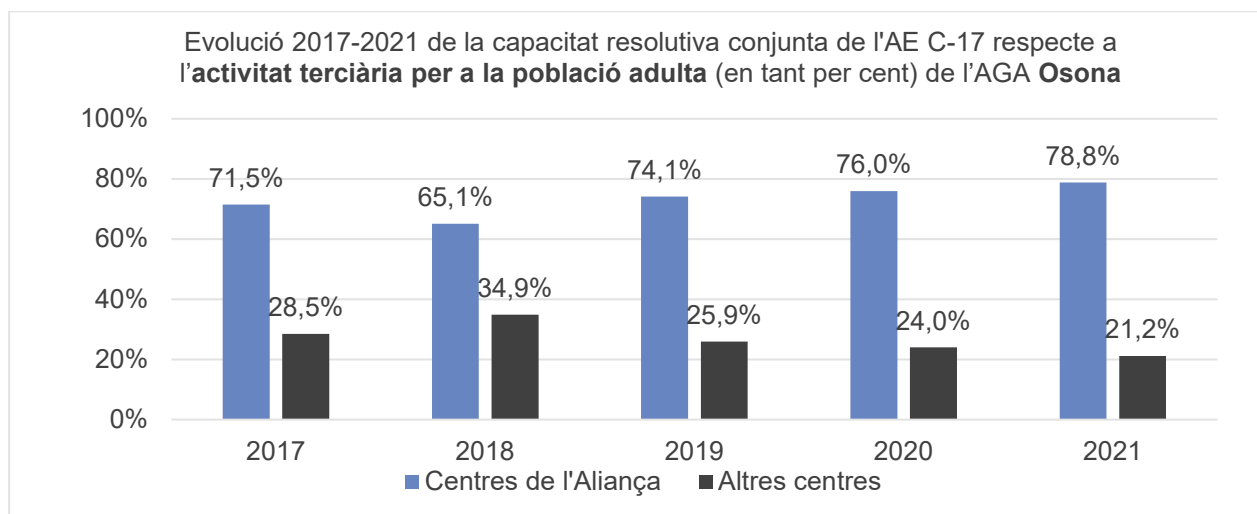
Milliores de salut: capacitat resolutive per nivells de complexitat referència i terciària (població adulta)

El Servei Català de la Salut classifica l'activitat hospitalària (ingressos/altes d'hospitalització convencionals i altes de cirurgia major ambulatoria —CMA—) a partir dels grups relacionats pel diagnòstic (GRD) en tres categories que reflecteixen els diferents graus de complexitat de l'atenció sanitària que requereix cada pacient en funció del seu diagnòstic principal: activitat bàsica, activitat de referència i activitat terciària. Mentre que l'activitat bàsica, amb procediments d'alt volum de casos i baixa complexitat, es fa desplegada al llarg de la xarxa hospitalària del SISCAT, l'activitat de referència es duu a terme per a cada territori de la xarxa en determinats punts d'atenció, atesos la menor casuística i un grau de complexitat més elevat que l'activitat bàsica. A l'extrem es troba l'activitat terciària, que suposa aproximadament un 1,7% del total de l'activitat hospitalària, caracteritzada per ser procediments poc freqüents i/o que requereixen alta expertesa i/o tecnologia per dur-la a terme. Aquesta activitat està concentrada en centres de gran capacitat i alta tecnologia del SISCAT.

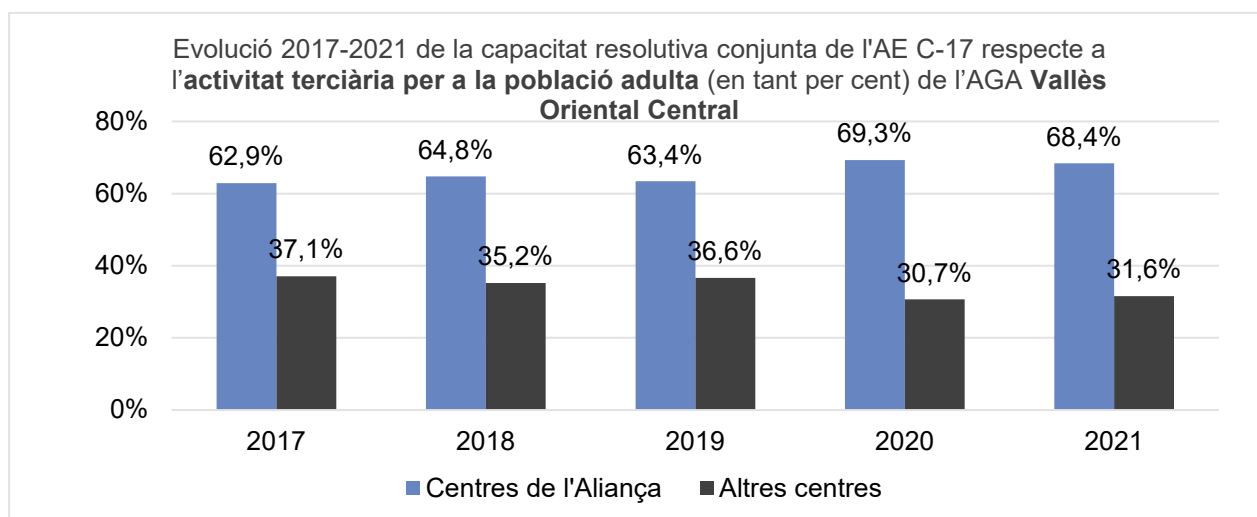
Atès que l'accés a l'atenció d'alta complexitat per part de la població adulta de la C-17 és un dels objectius de l'AE C-17, es considera rellevant monitorar l'indicador de capacitat resolutive conjunta dels centres de l'AE C-17 de l'activitat terciària per a la població adulta, si bé es reconeix que part d'aquesta activitat està subjecta a l'ordenació territorial mitjançant instruccions del Servei Català de la Salut, que en alguns casos estableix fluxos de derivació a centres de fora de la C-17.

Tot reconeixent, per tant, que en cap cas s'espera que s'arribi al 100% de resolució de l'activitat terciària, s'observa que entre 2017 i 2021 augmenta el percentatge de resolució per als centres de l'AE C-17 de la casuística terciària de les AGA Osona (del 72 al 79%), Vallès Oriental Central (del 63 al 68%) i Baix Vallès (del 49 al 58%). En canvi, tant a l'AGA Baix Montseny com a l' AIS Barcelona Esquerra la dada de 2021 és molt similar a la de 2017 (un 60% i un 80%, respectivament). Així, s'observa una menor resolució de la casuística terciària de l'AE C-17 per a pacients de les AGA Baix Montseny i Baix Vallès, amb aproximadament quatre de cada 10 altes fetes a centres d'altres territoris. Entre aquests centres, destaca l'Hospital Universitari Vall

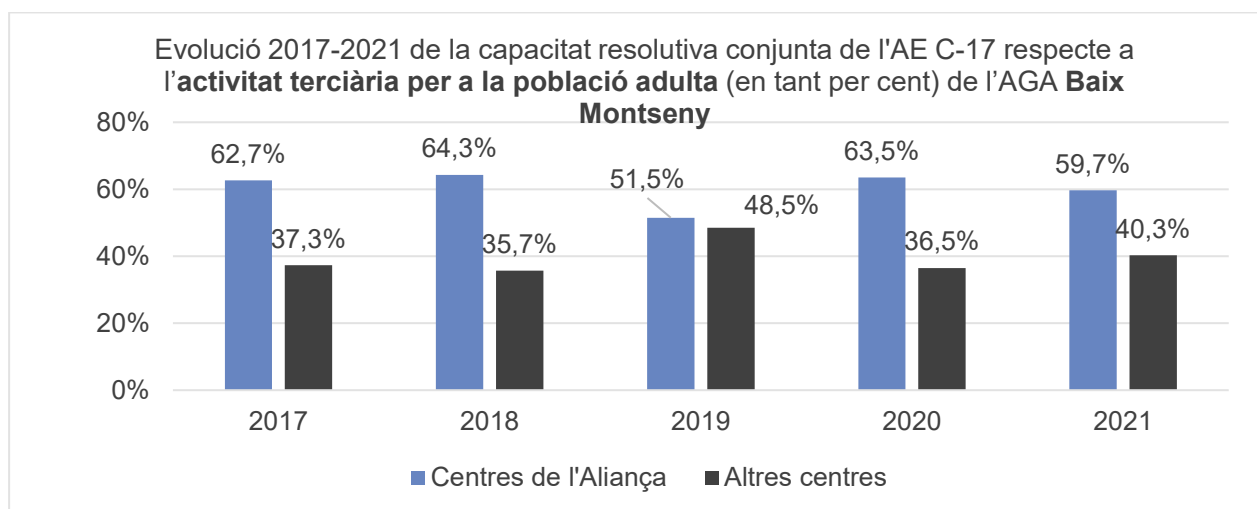
d'Hebron, destinació per al 23% de les altes terciàries de Baix Vallès, del 18% de Baix Montseny, del 14% de Vallès Oriental Central, del 12% d'Osona i del 6% de Barcelona Esquerra (any 2021).



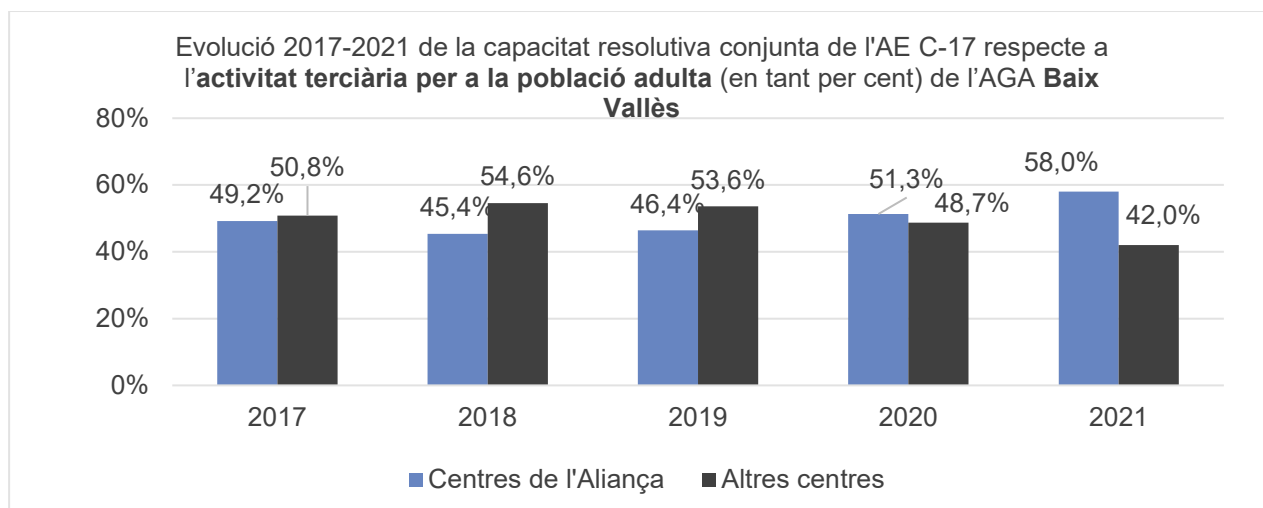
Font: MSIQ. Nombre de casos anuals: 2017 = 203; 2018 = 239; 2019 = 250; 2020 = 243; 2021 = 294.



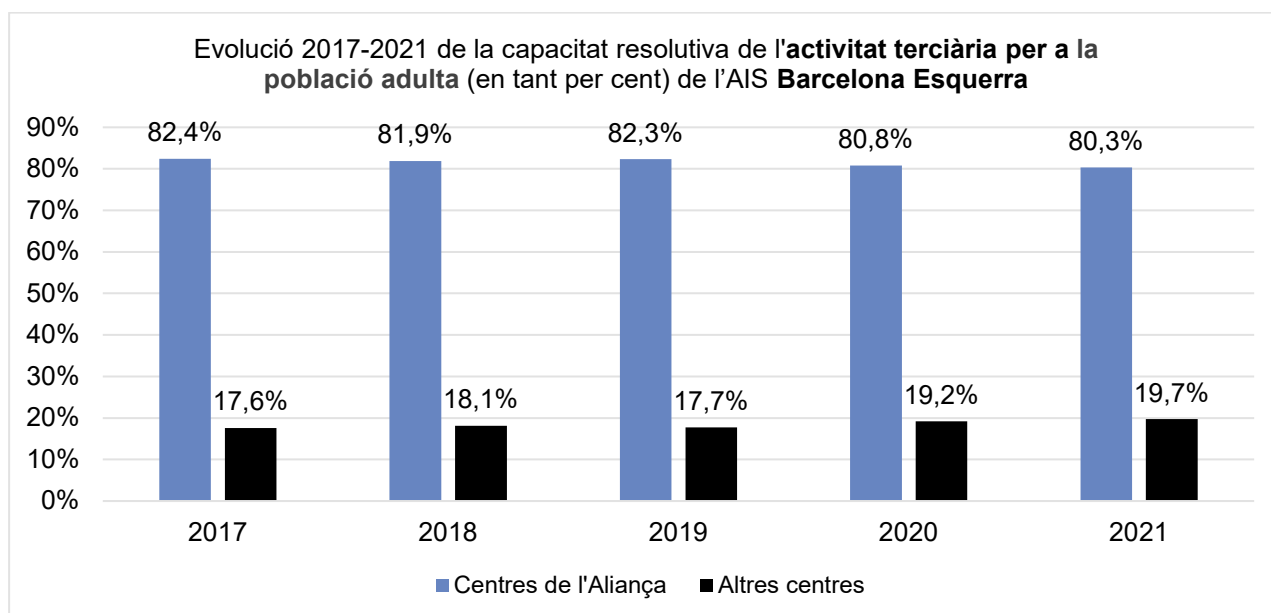
Font: MSIQ. Nombre de casos anuals: 2017 = 313; 2018 = 340; 2019 = 323; 2020 = 325; 2021 = 370.



Font: MSIQ. Nombre de casos anuals: 2017 = 67; 2018 = 84; 2019 = 101; 2020 = 85; 2021 = 87.



Font: MSIQ. Nombre de casos anuals: 2017 = 199; 2018 = 220; 2019 = 235; 2020 = 224; 2021 = 293.



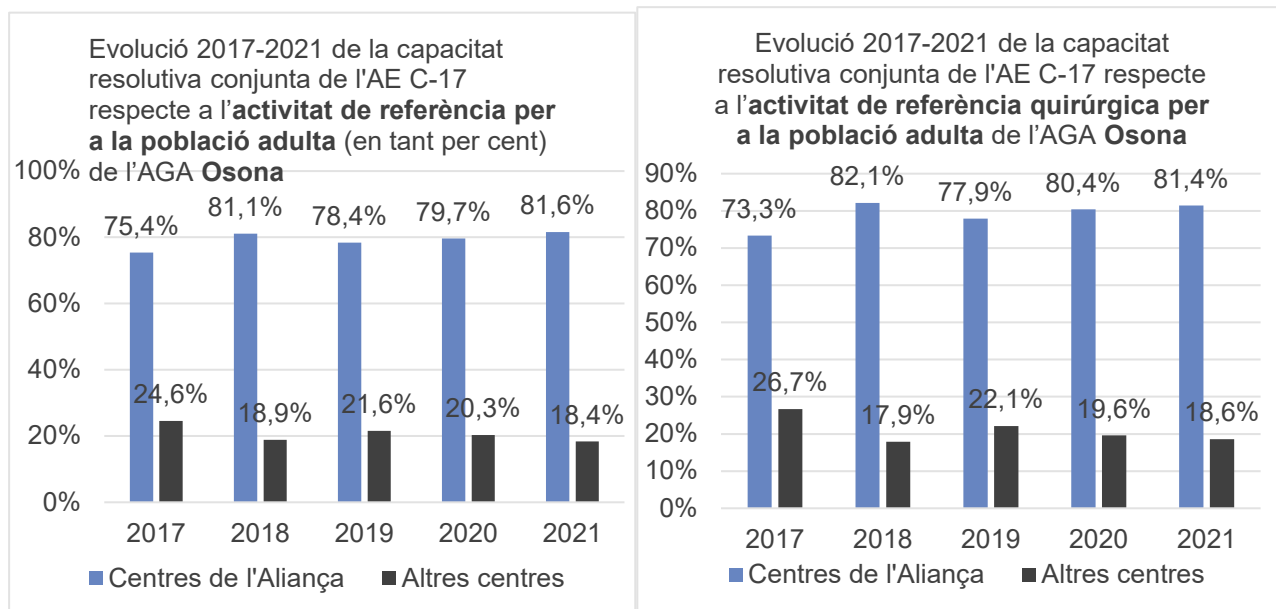
Font: MSIQ. Nombre de casos anuals: 2017 = 754; 2018 = 735; 2019 = 802; 2020 = 807; 2021 = 847.

Algunes de les intervencions assistencials desplegades per l'Aliança incideixen en casuística de complexitat mitjana (o referència). A mesura que es desplega l'Aliança, s'espera assolir nivells més elevats de resolució conjunta de l'activitat de referència, mitjançant la complementarietat i la col·laboració entre centres per garantir la cobertura de pràcticament tota la cartera de serveis de salut per a la població de la C-17.

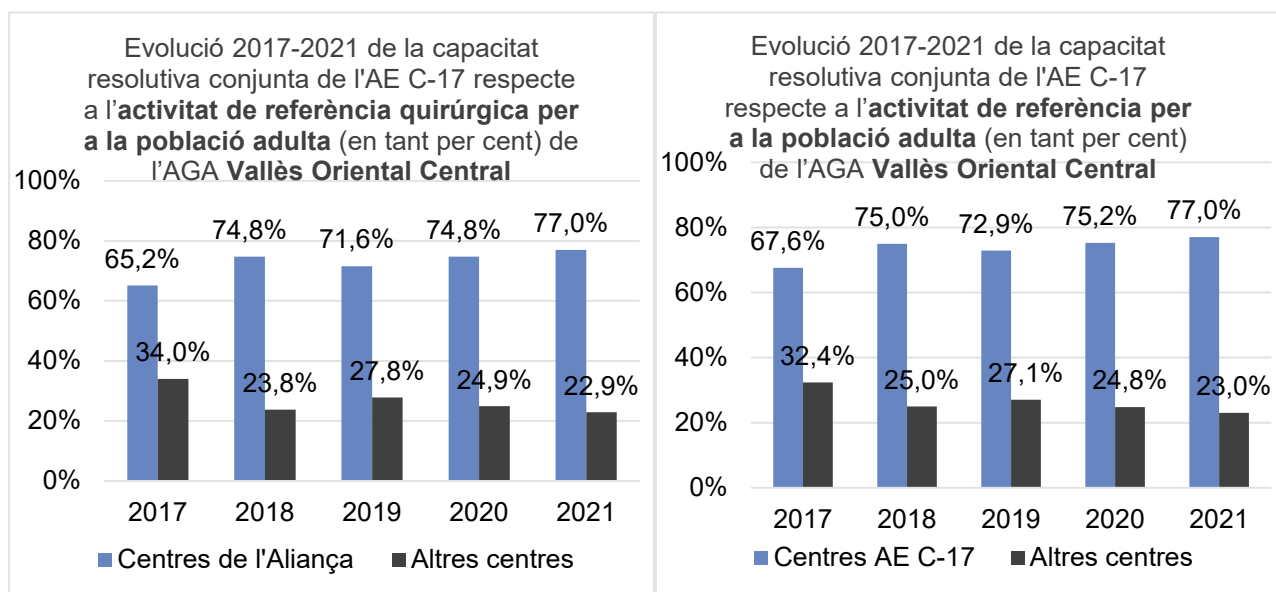
Els gràfics següents mostren un augment progressiu de la capacitat de resolució conjunta als centres de l'AE C-17 de l'activitat de referència a les AGA Osona, Vallès Oriental Central i Baix Montseny entre 2017 i 2021, que se situa entorn del 75-80% el 2021. Destaca l'evolució de les dues AGA que tenen la FPHAG com a centre de referència, especialment Baix Montseny. En canvi, l'AGA Baix Vallès i l' AIS Barcelona Esquerra es mantenen en valors propers al 65-70%. En el cas de l' AIS Barcelona Esquerra, cal tenir en compte que part de l'activitat sí que es fa al territori de la C-17, però en un centre que no forma actualment part de l'AE C-17: l'Hospital Universitari Sagrat Cor, que fa un percentatge creixent de l'activitat de referència de la població de l' AIS Barcelona Esquerra en el període analitzat (2017 = 10,8%; 2021 = 17,6%).

L'anàlisi per separat de l'activitat quirúrgica de referència té el mateix comportament que el conjunt de l'activitat de referència.

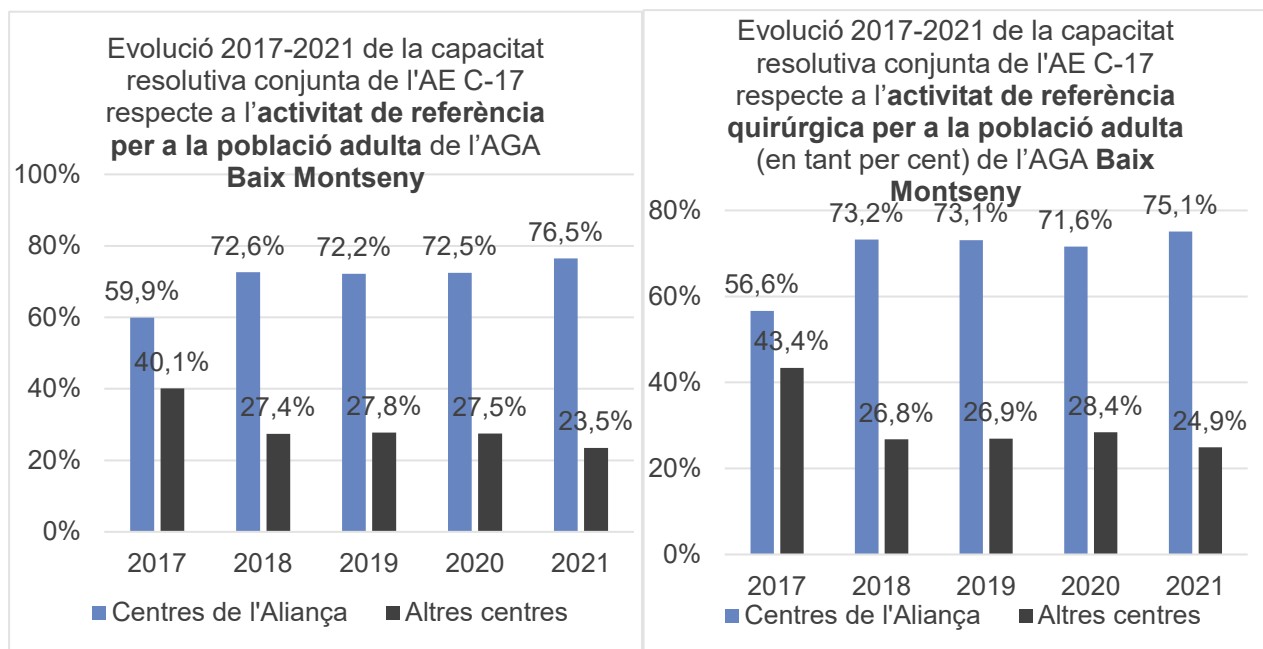
La destinació principal fora del territori de la C-17 és l'Hospital Universitari Vall d'Hebron —que fa un 19% de la referència quirúrgica de Baix Vallès, un 10% d'Osona, un 8% de Vallès Oriental Central i un 8% de Baix Montseny.



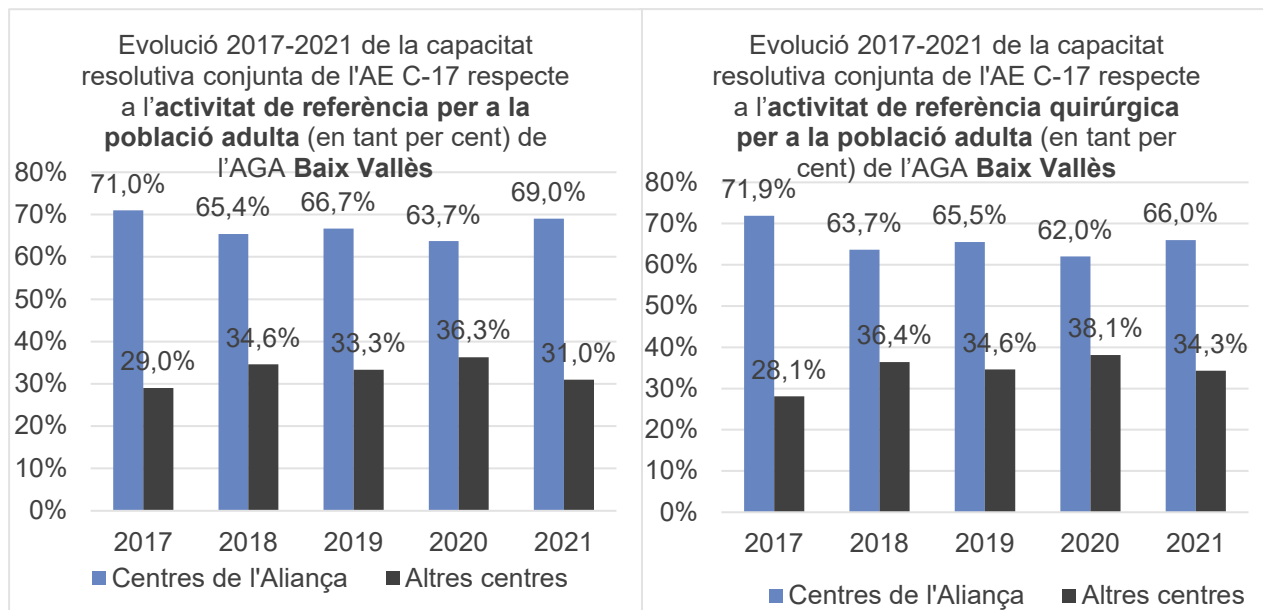
Font: MSIQ. Nombre de casos anuals de referència: 2017 = 1.352; 2018 = 1.869; 2019 = 1.806; 2020 = 1.603; 2021 = 1964. Nombre de casos anuals de referència quirúrgica: 2017 = 968; 2018 = 1.349; 2019 = 1.346; 2020 = 1.219; 2021 = 1.489.



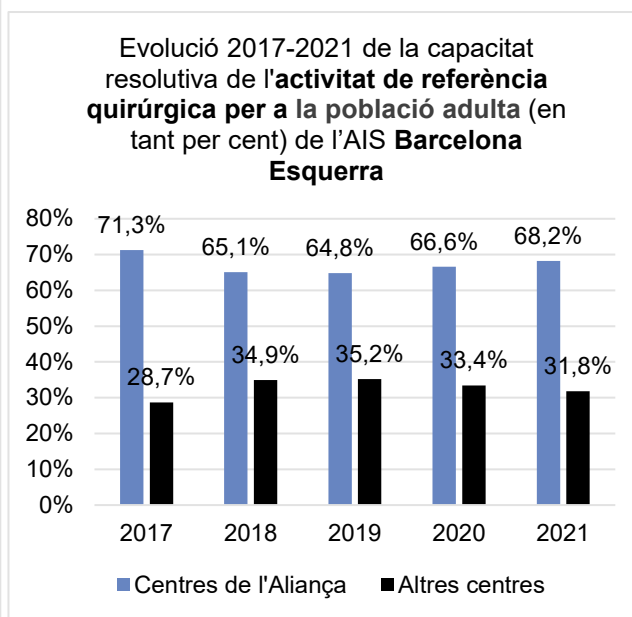
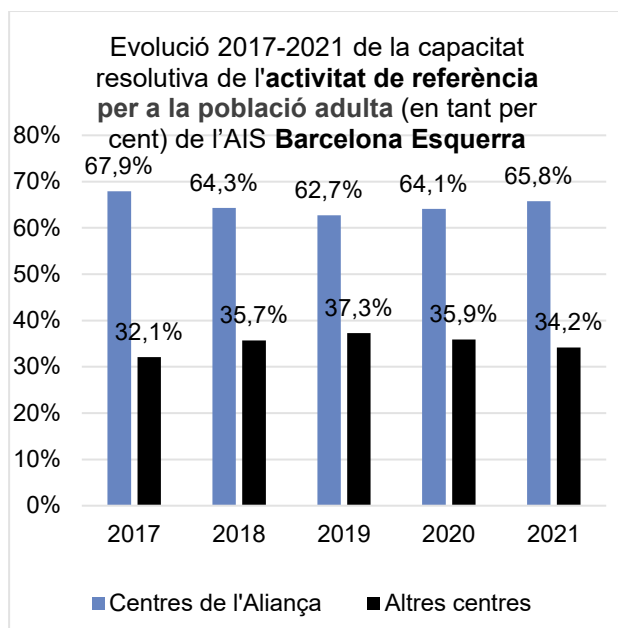
Font: MSIQ. Nombre de casos anuals de referència: 2017 = 2.069; 2018 = 2.688; 2019 = 2.610; 2020 = 2.525; 2021 = 3.102. Nombre de casos anuals de referència quirúrgica: 2017 = 1.423; 2018 = 1.961; 2019 = 1.882; 2020 = 1.932; 2021 = 2.322.



Font: MSIQ. Nombre de casos anuals de referència: 2017 = 461; 2018 = 646; 2019 = 696; 2020 = 701; 2021 = 739. Nombre de casos anuals de referència quirúrgica: 2017 = 332; 2018 = 502; 2019 = 520; 2020 = 526; 2021 = 534.



Font: MSIQ. Nombre de casos anuals de referència: 2017 = 2.047; 2018 = 1.822; 2019 = 1.926; 2020 = 1.536; 2021 = 1.893. Nombre de casos anuals de referència quirúrgica: 2017 = 1.519; 2018 = 1.223; 2019 = 1.343; 2020 = 1.012; 2021 = 1.258.



Font: MSIQ. Nombre de casos anuals de referència: 2017 = 4.933; 2018 = 5.971; 2019 = 6.066; 2020 = 5.374; 2021 = 5.917. Nombre de casos anuals referència de quirúrgica: 2017 = 3.173; 2018 = 4.021; 2019 = 4.075; 2020 = 3.554; 2021 = 4.165.

Millores de salut: capacitat resolutiva de les intervencions de mastectomia

L'últim indicador quantitatiu presentat correspon a la capacitat resolutiva del territori de la C-17 de les mastectomies. En aquest cas, es calcula, per a les pacients intervingudes els anys 2018, 2019 i 2020 de cada AGA, quin percentatge de dones han estat intervingudes en un centre del territori de la C-17 i quin percentatge han estat ateses en centres d'altres territoris. Dels tres anys amb dades disponibles, 2019 és el que presenta una resolució menor, amb set de cada 10 pacients de la C-17 intervingudes per mastectomia en centres del territori. El 2020, la dada creix fins a vuit de cada 10.

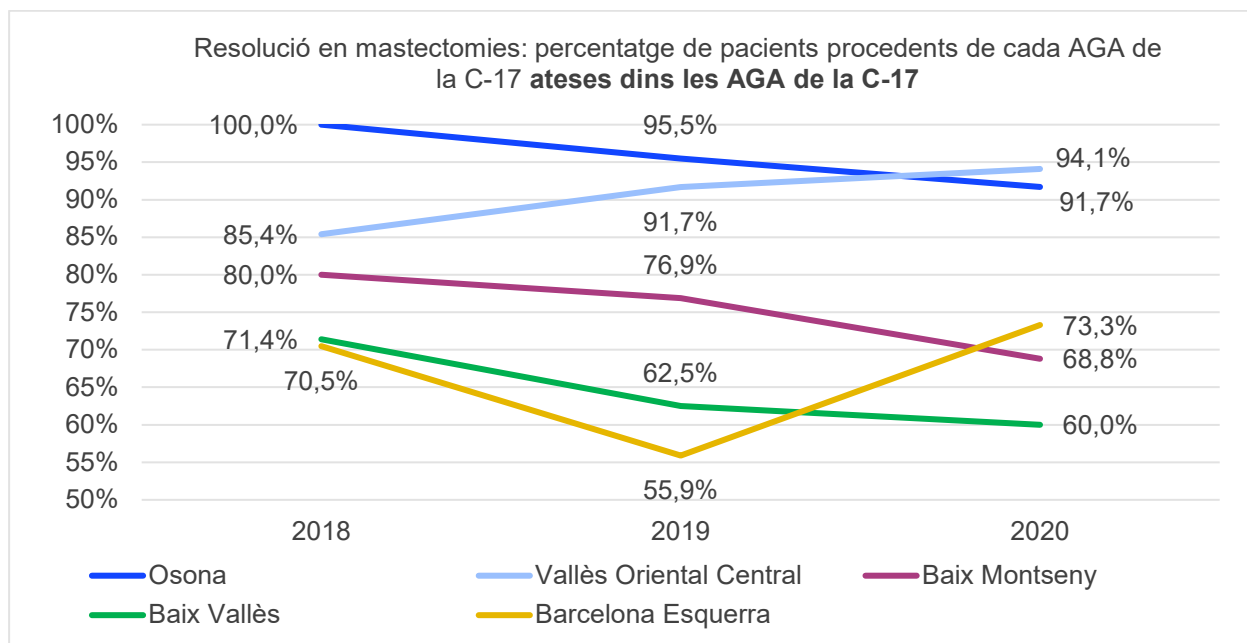
Resolució de mastectomies de pacients de la C-17	2018	2019	2020
Pacients intervingudes en centres del territori de la C-17 (tant per cent i valor absolut)*	77,8% 158	70,3% 142	79,6% 156
Total pacients de la C-17	203	202	196

Font: elaboració a partir de dades del Pla director d'oncologia i del Registre central d'assegurats.

* Inclou una pacient intervinguda a l'Hospital Universitari Sagrat Cor el 2019 i quatre pacients intervingudes a l'Hospital Plató (dues el 2018 i dues el 2020).

La desagregació per AGA de procedència de les dades permet observar diversitat en el grau de resolució de les mastectomies per part del territori de la C-17: mentre que nou de cada 10 pacients de les AGA Osona i Vallès Oriental Central són intervingudes en un centre de territori (sobretot el CHV i la FPHAG, respectivament), en el cas de Baix Vallès i Baix Montseny, més del 30% han estat intervingudes en altres territoris. L' AIS Barcelona Esquerra fluctua en el període, amb la dada més reduïda de tots els anys i AGA per al 2019 (55,9%). El 2020 supera el 70%.

Els principals centres de realització de mastectomies fora del territori de la C-17 són l'Hospital Universitari Vall d'Hebron (amb 87 casos en el període de tres anys analitzat) i l'Hospital Sant Pau (20 casos).



Font: elaboració a partir de dades del Pla director d'oncologia i del Registre central d'assegurats.

6. Resultats de l'avaluació econòmica

6.1. Anàlisi econòmica del PAC de càncer de mama

Resultat de l'anàlisi de cost-benefici (estalvis – costos)

D'una banda, el conjunt de costos recollits pels diferents centres (costos de recursos humans + costos de recursos materials) sumen un total de 362.422 € l'any 2017 i arriben a un total de 498.073 € l'any 2022.

D'altra banda, el conjunt d'estalvis recollits pels diferents centres (estalvis en recursos materials) sumen un total de 213.010 € durant tots els anys per als quals s'ha fet l'anàlisi (de 2017 a 2022).

Tant pel que fa als increments de cost com als estalvis recollits, cal destacar que s'ha assumit que el cost o l'estalvi que un centre determinat mostrava per a l'any 2022 havia de ser considerat per als anys anteriors, suposant que aquell cost o estalvi va començar des de l'any d'implementació (2017).

Per tant, el resultat de l'anàlisi (total estalvis – total costos) és de –149.413 € l'any 2017 i arriba a un total de –285.063 € l'any 2022.

Amb l'objectiu d'actualitzar el valor dels fluxos de diners l'any anterior (2016) de l'any d'implementació (2017), s'ha aplicat el càlcul del valor actual net per a l'any 2016, utilitzant una taxa de descompte del 3%. Així doncs, s'ha obtingut un valor actual net del resultat (2016) consistent en –1.182.795 €.

L'annex 12, "Taules d'avaluació econòmica", permet consultar el detall de les dades.

Síntesi de l'anàlisi de cost-benefici (estalvis – costos) del PAC de càncer de mama

Resultat anàlisi cost-benefici (Total estalvis – Total Costos)	Any 1	Any 2	Any 3	Any 4	Any 5	Any 6	Any 7	Any 8	
	(2015)	(2016)	(2017)	(2018)	(2019)	(2020)	(2021)	(2022)	
	TOTAL COSTOS	-	-	362.422	396.199	414.506	433.642	498.073	498.073
	TOTAL ESTALVIS	-	-	213.010	213.010	213.010	213.010	213.010	213.010
RESULTAT ANÀLISI	-	-	-149.413	-183.190	-201.496	-220.632	-285.063	-285.063	

✓ Utilitzem una **taxa de descompte del 3%** i calculem el valor de l'evolució del resultat en el moment previ a la implementació de la intervenció, en aquest cas, ens situem a l'any 2016

✓ El **Valor actual net** del resultat (2016) = **-1.182.795€**

Pel que fa als beneficis de salut, que no han pogut ser quantificats en unitats monetàries, destaquen els següents:

- ✓ Millora de resultats de salut de les pacients per la possibilitat de tractament dins d'assaigs clínics que milloren les seves possibilitats terapèutiques.
- ✓ Millora de l'experiència de les pacients per l'impacte emocional estalviat per no rebre quimioteràpia no necessària.
- ✓ Millora de l'experiència de les pacients per l'impacte de toxicitat estalviat per no rebre quimioteràpia no necessària.
- ✓ Millora de l'experiència dels professionals gràcies a la creació del procés assistencial compartit arran de la C-17.

Interpretació

Des d'un punt de vista de sistema, i tenint en compte les dades que s'han pogut quantificar en unitats monetàries, podem concloure que l'impacte que ha tingut aquest PAC en l'evolució dels costos i dels estalvis genera un resultat econòmic negatiu.

No obstant això, si bé és cert que hi ha beneficis en la salut i en l'experiència dels professionals i de les pacients que no s'han pogut quantificar, la rellevància d'aquestes millores porta a pensar que la quantificació d'aquests beneficis podria contrarestar el resultat econòmic negatiu.

Així doncs, podem concloure que els estalvis d'implementar el PAC de càncer de mama no superen els costos si ens basem en les dades obtingudes, però previsiblement els superarien si disposéssim de la quantificació dels beneficis de salut i d'experiència en unitats monetàries.

6.2. Anàlisi econòmica del PAC de malaltia isquèmica

Resultat de l'anàlisi de cost-benefici

D'una banda, el conjunt de costos recollits pels diferents centres (costos de recursos humans + costos de recursos materials) sumen un total de 89.368 € l'any 2019 i arriben a un total d'1.612.845 € l'any 2022.

D'altra banda, el conjunt d'estalvis recollits pels diferents centres (estalvis en recursos materials i en altes mèdiques) sumen un total d'1.236.481 € l'any 2019 i arriben a un total d'1.647.112 € l'any 2022.

Tant pel que fa als increments de cost com als estalvis recollits, cal destacar que s'ha assumit que el cost o l'estalvi que un centre determinat mostrava per a l'any 2022 havia de ser considerat per als anys anteriors, suposant que aquell cost o estalvi va començar des de l'any d'implementació (2019).

Per tant, el resultat de l'anàlisi (total estalvis – total costos) és d'1.147.113 € l'any 2017 i arriba a un total de 34.267 € l'any 2022.

Amb l'objectiu d'actualitzar el valor dels fluxos de diners a l'any anterior (2018) de l'any d'implementació (2019), s'ha aplicat el càlcul del valor actual net per a l'any 2018, utilitzant una taxa de descompte del 3%. Així doncs, s'ha obtingut un valor actual net del resultat (2018) consistent en +1.211.299 €.

L'annex 12, "Taules d'avaluació econòmica", permet consultar el detall de les dades.

Síntesi de l'anàlisi de cost-benefici (estalvis – costos) del PAC de malaltia isquèmica

Resultat anàlisi cost-benefici (Total estalvis – Total Costos)	Any 1 (2015)	Any 2 (2016)	Any 3 (2017)	Any 4 (2018)	Any 5 (2019)	Any 6 (2020)	Any 7 (2021)	Any 8 (2022)
	TOTAL COSTOS	-	-	-	-	89.368	797.715	1.615.031
TOTAL ESTALVIS	-	-	-	-	1.236.481	1.236.481	1.236.481	1.647.112
RESULTAT ANALISI	-	-	-	-	1.147.113	438.766	-378.550	34.267

✓ Utilitzem una **taxa de descompte del 3%** i calculem el valor de l'evolució del resultat en el moment previ a la implementació de la intervenció, en aquest cas, ens situem a l'any 2018
 ✓ El **Valor actual net** del resultat (2018) = **+1.211.299€**

Pel que fa als beneficis de salut, que no han pogut ser quantificats en unitats monetàries, destaquen els següents:

- ✓ Millora dels resultats de salut dels pacients per la possibilitat d'accedir a intervencions d'alta complexitat no disponibles al mateix territori.
- ✓ Millora de l'experiència dels pacients per l'evitació d'ingressos hospitalaris innecessaris.
- ✓ Millora de l'experiència dels pacients per l'evitació de trajectes amb ambulància llargs i incòmodes.
- ✓ Millora de l'experiència dels professionals gràcies a la creació del procés assistencial compartit arran de la C-17.

Interpretació

Des d'un punt de vista de sistema, i tenint en compte les dades que s'han pogut quantificar en unitats monetàries, podem concloure que l'impacte que ha tingut aquest PAC en l'evolució dels costos i dels estalvis genera un resultat econòmic positiu.

Cal destacar que hi ha beneficis en la salut que no s'han pogut quantificar i que, per tant, si fossin considerats, podrien millorar encara més el resultat econòmic de l'anàlisi.

Així doncs, podem concloure que els estalvis d'implementar el PAC de malaltia isquèmica superen els costos si ens basem en les dades obtingudes i que, previsiblement, els superarien encara més si disposéssim de la quantificació dels beneficis de salut en unitats monetàries.

7. Conclusions

L'aproximació avaluativa de l'AE C-17 ha tingut per objectiu establir un marc avaluatiu general per a les aliances estratègiques sanitàries i, posteriorment, aplicar aquest marc a l'experiència concreta de l'AE C-17. S'ha dissenyat una estratègia d'avaluació que permeti recollir evidència preexistent, complementar-la mitjançant tècniques qualitatives i documentació addicional, analitzar-la de manera participada entre representants de l'AE C-17 i el Servei Català de la Salut, amb el suport metodològic d'una consultora, i, finalment, integrar i interpretar les diferents peces d'informació disponibles.

Dimensions d'avaluació d'una aliança estratègica sanitària



A continuació es presenten els resultats del procés d'integració d'evidència disponible per a cadascuna de les 10 dimensions del marc avaluatiu de les aliances estratègiques sanitàries. Es destaquen els principals elements analitzats en l'aproximació avaluativa de la dimensió, amb conclusions sobre el seu grau de maduresa o nivell d'assoliment respecte a la situació anterior a 2017. S'identifiquen també els aspectes que han funcionat o han estat punts forts del desplegament 2017-2022 de l'AE C-17, així com els punts de millora per avançar en aquella dimensió. Finalment, s'inclouen reflexions sobre les limitacions de l'aproximació avaluativa.

L'apartat final del capítol presenta la valoració general del període 2017-2022, identificant els principals assoliments de l'AE C-17 i les dimensions on el desplegament de l'Aliança ha estat menor.

7.1. Evidència i valoració per dimensions d'avaluació de l'AE C-17

7.1.1. Governança

La valoració de la dimensió "Governança" ha examinat l'estructura i els mecanismes per establir, impulsar i avaluar els objectius comuns que hi ha a l'AE C-17.

Entre els elements de governança més madurs destaca la definició dels òrgans de governança de l'Aliança, si bé es considera que les funcions de cadascun i els mecanismes de presa de decisions vinculants tenen marge de concreció. També, la celebració periòdica de reunions per part de la direcció estratègica i de les diferents comissions assistencials, fet que no s'ha produït amb tanta regularitat a escala de la direcció assistencial dels centres, i només recentment entre les direccions economicofinanceres.

L'abast de la col·laboració es considera acotat i definit en intervencions compartides que s'han prioritzat entre els centres participants. No obstant això, s'han recollit aportacions en la línia de replantejar aquest abast amb vista al desplegament futur de l'Aliança.

El marc jurídic de l'Aliança s'ha vertebrat en el període considerat mitjançant convenis bilaterals entre diferents centres, a través dels quals s'ha articulat la prestació de serveis entre si. Com que l'Aliança se centra a garantir l'accés a la cartera de serveis més especialitzada, a la pràctica majoritàriament són convenis bilaterals entre el centre perifèric que no té la prestació i el centre de més capacitat que pot prestar el servei (per exemple, HCB o FPHAG). No s'han establert altres modalitats de col·laboracions entre centres com podrien ser els serveis territorials, entesos com un servei assistencial únic i integrat responsable de la prestació assistencial a diversos hospitals d'un territori associats a una especialitat o un servei clínic amb un abast territorial o de població mínima (Servei Català de la Salut, 2023).

El marc laboral actualment no és comú a escala de l'Aliança, i hi ha polítiques de recursos humans pròpies de cada entitat participant. Per tant, les accions adoptades per compartir professionals, formació, projectes de recerca, etc., es fan sense que s'hagi produït una transformació per generar un entorn únic laboral. Aquest aspecte, juntament amb els mecanismes de seguiment i avaluació dels objectius estratègics i específics de les iniciatives de l'Aliança, serien els elements de governança menys evolucionats del període 2017-2022.

Governança	
Punts forts	Punts de millora
<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'abast està acotat en intervencions compartides i prioritzades. ✓ Amb relació als òrgans de govern de l'AE C-17, es destaquen els aspectes següents: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Les direccions mèdiques fan un seguiment periòdic de l'evolució dels projectes compartits. ✓ Les comissions assistencials funcionen bé, es reuneixen amb periodicitat i tenen una metodologia clara per al seu desenvolupament. ✓ Hi ha convenis bilaterals entre els centres de l'AE C-17. ✓ Hi ha voluntat de compartir professionals entre centres (sense un marc laboral compartit). ✓ L'AE C-17 compta amb la figura de la Coordinació de l'Aliança C-17. ✓ Voluntat compartida d'anar més enllà del terciarisme i ser una aliança territorial més àmplia. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cal definir l'evolució de l'AE C-17 i el seu abast futur. ➤ Cal un posicionament compartit de la missió, els objectius i les funcions dels òrgans de govern (direcció estratègica, direcció assistencial, direcció economicofinancera, comissions assistencials). ➤ Manca de confiança per falta de directrius i funcions establertes i comunicades de manera clara. ➤ Manca de mecanismes per a la presa de decisions vinculants. ➤ Manca de generositat entre centres a l'hora de facilitar la derivació de pacients i compartir professionals. ➤ Cal formalitzar un marc jurídic compartit que facilitaria avançar en el desplegament de l'Aliança. ➤ El marc laboral no està adaptat a la realitat d'una aliança amb col·laboració entre centres. ➤ Cal definir uns mecanismes de seguiment i avaluació de l'AE C-17 (indicadors, QdC). ➤ És necessari establir un paper actiu del Servei Català de la Salut respecte a la definició de fluxos de pacients dels centres i d'una ordenança del terciarisme, acompanyat d'un sistema de pagament. ➤ Cal acordar un posicionament compartit de les tres regions sanitàries amb relació a l'AE C-17.

7.1.2. Àmbit economicofinancer

L'abordatge d'aquesta dimensió pretén obtenir una visió de l'impacte econòmic que suposa l'establiment de l'Aliança quant a recursos invertits i beneficis obtinguts (estalvi, economies d'escala, etc.). També, valorar el grau de desenvolupament d'elements o eines economicofinanceres a escala de l'Aliança.

S'ha constatat que el desplegament de l'AE C-17 fins avui s'ha fet en el marc del sistema de pagament i finançament preexistent, sense fer-ne una adaptació a una nova realitat de col·laboració assistencial i en aspectes transversals (formació, TIC, processos de suport...) entre cinc entitats jurídiques i econòmiques separades. S'identifica la necessitat de valorar més en detall els efectes que això comporta en cadascuna de les parts implicades i de valorar també mecanismes de compensació o altres revisions del sistema de pagament i finançament, adequant-lo a la realitat de treball en xarxa a fi de fomentar-la i incentivar-la.

En el marc de l'aproximació avaluativa s'ha establert una Comissió Economicofinancera, clau per a un aprofundiment més elevat en l'impacte que té la col·laboració en xarxa en termes econòmics i financers. Es disposa d'un primer marc avaluatiu per a l'anàlisi de cost-benefici a escala de les intervencions concretes, que s'ha pogut aplicar a dues intervencions assistencials.

- L'anàlisi de cost-benefici del PAC de càncer de mama entre 2017 i 2022 estima un valor actual net del resultat (2016) consistent en -1.182.795 €. Així, els estalvis econòmics d'implementar aquest PAC no haurien superat els costos de la seva realització, si bé no es pot imputar al càlcul la quantificació dels beneficis de salut i d'experiència en unitats monetàries. Disposar d'aquesta informació permetria comprovar si, més que una despesa, aquest PAC ha consistit en una inversió per obtenir millors resultats de salut.
- En el cas del PAC de malaltia isquèmica, els estalvis d'implementació superen els costos si ens basem en les dades obtingudes i, previsiblement, els superarien encara més si es disposés de la quantificació dels beneficis de salut en unitats monetàries.

Qualitativament, s'han recollit altres exemples d'estalvis arran del treball en xarxa, com la reducció de desplaçaments innecessaris de pacients que poden ser atesos en el marc de l'ORL 24x7 o l'URO 24x7, ja que les unitats d'urgències dels centres de la xarxa podrien contactar amb els especialistes de guàrdia de l'HCB i fer una primera valoració de la situació del pacient a distància, i només en cas necessari desplaçar el pacient. Aquestes intervencions són exemples d'economies d'escala, on es posen els recursos d'un dels centres a l'abast d'una població més àmplia. Tot i que no s'ha quantificat, l'Aliança ha generat altres economies d'escala en l'ús dels recursos, com, per exemple, el fet d'incloure professionals a escala de tota la xarxa en els programes formatius, o possibilitar l'accés de pacients de tot el territori de la C-17 a les proves diagnòstiques complexes.

Àmbit economicofinancer	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ S'ha creat la nova Comissió Economicofinancera de l'AE C-17, que ha tingut una implicació rellevant. ✓ S'ha definit una metodologia d'avaluació econòmica per a la intervenció de l'Aliança, recollint conceptes com les inversions, els costos d'hores de professionals, de proves diagnòstiques, de materials, de programari o estructurals. ✓ A l'hora de plasmar les dades econòmiques, s'han tingut en compte les compensacions entre centres per evitar plasmar costos duplicats. ✓ L'avaluació econòmica aplicada a la intervenció PAC de malaltia isquèmica mostra un valor actual net del resultat (2018) de +1.211.299 €, sense comptar possibles beneficis de salut (que no s'han pogut mesurar ni atribuir valor monetari). Els estalvis s'expliquen per una reducció en el nombre d'ingressos. ✓ Qualitativament, es reporten reduccions en el nombre de trasllats i desplaçaments vinculades a la posada en marxa dels PAC de l'Aliança (per exemple, les experiències ORL i URO 24x7). ✓ S'identifiquen exemples d'economia d'escala en el desplegament de l'Aliança, estenent els recursos (de formació, de proves diagnòstiques...) a una població usuària més àmplia, si bé no s'han quantificat. ✓ Arran del desenvolupament de l'avaluació, s'ha propiciat la generació d'intercanvi d'opinions i d'elements de coordinació entre els centres de l'AE C-17. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El sistema de pagament i finançament no està adaptat a una aliança ni homogeneïtzat a tots els centres de l'AE C-17. ➤ Qualitativament, es percep una manca de provisió de recursos per als centres que augmenti l'autonomia de cadascun. ➤ Manca de compartició d'informació entre centres sobre la destinació de recursos associats a l'AE C-17. ➤ Cal valorar compensacions entre centres per poder ajustar la part de cost que suporta cada centre. ➤ En el cas del PAC de malaltia isquèmica, els centres comarcals es veuen afectats econòmicament quan fan les derivacions a l'HCB, es percep com una "penalització" per seguir el circuit. ➤ Cal definir un conjunt d'indicadors per valorar quantitativament l'impacte en l'àmbit econòmic. ➤ Dificultat per acordar criteris comuns per definir els costos i els estalvis derivats de l'AE C-17, sobre quin centre o actor implicat recau (inclòs el Servei Català de la Salut), definició de cada cost, etc. ➤ Disponibilitat molt limitada de dades econòmiques dels dos PAC per als quals s'ha fet l'anàlisi de cost-benefici.

Cal destacar les limitacions següents en l'aproximació avaluativa de la dimensió economicofinancera de les dues intervencions analitzades:

- Hi ha hagut dificultats a l'hora d'acordar uns criteris comuns per definir quins costos estan vinculats a l'AE C-17, concretar els mateixos conceptes de cost i decidir a quin centre s'imputaven.
- Les dades econòmiques han tingut una disponibilitat molt limitada, i només es mostra la variació dels costos i dels estalvis (sense mostrar-ne el valor absolut, ni de la situació prèvia ni de la posterior al moment d'implementació), i tampoc no s'han inclòs en l'anàlisi els costos referents a inversions, de programari o fixos.
- De les dades disponibles, els càlculs s'han basat en estimacions i hipòtesis que presenten una objectivitat limitada.
- S'ha assumit que l'augment de certs costos va lligat a l'establiment de l'Aliança i no a tendències pròpies de la població, cosa que compromet la veracitat dels resultats de l'anàlisi.
- No s'ha fet un encreuament amb dades d'activitat i de facturació del Servei Català de la Salut.
- No s'han pogut quantificar els beneficis de salut, de manera que únicament s'han tingut en compte de manera qualitativa, tot i que, si es disposés de dades per transformar-los en unitats monetàries, previsiblement suposarien un impacte rellevant en els beneficis de l'Aliança.

Des d'un punt de vista més general, cal tenir en compte que només s'ha fet una anàlisi quantitativa per a dues intervencions molt concretes, que no necessàriament han de ser les més representatives dels resultats del conjunt d'intervencions dutes a terme arran de l'Aliança. Tampoc no s'ha pogut estimar la inversió necessària per establir i desplegar les estructures i les eines transversals de l'Aliança, marc necessari per portar a terme els diferents processos assistencials compartits. Queda pendent concretar la definició d'un conjunt d'indicadors per valorar quantitativament l'impacte econòmic de conjunt del desplegament de l'AE C-17.

7.1.3. Treball en xarxa

L'aproximació avaluativa al treball en xarxa de l'AE C-17 ha volgut conèixer les dinàmiques, les eines i l'entorn de la col·laboració entre centres. Dels elements del treball en xarxa, destaca la participació de professionals en els projectes assistencials comuns, gràcies a l'impuls de les comissions assistencials que s'han anat reunint periòdicament seguint una metodologia de treball clar. S'ha traslladat en una multiplicitat d'exemples de projectes conjunts implementats amb èxit i s'han desenvolupat eines de treball conjuntes (protocols compartits, circuits assistencials, eines TIC). L'existència d'un fòrum —la jornada i els premis anuals de l'Aliança— ha permès compartir aquestes experiències innovadores en la manera de treballar (abordatge conjunt de centres per a una atenció centrada en el pacient) i ha esdevingut un espai necessari de trobada i de creació conjunta entre professionals dels cinc centres.

La transferència de coneixement també ha funcionat mitjançant un accés més gran a la formació per a col·lectius professionals de tots els centres de l'Aliança. No obstant això, es percep marge de millora en la participació en recerca, que permetria una equitat més gran entre professionals de diferents centres.

S'han establert canals de comunicació entre diferents centres, i la Coordinació de l'Aliança disposa d'un directori de professionals, que facilita el contacte i el treball entre centres. No

obstant això, es constaten algunes dificultats en l'atenció conjunta als pacients relacionades amb la manca d'informació o comunicació sobre decisions clíniques preses i derivacions fetes, i també una manca d'homogeneïtat en els canals de comunicació emprats.

El voluntarisme ha permès desplegar projectes amb objectius comuns a escala de l'Aliança, però es percep la necessitat de consolidar un entorn de treball en xarxa més sòlid, amb mesures laborals que facilitin la col·laboració i una ordenació coherent amb l'espai de la C-17 de totes les fases de l'atenció d'un pacient beneficiari d'un PAC. També es percep marge de millora per assolir una pràctica clínica més homogènia a escala de xarxa.

Treball en xarxa	
Punts forts	Punts de millora
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Funcionament de les comissions clíniques amb metodologia clara i fluida. ✓ Foment de la transferència de coneixement entre professionals, que permet que els centres de l'AE C-17 aprenguin els uns dels altres (sessions clíniques, protocols compartits, jornades, formacions conjuntes, etc.). ✓ Bon funcionament dels projectes compartits (per exemple, amb infermeria i gestió de pacients entre hospitals, coreclutament a escala de l'Aliança de pacients per a assaigs clínics oncològics, comitès multidisciplinaris i multicentre per a la discussió de casos complexos, com ara cardiopatia isquèmica). ✓ Directori de professionals disponible a escala de l'Aliança. ✓ Celebració de les jornades i els premis de l'AE C-17. ✓ Realització de formacions conjuntes de l'AE C-17, a través de l'Aula Clínic. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'AE C-17 és fruit del voluntarisme dels professionals assistencials dels cinc centres amb un objectiu comú, però es troba a faltar una estructura més sòlida en l'àmbit assistencial. ➤ Cal treballar el marc laboral perquè incentivi (o no desincentivi) la col·laboració. ➤ Canals i protocols de comunicació poc homogenis entre centres de l'AE-C-17. ➤ Falta d'informació i de seguiment per part dels hospitals sobre les decisions preses i les derivacions de l'hospital terciari. ➤ L'AE C-17 requereix un exercici d'ordenació de fluxos, amb una bona comunicació i instruccions clares del Servei Català de la Salut. Cal fomentar la coherència i el continuïtat assistencial dels processos assistencials, evitant la contractació de parts del procés (per exemple, anatomia patològica) a centres de fora de l'Aliança. ➤ Manca d'una pràctica clínica homogènia per poder oferir una millor qualitat del servei i continuar desplegant l'Aliança a partir d'una base comuna. ➤ Manca d'equitat dels professionals sanitaris a l'hora d'accedir a la recerca i als assaigs clínics.

Cal esmentar com a possible limitació en la valoració d'aquesta dimensió el biaix de selecció dels professionals participants en les tècniques qualitatives emprades en l'aproximació avaluativa. Aquesta selecció a la vegada estava condicionada per les intervencions escollides per a la valoració. L'Aliança ha desplegat més de 20 intervencions o projectes comuns (assistencials o transversals), involucrant un gran volum i varietat de perfils professionals, i els resultats percebuts, lògicament, poden variar d'un projecte o perfil a un altre.

7.1.4. Processos de suport

Entre 2017 i 2022, l'AE C-17 ha desplegat intervencions en processos de suport clau per a l'activitat assistencial compartit, per facilitar l'accés a recursos necessaris en les fases diagnòstica i/o de tractament de pacients que requereixen una atenció complexa. S'han establert protocols compartits, circuits d'enviament de mostres per a anàlisi centralitzada a escala de xarxa, consultes amb especialistes amb presència en diferents punts del territori de la C-17, es disposa d'una unitat mòbil per a la realització de PET/TAC en casos oncològics, etc.

No es disposa de prou informació per valorar el grau de satisfacció dels professionals o els pacients amb els serveis de radiodiagnòstic o d'assessorament genètic compartits. Però sí que es detecten de manera qualitativa aspectes concrets susceptibles de millora en els processos de suport, com la manca de difusió entre els professionals del model i els circuits d'assessorament genètic del càncer, punts de millora en els protocols de derivació per facilitar el seguiment des dels centres d'origen, o la necessitat d'evitar sobrecàrregues per a determinats perfils professionals implicats.

Processos de suport	
Punts forts	Punts de millora
<ul style="list-style-type: none"> ✓ S'han establert els circuits de derivació de pacients en radiologia intervencionista, programada i urgent. <p>A oncologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementació d'una consulta d'assessorament genètic del càncer a l'Hospital de Granollers (dos dies per setmana) i a l'Hospital de Vic (un dia per setmana). ✓ Definició de criteris de derivació per a assessorament. ✓ S'ha regulat la participació del personal assistencial de radiologia i medicina nuclear en els comitès multidisciplinaris (càncer de mama i de pulmó). ✓ Instal·lació d'una unitat mòbil de PET/TAC. ✓ Prova pilot del desplegament de la tecnologia de realitat augmentada en gangli sentinella. ✓ Creació del circuit de mostres per a estudi genètic centralitzat a l'HCBC. ✓ Creació de base de dades centralitzada (Progeny). ✓ Instauració de l'assessorament psicològic en casos necessaris. ✓ Futura posada en marxa de l'edifici de radioteràpia a Granollers, que permetrà que l'HCBC integri l'ISH3 i facilitarà la comunicació entre el centre terciari i el comarcal. <p>A cardiologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desplegament de la instrucció del Servei Català de la Salut del Pla director de malalties cerebrovasculars. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manca de difusió del model d'assessorament genètic del càncer i els circuits entre els professionals. ➤ Dificultats de seguiment dels pacients diagnosticats de càncer hereditari i els seus familiars: manca de protocols amb els serveis medicoquirúrgics en els centres d'origen. ➤ Cal involucrar més els serveis implicats tant en la sospita de càncer hereditari com en el seguiment d'aquests pacients. ➤ Cal iniciar projectes d'innovació tecnològica i de procés amb suport virtual. ➤ Sobrecàrrega assistencial dels professionals implicats, cosa que dificulta la participació en els comitès. ➤ En el cas del PAC de malaltia isquèmica, es troba a faltar un temps establert per a l'anàlisi de proves. ➤ Cal una adaptació de les instruccions vigents que regulen la derivació de pacients de l'AE C-17 cap a altres centres fora de l'AE C-17. ➤ Manca d'eines per dur a terme una avaluació de resultats de la intervenció (diagnòstic per la imatge).

La valoració d'aquesta dimensió, eminentment qualitativa, presenta la mateixa limitació que en el cas del treball en xarxa, que consisteix en el possible biaix de selecció dels professionals participants en les tècniques de recollida d'evidència.

7.1.5. Tecnologies de la informació i la comunicació

Un pilar essencial per al treball en xarxa col·laborativa de qualsevol aliança estratègica entre entitats de diferents territoris i proveïdors són les tecnologies de la informació i la comunicació. S'ha volgut entendre quines intervencions s'han desplegat per generar un entorn informàtic i de comunicació que faci possible el treball conjunt de professionals que interactuen amb diferents sistemes informàtics.

Dos elements que destaquen com a assoliments del període 2017-2022 són l'habilitació d'una plataforma TIC mitjançant la qual vehicular la formació a escala de l'Aliança, i la creació d'una pàgina web de farmàcia, que va permetre la incorporació de professionals dels serveis de farmàcia dels cinc centres als processos assistencials compartits, amb un seguiment compartit de pacients en l'àmbit del medicament.

S'han pogut utilitzar les TIC per a la comunicació i les sessions de treball en remot entre professionals, cosa que ha facilitat, entre d'altres, la celebració de sessions clíniques conjuntes, de comitès multidisciplinaris i de reunions per treballar en protocols i definir processos assistencials, així com el contacte entre serveis d'urgències abans de la derivació per fer una valoració preliminar i evitar desplaçaments innecessaris.

S'han assolit millores en la interoperabilitat entre centres, l'ús de sistemes d'informació compartits i l'estandardització, que permeten millores en la pràctica assistencial, però sense un marc paraigua (legal, operatiu i de finançament de les TIC) a escala de l'Aliança. Es constaten aspectes de millora en la compartició d'informació, el seguiment dels pacients desplaçats i l'accés a un mateix programari de suport en l'assistència, entre d'altres. La coexistència de diferents entorns informàtics tampoc no facilita una homogeneïtat en el registre de dades necessàries per obtenir indicadors útils per al monitoratge i l'avaluació de l'atenció conjunta.

Tecnologies de la informació i la comunicació	
Punts forts	Punts de millora
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ús de la tecnologia com a eina de millora en l'accessibilitat i l'atenció al territori de l'AE C-17. ✓ Disseny, definició, desenvolupament, pilotatge i posada en funcionament de la pàgina web de farmàcia. ✓ Es disposa d'una plataforma de formació continuada per als professionals de l'AE C-17. ✓ L'ús de les TIC permet la col·laboració entre els centres de l'AE C-17 en la realització de sessions clíniques conjuntes, comitès, revisions de protocols i definició de processos assistencials bidireccionals. ✓ En el cas de les urgències 24x7 d'ORL, el telèfon de contacte de l'HCB disponible per als professionals als centres d'origen va facilitar el circuit de derivació i el seguiment dels pacients derivats. ✓ Implantació de la interoperabilitat entre els centres per estandarditzar i assegurar els processos definits a través de la plataforma IS3 en coordinació amb l'oficina eSalut. ✓ Al PAC de càncer de mama es destaca la interoperabilitat de la plataforma IS3, cosa que permet estandarditzar els processos definits per a oncologia mamària i aportar-hi seguretat, en coordinació amb l'eSalut. ✓ Al PAC de malaltia isquèmica s'ha assolit una millora en la visualització de les imatges gràcies a la història compartida i l'accés a imatges amb mobilitat. ✓ Bon funcionament d'un grup de treball de tecnòlegs a escala de l'Aliança per desenvolupar solucions (per exemple, al PAC de malaltia isquèmica), que pot reactivar-se en cas necessari. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manca de paraigua legal per a un desenvolupament tecnològic global per a tota l'AE C-17. ➤ Manca de finançament i recursos per al desenvolupament de les TIC que faciliti el desplegament de l'AE C-17. ➤ Necessitat d'establir un sistema de dades conjunt amb visió poblacional. ➤ Manca d'adaptació dels diferents sistemes informàtics de cada centre per poder fer la derivació i la identificació dels pacients. ➤ Manca de capacitat de les plataformes de compartició d'informació entre centres per a les derivacions de pacients, cosa que provoca dificultat d'adhesió, implantació de circuits i activitats clíniques i continuïtat assistencial. ➤ En el cas concret del PAC de càncer de mama, els sistemes d'informació no aporten una informació global i compartida per facilitar la traçabilitat dels pacients derivats. ➤ La plataforma IS3 permet fer un seguiment de les derivacions, però no està preparada per a urgències i hospitalitzacions, de manera que no hi ha un bon registre de les derivacions d'urgències. ➤ Falta de visibilitat dels fulls quirúrgics i del curs clínic dels pacients ingressats a l'HCB (ni a cap dels centres) des dels centres derivadors. ➤ No es disposa de les mateixes llicències de programes per a la transferència d'informació. ➤ Al PAC de malaltia isquèmica caldria habilitar la possibilitat de visualitzar des de l'HCB les plàsties mitrals i els ventricles fets als hospitals comarcals.

7.1.6. Experiència dels professionals

Un dels principis establerts per l'AE C-17 és “sumar el coneixement i garantir el desenvolupament professional, promovent la formació continuada, la recerca i la formació en xarxa a partir del lideratge clínic” (AE C-17, 2022). Així, l'experiència dels professionals és un valor cabdal sobre el qual es pretén repercutir positivament amb el desplegament de l'Aliança. S'ha volgut examinar quins canvis han experimentat aquests professionals arran del desenvolupament de processos assistencials compartits, i si això ha contribuït al desenvolupament i el benestar professional.

Un primer element de l'experiència dels professionals és el sentiment de pertinença a un projecte comú amb visió i objectius compartits. A grans trets, s'ha documentat la implicació i el sentiment de pertinença a l'AE C-17 dels grups professionals que han participat en el seu desplegament,

acompanyats d'una confiança mútua entre professionals dels diferents centres.

Els perfils professionals afectats per les àrees d'intervenció prioritzades s'han integrat progressivament en diferents espais de treball conjunt (definició de processos assistencials comuns, elaboració d'eines de treball, sessions de treball clínic, oportunitats formatives, etc.). L'evidència recollida indica un grau elevat de satisfacció general amb l'AE C-17, que es percep com un instrument que facilita la captació, la retenció i el desplegament de talent.

Es detecten aspectes concrets que cal continuar perfilant i desplegant en les intervencions ja implementades. Però també es constata la manca d'adopció d'un model per a la prestació de serveis compartits basat en la complementarietat de les carteres de serveis dels cinc centres, que doti l'entorn de treball conjunt de més claredat i, també, presti una atenció especial a la cobertura de la cartera de serveis als centres comarcals.

Experiència dels professionals	
Punts forts	Punts de millora
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implicació, consciència i sentiment de pertinença de la majoria de col·lectius professionals implicats en les intervencions de l'Aliança. ✓ Compartició de professionals entre els centres. ✓ Sentiment de confiança clínica respecte a l'hospital terciari i tranquil·litat en l'exercici professional (per exemple, en cirurgia cardíaca i hemodinàmica, en urgències 24x7 d'ORL amb opció de contacte telefònic àgil). ✓ Es fan sessions clíniques conjuntes, que faciliten l'actualització de coneixements arran de la xarxa i l'aprenentatge mutu (per exemple, comitè de tumors, cardiologia). ✓ Compartició de protocols comuns consensuats, com ara: <ul style="list-style-type: none"> ✓ PAC de càncer de mama: en diagnòstic per la imatge, assessorament genètic i derivació de pacients. ✓ Realització de jornades i formacions conjuntes, com ara: <ul style="list-style-type: none"> ✓ La formació i la responsabilitat professional d'infermeria dels hospitals comarcals (específicament de Vic) ha millorat gràcies a la formació per part d'infermeria de l'HCB. ✓ Estadets formatives de professionals del PAC de càncer de mama a l'HCB. ✓ Sis jornades a escala de l'Aliança sobre càncer de mama. ✓ Millora de la interdisciplinarietat dels professionals entre diversos àmbits. ✓ L'AE C-17 contribueix a atreure i fidelitzar professionals als centres perifèrics. ✓ En el cas del PAC de malaltia isquèmica, es percep una optimització de les hores de dedicació de professionals de cardiologia arran dels circuits de derivació. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta d'un model de prestació de serveis homogeni en totes les intervencions per ordenar la feina dels professionals. ➤ Manca d'instruccions clares als professionals a causa de la falta d'un marc de col·laboració compartit i estable. ➤ Manca de detall dels protocols compartits, i possibilitat de compartir més protocols. ➤ Aspectes concrets que cal perfilar en funció de cada PAC implementat: <ul style="list-style-type: none"> ➤ PAC de càncer de mama: marge de millora en l'estructura i els continguts de les sessions clíniques conjuntes i potenciar les estadets formatives (docència pràctica). ➤ PAC de malaltia isquèmica: funcionament ineficient dels fluxos de derivació de pacients en els diferents hospitals, duplicitats en les proves diagnòstiques per manca de comunicació entre professionals. ➤ 24x7 d'ORL: alta càrrega de feina insostenible pels professionals, canals de comunicació poc homogenis entre centres. ➤ Manca de professionals i dificultats de retenció de professionals als centres perifèrics, cosa que provoca derivacions de pacients que es podrien tractar al mateix centre.

Novament, cal remarcar un possible biaix en la valoració d'aquesta dimensió arran de la selecció de les persones participants en la recollida d'evidència, que no necessàriament representen el conjunt de perfils professionals ni d'àrees clíniques involucrats en l'AE C-17. En aquest sentit, cal tenir en compte que no tots els col·lectius professionals dels centres de l'Aliança han participat o s'han vist afectats directament per les iniciatives conjuntes, per la qual cosa dintre d'un mateix centre hi pot haver perfils amb un alt coneixement i identificació amb l'Aliança i perfils força aliens a la seva existència. Aquest fet no és ni bo ni dolent, sinó reflex de les diferents línies d'acció prioritzades al seu dia a escala estratègica per l'AE C-17.

7.1.7. Accessibilitat

Per valorar aquesta dimensió s'ha volgut analitzar si l'establiment de l'Aliança ha facilitat l'accés a la cartera de serveis de la població del territori de la C-17 amb independència del seu lloc de residència, especialment en el cas de prestacions que, per raons de qualitat, seguretat i sostenibilitat, estan concentrades en un o dos punts d'atenció de la xarxa. S'ha posat l'enfocament en l'accés a primeres visites amb professionals especialistes i a proves diagnòstiques complexes que permetin valorar adequadament el cas i fer el diagnòstic. De manera complementària s'ha volgut explorar l'accés als diferents tractaments clínics disponibles, siguin intervencions quirúrgiques, teràpies avançades, assaigs clínics, etc.

S'ha centrat l'anàlisi en les tres intervencions assistencials prioritzades, per identificar exemples concrets dels assoliments i defugir en la mesura que es pugui de la recollida de percepcions abstractes. El treball en intervencions assistencials a escala de l'Aliança ha permès establir circuits assistencials i protocols de derivació consensuats, elements indispensables per garantir l'accés de qualsevol persona del territori amb indicació. Així, de manera dicotòmica es pot valorar que hi ha un canvi respecte a la situació anterior, atès que les prestacions de més complexitat es comparteixen a escala de tot el territori de manera formalitzada, i pacients de les AGA Osona, Vallès Oriental Central, Baix Montseny i Baix Vallès són atesos a l'HCB en cas necessari.

Quantificar el grau del canvi i l'impacte sobre els temps d'espera, sense haver establert mecanismes de recollida d'indicadors d'accessibilitat específics per a cada intervenció assistencial de l'Aliança, és un repte que s'ha abordat amb la informació recollida a escala de sistema que més s'hi aproxima.

Aquesta aproximació quantitativa ha permès observar:

- Un augment considerable entre 2019 i 2022 en el volum de pacients de les AGA del Vallès Oriental i l'AGA Osona que accedeixen a una primera visita a l'HCB per cirurgia valvular oberta o per isquèmia.
- Un lleuger augment de pacients de les AGA del Vallès Oriental i l'AGA Osona intervinguts a l'HCB per cirurgia coronària oberta, amb un pic de casos el 2020.
- Una disminució de casos intervinguts per neoplàsia maligna de tràquea, bronquis i pulmó a l'HCB entre 2019 i 2022 (de 128 a 84 pacients), que es produeix tant en pacients procedents de les AGA del Vallès Oriental i l'AGA Osona com en pacients de l' AIS Barcelona Esquerra.
- Un nombre similar de pacients de les AGA del Vallès Oriental i l'AGA Osona intervinguts a l'HCB per cirurgia valvular oberta el 2019 i el 2022 (uns 85-90 casos), amb una forta reducció el 2020 ($n = 47$).

- Una mitjana mensual de tres pacients de les AGA del Vallès Oriental i l'AGA Osona beneficiats per la intervenció conjunta d'urgències 24x7 d'ORL (durant el període pilot).
- Tendències difícils d'interpretar en l'evolució global i comparat per AGA dels temps d'espera per a primeres visites amb especialistes i per a intervencions quirúrgiques, donada la coincidència amb el període d'estudi de la pandèmia de la COVID-19. Introdueix un efecte distorsionador tant en el volum total de casos com en les derivacions i en la capacitat de mantenir els temps d'espera. L'any 2020 presenta en especial valors anòmals en les diferents variables analitzades, mentre que s'intueix un cert retorn a la situació prèvia entre 2021 i 2022. Atribuir qualsevol canvi en els temps d'espera al desplegament de les intervencions de l'Aliança tenint en compte aquesta força major és desaconsellable, amb la qual cosa caldria continuar monitorant els indicadors en anys futurs per comprovar si l'esforç conjunt permet reduir l'espera global dels pacients de la C-17 atesos en el marc de l'Aliança.

De manera qualitativa s'han recollit un seguit d'aspectes que cal treballar per facilitar una accessibilitat més gran, com la necessitat de consolidar les derivacions dels pacients amb indicació independentment de l'existència de línies de recerca pels quals siguin elegibles, i de vetllar per la no duplicació de proves diagnòstiques que puguin suposar un retard en l'accés a tractaments.

Accessibilitat	
Punts forts	Punts de millora
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definició de circuits assistencials i protocols de derivació com els de les intervencions prioritzades, que permeten als pacients amb indicació de tot el territori de la C-17 accedir a un centre de gran capacitat (HCB): <ul style="list-style-type: none"> ✓ A cardiologia s'han definit circuits d'accés per a l'atenció de tractament valvular o dolor toràcic. ✓ L'assessorament genètic i les teràpies moleculars són un exemple de cas d'èxit en accessibilitat. ✓ S'ha estès a tota la població de la C-17 la possibilitat de participar en estudis de recerca de nous tractaments oncològics fets a l'HCB. ✓ Les urgències 24x7 d'urologia i d'ORL de l'HCB donen cobertura a tot el territori. ✓ La creació del clúster de la COVID-19 en la conjuntura de la pandèmia va facilitar l'establiment de circuits de derivació i l'accessibilitat. ✓ Pel que fa a les primeres visites: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Es triplica el volum de pacients de la C-17 que es visiten per primera vegada per cirurgia valvular oberta a l'HCB entre 2019 i 2022. ✓ Es passa de 0 a 14 pacients de les AGA del Vallès Oriental i l'AGA Osona visitats a les consultes externes d'isquèmia de l'HCB entre 2019 i 2022. ✓ Pel que fa a les intervencions quirúrgiques: <ul style="list-style-type: none"> ✓ El nombre de pacients de les AGA del Vallès Oriental i l'AGA Osona intervinguts a l'HCB per cirurgia coronària oberta a l'HCB creix lleugerament entre 2018 ($n = 24$) i 2022 ($n = 29$), i es produeix un pic el 2020, amb 37 casos. ✓ Pel que fa a l'atenció a les urgències 24x7 d'ORL, l'avaluació pilot va registrar 21 pacients de les AGA del Vallès Oriental i l'AGA Osona atesos per la guàrdia de 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manca de mecanismes per recollir dades i indicadors d'accessibilitat específics de cada intervenció assistencial de l'Aliança (per quantificar i objectivar la millora del temps d'espera, per exemple). ➤ Incertesa sobre la capacitat de l'HCB per respondre a les necessitats de la població de l'AE C-17. ➤ Percepció que l'HCB accepta la derivació de pacients dels centres de l'AE C-17 prioritzant criteris de recerca. En cas de no complir-los, es deriven a un centre extern. ➤ Cal millorar el diagnòstic per oferir un tracte més precís, evitant la duplicat de visites, derivacions i llargues esperes per als pacients. ➤ Amb l'aplicació d'alguns circuits de derivació, l'HCB queda més lluny en comparació de centres on es derivava prèviament. ➤ Alguns centres privats perjudiquen l'AE C-17 pel que fa a l'expertesa i la rapidesa en l'accessibilitat. ➤ En els darrers dos anys, els temps de resposta s'han vist afectats negativament per l'impacte de la COVID-19. ➤ Caldria continuar monitorant els temps d'espera per a visites amb especialistes i intervencions quirúrgiques, per verificar si es produeix una millora del temps de resposta de les intervencions prioritzades gràcies als circuits assistencials i els protocols de derivació definits.

Accessibilitat	
Punts forts	Punts de millora
l'HCB en el marc de la intervenció conjunta, una mitjana de tres pacients al mes.	

Les limitacions principals a la valoració de l'accessibilitat ja comentades (manca de recollida d'indicadors preintervenció i postintervenció específics de cada intervenció assistencial de l'Aliança, i coincidència del període amb la pandèmia de la COVID-19) es complementen amb tres consideracions més pel que fa a l'abordatge quantitatiu que cal tenir en compte. En primer lloc, el fet que puguin produir-se errors de registre en les bases de dades consultades, amb algunes de les AGA amb volums de casos comparativament inferiors a d'altres (tenint en compte els volums respectius de població). En segon lloc, el poder estadístic reduït de la unitat d'anàlisi de l'AGA Baix Montseny: tractant-se d'un territori amb un volum de persones assegurades molt inferior als altres territoris (aproximadament, una desena part de la població de l' AIS Barcelona Esquerra; menys de la meitat de l'AGA Baix Vallès), i d'una anàlisi en alguns casos de procediments poc freqüents, es troba una casuística reduïda i hi ha una gran oscil·lació en les dades dels temps d'espera d'aquest territori. Finalment, l'anàlisi quantitativa és merament descriptiva i no permet atribuir una causalitat entre l'evolució observada i les accions dutes a terme.

Pel que fa a les valoracions qualitatives, cal tenir en compte que poden tenir un biaix de selecció de les intervencions prioritzades a l'avaluació i de representativitat dels participants en les tècniques de recollida d'evidència qualitativa.

7.1.8. Millores de salut i seguretat

El desplegament de l'AE C-17, col·laborant entre centres per transferir coneixement i garantir conjuntament la cobertura de les necessitats de salut complexes de tot el territori, pretén repercutir positivament en la qualitat de l'atenció i la capacitat de resposta de la xarxa. Aquestes millores, a la vegada, s'haurien de traduir en millors resultats de salut i seguretat de la població.

Un primer element que condiciona la valoració dels assoliments en aquesta dimensió és la manca d'una estratègia a escala de l'Aliança i per a cada intervenció implementada, per recollir indicadors de millores de salut, efectivitat i seguretat, dissenyada per monitorar el canvi i capaç d'aïllar efectes d'altres factors aliens al desplegament de l'Aliança i que limitin la possibilitat d'atribuir una causalitat.

En aquest escenari, s'ha recorregut a la informació disponible als sistemes d'informació del Servei Català de la Salut i del Pla director d'oncologia (PDO) de mortalitat i reingressos a les àrees clíniques de cardiociències i oncologia, i s'ha analitzat la capacitat resolutiva de cada AGA i conjunta a escala de xarxa de la casuística hospitalària de complexitat mitjana i terciària.

Els indicadors disponibles sobre efectivitat s'han analitzat amb les observacions següents:

- La mortalitat ajustada en les patologies cardíaques d'infart agut de miocardi (IAM) amb elevació del segment ST sense trasllats, en IAM sense elevació del segment ST i en reemplaçament de vàlvules cardíaques presenta per a totes les AGA de la C-17 valors observats propers als esperats en el període 2019-2021, amb l'excepció de l' AIS Barcelona Esquerra el 2019, amb un valor significativament més baix que l'esperat en reemplaçament de vàlvules cardíaques. En el període per al qual es disposa de dades (2005-2021), s'observen pocs valors significativament per sobre dels esperats: en el cas de l'IAM sense elevació del segment ST, el 2011 per a l'AGA Vallès Oriental Central i el 2012-2013 per a l'AGA Baix Vallès, i en el cas del reemplaçament de vàlvules

cardíacques, el 2009 per a l' AIS Barcelona Esquerra i el 2016 per a l'AGA Baix Vallès. Caldria continuar monitorant els indicadors per corroborar una estabilitat en uns valors pròxims als esperables a totes les AGA.

- En el cas de la mortalitat per insuficiència cardíaca congestiva, en el període de desplegament de l'Aliança dos territoris presenten valors significativament diferents dels esperats: a l'AGA Osona, la mortalitat el 2020 i el 2021 era més baixa que l'esperada, mentre que l'AGA Vallès Oriental Central el 2020 tenia un valor per sobre de l'esperat. Tenint en compte el poc temps des de l'establiment de convenis de col·laboració en aquest àmbit i la coincidència en el temps amb la pandèmia de la COVID-19, resulta difícil extreure conclusions sobre quin ha estat l'impacte del treball conjunt de l'Aliança.
- L'evolució de l'èxitus en 12 mesos de les pacients de la C-17 intervingudes de mastectomia passa del 2% per a les intervingudes el 2018 al 5,9% per a les intervingudes el 2019, i finalment se situa en el 0,5% per a les intervingudes el 2020, segons dades del PDO. Cal tenir en compte l'efecte de la pandèmia de la COVID-19 a l'hora d'interpretar aquestes dades. No obstant això, les dades permeten comparar la supervivència a un any postmastectomia de les pacients residents al territori de la C-17 agregat del període amb la dada global del SISCAT. Un 2,8% de les 601 pacients de la C-17 intervingudes van tenir una supervivència menor a l'any després de la intervenció, percentatge lleugerament inferior a la dada del SISCAT (3,2%).
- Els reingressos en els 30 dies posteriors observats dels pacients hospitalitzats per angina de pit de les diferents AGA són molt similars als esperats en el període de desplegament dels processos assistencials compartits en l'àrea de cardiociències (2019-2021). En el període previ, tant l'AGA Osona com l'AGA Vallès Oriental Central van presentar valors observats significativament més elevats que els esperats. En el cas dels reingressos en els 30 dies posteriors per insuficiència cardíaca congestiva, les dades disponibles apunten a una evolució diferent a cada AGA de la C-17 entre 2019 i 2021. Novament, caldria continuar monitorant aquests indicadors un cop passat l'efecte de la pandèmia per conèixer la tendència.

L'anàlisi de la capacitat resolutiva conjunta del territori de la C-17 mostra:

- L'augment del percentatge de resolució dels centres de l'AE C-17 de la casuística terciària del territori entre 2017 i 2021, si bé aquest increment es produeix en tres AGA: Osona, Vallès Oriental Central i Baix Vallès, mentre que les dades respectives de Baix Montseny i Barcelona Esquerra es mantenen estables.
- L'augment progressiu de la resolució conjunta de l'activitat de complexitat mitjana (o referència) de la població de la C-17, tot i que novament el canvi es produeix principalment en tres AGA: Osona, Vallès Oriental Central i Baix Montseny. Aquest augment es produeix tant en activitat quirúrgica com en activitat mèdica.
- El percentatge de resolució conjunta en intervencions de mastectomia és similar el 2018 i el 2020 (77,8% i 79,6%, respectivament), i supera una reducció al 70,3% l'any 2020. No obstant això, les AGA presenten evolucions diferents: per exemple, l'AGA Vallès Oriental Central experimenta un augment considerable (del 85,4% el 2018 al 94,1% el 2020), mentre que les AGA Osona, Baix Vallès i Baix Montseny disminueixen un 8-12%. Caldria continuar monitorant l'indicador per corroborar si es consoliden tendències en aquesta intervenció del procés assistencial compartit en càncer de mama.

Tot i que manquen dades que ho corroborin, hi ha consens pel que fa a l'impacte positiu que han tingut les intervencions conjuntes de l'Aliança en la qualitat de l'atenció i els resultats de salut, pel fet de compartir a escala de xarxa el coneixement i les tecnologies i d'aplicar protocols i circuits comuns, per garantir l'accés a les prestacions per a l'atenció complexa i millorar la capacitat de resposta.

Milliores de salut i seguretat	
Punts forts	Punts de millora
<p>Les dades quantitatives disponibles indiquen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valors esperats propers als observats per a totes les AGA de la C-17 en la mortalitat ajustada per patologies cardíaques entre 2019 i 2021.* ✓ Un percentatge de supervivència a un any postmastectomia de les pacients de la C-17 lleugerament superior a la dada global del SISCAT (intervingudes el 2018, el 2019 i el 2020). ✓ Valors esperats propers als observats per a totes les AGA C-17 en reingressos en els 30 dies posteriors dels pacients hospitalitzats per angina de pit. ✓ Increment de la capacitat resolutive conjunta de la C-17 de la casuística terciària entre 2017 i 2021. ✓ Increment de la capacitat resolutive conjunta de la C-17 de la casuística de referència entre 2017 i 2021. <p>Qualitativament, es considera que l'assoliment dels aspectes següents s'ha traduït en millores en la salut i la seguretat:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El bon funcionament de les comissions clíniques compartides, les quals afavoreixen la transferència de coneixement entre professionals. ✓ La compartició de protocols comuns i estandarditzats establerts entre tots els centres. ✓ La coordinació de serveis de manera ordenada i articulada. ✓ L'augment de capacitat de resposta per part dels centres. <p>Qualitativament, es reporten impactes positius del desplegament de l'Aliança:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Millora de l'atenció als pacients oncològics i de la seva salut arran de l'estandardització de processos i una capacitat més gran dels professionals derivada de la transferència de coneixement. ✓ Millora de la qualitat de vida dels pacients amb malaltia isquèmica. ✓ Una reducció del temps d'espera dels pacients dins del circuit d'urgències 24x7 d'ORL. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cal establir indicadors quantitius a escala de C-17 i per cada AGA de les millores de salut, l'efectivitat i la seguretat dels pacients atesos sota el paraigua de l'Aliança de manera general i específics per a intervencions de l'AE C-17. <p>Les dades quantitatives disponibles indiquen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'AGA Baix Montseny i l' AIS Barcelona Esquerra no han experimentat un increment de la capacitat resolutive conjunta de la C-17 de la casuística terciària entre 2017 i 2021. ➤ L'AGA Baix Vallès i l' AIS Barcelona Esquerra no han experimentat un increment de la capacitat resolutive conjunta de la C-17 de la casuística de referència entre 2017 i 2021. ➤ Una disminució entre 2018 i 2020 en la capacitat resolutive conjunta de la C-17 de les mastectomies fetes a pacients d'Osona, Baix Montseny i Baix Vallès. <p>Es recullen aspectes de millora concrets a les diferents intervencions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Càncer de mama: dificultat a tenir un registre sistemàtic i de qualitat de les dades d'intervencions. ➤ Malaltia isquèmica: manca de la possibilitat de fer un bon seguiment de la mortalitat, perquè aquesta dada està lligada a la història compartida, però no hi ha informació de la mortalitat intrahospitalària. ➤ Urgències 24x7 d'ORL: manca d'eines per facilitar la recollida de dades de resultats de salut, efectivitat i seguretat. ➤ Es percep una variabilitat a escala de xarxa en la pràctica clínica que limita l'assoliment d'una millor qualitat del servei i la possibilitat de continuar desplegant l'Aliança a partir d'una base comuna.

* Amb l'excepció de la mortalitat per ICC.

L'aproximació avaluativa de l'impacte en els resultats de salut i seguretat del desplegament de l'Aliança presenta les mateixes limitacions esmentades per a la dimensió "Accessibilitat".

7.1.9. Equitat

Per valorar aquesta dimensió, s'ha volgut estudiar si els esforços de l'Aliança s'han traduït en una equitat més gran en l'accés a la cartera de serveis i/o en els resultats de salut de la població de la C-17. Novament, es disposa d'evidència qualitativa i d'evidència quantitativa, acotades principalment a les tres intervencions assistencials prioritzades.

Per valorar l'equitat d'accés, es pot observar la variabilitat entre AGA en l'accés a les visites amb professionals experts en patologies d'alta complexitat, les interconsultes amb serveis d'alta complexitat, les proves diagnòstiques, les noves teràpies i les intervencions quirúrgiques.

Des d'un punt de vista quantitatiu, no es disposa de prou informació per valorar l'equitat d'accés a les proves diagnòstiques ni a les noves teràpies que formen part de les intervencions assistencials de l'Aliança, si bé, qualitativament, les persones participants en l'aproximació avaluativa han destacat una millora en ambdós aspectes.

Per a algunes intervencions assistencials s'han pogut obtenir els temps d'espera per a primeres visites i per a intervencions quirúrgiques, fet que permet observar el grau de similitud entre les diferents AGA de la C-17 i si al llarg del període s'ha produït una convergència. S'ha constatat:

- Una similitud més gran el 2022 que a l'inici del període en els temps d'espera de les diferents AGA per a primeres visites de cirurgia valvular oberta i isquèmia (tant al centre de realització principal de cada AGA com a les consultes a l'HCB).
- Menor variabilitat al final del període en els temps d'espera de les AGA C-17 per a intervencions a l'HCB de cirurgia valvular oberta i de cirurgies per neoplàsia maligna de tràquea, bronquis i pulmó.
- Diferències considerables el 2022 entre AGA en els temps d'espera per a primeres visites de cirurgia valvular oberta (tant les fetes al territori com les fetes a l'HCB), per a primeres visites al territori per isquèmia i també per a les visites per ICC.
- Més de 20 dies de diferència entre AGA en els temps d'espera per a cirurgia coronària oberta a l'HCB i per a les intervencions quirúrgiques per neoplàsia maligna de mama fetes al centre de realització principal respecte de cada AGA.

D'altra banda, s'ha obtingut informació quantitativa que permet una aproximació a l'equitat en resultats o millores de salut, comparant les dades corresponents als diferents territoris de la C-17 per veure si hi ha variabilitat en l'evolució o en el punt d'arribada:

- En el període de desplegament d'intervencions conjuntes a l'àrea de les cardiociències, la mortalitat ajustada observada en patologies cardíagues és propera als valors esperats per a totes les AGA entre 2019 i 2021, amb l'excepció de la mortalitat ajustada per insuficiència cardíaca congestiva (ICC), on es presenta variabilitat entre els resultats de les diferents AGA C-17.
- El comportament dels reingressos en els 30 dies posteriors observats *versus* els esperats de pacients hospitalitzats per ICC també presenta variabilitat entre AGA de la C-17 entre 2019 i 2021.
- La resolució conjunta de la C-17 de la casuística terciària varia entre les AGA: mentre que per a la població de les AGA Baix Montseny i Baix Vallès quatre de cada 10 altes es fan en centres de fora de la C-17 el 2021, en el cas d'Osona i Barcelona Esquerra només

dues de cada 10 es resolen fora de l'espai de la C-17. L'evolució entre 2017 i 2021 tampoc no ha estat homogènia entre territoris, amb increments a Osona, Vallès Oriental Central i Baix Vallès que no s'han produït a Barcelona Esquerra ni a Baix Montseny.

- La resolució conjunta de la C-17 de la casuística de referència també varia entre AGA: del 65,8% de Barcelona Esquerra (si no es compta una part de l'atenció feta a un centre del territori de la C-17 que no forma part de l'Aliança) al 81,6% a Osona (dades de 2021). En aquest cas, tampoc no s'ha experimentat la mateixa evolució en el període analitzat, amb poc canvi a Barcelona Esquerra i Baix Vallès, i augments progressius a Baix Montseny, Vallès Oriental Central i Osona.
- La resolució conjunta de la C-17 de les mastectomies és dispar entre les AGA: mentre que nou de cada 10 pacients d'Osona i Vallès Oriental Central van ser intervingudes a centres de la C-17 el 2020, aquests valors se situen en sis de 10 a Baix Vallès i en set de 10 pacients a Baix Montseny i Barcelona Esquerra. Entre 2018 i 2020, les AGA presenten evolucions diferents.

Qualitativament, es percep una equitat més gran, assolida arran del desplegament de l'AE C-17, equiparant la situació de la població del Vallès Oriental i d'Osona a la de població de Barcelona Esquerra quant a accés i beneficis derivats de les prestacions del centre de gran capacitat de la xarxa. S'identifiquen aspectes de millora en la coordinació i la valoració conjunta de les necessitats dels territoris per garantir una equitat més gran, i en les oportunitats dels professionals dels diferents centres per participar en la recerca i les teràpies innovadores.

Equitat	
Punts forts	Punts de millora
<p>Pel que fa a l'equitat d'accés mesurada en temps d'espera per a primeres visites amb especialistes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Els temps per a cirurgia valvular oberta al centre de realització principal de cada AGA presenten menys variabilitat l'any 2022 que l'any 2019, si bé en part és per l'increment experimentat a l'AGA Osona, on es registraven els temps més reduïts entre 2019 i 2021. ✓ Els temps per a cirurgia valvular oberta a l'HCB de les diferents AGA són més similars el 2022 que el 2019, si bé en part és per l'augment de l'espera a l'AGA Baix Vallès, que presentava el temps més reduït el 2019. ✓ Els temps per a consultes d'isquèmia al centre de realització principal de cada AGA s'equiparen el 2022 en comparació amb la situació de 2019, en part per l'increment de la dada d'AGA Osona. ✓ Els temps per a consultes d'isquèmia a l'HCB de les diferents AGA convergeixen entre 2020 i 2022, amb una diferència entre el valor màxim i el mínim de 10 dies. <p>Amb relació a l'equitat d'accés expressada en temps d'espera de les persones amb intervencions quirúrgiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ S'han equiparat els temps d'espera per a cirurgia valvular oberta a l'HCB de les AGA 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manquen dades específiques per a cada intervenció de l'Aliança per valorar de manera acurada l'equitat territorial d'accés i de resultats entre els pacients i entre els professionals. <p>Pel que fa a l'equitat d'accés mesurada en temps d'espera per a primeres visites amb especialistes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tot i haver convergit lleugerament, el 2022 el temps d'espera per a primeres visites de cirurgia valvular oberta de la població d'AGA Baix Vallès (a la FSM; 67 dies) és més de 20 dies superior als temps de les altres AGA als seus centres de destinació respectius principals. ➤ Malgrat que hi ha menys variabilitat que a l'inici del període, el temps d'espera per a primeres visites de cirurgia valvular oberta a l'HCB de la població de l'AGA Osona (59 dies) supera en més de 20 dies els temps d'espera d'altres AGA per veure els especialistes a l'HCB. ➤ Tot i una similitud més gran en els temps d'espera per a primeres visites d'isquèmia en les diferents AGA el 2022 que el 2019, la dada de 2022 de l'AGA Baix Vallès (a la FSM; 65 dies) gairebé duplica la dada de l'AGA Osona (al CHV, 34 dies).

Equitat	
Punts forts	Punts de millora
<p>de la C-17 entre 2019 i 2022,* amb vuit dies de diferència entre màxim i mínim (enfront dels 23 dies de diferència el 2019).</p> <p>✓ Hi ha més similitud el 2022 entre els temps d'espera per a intervenció quirúrgica per neoplàsia maligna de tràquea, bronquis i pulmó de les diferents AGA que l'any 2019, amb cinc dies de diferència entre el temps màxim (AGA Vallès Oriental Central, 28 dies) i mínim (AGA Osona, 23 dies).</p> <p>Les dades de resultats de salut mostren:</p> <p>✓ Similitud entre AGA en el comportament de la mortalitat ajustada observada vs. esperada per patologies cardíaques (excepte ICC).</p> <p>Qualitativament, es considera que:</p> <p>✓ Les intervencions assistencials han facilitat l'equitat d'accés a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Professionals experts en alta complexitat ✓ Proves diagnòstiques ✓ Teràpies i tractaments innovadors <p>✓ El desplegament de l'Aliança ha contribuït a una equitat assistencial més gran per als pacients dels centres comarcals i ha permès disminuir les desigualtats entre pacients.</p> <p>✓ L'organització del clúster de la COVID-19 va facilitar l'equitat d'atenció.</p>	<p>➤ Hi ha força variabilitat en els temps d'espera per a primeres visites d'ICC segons el territori (el 2022, 35 dies a l'AGA Osona —al CHV—, 63 dies a l'AGA Vallès Oriental Central —a la FPHAG—), i aquestes diferències no s'han reduït al llarg del període.</p> <p>Amb relació a l'equitat d'accés expressada en temps d'espera de les persones amb intervencions quirúrgiques:</p> <p>➤ Hi ha més de 20 dies de diferència entre territoris en els temps d'espera per a cirurgia coronària oberta a l'HCB (el 2022, 44 dies a l'AGA Vallès Oriental Central, 70 dies a l'AGA Osona), i aquesta variabilitat ha augmentat lleugerament entre 2019 i 2022.</p> <p>➤ Hi ha més de 20 dies de diferència entre AGA en els dies d'espera per a cirurgies de neoplàsia maligna de mama al respectiu centre de realització principal (màxim: 43 dies a l' AIS Barcelona Esquerra; mínim: 22 dies a l'AGA Osona), i més variabilitat el 2022 que l'any 2018.</p> <p>Les dades de resultats de salut mostren:</p> <p>➤ Variabilitat entre AGA en el comportament de la mortalitat ajustada observada vs. esperada per ICC.</p> <p>➤ Variabilitat entre AGA en el comportament dels reingressos en els 30 dies posteriors de pacients hospitalitzats per ICC.</p> <p>➤ Variabilitat i evolució diferent en el percentatge de resolució conjunta de la C-17 de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La casuística terciària ➤ La casuística de referència ➤ Les intervencions de mastectomia <p>Qualitativament, es considera que:</p> <p>➤ Cal ordenar i coordinar les necessitats de cada centre per garantir l'equitat a tots els pacients de l'AE C-17.</p> <p>➤ No hi ha equitat dels professionals sanitaris a l'hora d'accedir a la recerca i als assaigs clínics i, per extensió, tampoc entre els pacients. En els hospitals perifèrics, els professionals tenen poc temps per fer recerca.</p>

* Sense considerar la dada extrema de l'AGA Baix Montseny, que correspon a només tres casos.

La valoració d'aquesta dimensió novament presenta les mateixes limitacions esmentades per a la dimensió "Accessibilitat".

7.1.10. Experiència dels pacients

En paral·lel a l'eventual millora de la salut que es pugui produir, aquesta dimensió vol comprendre com "viu l'atenció" una persona que requereix atenció prestada en col·laboració dels centres de l'AE C-17, tenint en compte qüestions com la comunicació, la coordinació, el confort i, en definitiva, l'atenció centrada en la persona.

Com a limitació principal en la valoració d'aquesta dimensió, cal considerar que es basa majoritàriament en la percepció informada pels professionals de l'Aliança, i no en aportacions directes de pacients o persones cuidadores atesos en un PAC de l'Aliança. No es disposa d'informació recollida sistemàtica dels resultats de salut reportats pel pacient (PROM) ni de la seva experiència (PREM) del conjunt de PAC implementats fins avui.

Amb tot, un primer element considerat és el mateix coneixement de la realitat de l'Aliança. Si bé es considera que les persones ateses en el marc de processos assistencials compartits coneixen i entenen per què poden ser derivats a altres centres per ser atesos, s'han recollit percepcions sobre la necessitat de millorar la informació que es proporciona als pacients i les persones cuidadores, per donar a conèixer l'Aliança, els seus objectius, la seva organització i les implicacions pràctiques que suposa per a la persona atesa.

S'han recollit valoracions qualitatives que indiquen que els pacients perceben els beneficis de l'Aliança i poden expressar les seves preferències en el marc de l'atenció conjunta, si bé no hi ha mecanismes per recollir de manera sistemàtica l'experiència dels pacients.

En el cas concret de les tres intervencions prioritzades en l'aproximació avaluativa, s'han identificat impactes positius de l'abordatge conjunt, com la reducció dels desplaçaments, dels temps d'espera o de les sessions de tractament, si bé no s'han pogut quantificar. Amb tot, la conclusió principal és que cal generar més evidència, inclosa la informada directament pels pacients, per valorar de manera adequada fins a quin punt l'atenció dels processos assistencials compartits de l'Aliança està coordinada i centrada en la persona.

Experiència dels pacients	
Punts forts	Punts de millora
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inputs positius (qualitatius) dels pacients amb relació als beneficis de l'AE C-17. ✓ Coneixement del pacient sobre on serà tractat i derivat (a l'HCB). ✓ El transport urgent està ben valorat. ✓ Grup focal amb pacients atesos sota el paraigua de l'AE C-17 l'any 2019. <p>A oncologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Compartir protocols oncològics entre centres aporta confiança als pacients. ✓ Menys sessions de quimioteràpia pels pacients. ✓ Projecte Brúixola (càncer de pulmó) per analitzar l'experiència dels pacients. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No hi ha mecanismes de recollida de dades ni indicadors que quantifiquin l'experiència dels pacients. ➤ Fa falta explicar millor l'AE C-17 a la ciutadania i als pacients, i millorar el coneixement del fet de ser atesos en el marc d'una xarxa hospitalària i les seves implicacions pràctiques, amb informació clara i transparent. ➤ Falta de claredat per al pacient respecte als objectius de cada centre, els responsables de les accions i la presa de decisions. ➤ Manca de percepció de circuit únic; el pacient es perd en el procés de derivació.

Experiència dels pacients	
Punts forts	Punts de millora
<p>A cardiologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Els cateterismes es fan majoritàriament a l'HCB, cosa que permet estalviar estades hospitalàries per pacients amb malaltia isquèmica. <p>A urgències 24x7:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Satisfacció per la reducció del temps d'espera i dels desplaçaments innecessaris. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manca d'informació sobre cap a quin centre s'ha de dirigir el pacient (terciari o comarcal) segons el tipus de proves que s'ha de fer. ➤ Situació d'angoixa per al pacient quan és derivat i no se l'ha informat prou del circuit que ha de seguir i de qui fa el seguiment. ➤ El transport sanitari ordinari (no urgent) entre centres és millorable, segons els pacients.

7.2. Conclusions generals de l'aproximació avaluativa de l'AE C-17 per al període 2017-2022

A continuació es presenta la valoració general del període 2017-2022, identificant els principals assoliments de l'AE C-17, així com les dimensions on el desplegament de l'Aliança ha estat menor. Cal posar en relació el grau més alt o més baix de desplegament amb quins van ser els objectius i les línies d'acció prioritàries marcats per la mateixa AE C-17: seria comprensible que les dimensions abordades d'inici amb accions explícites per desplegar els seus elements tinguessin un assoliment més elevat que altres dimensions desplegades en segon terme. Així, la valoració comparada de les diferents dimensions en cap cas s'ha d'entendre en termes d'èxit o fracàs, sinó sempre en termes de progressió de cada dimensió respecte a la seva situació el 2017, tot tenint en compte com eren de rellevants per assolir els objectius prioritàries que motiven l'establiment de l'Aliança.

Com s'ha esmentat al capítol 2 d'aquest informe, en els primers anys del desplegament, l'AE C-17 ha pretès establir un model estable de col·laboració entre els hospitals que la conformen en matèria de gestió assistencial de la salut, per desenvolupar projectes compartits amb l'objectiu d'assolir l'excel·lència en l'atenció sanitària a la seva població de referència i per millorar l'eficiència i l'accessibilitat de les persones amb patologies que requereixen una atenció d'alta especialització o concentrada en determinats punts de la xarxa per raons de sostenibilitat i qualitat de l'atenció.

Els objectius principals han estat millorar l'equitat d'accés als recursos sanitaris de la ciutadania del territori de la C-17, millorar la qualitat, l'eficiència i l'escalabilitat de la prestació de serveis sanitaris de complexitat per mitjà de la compartició de coneixement i recursos, i garantir el desenvolupament professional als diferents punts d'atenció de l'Aliança, mitjançant la formació continuada accessible a escala de xarxa i la participació en recerca i projectes assistencials compartits sota un mateix lideratge clínic. Per fer realitat aquests objectius, l'AE C-17 ha establert un marc transversal de governança i treball en xarxa i ha desenvolupat eines de suport a la gestió i la pràctica assistencial, tant TIC com diagnòstiques. Més recentment, ha iniciat una reflexió respecte al marc econòmic i financer des de la perspectiva global de l'AE C-17.

La valoració feta ha pogut evidenciar assoliments pràcticament en cadascuna de les dimensions del marc avaluatiu que es poden atribuir a l'establiment de l'Aliança, entre els quals destaquen:

- La col·laboració ininterrompuda entre els cinc centres durant més de cinc anys, tot i haver hagut de fer front a una pandèmia global, basada en uns òrgans consolidats de

governança, conformats per la coordinació de l'Aliança i pels equips de direcció, clínics i de suport assistencial. Aquests equips han permès establir una estratègia conjunta i implementar iniciatives de xarxa amb l'impuls del lideratge clínic, abordant dificultats concretes per fer realitat processos assistencials compartits.

- L'impuls a la transferència de coneixement entre professionals dels diferents centres, mitjançant la seva participació en equips multicentre i multidisciplinaris que treballen conjuntament per donar l'atenció més adequada segons les necessitats de cada pacient. S'ha generat un sentiment de pertinença a una entitat comuna que permet accedir a formació i recursos que es posen a l'abast de tota la xarxa, participant en projectes, sessions i jornades conjuntes, sota el lideratge de les comissions clíniques i seguint metodologies clares i fluides.
- La pràctica professional s'ha anat assimilant entre els centres en aspectes clau, en aquells processos prioritzats en el marc de l'AE, per al maneig clínic i la seguretat de cada professional en la funció que fa. Destaquen la possibilitat d'accedir a coneixement i opinió experta (tant per a la valoració de casos complexos com en la cobertura horària 24x7); l'opció de fer proves diagnòstiques d'alta tecnologia o accedir a teràpies innovadores; el seguiment de protocols i circuits assistencials comuns a escala de xarxa, o la possibilitat de fer en proximitat al llarg de la xarxa determinats procediments amb el suport de professionals de l'Aliança. Es considera que aquest fet ha contribuït a l'atracció i la retenció de talent, especialment als centres de les comarques d'Osona i el Vallès Oriental.
- S'han establert eines TIC per fer possible el treball en xarxa, amb canals de comunicació i plataformes de compartició d'informació entre els professionals que intervenen en l'atenció d'un mateix pacient. Destaquen, per exemple, el web de farmàcia, la possibilitat d'interconsulta asíncrona, la sol·licitud de proves diagnòstiques amb notificació de resultat i suport en la facturació, i la comunicació telefònica directa entre els serveis d'urgències per a casos d'ORL o urologia en horari 24x7.
- S'han estès a escala de xarxa prestacions que estan concentrades en un únic punt d'atenció, tot garantint la qualitat, la seguretat i la sostenibilitat de la cartera de serveis, sempre que se'n garanteixi també el volum mínim de casos. Això ha impactat positivament en l'accessibilitat, especialment per a la població de les AGA del Vallès Oriental i l'AGA d'Osona, on s'han assolit millores en l'equitat d'accés.
- Determinades intervencions assistencials permeten optimitzar l'ús de recursos a escala de xarxa, amb estalvis nets arran de la reducció en el nombre d'ingressos o de desplaçaments innecessaris.
- Tot i que no es disposa d'evidència quantitativa, la percepció entre les persones participants en l'aproximació avaluativa és que l'esforç fet desplegant processos assistencials compartits ha repercutit positivament en l'experiència i els resultats de salut del pacient, que es beneficia d'una qualitat assistencial més gran i d'una atenció més integrada entre centres que participen en la seva atenció.

L'aproximació avaluativa, plantejada com un exercici de reflexió i aprenentatge compartit, també ha identificat aspectes amb una menor progressió de l'esperada, o bé que, sense haver-se proposat d'inici com un àmbit prioritari d'acció, han emergit com a barreres per al desplegament de l'Aliança:

- La conveniència de reforçar l'estructura de governança de l'AE C-17, més enllà dels acords anuals de les gerències i les direccions mèdiques, amb mecanismes per garantir una presa de decisions amb visió de conjunt que es basi en l'intercanvi i el consens entre les diferents parts implicades, i també eines per vetllar per l'adopció de les decisions, on

és clau la figura de la Coordinació de l'Aliança per transmetre-ho al Servei Català de la Salut i alinear-se amb la planificació sanitària i els criteris establerts per aquest Servei per no generar dissonàncies en el sistema ni en el desplegament d'aquestes eines.

- La manca d'adaptació del marc econòmic i financer a una nova manera de prestar atenció sanitària centrada en el pacient i que requereix la col·laboració i la compartició de recursos entre entitats que mantenen la seva identitat jurídica i independència financera.
- La necessitat de transformar el marc laboral i els sistemes d'informació per tal de fomentar un entorn únic d'exercici professional, eliminant desincentius o factors de greuge comparatiu entre professionals, i afavorint la mobilitat i el treball conjunt d'aquests professionals, independentment del centre al qual orgànicament pertanyen.
- El desplegament d'un marc TIC a escala de l'Aliança que permeti l'intercanvi i el registre d'informació necessària tant per a la pràctica assistencial com per a la gestió sanitària i avaluació, amb una homogeneïtat més gran entre programaris i estacions de treball, i més facilitat per fer el seguiment de pacients compartits i accedir a resultats de les seves proves diagnòstiques, evitant duplicitats de proves que poden repercutir negativament en els temps de resposta.
- La necessitat d'establir una estratègia de recollida sistemàtica d'evidència per al monitoratge i l'avaluació de les intervencions de l'Aliança, abans d'iniciar aquestes intervencions, consolidant un sistema de dades conjunt amb visió poblacional. Cal una estratègia que inclogui les diferents dimensions del marc avaluatiu de l'Aliança (per exemple, experiència dels professionals i dels pacients, valoració econòmica, millores de salut) i protocols d'avaluació específics per a cada intervenció assistencial, amb indicadors consensuats de procés i resultat, i mecanismes de recollida de les dades necessàries per fer-ne el càlcul.
- Per a l'avaluació econòmica, és especialment necessari definir abans de la implementació una metodologia d'avaluació per copsar els recursos invertits i els costos i beneficis derivats, i per identificar en els registres tots els pacients susceptibles d'inclusió i finalment inclosos en les intervencions. Cal habilitar mecanismes de recollida de dades homogenis i establir un pla d'anàlisi amb visió de conjunt.
- La comunicació transversal entre les iniciatives prioritzades i els professionals que hi han participat ha estat fluida. No obstant això, s'identifiquen aspectes de millora en la comunicació respecte a l'Aliança (existència, objectius i implicacions pràctiques), tant entre professionals dels centres de l'AE C-17 com amb altres nivells assistencials que atenen la població de la C-17, i també amb pacients i persones cuidadores. Entre d'altres, potenciant canals i protocols de comunicació més homogenis, i involucrant altres perfils professionals més enllà dels que participen directament en els projectes assistencials conjunts.
- La rellevància d'impulsar la capacitat resolutiva de l'activitat de referència i terciària conjunta dels centres de l'AE C-17, evitant la realització de parts dels processos assistencials a altres territoris i fomentant la complementarietat entre centres i el suport al territori per garantir la cobertura de les necessitats de salut segons el model territorial de desplegament de la cartera de serveis de salut.
- La necessitat d'analitzar els volums d'activitat i dimensionar adequadament els equips de treball que donen cobertura a tot el territori de la C-17, per exemple, en la realització de proves diagnòstiques o a les guàrdies 24x7.
- La importància de vetllar perquè s'atenguin els pacients en el punt més adequat de la xarxa segons la seva complexitat i el procés assistencial definit, per garantir-ne la qualitat i la seguretat. En el cas d'assaigs clínics, cal tenir present si estan englobats en

processos assistencials compartits en el marc de l'Aliança, i així permetre-hi la participació dels professionals dels altres centres de l'Aliança, com també no limitar-ne la inclusió de pacients. Alhora, en els projectes de recerca o innovació cal facilitar l'abordatge conjunt, especialment amb la participació de professionals dels diferents centres.

- Oportunitats per impulsar una pràctica clínica més homogènia entre els diversos centres, revisant i perfilant conjuntament detalls dels protocols i els circuits assistencials, i involucrant els diferents perfils professionals que intervenen en la prestació del servei en la seva definició.
- La conveniència d'analitzar les diferències territorials en els temps d'espera per a determinades visites i intervencions quirúrgiques, i d'adoptar mesures per afavorir una equitat més gran en l'accés a l'atenció.

Les consideracions generals següents plasmen el valor afegit del model col·laboratiu de l'AE C-17 i els aprenentatges del seu abordatge avaluatiu.

“Hi ha consens entre els centres de l'AE C-17 i el Servei Català de la Salut sobre els beneficis d'establir una aliança estratègica sanitària”

Tots els centres expressen convenciment de la utilitat dels esforços invertits per crear i desplegar l'Aliança. El Servei Català de la Salut aposta per aquest model, que és considerat una opció clau i indispensable per garantir la sostenibilitat i l'equitat d'accés a la cartera de serveis de salut, mantenint la qualitat i repercutint positivament en la salut. Hi ha, per tant, una visió compartida entre els principals agents implicats, element clau per a la governança i el desplegament d'aquest treball en xarxa.

“La col·laboració assistencial entre centres ha estat possible i ha funcionat”

Per a aquells processos assistencials prioritzats, s'han dissenyat i adoptat protocols i circuits compartits, amb un lideratge clínic que ha servit com a motor del canvi. En el període analitzat, moltes vegades no s'ha disposat de recursos (personal addicional, temps) destinats específicament a implementar els canvis, ni s'han dut a terme transformacions profundes en l'entorn (TIC, laboral, economicofinancer, involucrant tots els perfils professionals i pacients i persones cuidadores de manera explícita). No obstant això, l'experiència ha estat positiva, tant per als professionals que ho han viscut com per als pacients dels diferents territoris de la C-17 que tenen més accés a la cartera de serveis d'alta especialització.

“La pràctica professional als centres de l'AE C-17 s'ha vist potenciada, però hi continua havent diferents entorns i marcs laborals que dificulten una integració i un treball conjunt més grans”

Els professionals gaudeixen de més oportunitats d'accés a la formació, de participar en projectes conjunts i de treballar de manera interdisciplinària entorn de les necessitats del pacient, i poden accedir a l'opinió experta i l'alta tecnologia en cas necessari. No obstant això, hi ha frens a la col·laboració pel fet de continuar cadascú en un entorn de treball particular (a escala contractual, de sistemes d'informació, amb variabilitat en la pràctica entre centres, etc.), i caldria involucrar més perfils en el desplegament de l'Aliança.

“Els beneficis del treball en xarxa i la compartició de recursos de moment es plantegen majoritàriament per a patologies complexes, amb un nombre acotat de pacients que potencialment es poden beneficiar”

Hi ha marge per estendre els beneficis del treball conjunt de l'Aliança a casuístiques amb més prevalença, així com a altres àrees clíniques. En la mesura que es vagin introduint canvis en les dimensions transversals (per exemple, processos de suport diagnòstics, sistemes TIC de compartició de dades i comunicació entre professionals i pacients), i que aquests canvis siguin escalables a processos assistencials més enllà dels prioritzats entre 2017 i 2022, augmentarà el nombre de pacients beneficiaris del treball conjunt. També augmentarà l'impacte en la població a mesura que s'expandeixin els processos assistencials compartits a casuístiques més freqüents, amb suport als centres perifèrics i mecanismes de finançament previstos, criteris d'indicació comuns, revisió amb visió territorial de les llistes d'espera, sistemes de monitoratge de resultats de salut i experiència dels pacients a escala de l'Aliança, entre d'altres.

“S’ha pres consciència de la necessitat d’acompanyar l’impuls de l’atenció clínica compartida amb l’impuls de l’entorn de governança, treball en xarxa i economicofinancer, establint eines que facilitin i incentivin la col·laboració”

Els diferents òrgans dels centres de l'AE C-17 (gerències, direccions assistencials, direccions economicofinanceres), així com el Servei Català de la Salut, perceben que és el moment de consolidar l'experiència pionera del treball en xarxa, amb una transformació de base. Els èxits fins ara s'han nodrit del lideratge clínic i de la bona predisposició de professionals de les intervencions assistencials prioritzades. Aquests pioners han posat en relleu aspectes barrera que s'han esquivat amb solucions *ad hoc* o temporals, però sense que s'hagi fet una transformació de fons a escala de l'Aliança i el SISCAT. Es percep una dificultat de sostenir a mitjà i llarg termini allò assolit, llevat que s'entri en una nova fase del desplegament (per exemple, “passant de pantalla”), pel risc de desmotivació o el *burnout* dels professionals implicats i/o la impossibilitat de continuar sense abordar els factors que restringeixen el treball conjunt.

“El desplegament futur de l'AE C-17 és una corresponsabilitat dels centres de l'AE C-17 i de les autoritats sanitàries”

L'aproximació avaluativa a l'AE C-17 ha permès identificar moltes àrees i punts específics amb marge de millora, tant sigui a escala de model com de gestió o d'execució en el dia a dia de la pràctica assistencial. Alguns d'aquests aspectes requereixen el desenvolupament conjunt futur entre els centres i les autoritats sanitàries. D'altres entren en l'àmbit d'autonomia de gestió i poden ser adoptats pels mateixos centres, mentre que d'altres han de ser liderats per les autoritats sanitàries. Acceptant aquesta corresponsabilitat, cal establir de manera acordada els objectius i les línies d'acció per continuar impulsant l'AE C-17 en el marc d'una estratègia d'impuls d'aliances a escala del SISCAT. Cal atribuir els lideratges, conformar els equips de treball (interns de l'AE C-17, interns del Servei Català de la Salut o mixtos, segons requereixi el projecte) i establir els mecanismes de seguiment i avaluació.

“El mateix procés de l'aproximació avaluativa ha permès aprendre i avançar conjuntament”

Aquest encàrrec no ha estat exempt de reptes. Això s'ha traduït en un procés estès en el temps, però que ha permès establir una relació fluida i de confiança mútua entre els centres de l'Aliança i el Servei Català de la Salut. Es comparteix que l'objectiu darrer en cap cas ha estat de fiscalitzar, sinó d'aprendre de l'experiència per reforçar i escalar els punts forts, i identificar conjuntament les oportunitats per aplicar millores en el futur.

Annexos

Annex 1. Plantilla de les fitxes d'intervenció de l'AE C-17

IDENTIFICACIÓ	
ÀMBIT: G <input type="checkbox"/> TX <input type="checkbox"/> PAC <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> TIC <input type="checkbox"/>	CODI:
Nom intervenció:	
Tipus intervenció Nova creació <input type="checkbox"/> Estendre a més territori una solució que ja existia a part de la C-17 <input type="checkbox"/> Revisar/adaptar solució preexistent <input type="checkbox"/>	
Impactes esperats principals (l'listat no exhaustiu; marcar tots els que apliquin): Millora accessibilitat <input type="checkbox"/> Millora continuum assistencial <input type="checkbox"/> Garantir qualitat assistencial <input type="checkbox"/> Evitar variabilitat clínica <input type="checkbox"/> Transferència de coneixement <input type="checkbox"/> Desenvolupament professional <input type="checkbox"/> Treball multidisciplinari / multicentre <input type="checkbox"/> Guany en termes d'eficiència <input type="checkbox"/> Sostenibilitat de la Cartera de serveis <input type="checkbox"/>	
Estat actual Dissenyat <input type="checkbox"/> Pilotat <input type="checkbox"/> Pilot avaluat i disseny esmenat (si s'escau), però pendent d'implantació plena <input type="checkbox"/> Implantació plena <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓ	
Context i justificació (De manera prèvia a la intervenció, quines dificultats operatives limitaven una oferta de serveis equitativa, segura, de qualitat i sostenible? Per què es va realitzar la intervenció? Què es volia aconseguir? Què hi havia/mancava abans?):	
Objectius* (Quin és l'objectiu general de la intervenció i els objectius específics? Cal fer constar també els objectius últims (outcomes) per a la població (resultats salut, experiència) i/o per la gestió (equitat, seguretat, qualitat, sostenibilitat). Numerar cadascun dels objectius específics per tal de facilitar la referència posterior, p.ex. al calendari d'accions): Objectiu general: Objectius específics: 1. XX 2. XX 3. XX 4. ...	
*Veure Annex 1 (tipus d'objectius segons dimensió: població, professionals i gestió)	

Destinatari de la intervenció (identificar quines són les persones/serveis/unitats a qui va dirigida la intervenció. Per exemple: professionals del servei CV, pacients oncològics...):			
Agents implicats en el disseny i/o la implementació (incloure tant els agents implicats en el disseny, com aquells sense els quals la intervenció no és possible d'implementar. Per "agent" s'entén serveis/unitats/òrgans de governança/perfiles professionals implicats. Especificar per a cada agent a quin centre o centres correspon):			
Lideratge (identificar la persona o persones o comissió que han liderat la intervenció, i la seva posició/lloc de treball):			
Accions i calendari (identificar cadascuna de les accions previstes per tal d'assolir els objectius plantejats, tot inclouent la creació dels instruments, òrgans o canals necessaris per fer efectiva la intervenció. Per a cada acció, consignar data en què s'acorda el disseny, i data en què es posa en funcionament, i relacionar amb el/els objectius específics als què contribueix)			
Acció ¹	Objectiu(s) específic(s) al(s) què contribueix ²	Data disseny (mes i any; acord formal on es recull ³)	Data implementació ^{4,5} (mes i any)

¹Redactar de manera que es desprengui el canvi respecte la situació inicial.
²Si queda algun objectiu específic sense acció dissenyada o implementada, caldrà recollir-la com "pendent o no implementat".
³Especificar l'acord (i.e. addenda conveni, signatura document, acta reunió, etc.) mitjançant el qual s'aprova el disseny.
⁴Especificar si hi ha diferències en el calendari d'implementació de l'acció segons centre de l'AE C-17.
⁵Si l'acció no s'ha implementat de manera global o en algun centre, recollir-ho com "pendent d'implementar (en centre X)".

Es disposa de documentació referent al disseny de la intervenció?No Sí → Adjuntar amb la fitxa d'intervencióDe manera parcial → Especificar què hi ha document i adjuntar amb la fitxa d'intervenció:**Recursos, costos i finançament** (veure quadre de definicions a sota)Informar mitjançant l'Excel *Informació Econòmica Intervencions*:

- 1) Totes les intervencions: emplenar *Taula 1. Cost de l'esforç inicial* per tal de documentar els recursos d'esforç inicial corresponents a la intervenció.
- 2) En funció del tipus de recursos de desplegament que correspongui a aquesta intervenció, emplenar:
 - a) Taula 2.1 per aquelles intervencions amb desplegament d'activitat assistencial, amb finançament directe CatSalut
 - b) Taula 2.2 per aquelles intervencions amb desplegament recurrent d'eines AE C-17 que comporta costos de manteniment de la intervenció pels que no es rep un finançament directe CatSalut

Definició de tipus de recursos per portar a terme les intervencions

Recursos d'esforç inicial: recursos destinats a la intervenció durant la fase de disseny, que serveixen per establir la metodologia de treball i crear les eines necessàries en la implementació de la intervenció (p.ex. hores grup de treball per definir circuit assistencial, elaboració eines de comunicació, compra de tecnologia /software...). S'entén que el cost no té un finançament directe de CatSalut, sinó que es finança indirectament o amb altres fonts de finançament.

Recursos de desplegament assistencial: recursos necessaris per prestar el procés assistencial (p.ex. hores de perfils professionals que intervenen en el procés, pernoctacions...), que corresponen al que podem anomenar costos de producció de l'activitat assistencial. L'activitat realitzada és finançada directament per CatSalut (preu alta, tarifa) segons contractació

Recursos de desplegament activitat AE C-17 recurrent no assistencial: recursos necessaris per realitzar les activitats recurrents d'intervencions AE-C17 (de governança, treball en xarxa) que no tenen finançament directe CatSalut (p.ex jornada anual, trobades de comissions clíniques...). Els costos associats es poden entendre com costos de manteniment de la intervenció.

Aquesta intervenció ha estat avaluada?Sí → *passa a bloc Descripció avaluació*No → *passa a bloc Proposta metodologia avaluació***Descripció avaluació**S'ha realitzat una avaluació del procés d'implementació?No Sí → Descriure de manera breu els principals resultats del procés d'implementació i si hi ha hagut alguna modificació respecte el disseny inicial:S'ha realitzat una avaluació dels resultats de la intervenció?No Sí → Descriure de manera breu els principals resultats de la intervenció:

Es disposa de documentació de l'avaluació?

No Sí → Adjuntar-la amb la fitxa d'intervenció**Proposta metodologia avaluació**

Quina o quines variables de resultat (indicadors) proposaria per avaluar aquesta intervenció, objectivant el seu impacte assistencial i/o econòmic?

Quina informació és necessària per mesurar el canvi produït en cada variable de resultats (indicador)?

Aquesta informació està disponible? En cas afirmatiu, indicar fonts.

VALORACIÓ*(Valoració global, però còpsant possible diversitat de perspectives i experiències de destinataris i agents implicats. Recomanació: emprar el llistat d'accions i objectius a mode de checklist)***Punts forts****Punts de millora** (què no ha funcionat total/parcialment?)**Elements facilitadors** (identificar els elements que han facilitat la implementació*)*Pregunta auxiliar d'autoavaluació:*

Algun aspecte ha provat més fàcil d'implementar o ha tingut resultats més satisfactoris que l'expectativa inicial? En cas que sí, especificar quin(s) i comentar

quin(s) factor(s) ho poden explicar.

* Veure Annex 2

Barreres (identificar les barreres esdevingudes en el procés d'implementació*)

Pregunta auxiliar d'autoavaluació:
 Algun dels elements previstos no s'ha implementat tal com es va dissenyar, o ha tingut un resultat insatisfactori? En cas que sí, especificar quin(s) i quin(s) factor(s) ho poden explicar.

* Veure Annex 2

Satisfacció dels professionals referents (síntesi de la satisfacció global amb la intervenció realitzada, més enllà d'aspectes concrets assolits o millorables)

Preguntes auxiliars d'autoavaluació:
 El valor afegit d'haver dissenyat i implementat la intervenció es percep com:
 Insatisfactori Satisfactori Excel·lent
 En què es basa aquesta percepció?

Altres comentaris: (emprar aquest camp per recollir qualsevol aspecte que es cregui oportú traslladar per tal de contextualitzar la informació proporcionada a la fitxa. També per identificar aspectes que es consideren d'interès explorar en profunditat)

Comissió / persona que omple la fitxa i data:

Persona que valida la fitxa i data:

Annex 1: Exemples de tipus d'objectius segons dimensions

Quins són els guanys esperats que es pressuposa s'obtindran amb l'aliança C-17 i que justifiquen la seva posada en marxa? En quines dimensions o esferes pretén impactar positivament cada intervenció plantejada? A sota un llistat no exhaustiu de possibles atributs sobre els quals es poden concretar objectius.

	DIMENSIONS		
	POBLACIÓ	PROFSSIONALS	GESTIÓ
OBJECTIUS	Equitat d'accés	Condicions laborals. P.ex.:	Missió i visió compartida
	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'espera 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilitat • Càrrega laboral • Horaris • Desplaçaments • (Des)incentius • Correspondència tasques al lloc treball • Seguretat en el rol 	Governança
	Resultats salut	Clima treball. P.ex.:	Lideratge
	<ul style="list-style-type: none"> • Supervivència • Recuperació funcional • Complicacions • Morbiditat • Mortalitat 	<ul style="list-style-type: none"> • Visió / missió • Seguretat en la participació • Orientació a la feina • Suport a la innovació 	Cooperació (treballar plegats cap a objectiu comú)
Experiència. P.ex.:	Desenvolupament professional. P.ex:	Presa de decisions optimitzada	
<ul style="list-style-type: none"> • Apoderament (informat/da, participació en decisions, rol actiu en gestió salut) • Tracte • Comunicació (àgil, coherent, no repetitiu) • Contínuum assistencial (integrat/coordinat) • Confort (infraestructura, espais, productes adaptat a necessitats) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formació continua • Promoció • Desplegament al màxim de les competències 	Garantia de la Cartera de serveis arreu	
			Qualitat
			Seguretat
			Eficiència en ús de recursos
			Cost-eficiència
			Sostenibilitat
			Capacitat d'adaptació (introduint canvis per respondre a necessitats de salut, introduint innovació de manera estructurada i deixant de fer el que no té valor)
			Resiliència

Annex 2. Exemples de factors que poden ser barreres o facilitadors de la implementació d'intervencions

Font: adaptat de *Sustainable tailored integrated care for older people in Europe –SUSTAIN-project. Lessons learned from improving integrated care in Europe*)

NIVELL	FACTOR
MICRO (a nivell dels individus implicats)	<ul style="list-style-type: none"> Actitud dels/les professionals vers el canvi (cultural) Actitud dels professionals vers el treball en xarxa Compromís, motivació, predisposició dels/les professionals Expertesa dels/les professionals Implicació de persones usuàries / cuidadores en la intervenció / el procés assistencial en general
MESO (a nivell d'equips / organitzacions implicades)	<ul style="list-style-type: none"> Temps disponible dels/les professionals Recursos i capacitat disponible Compromís i suport a nivell de l'entitat/institució (direcció-gerència) Comunicació Composició de l'equip que implementa la intervenció Aspectes de governança (òrgans, procés de presa de decisions) Intercanvi d'informació (en persona o via sistemes d'informació) entre professionals /organitzacions Lideratge Implicació/identificació amb el projecte (<i>ownership</i> "sentir el projecte com a propi") Cultura organitzativa Visió de l'organització Gestió i planificació del projecte (objectius clars i consensuats, distribució de tasques, calendari...) Experiències prèvies amb intervencions de millora
MACRO (a nivell de sistema)	<ul style="list-style-type: none"> Connexió amb iniciatives i xarxes locals i regionals existents Participació / implicació de la comunitat Sistemes de finançament Marc polític i legal Protecció de dades Valor social de l'atenció a la salut Context històric Ubicació geogràfica i vies de comunicació

Annex 2. Guions de les entrevistes a actors interns i externs de l'AE C-17

Entrevista a actors interns de l'AE C-17

AVALUACIÓ DE L'ALIANÇA ESTRATÈGICA C-17

Entrevista d'avaluació

Text de presentació

Enguany, el Servei Català de la Salut està treballant en el desenvolupament del **marc avaluatiu per a les aliances estratègiques sanitàries territorials**.

En el marc metodològic per a l'avaluació de les aliances, s'inclou la realització d'entrevistes semiestructurades a agents clau de les entitats que participen en l'Aliança.

L'objectiu de l'entrevista és identificar els principals punts forts i oportunitats de millora en el desplegament de l'Aliança. Amb vista a preparar-la, compartim el guió que se seguirà de manera orientativa, malgrat que no cal respondre'l prèviament.

L'entrevista la farà l'equip consultor de l'empresa NTT DATA, i es durà terme en format virtual, amb una durada estimada d'1 hora i 30 minuts. Les respostes es tractaran de manera anònima i se'n mantindrà la confidencialitat.

Indica'ns si us plau:

Persona entrevistada:

Entitat a la qual pertany:

Servei/departament:

BLOC 1. Context general

1. Quins són els serveis principals que es presten a través de l'Aliança de la C-17 al teu centre?

2. Quins creus que són els **beneficis** principals que poden aportar al sistema català de salut les

aliances estratègiques?

3. Quins han estat els **beneficis** principals de l'AE C-17? Destacaries alguna **bona pràctica** incorporada arran de l'AE C-17?

4. Quines són les **barreres/dificultats** principals per al desplegament d'una aliança estratègica?

5. Quines han estat les **dificultats** principals de l'AE C-17?

BLOC 2. Valoració de les dimensions

6. Si us plau, valora del 0 al 5 els aspectes següents, en funció de si penses que **són un punt fort** de l'Aliança C-17.

On: **1**, totalment en desacord; **2**, bastant en desacord; **3**, ni d'acord ni en desacord; **4**, bastant d'acord; **5**, totalment d'acord.

ÀMBITS	1	2	3	4	5
Governança					
1.1. L'abast de la col·laboració està ben definit.					
1.2. Es disposa d'un conveni de col·laboració ben definit i compartit.					
1.3. Les funcions dels òrgans de govern són clares.					
1.4. Els mecanismes de coordinació de l'AE C-17 són operatius:					
Direcció Estratègica					
Direcció Assistencial					
Direcció Economicofinancera					
Comissions assistencials					
1.5. Les funcions i les responsabilitats de cada centre estan ben definides.					
1.6. Els mecanismes de comunicació entre centres funcionen.					
1.7. Es disposa de mecanismes de seguiment de l'AE C-17 (per exemple, dades d'activitat, indicadors de resultats assistencials, etc.).					
1.8. El marc laboral és clar i està ben definit.					
Impacte economicofinancer – eficiència					
2.1. Disposem d'informació de l'impacte econòmic de l'AE C-17.					
2.2. L'AE C-17 ha permès optimitzar l'ús dels recursos del centre.					
2.3. Els recursos que s'hi destinen són suficients.					
2.4. Gràcies a l'AE C-17, s'han reduït les duplicitats en proves diagnòstiques.					
2.5. Gràcies a l'AE C-17, s'han reduït els ingressos innecessaris.					

ÀMBITS	1	2	3	4	5
Governança					
2.6. Gràcies a l'AE C-17, s'han reduït els desplaçaments innecessaris.					
Experiència dels professionals					
3.1. La valoració que els professionals fan de l'AE C-17 és bona.					
3.2. La implicació dels professionals en l'AE C-17 és alta.					
3.3. Els professionals participen en la presa de decisions de l'AE C-17 (organitzatives, processos, formació, etc.).					
3.4. Les comissions clíniques són un bon mecanisme de coordinació.					
3.5. Disposen de les eines necessàries per desplegar l'Aliança.					
3.6. L'AE C-17 ha millorat el desenvolupament professional.					
3.7. L'AE C-17 ha contribuït a millorar la formació dels professionals.					
3.8. L'AE C-17 ha contribuït a millorar el nivell de recerca del centre.					
3.9. Els diferents professionals del centre coneixen què és l'AE C-17.					
3.10. El sentiment de pertinença a l'AE C-17 és elevat.					
Experiència dels pacients					
4.1. Els pacients són conscients que són atesos en el marc de l'Aliança C-17.					
4.2. Han rebut informació transparent i de qualitat sobre l'AE C-17.					
4.3. Els pacients perceben com a beneficiós el marc de col·laboració de l'AE C-17.					
4.5. Es té en compte l'opinió dels pacients a l'hora de prendre decisions.					
4.6. Hi ha mecanismes/instruments per recollir l'experiència dels pacients.					
4.7. Hi ha mecanismes/instruments per identificar la millora en la continuïtat assistencial i la transició entre dispositius.					
Millora de la salut					
5.1. L'AE C-17 ha millorat la qualitat global del servei que oferim.					
5.2. La taxa de supervivència ha millorat.					
5.3. La qualitat de vida dels pacients atesos per l'AE C-17 ha millorat.					
5.4. L'esperança de vida dels pacients atesos per l'AE C-17 ha millorat.					
Accessibilitat					
6.1. L'AE C-17 ha contribuït a reduir el temps d'espera a:					
Proves diagnòstiques					
Tractaments					
Visites					
6.2. L'AE C-17 és una bona alternativa d'intervenció per complir el temps de referència.					
Equitat					
7.1. L'AE C-17 ha contribuït a reduir les desigualtats en l'atenció sanitària en la vostra població de referència.					

ÀMBITS	1	2	3	4	5
Governança					
7.2. El gruix dels pacients que es poden beneficiar de l'AE C-17 ho estan fent.					
Efectivitat					
8.1. Disposem de dades per avaluar l'efectivitat de les intervencions en el marc de l'AE C-17.					
8.2. Els tractaments a través de l'AE C-17 han presentat menys complicacions.					
8.3. S'han reduït els reingressos hospitalaris.					
Seguretat del pacient					
9.1. L'AE C-17 ha millorat la seguretat del pacient (per exemple, tant per cent d'infeccions nosocomials, cirurgia en lloc equivocada, taxa de caigudes, etc.).					
Tecnologies de la informació i la comunicació					
10.1. S'han fet els desenvolupaments necessaris per al funcionament correcte de l'AE C-17.					
10.2. S'està fent un bon ús de les noves tecnologies (per exemple, telemedicina).					
10.3. Hi ha eines per compartir informació entre tots els centres.					
Processos de suport					
11.1. El procés de derivació de proves diagnòstiques d'imatge al Centre de Diagnòstic per la Imatge de l'HCB és adequat.					
11.2. El suport en el territori dels professionals del Centre de Diagnòstic per la Imatge de l'HCB és adequat.					
11.3. L'assessorament genètic de càncer està tenint un funcionament adequat.					

BLOC 3. Aspectes de millora

7. Quins són els aspectes principals de millora de l'Aliança C-17? Pots seleccionar fins a tres de les opcions de la taula.

7.1. Més implicació dels caps de servei i dels responsables de servei.	
7.2. Més implicació dels professionals.	
7.3. Definir millor l'abast de la col·laboració.	
7.4. Disposar d'uns processos de treball més ben definits entre centres.	
7.5. Més coordinació dels equips entre centres,	
7.6. Desconeixement de la realitat de l'Aliança C-17.	
7.7. Disposar de més recursos.	
7.8. Avançar més de pressa en els projectes compartits.	
7.9. Desenvolupar noves línies de treball.	
7.10. Altres o aspectes addicionals. Especifica quins.	

BLOC 4. Valoració global

8. Si us plau, valora els aspectes següents de l'1 al 5, considerant que 1 és la puntuació més baixa i 5 és la més alta.

On: **1**, gens; **2**, poc; **3**, una mica; **4**, bastant; **5**, molt.

	1	2	3	4	5
8.1. En global, quina valoració fas de com s'ha desenvolupat l'Aliança Estratègica C-17 durant el període 2018-2021?					
8.2. Quin impacte real ha tingut l'Aliança Estratègica C-17 en la millora de la qualitat assistencial al territori?					
8.3. Quin valor, per a la teva entitat, té continuar avançant en l'Aliança Estratègica C-17?					

BLOC 5. Noves línies de treball

9. Quines penses que són les noves demandes de la població de referència del teu centre en els cinc anys vinents?

10. A partir d'aquestes necessitats, en quins **altres àmbits o línies de treball** es podria ampliar l'Aliança C-17?

11. Hi ha algun altre aspecte, que no s'hagi esmentat, que sigui rellevant tenir en compte?

Moltes gràcies per la teva col·laboració!

Entrevista a actors externs de l'AE C-17

AVALUACIÓ DE L'ALIANÇA ESTRATÈGICA C-17

Entrevista d'avaluació

Text de presentació

Enguany, el Servei Català de la Salut està treballant en el desenvolupament del **marc avaluatiu per a les aliances estratègiques sanitàries territorials**.

En el marc metodològic per a l'avaluació de les aliances, s'inclou la realització d'entrevistes semiestructurades a agents clau de les entitats que participen en l'Aliança o amb una visió externa rellevant.

L'objectiu de l'entrevista és identificar els principals punts forts i oportunitats de millora en el desplegament de l'Aliança. Amb vista a preparar-la, compartim el guió que se seguirà de manera orientativa, malgrat que no cal respondre'l prèviament.

L'entrevista la farà l'equip consultor de l'empresa NTT DATA, i es durà terme en format virtual, amb una durada estimada d'1 hora i 30 minuts. Les respostes es tractaran de manera anònima i se'n mantindrà la confidencialitat.

Indica'ns si us plau:

Persona entrevistada:
BLOC 1. Context general

Entitat a la qual pertany:

Explicació dels objectius i els àmbits d'intervenció de l'AE C-17

1. Quins creus que són els **beneficis** principals que aporten al sistema català de salut les aliances estratègiques i, en concret, quins beneficis aporta l'AE C-17?

--

2. Quines són les **barreres/dificultats** principals per al desplegament d'una aliança estratègica i, en concret, quines han estat en el cas de l'AE C-17?

--

3. Descriu què és per a tu l'AE C-17 o què saps de l'AE C-17:

--

4. Com creus que afecta l'AE C-17 als altres centres del SISCAT?

--

BLOC 2. Valoració de les dimensions

Governança

5. Des del teu punt de vista, quins dels aspectes següents són els més rellevants per garantir una bona governança d'una aliança? Pots seleccionar fins a tres de les opcions de la taula.

5.1. La implicació de les gerències / direccions assistencials.	
5.2. La implicació dels caps de servei i els responsables de servei.	
5.3. La implicació dels professionals.	
5.4. Una delimitació clara de l'abast de la col·laboració.	
5.5. Establir un conveni de col·laboració formal.	
5.6. Disposar de mecanismes de coordinació dels equips entre centres.	
5.7. Disposar de recursos dedicats a l'AE.	
5.8. Tenir un marc laboral ben definit.	
5.9. Comptar amb mecanismes de seguiment (KPI).	
5.10. Altres o aspectes addicionals. Especifica quins.	

6. Quins dels aspectes següents destacaries l'AE C-17? Pots seleccionar fins a tres de les opcions de la taula.

6.1. La implicació de les gerències / direccions assistencials.	
6.2. La implicació dels caps de servei i els responsables de servei.	
6.3. La implicació dels professionals.	
6.4. Una delimitació clara de l'abast de la col·laboració.	
6.5. Establir un conveni de col·laboració formal.	
6.6. Disposar de mecanismes de coordinació dels equips entre centres.	
6.7. Disposar de recursos dedicats a l'AE.	
6.8. Tenir un marc laboral ben definit.	
6.9. Comptar amb mecanismes de seguiment (KPI).	
6.10. Altres o aspectes addicionals. Especifica quins.	

Impacte economicofinancer – eficiència

7. Creus que una part important del valor de les aliances és el seu impacte economicofinancer i l'optimització de l'ús dels recursos?

--

8. Creus que l'impacte economicofinancer i l'optimització de l'ús dels recursos és un aspecte rellevant en el cas de l'AE C-17?

--

9. Les aliances estratègiques han d'anar acompanyades d'una certa dotació de recursos específics?

--

L'experiència dels professionals

10. Des de la perspectiva dels professionals, quins dels aspectes següents són els més rellevants d'una aliança? Pots seleccionar fins a tres de les opcions de la taula.

10.1. Participar en la presa de decisions de l'aliança.	
10.2. Les comissions clíniques compartides.	
10.3. Disposar d'uns processos de treball compartits ben definits.	
10.4. L'aliança com a mecanisme de millora del desenvolupament professional.	
10.5. L'aliança com a mecanisme de millora de la formació dels professionals.	
10.6. L'aliança com a mecanisme de millora en la recerca.	
10.7. Altres o aspectes addicionals. Especifica quins.	

11. Quins dels aspectes següents destacaries en el cas de l'AE C-17? Pots seleccionar fins a tres de les opcions de la taula.

11.1. Participar en la presa de decisions de l'aliança.	
11.2. Les comissions clíniques compartides.	
11.3. Disposar d'uns processos de treball compartits ben definits.	
11.4. L'aliança com a mecanisme de millora del desenvolupament professional.	
11.5. L'aliança com a mecanisme de millora de la formació dels professionals.	
11.6. L'aliança com a mecanisme de millora en la recerca.	
11.7. Altres o aspectes addicionals. Especifica quins.	

12. Quins dels aspectes següents de la perspectiva dels professionals destacaries de l'AE C-17? Pots seleccionar fins a tres de les opcions de la taula.

12.1. Participar en la presa de decisions de l'aliança.	
12.2. Les comissions clíniques compartides.	
12.3. Disposar d'uns processos de treball compartits ben definits.	
12.4. L'aliança com a mecanisme de millora del desenvolupament professional.	
12.5. L'aliança com a mecanisme de millora de la formació dels professionals.	
12.6. L'aliança com a mecanisme de millora en la recerca.	
12.7. Altres o aspectes addicionals. Especifica quins.	

L'experiència dels pacients

13. Des de la perspectiva dels pacients, creus que en general els pacients perceben com a beneficiós el marc de col·laboració de les aliances?

--

14. En el cas de l'AE C-17, la valoració per part dels pacients és positiva?

--

15. Quins són els aspectes principals que caldria treballar per millorar l'experiència dels pacients amb relació als serveis prestats a través d'una aliança estratègica?

--

L'impacte assistencial i en la salut

16. Creus que les aliances contribueixen de manera significativa a millorar la qualitat de la salut de la població, a títol d'exemple, en termes de millorar la qualitat de vida dels pacients atesos, millorar la taxa de supervivència o augmentar de l'esperança de vida? En el cas de l'AE C-17, ha contribuït a la millora de la qualitat de la salut?

--

17. En quins dels aspectes següents les aliances hi tenen més impacte? Quins d'aquests aspectes han millorat en el cas de l'AE C-17? Pots seleccionar fins a tres de les opcions de la taula.

Accessibilitat	
17.1. Reduir el temps d'espera a:	
Proves diagnòstiques	
Tractaments	
Visites	
17.2. Ser una alternativa d'intervenció per complir el temps de referència.	
Equitat	
17.3. Reduir les desigualtats en l'atenció sanitària.	
Efectivitat	
17.4. Reduir les complicacions.	
17.5. Reduir els reingressos hospitalaris.	
Seguretat del pacient	
Millorar la seguretat dels pacients.	
17.6. Altres o aspectes addicionals. Especifica quins.	

18. Quins d'aquests aspectes han millorat en el cas de l'AE C-17? Pots seleccionar fins a tres de les opcions de la taula.

Accessibilitat	
18.1. Reduir el temps d'espera a:	
Proves diagnòstiques	
Tractaments	
Visites	
18.2. Ser una alternativa d'intervenció per complir el temps de referència.	
Equitat	
18.3. Reduir les desigualtats en l'atenció sanitària.	
Efectivitat	
18.4. Reduir les complicacions.	
18.5. Reduir els reingressos hospitalaris.	
Seguretat del pacient	
Millorar la seguretat dels pacients.	
18.6. Altres o aspectes addicionals. Especifica quins.	

BLOC 5. Noves línies de treball

19. Quines penses que són les noves demandes de la població en els cinc anys vinents?

20. A partir d'aquestes necessitats, en quins **àmbits o línies de treball** poden tenir un paper rellevant les aliances? En el cas concret de l'AE C-17, en quines altres línies de treball es podria continuar desenvolupant?

21. En el cas de l'AE C-17, en quines altres línies de treball es podria continuar desenvolupant?

22. Hi ha algun altre aspecte, que no s'hagi esmentat, que sigui rellevant tenir en compte?

Moltes gràcies per la teva col·laboració!

Annex 3. Participants en les entrevistes a actors interns i externs de l'AE C-17

Membres interns de l'Aliança Estratègica C-17

- Mònica Botta (directora assistencial de la Fundació Privada Hospital Asil de Granollers)
- Antoni Castells (director mèdic de l'Hospital Clínic de Barcelona)
- Jaume Duran (gerent de la Fundació Sanitària de Mollet)
- Sara Manjón (gerent del Consorci Hospitalari de Vic)
- Gabriel Mestre (director assistencial de l'Hospital de Sant Celoni)

Actors amb visió externa i sistèmica de l'AE C-17

- Alba Benaque (gerent d'Organitzacions, Àrea Assistencial, Servei Català de la Salut)
- Joan Martí (exgerent del Parc Taulí de Sabadell)
- Joan Parellada (director del Sector Vallès Oriental, Servei Català de la Salut)
- Antoni Román (director assistencial de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron)

Annex 4. Detall del workshop 1**Lloc:** Edifici Salvany, de l'Agència de Salut Pública de Catalunya**Data:** 27 de febrer de 2023**Hora:** de 10:00 a 12:30 h**Durada:** 2 hores i 30 minuts**Participants:****Grup 1**

Nom del professional	Càrrec	Centre
Josep Maria Campistol	Gerent de l'hospital	HCB
Rosa Garcia	Direcció Econòmica	HCB
Rafael Lledó	Gerent de l'hospital	FPHAG
Anna Ferres	Direcció Econòmica	FPHAG
Gabriel Mestre	Direcció Assistencial	HSC
Lourdes Laborda	Direcció Econòmica	FSM
Rosa Morral	Direcció Assistencial	CHV
Teresa Sabater	Direcció Assistencial	RS Osona
Maria Pueyo	Direcció Assistencial	RS BCN Esquerra

Grup 2

Nom del professional	Càrrec	Centre
David Font	Director estratègic	HCB
Mònica Botta	Directora mèdica	FPHAG
José Antonio Neguillo	Gerent de l'hospital	HSC
Mònica Amigó	Directora econòmica	HSC
Jaume Duran	Gerent de l'hospital	FSM
Sabina Molina	Directora assistencial	FSM
Josep Maria Giménez	Director econòmic	CHV

S'excusen:

- Sara Manjón, gerent del Consorci Hospitalari de Vic (CHV)
- Antoni Castells, director mèdic de l'Hospital Clínic de Barcelona (HCB)
- Joan Parellada, director assistencial del Vallès Oriental

Observadors: van assistir-hi Cristina Iniesta, coordinadora de l'Aliança Estratègica C-17, i, per part del Servei Català de la Salut, Cristina Casanovas-Guitart, cap de la Divisió de Projectes i Qualitat Assistencial, Rosa Vidal, cap de la Unitat de Sistemes de Pagament i Avaluació Econòmica del Servei Català de la Salut, Andrea Ramírez i Marian Fontseca.

La sessió va ser **moderada per l'equip de consultors d'NTT DATA**, amb Anna Forment, Pere Pascal, Mireia Campins i Bianca Popescu.

Annex 5. Detall del workshop 2**Lloc:** Living Lab, d'NTT Data**Data:** 6 de març de 2023**Hora:** de 9:30 a 12:30 h**Durada:** 3 hores**Participants:****Grup 1. Càncer de mama**

Nom del professional	Càrrec	Centre	S'excusen:
Miquel Nogué	Metge, Comitè d'Oncohematologia	FPHAG / FSM	Adriana Domènec, Infermeria, HCB
Montse Muñoz	Cap de Mama, líder d'interv.	HCB	Dolors Soy, Farmàcia, HCB
Marta Parera	Cap del Servei d'Oncologia	CHV	Imma Puig, Àrea Econòmica, HCB
Gonzalo Lorondo	Cirurgia de mama	FPHAG / HSC	
Andreu Aloy Duch	Adjunt a la Direcció General	FPHAG	
Meritxell Mollà	Cap de Radioteràpia	HCB	
Maria Alejo	Cap d'Anatomia Patològica	CHV	
Joan Fernando	Ex. Pacient	HCB / CHV	
Salvador Pedraza	Diagnòstic per la Imatge	HCB	

Grup 2. Malaltia isquèmica

Nom del professional	Càrrec	Centre	S'excusen:
Sílvia Montserrat	Metgessa – Líder d'interv.	CHV / HCB	Xavier Pastor, sistemes d'informació, HCB
Anna Garcia	Cap del Servei de Cardiologia	HCB	Rosa Gilabert, cardiòloga, FSM
Joan Munell	Cardiòleg	FPHAG / HSC	
Montse Venturas	Cap d'Infermeria Cardiològica	HCB	
J. M. Giménez	Econòmic	CHV	
Carles Rubiés	SIS	FPHAG	
Albert Font	SIS	Mollet	
Jofré González	SIS	HSC	

Grup 3. 24x7 d'ORL

Nom del professional	Càrrec	Centre	S'excusen:
Francina Aguilar	Otorrinolaringòloga	FPHAG	Isabel Vilaseca, líder d'interv., HCB
Pedro Martínez	Otorrinolaringòleg	CHV	Ernest Bragulat, Urgències, HCB
Marta Expósito	Urgències	CHV	Marta Barahona, At. Ciut., HCB

Xavi Mira	Urgències	FPHAG	Victòria Montero, ORL, FSM
Alberto Serrano	SIS	FSM	Giancarlo Ormeño, Urgències, FSM

Observadors: van assistir-hi, per part del Servei Català de la Salut, Cristina Casanovas-Guitart, cap de la Divisió de Projectes i Qualitat Assistencial, Rosa Vidal, cap de la Unitat de Sistemes de Pagament i Avaluació Econòmica del Servei Català de la Salut, Andrea Ramírez i Marian Fontseca.

La sessió va ser **moderada per l'equip de consultors d'NTT DATA**, amb Pere Pascal, Paula Puig, Mireia Campins i Bianca Popescu.

Annex 6. Detall del *workshop* 3

Lloc: Living Lab, d'NTT Data

Data: 30 de març de 2023

Hora: de 10:30 a 12:30 h

Durada: 2 hores i 30 minuts

Participants:

Nom del professional	Càrrec	Centre	S'excusen:
Mònica Botta	Directora assistencial	FPHAG	Josep M. Campistol, gerent de l'HCB
Anna Ferres	Directora econòmica	FPHAG	Antoni Castells, director assistencial de l'HCB
Jaume Duran	Gerent	FSM	Rosa Garcia, directora econòmica de l'HCB
Lourdes Laborda	Directora econòmica	FSM	David Font, Direcció Estratègica de l'HCB
José Antonio Neguillo	Gerent	HSC	Rafel Lledó, gerent de la FPHAG
Gabriel Mestre	Director assistencial	HSC	Sabina Molina, directora assistencial de la FSM
Sara Manjón	Gerent	CHV	Mònica Amigó, directora econòmica de l'HSC
Josep Maria Jiménez	Director econòmic	CHV	Rosa Morral, directora assist. del CHV
Joan Parellada	Director de Sector	Servei Català de la Salut, Vallès Oriental	Olga Parramon, Coordinació de l'Aliança
Maria Pueyo	Directora de Sector	Servei Català de la Salut, BCN Esquerra	
Teresa Sabater	Directora de Sector	Servei Català de la Salut, Osona	

Observadors: van assistir-hi Cristina Iniesta, coordinadora de l'AE C-17, i, per part del Servei Català de la Salut, Àlex Guarga, director de la Gerència de Planificació Operativa i Avaluació, Cristina Casanovas-Guitart, cap de la Divisió de Projectes i Qualitat Assistencial, Rosa Vidal, cap

de la Unitat de Sistemes de Pagament i Avaluació Econòmica del Servei Català de la Salut, Marian Fontseca, Jillian Reynolds i Sònia Sevilla.

La sessió va ser moderada per l'equip de consultors d'NTT DATA, amb Pere Pascal, Paula Puig, Mireia Campins i Bianca Popescu.

Annex 7. Resultats del workshop 1 per dimensió avaluada

Governança

Grup 1		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> Inicialment, l'abast de l'AE C-17 se centra en els serveis d'alta complexitat, tot i que hi ha poca concreció. Amb relació als òrgans de govern de l'AE C-17, es destaquen els aspectes següents: <ul style="list-style-type: none"> Les direccions mèdiques fan un seguiment periòdic de l'evolució dels projectes compartits. Les comissions assistencials funcionen bé i es reuneixen amb periodicitat. 	<ul style="list-style-type: none"> S'ha de treballar en la definició i concretar l'abast de l'evolució de l'AE C-17 i el seu abast futur. Els diferents òrgans de govern de l'AE C-17 haurien de treballar més conjuntament (Direcció Estratègica, Direcció Assistencial, Direcció Economicofinancera, comissions assistencials). Disposar d'un marc jurídic compartit de l'AE C-17 facilitaria avançar en determinats aspectes. Tenir generositat entre tots els centres de l'AE C-17, pel que fa a facilitar la derivació de pacients i compartir professionals. El Servei Català de la Salut ha de tenir un paper actiu en la definició dels fluxos de pacients dels centres de l'AE C-17, el qual ha d'anar acompanyat d'un sistema de pagament. 	<ul style="list-style-type: none"> Definir l'abast futur de l'AE C-17. Establir un marc jurídic compartit (per exemple, agrupació d'interès econòmic). Donar més protagonisme del Servei Català de la Salut, en la definició de fluxos i del sistema de pagament associat.

Grup 2		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> Metodologia clara per al desenvolupament de les comissions assistencials. Voluntat d'anar més enllà del terciarisme i de ser una aliança territorial. 	<ul style="list-style-type: none"> Necessitat d'ordenar el terciarisme (implicació del Servei Català de la Salut en l'Aliança). Cal establir i acordar la missió, els objectius, les funcions i les responsabilitats 	<ul style="list-style-type: none"> Consensuar un conveni marc de l'AE C-17 per poder continuar desplegant la governança. Establir una directiva i una sistematització del

	<p>de cada agent de manera consensuada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cal implicar altres agents (per exemple, les regions sanitàries). • Manca de confiança per falta de directrius i funcions establertes de manera clara. A vegades, hi ha un clima de desconfiança. 	<p>Servei Català de la Salut que porti a l'ordenació del terciarisme i del model territorial i permeti establir una aliança amb un abast més ampli.</p>
--	--	---

Àmbit economicofinancer

Grup 1		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • Treball en l'avaluació de l'impacte econòmic de dues intervencions prioritzades: <ul style="list-style-type: none"> • Càncer de mama • Malaltia isquèmica 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultat d'acordar uns criteris comuns a l'hora de definir quins conceptes són un cost. • El sistema de pagament i de finançament s'ha d'adaptar a l'Aliança. • Fins al tercer trimestre de 2022 no s'incorporen al marc de treball de l'AE C-17. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adequar el sistema de pagament a la realitat de l'AE C-17. • Incorporar els perfils economicofinancers des del primer moment en què també s'incorporen noves intervencions a l'AE C-17. • Mesurar l'impacte econòmic tant a escala dels centres com l'impacte a escala del sistema sanitari (per exemple, més ús de transport sanitari ordinari).

Grup 2		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • Treball en l'avaluació de l'impacte econòmic de dues intervencions prioritzades: <ul style="list-style-type: none"> • Càncer de mama • Malaltia isquèmica 	<ul style="list-style-type: none"> • Cal pactar un marc economicofinancer involucrant el Servei Català de la Salut i acordant les capacitats de cada agent. • Fa falta establir els costos que pertocuen a cada centre o agent implicat (inclòs el Servei Català de la Salut). • Necessitat d'empoderament dels centres fora l'àrea metropolitana de Barcelona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posar el focus especialment en els pressupostos de farmàcia amb relació als tractaments oncològics, ja que representen una despesa econòmica elevada. • Establir un marc de col·laboració consensuat en l'àmbit jurídic entre entitats públiques i privades.

	<ul style="list-style-type: none"> • Necessitat de proveir de recursos per als mateixos centres per poder augmentar l'autonomia de cadascun. • Anar més enllà de la bidireccionalitat amb el Clínic. 	
--	--	--

Experiència dels professionals

Grup 1		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • Alta implicació dels professionals vinculats a alguna de les intervencions de l'AE C-17. • L'AE C-17 contribueix a atreure i fidelitzar professionals als centres perifèrics. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implicar més el personal d'infermeria vinculat a l'AE C-17. • Implicar l'àmbit economicofinancer i altres agents des de l'inici de les diferents intervencions. • Consolidar l'AE C-17 i definir un marc de col·laboració compartit i estable en el temps, que doni instruccions clares als professionals. 	<ul style="list-style-type: none"> • Introduir incentius en la carrera professional vinculats a l'AE C-17. • Augmentar la integració dels sistemes d'informació dels cinc centres, que faciliti el seguiment dels pacients compartits. • Tenir un hospital de referència per a tota la patologia complexa.

Grup 2		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • Els professionals dels tres àmbits d'avaluació prioritzats (càncer de mama, malaltia isquèmica i 24x7 d'ORL) han funcionat molt bé gràcies a l'Aliança C-17. • L'AE C-17 ha contribuït a la transferència de coneixement entre professionals. 	<ul style="list-style-type: none"> • S'ha treballat molt poc en el desenvolupament d'altres intervencions no prioritzades. • Manca de professionals en els centres perifèrics que provoca derivacions a l'Hospital Clínic de patologies que es podrien tractar al mateix centre. • Conviven models de prestació de serveis heterogenis entre els diferents centres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenar les dedicacions dels professionals de cada centre, acotant el temps d'assistència, millorant els protocols existents o establint nous protocols. • Invertir en millores en els sistemes d'informació, per facilitar el treball en xarxa.

Experiència dels pacients

Grup 1		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> L'AE C-17 ha contribuït a una equitat més gran d'accés a serveis sanitaris de qualitat. Cal destacar que, en el cas del càncer de mama, els pacients s'estalvien sessions de quimioteràpia. 	<ul style="list-style-type: none"> Els pacients han manifestat que el transport ordinari entre centres és millorable (el transport urgent està ben valorat). Hi ha més pacients que es poden beneficiar de l'AE C-17 i no ho estan fent actualment. 	<ul style="list-style-type: none"> Disposar d'informació explicativa de l'AE C-17, adreçada als pacients. Aplicar tècniques de percepció de l'experiència dels pacients per avaluar l'AE C-17 (per exemple, grups focals). Potenciar que el màxim d'actuacions es facin en el centre de més proximitat.

Grup 2		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> Els pacients identifiquen en quins serveis s'ha col·laborat per mitjà de l'AE C-17. Compartir els protocols oncològics aporta confiança als pacients. L'any 2019 es va fer un grup focal amb pacients atesos gràcies a l'Aliança C-17. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta consciència d'aliança entre els pacients que aportaria seguretat i fiabilitat al pacient. El transport sanitari no urgent és millorable. No hi ha dades que quantifiquin l'experiència dels pacients. 	<ul style="list-style-type: none"> Acordar i compartir indicadors per a la mesura de l'experiència dels pacients.

Accessibilitat / equitat

Grup 1		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> L'equitat d'accés ha millorat. L'assessorament genètic i les teràpies moleculars són un cas d'èxit. 	<ul style="list-style-type: none"> En els darrers dos anys, els temps de resposta han quedat afectats per l'impacte de la COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar l'abast de l'AE C-17, més enllà de les intervencions actuals. Ordenar els fluxos de pacients.

Grup 2		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> Qualsevol pacient atès sota el marc de l'Aliança C-17 té les 	<ul style="list-style-type: none"> Cal millorar i afinar el diagnòstic per oferir un tracte 	<ul style="list-style-type: none"> Treballar per crear les sinergies que va aportar

<p>mateixes oportunitats d'atenció.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inversions del Servei Català de la Salut en determinades intervencions i àrees que han permès l'equitat d'accés. • L'organització del clúster de la COVID-19 va facilitar l'accessibilitat i l'equitat d'atenció. 	<p>més precís, evitar la duplicitat de visites, derivacions i llargues esperes per als pacients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manca de coordinació de serveis: cal ordenar i coordinar les necessitats de cada centre per poder garantir l'equitat d'accés a tots els pacients del territori de l'AE C-17. 	<p>el clúster de la COVID-19, traslladat a les altres àrees i serveis dels hospitals.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ordenar els fluxos per part del Servei Català de la Salut.
--	---	--

Millores de salut

Grup 1		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • Les comissions clíniques compartides han funcionat bé i han facilitat la transferència de coneixement. • L'AE C-17 ha contribuït a la transferència de coneixement entre professionals. • S'han compartit protocols comuns i estandarditzats entre els cinc centres. 	<ul style="list-style-type: none"> • No s'ha plantejat des de l'inici quins són els indicadors rellevants de resultats de salut de les intervencions de l'AE C-17. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistematitzar la recollida de dades per al càlcul d'indicadors de resultats de salut. • Disposar d'indicadors de mesura de la seguretat del pacient.

Grup 2		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinació de serveis de manera ordenada i articulada amb bons resultats. • Creació de protocols comuns estandarditzats i compartició de comissions clíniques. • Millora dels resultats (valoració qualitativa) gràcies a l'augment de capacitat de resposta per part dels centres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manca d'indicadors: no s'han establert ni estandarditzats indicadors que puguin quantificar els resultats de salut i la seguretat dels pacients de l'Aliança C-17. • Cal homogeneïtzar la pràctica clínica per poder oferir una millor qualitat del servei i continuar desplegant l'Aliança a partir d'una base comuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establir indicadors que ajudin a valorar els resultats de salut dels pacients. • Compartir els resultats obtinguts amb sistemes d'informació integrats entre els cinc hospitals. • Establir models de coordinació entre els centres per actuar sota unes directrius comunes.

Aportacions de cada grup de treball del workshop 1:



Annex 8. Resultats del workshop 2 per PAC i dimensió avaluada

Grup 1. Procés assistencial compartit de càncer de mama

Treball en xarxa		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • Hi ha bona transferència de coneixement, que beneficia que els centres de l'AE C-17 aprenguin els uns dels altres. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'AE C-17 és fruit del voluntarisme dels professionals assistencials dels cinc centres amb un objectiu comú, però es troba a faltar una estructura més sòlida en l'àmbit assistencial. • Manca d'implantació d'alguns protocols; fa falta la figura de gestora de casos i de més recursos. • L'AE C-17 requereix un exercici d'ordenació de fluxos, amb instruccions clares del Servei Català de la Salut. • Per exemple, alguns centres de l'AE C-17 han externalitzat el servei d'anatomia patològica a altres centres fora de l'AE C-17. • No hi ha equitat dels professionals sanitaris a l'hora d'accedir a la recerca i als assaigs clínics. En els hospitals perifèrics, els professionals tenen poc temps per fer recerca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definir i alinear els protocols marcs generals i circuits, evitant duplicitats de visites i proves. • Crear una comissió de farmàcia de l'AE C-17 per coordinar els aspectes relacionats amb la MHDA. • Aconseguir que tots els centres de l'AE C-17 siguin coreclutadors de pacients per als assaigs clínics. • Crear una entitat reclutadora única per millorar l'accés a la recerca i els assaigs clínics.
Experiència dels professionals		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • Hi ha sentiment de pertinença a l'AE C-17. • Es comparteixen professionals entre els centres. • L'AE C-17 ha contribuït a millorar la interdisciplinarietat, gràcies a la participació de professionals de diversos àmbits. • Es fan sessions clíniques conjuntes per mitjà del Comitè de Tumors. • S'han consensuat protocols en diferents àmbits: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnòstic per la imatge • Assessorament genètic • Derivació de pacients 	<ul style="list-style-type: none"> • Les sessions clíniques conjuntes s'haurien de potenciar més, com a mitjà per a la transferència del coneixement. • Hi ha protocols que s'haurien de detallar més i no s'estan compartint tots els protocols que s'haurien de compartir. • Es podrien fer més estades formatives (docència pràctica). 	<ul style="list-style-type: none"> • Millorar l'estructura i els continguts de les sessions clíniques conjuntes, perquè siguin més atractives i pràctiques. • Promoure l'AE C-17 com un element que contribueixi a captar i retenir talent. • Disposar d'una plataforma digital per compartir proves (per exemple, d'anatomia patològica). • Ampliar el ventall de protocols compartits a més àmbits.

<ul style="list-style-type: none"> S'han fet diferents jornades amb l'assistència de professionals de tots els centres de l'AE C-17, entre les quals destaquen: <ul style="list-style-type: none"> Sis jornades sobre càncer de mama Estades formatives a l'HCB (docència pràctica) Com que es disposa de protocols compartits i estandarditzats, no es revisen els informes d'anatomia patològica i radiodiagnòstic entre centres de l'AE C-17. 		<ul style="list-style-type: none"> Potenciar les estades formatives.
---	--	---

TIC i processos de suport		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> Implantació de la interoperabilitat entre els centres per estandarditzar i protegir els processos definits a través de la plataforma IS3 en coordinació amb l'oficina d'eSalut. 	<ul style="list-style-type: none"> Els centres de l'AE C-17 tenen sistemes d'informació diferents, no integrats entre si, que no comparteixen informació. Els sistemes d'informació actuals no aporten una informació global i compartida que faciliti la traçabilitat dels pacients derivats. 	<ul style="list-style-type: none"> Crear una comissió de les direccions de sistemes d'informació de l'AE C-17. Disposar de sistemes d'informació que facilitin compartir dades de pacients derivats. Automatitzar la recollida de dades per al càlcul dels indicadors d'avaluació. Dissenyar un quadre de comandament de l'AE C-17.

Accessibilitat i equitat		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> L'AE C-17 ha contribuït a una equitat assistencial més gran entre territoris. Quant a l'accessibilitat, ha millorat l'accessibilitat a un centre d'alta complexitat per parts dels residents a l'AE C-17. 	<ul style="list-style-type: none"> Incertesa amb relació a la capacitat de l'HCB per donar resposta adequadament a les necessitats de la població de l'AE C-17. Manca d'equitat en els assaigs clínics, en l'àmbit de la recerca. 	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar l'abast de l'AE C-17, més enllà de les intervencions actuals. Ordenar els fluxos de pacients.

Experiència dels pacients		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> S'ha posat en marxa el projecte Brúixola, que s'ha iniciat analitzant en primer terme l'experiència dels pacients de l'AE C-17 en el càncer de pulmó. La valoració dels pacients amb relació a l'AE C-17 ha estat positiva. 	<ul style="list-style-type: none"> No hi ha percepció d'estar en un circuit únic i el pacient acostuma a perdre's en el procés de derivació. En alguns casos, el fet de ser derivat a un hospital d'alta complexitat sense prou informació crea una situació d'angoixa per al pacient. 	<ul style="list-style-type: none"> Homogeneïtzar la informació que reben els pacients i guiar-los de manera que estiguin orientats al llarg de tot el procés de derivació. Donar més rellevància al centre d'origen, perquè en tot moment sigui vist pel pacient com el seu centre de referència. Millorar el transport ordinari dels pacients.

Millores de salut i seguretat		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> Millores de salut, gràcies a l'estandardització de processos i l'augment de transferència de coneixement. Millor atenció cap als pacients i millores de salut. 	<ul style="list-style-type: none"> Dificultat per tenir un registre sistemàtic i de qualitat de les dades d'intervencions. Manca de dades i indicadors d'avaluació de millores de salut. 	<ul style="list-style-type: none"> Sistematitzar la recollida de dades per al càlcul d'indicadors de millores de salut.

Grup 2. Procés assistencial compartit de malaltia isquèmica

Treball en xarxa		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • Es valora positivament la bona comunicació i predisposició, especialment en casos urgents i patologies agudes. • És positiu que els comitès de cardiopatia isquèmica de casos complexos disposin d'un grup multidisciplinari. • Funcionen molt bé els projectes compartits a infermeria i les gestores de pacients entre hospitals. • Pel que fa als cateterismes, des de l'Hospital de Granollers es valora positivament fer-los a l'HCB en lloc de l'Hospital del Mar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta d'informació per part del Servei Català de la Salut sobre per què no estan homogeneïtzades les derivacions entre centres de l'AE C-17 (Vic ho deriva gairebé tot a l'HCB, mentre que Granollers deriva el codi infart a l'Hospital Sant Pau i els cateterismes entre l'Hospital del Mar i l'Hospital de Vic). • S'ha de treballar en una millor comunicació entre centres per a una millor ordenació de fluxos de pacients. • L'hospital de referència té dificultats a l'hora d'assabentar-se de si el pacient ha estat donat d'alta a l'HCB. • La integració és unidireccional: els hospitals comarcals tenen dificultats per fer el seguiment dels pacients derivats a l'HCB. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar el projecte d'imatge cardíaca a Vic. • Treballar per una corresponsabilitat i una evolució conjunta. • Valorar la realització de proves de pacients de Granollers a Vic, a causa del fet que disposen dels recursos necessaris per fer-les.

Àmbit economicofinancer (afegit durant la sessió amb aquest grup de treball)		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • Sense dades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Els hospitals comarcals s'estan veient afectats econòmicament quan deriven a l'HCB, ja que indirectament s'estan penalitzant accions de millora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar compensacions entre centres per poder ajustar la part de cost que suporta cada centre.

Experiència dels professionals		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • Es valora positivament la confiança que transmet l'hospital terciari en el sentit clínic (específicament en cirurgia cardíaca i hemodinàmica). • Les sessions virtuals amb experts d'altres temes als altres hospitals manté actualitzats els professionals. • Les hores de treball dels cardiòlegs són més eficients gràcies als circuits de derivació de l'AE C-17 protocol·litzats. • En termes generals, es detecta un bon sentiment de pertinença a l'AE C-17. • L'AE C-17 ajuda els hospitals comarcals a contractar professionals. • La formació i la responsabilitat professional d'infermeria dels hospitals comarcals (específicament de Vic) ha millorat, gràcies a la formació per part d'infermeria de l'HCB. • L'HCB es beneficia també d'experiències concretes dels professionals dels hospitals comarcals. 	<ul style="list-style-type: none"> • No funcionen correctament els fluxos de pacients a diferents hospitals (per exemple, el codi infart de l'Hospital de Vic es deriva a Vall d'Hebron, i és una complicació perquè quan el cas és quirúrgic es remet a l'HCB i s'han de prendre decisions de manera poc resolutive). • No tots els centres de l'Aliança comparteixen professionals amb l'hospital terciari (Vic sí, però Granollers no). • Manca de sentiment de pertinença a l'AE C-17 d'alguns professionals concrets (com, per exemple, l'equip d'hemodinàmica de l'Hospital de Granollers, per raons pràctiques). • Les decisions preses des del terciari no arriben correctament als hospitals comarcals. • Hi ha duplicitats en les proves diagnòstiques a causa de mala comunicació entre professionals (específicament amb els postoperats de cirurgia cardíaca). • Dificultat a l'hora de retenir professionals. 	<ul style="list-style-type: none"> • Generar circuits consolidats mitjançant la consolidació dels cateterismes de l'hospital de Granollers amb l'HCB (inclosos els preferents). • Definir un protocol comú que permeti homogeneïtzar els processos de seguiment del pacient (hospital terciari o comarcal i durant quant de temps). • Potenciar la recerca de manera descentralitzada. • Promoure el desenvolupament professional dels treballadors de cada centre de l'Aliança de manera descentralitzada. • Potenciar el cateterisme a tots els centres (no únicament al Clínic).

TIC i processos de suport		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • Millora en la visualització de les imatges gràcies a la història compartida, ja que poden accedir a imatges amb mobilitat. • Posada en marxa al setembre de l'edifici de Radioteràpia a Granollers, que permetrà que l'HCB integri l'ISH3 i facilitarà la comunicació entre terciari i comarcals. • El grup de treball format per tecnòlegs va tenir un molt bon funcionament (actualment no està operatiu, però es pot reactivar en cas de necessitat). • Des de sistemes d'informació, ha funcionat correctament el fet de respondre a les necessitats de manera reactiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hi ha un temps establert dedicat a l'anàlisi de proves. • No és possible veure des de l'HCB les plàsties mitrals i els ventricles que es fan als hospitals comarcals. • No es disposa de les mateixes llicències de programes per fer la transferència d'informació, cosa que dificulta el treball en xarxa. • No hi ha fluxos definits entre hospitals comarcals, i hi ha una deficiència d'informació en el retorn cap a l'hospital derivador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definir unes pautes de comunicació informàtiques per gestionar les altes del Clínic amb els altres centres de l'Aliança. • Establir indicadors que estiguin basats en les proves. • Millorar la definició de fluxos i establir llicències comunes. • Potenciar la formació de professionals per garantir la bona distribució d'informació. • Establir un protocol on es garanteixi que, quan el pacient és donat d'alta a l'HCB, el centre de referència ho rebi, es planifiqui automàticament la visita següent amb el centre comarcal i el pacient rebi informació sobre les proves que li han fet a l'HCB.

Accessibilitat i equitat		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • Hi ha hagut una millora significativa durant els darrers anys: un pacient de fora de l'AMB pot accedir a tractaments de l'HCB. • El circuit, l'accessibilitat i la comunicació han millorat. • No hi ha desigualtat entre pacients. 	<ul style="list-style-type: none"> • El nivell de rapidesa i expertesa d'alguns centres privats perjudiquen l'AE C-17. • No hi ha claredat per al pacient dels objectius de cada centre, i de qui són els responsables de les accions i de la presa de decisions. • Falten indicadors de cateterismes entre pacients de l'AMB i els de les comarques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Donar resposta, l'HCB, als hospitals comarcals: cal que l'AE C-17 sigui corresponsabilitat dels dos hospitals.

Experiència dels pacients		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • El pacient valora positivament l'Aliança. • L'AE C-17 permet al pacient gaudir del millor de l'hospital comarcal i del terciari. • El pacient sap que l'HCB és l'hospital on serà operat i tindran lloc les intervencions més complexes. • Es valora positivament que la majoria de cateterismes es facin directament a l'HCB. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessitat de proporcionar més informació sobre a quin centre (terciari o comarcal) dirigir-se depenent de les proves que escauen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establir un ús constant d'indicadors d'experiència dels pacients, ja que, moltes vegades, després de tot el procés el pacient té una percepció diferent de la que té el professional de l'hospital comarcal. • Implementar accions de millora d'acord amb l'anàlisi dels indicadors recollits. • Informar el pacient que tot el procés d'hospitalització i consultes externes està definit prèviament i que l'hospital comarcal en té coneixement.

Millores de salut i seguretat		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • Millora de la qualitat de vida dels pacients. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manca de dades de l'Àrea Sanitària. • Manca d'ús d'indicadors específics. • Actualment, no es pot fer un bon seguiment de la mortalitat, perquè aquesta dada està lligada a la història compartida, però no hi ha informació de la mortalitat intrahospitalària. 	<ul style="list-style-type: none"> • Treballar des del Servei Català de la Salut els registres de mortalitat i fer un cribratge per hospitals. • Tenir indicadors d'àrea (comuns entre centres de l'AE C-17) permetrà fer un monitoratge, i es proposa incloure un màxim de cinc indicadors.

Grup 3. Procés assistencial ORL 24x7

Treball en xarxa		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • Àrea en desenvolupament per fer estudis d'ORL i organització de sessions clíniques obertes a tots els centres de l'Aliança. • En general, la comunicació entre centres (sobretot Granollers i Mollet) i professionals és fluida. 	<ul style="list-style-type: none"> • El protocol de comunicació del circuit està definit, però no està difós de la mateixa manera entre els centres de l'Aliança. • Els professionals només saben quin és l'estat del pacient derivat quan es retorna (des del Clínic) a l'hospital d'origen si té visita amb ORL. • Cal establir com i quan s'ha d'avisar el centre receptor (Clínic) de la derivació d'un pacient. Granollers avisa el Clínic que s'ha derivat un pacient. En el cas de Vic no s'avisava. 	<ul style="list-style-type: none"> • Homogeneïtzar el protocol i el circuit de comunicació entre professionals a tots els centres de l'Aliança (focus a Vic). • Establir mecanismes de compartició d'informació amb relació al <i>feedback</i> del pacient per part del Clínic (la informació del pacient derivat arriba a l'HCB, però costa més de rebre la informació del pacient per part del Clínic).

Experiència dels professionals		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • El punt fort dels hospitals no terciaris és que no tenen residents. La resolució és molt més alta que en un hospital terciari. • El fet de tenir un circuit de derivació establert i la cadena telefònica que s'ha de seguir dona molta tranquil·litat als professionals. • Bon <i>feedback</i> dels professionals per la ràpida resposta dels centres, en comparació d'altres àrees no prioritzades. • Hi ha consciència d'aliança perquè funcionen les dues especialitats 24x7. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cal treballar per reduir la càrrega de feina pels professionals. Per ara, és sostenible, però en el moment que no ho fos implicaria el tancament de consultes / sales d'operacions. • Falta homogeneïtzar els canals de comunicació entre centres. Des del centre de Vic triguen a contactar amb certes especialitats entre 30 i 40 minuts, mentre que altres centres (Granollers o Mollet) tenen un cercapersones que facilita el contacte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vetllar per intentar que els professionals residents puguin treballar de manera més autònoma. • Posar a l'abast i disposició de tots els centres el telèfon del cap de guàrdia del Clínic o dels professionals d'aquest hospital involucrats en el circuit 24x7. • Incloure altres patologies d'urgències on s'apliquin les bones pràctiques de 24x7 d'ORL.

TIC i processos de suport		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> Gràcies a l'Aliança, es va posar a disposició dels professionals un telèfon de contacte del Clínic per facilitar el circuit de derivació i el seguiment dels pacients derivats des dels centres d'origen. Existència de la plataforma IS3. Quan es fa una derivació i se n'informa la plataforma, es rep automàticament resposta del tractament, informació del pacient, etc. (no funciona per a urgències i hospitalitzacions). 	<ul style="list-style-type: none"> Manca de més canals de comunicació. La comunicació és només per via telefònica o per cercapersones. Manca de comunicació o registre quan l'HCB retorna el pacient derivat al centre d'origen. Falta de visibilitat dels fulls quirúrgics i del curs clínic dels pacients ingressats a l'HCB (ni a cap altre hospital) des dels altres centres (que no són el Clínic). La plataforma IS3 permet fer un seguiment de les derivacions, però no està preparada per a urgències i hospitalitzacions. Per tant, no hi ha un registre de les derivacions d'ORL. La manca de compartició d'informació provoca una dificultat de seguiment del pacient. 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar un registre de les visites, les consultes i el recorregut dels pacients derivats i posar-lo a disposició dels professionals, així com quan es retornen al centre d'origen, perquè aquest centre en pugui fer un seguiment complet i sàpiga d'on ve el pacient. Automatitzar la comunicació, que no depengui de trucades. El Servei Català de la Salut hauria d'invertir per millorar la plataforma IS3 per incloure-hi derivacions d'urgències. La plataforma podria: <ul style="list-style-type: none"> Indicar la derivació d'un pacient, així com la informació relacionada (centre d'origen, informe mèdic, tractament, etc.) per facilitar-ne el seguiment. Fer visible a tots els centres i connectar la informació del pacient tractat. Publicar cursos clínics dels pacients (derivats) ingressats a l'HCB.

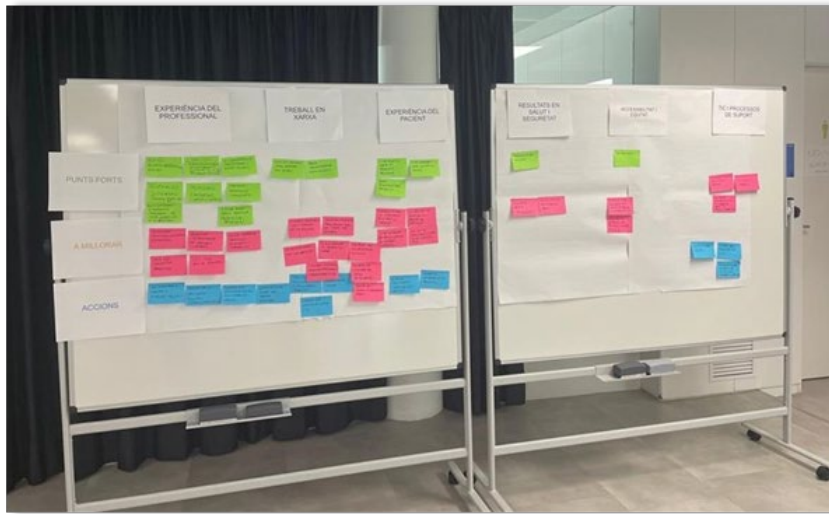
Accessibilitat i equitat		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • El circuit ha permès un augment d'accessibilitat a més especialistes i més proves. • Es deriven tots els pacients al mateix hospital (Clínic), gràcies al protocol establert. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manca de mecanismes per recollir dades d'accessibilitat i equitat dels pacients. • No hi ha indicadors que quantifiquin l'accessibilitat i l'equitat de servei als pacients atesos de l'Aliança gràcies al circuit 24x7 d'ORL. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acordar indicadors per a la mesura quantitativa de l'accessibilitat i l'equitat dels pacients que han pogut accedir al circuit de derivació 24x7 d'ORL. • Pactar mecanismes de recollida de dades.

Experiència dels pacients		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • S'informa el pacient de la derivació (tot i que no se l'informa que és gràcies a l'Aliança). • El circuit establert és una via més directa de derivació per al pacient, que facilita el tràmit i redueix el temps d'espera del pacient d'urgències 24x7 d'ORL. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manca d'indicadors per poder mesurar l'experiència dels pacients en el circuit de derivació. • Falten eines per recollir dades de pacients per tenir dades sobre la seva valoració del circuit, així com la seva experiència en la derivació del circuit 24x7 d'ORL. • No hi ha dades sobre la reducció de temps d'espera gràcies a la creació del circuit. • No hi ha consciència d'Aliança entre els pacients (tot i que consideren que no és necessari). 	<ul style="list-style-type: none"> • Acordar indicadors per poder mesurar l'experiència dels pacients en el circuit de derivació, per quantificar-la. • Acordar quines són les dades necessàries que cal recollir per quantificar la reducció del temps d'espera del pacient gràcies al circuit. • Pactar mecanismes de recollida de dades.

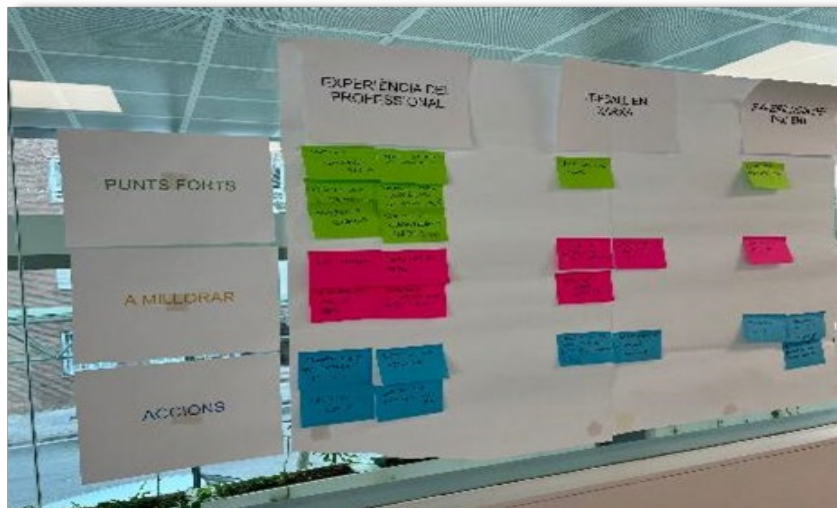
Millores de salut i seguretat		
Punts forts	Aspectes de millora	Accions identificades
<ul style="list-style-type: none"> • Sense dades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manca d'eines per facilitar la recollida de dades relacionades amb les millores de salut i amb la seguretat del pacient. • Calen indicadors per poder mesurar les millores de salut i la seguretat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acordar indicadors per poder mesurar les millores de salut i la seguretat dels pacients en el circuit de derivació. • Pactar mecanismes de recollida de dades.

Aportacions de cada grup de treball del *workshop* 2:

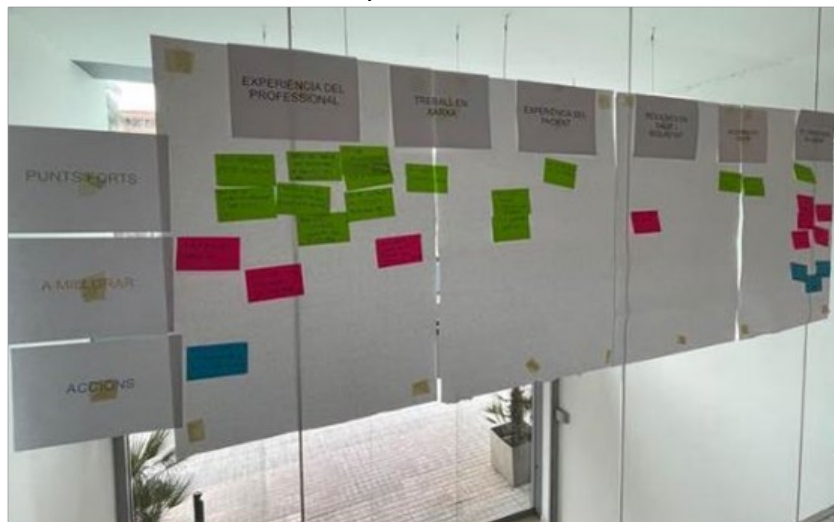
Grup del PAC de càncer de mama



Grup del PAC de malaltia isquèmica



Grup d'ORL 24x7



Annex 9. Resultats del *workshop* 3 amb la valoració preliminar dels assoliments de l'AE C-17 a cada dimensió de l'abordatge avaluatiu

Governança	
Elements valorats	<p>Abast de col·laboració</p> <p>Òrgans de governança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Òrgans definits • Funcions definides • Reunions fetes: <ul style="list-style-type: none"> • Direcció Estratègica • Direcció Assistencial • Direcció Económico-financera • Comissions assistencials • Mecanismes de seguiment <p>Marc jurídic:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convenis de l'AE C-17 • Convenis bilaterals <p>Marc laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marc laboral propi • Política de recursos humans pròpia
Punts forts	Aspectes de millora
<ul style="list-style-type: none"> • L'abast està acotat en intervencions compartides i prioritzades. • Amb relació als òrgans de govern de l'AE C-17, es destaquen els aspectes següents: <ul style="list-style-type: none"> • Les direccions mèdiques fan un seguiment periòdic de l'evolució dels projectes compartits. • Les comissions assistencials funcionen bé, es reuneixen amb periodicitat i tenen una metodologia clara per al desenvolupament. • Hi ha convenis bilaterals entre els centres de l'AE C-17. • Hi ha voluntat de compartir professionals entre centres (sense un marc laboral compartit). • L'AE C-17 disposa de la figura de la Coordinació de l'Aliança C-17. • Voluntat compartida d'anar més enllà del terciarisme i ser una aliança territorial més àmplia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cal definir l'evolució de l'AE C-17 i el seu abast futur. • Cal un posicionament compartit de la missió, els objectius i el paper dels òrgans de govern (Direcció Estratègica, Direcció Assistencial, Direcció Económico-financera, comissions assistencials). • Manca de confiança per falta de directrius i funcions establertes de manera clara. • Manca de generositat entre centres a l'hora de facilitar la derivació de pacients i compartir professionals. • Fa falta formalitzar un marc jurídic compartit que facilitaria avançar en el desplegament de l'Aliança. • Cal definir uns mecanismes de seguiment i avaluació de l'AE C-17 (indicadors, QdC). • Fa falta establir un paper actiu del Servei Català de la Salut respecte a la definició de fluxos de pacients dels centres i d'una ordenança del terciarisme, acompanyat d'un sistema de pagament. • Acordar un posicionament compartit de les tres regions sanitàries amb relació a l'AE C-17.
Fonts d'informació	<ul style="list-style-type: none"> • Memòria de l'AE C-17 • Fitxes de les intervencions • Convenis • Entrevistes • <i>Workshop</i> 1

Àmbit economicofinancer	
Elements valorats	<p>Sistema de finançament propi Model preliminar d'avaluació de costos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inversions • Costos de recursos humans • Costos de recursos materials • Costos de programari • Costos fixos o d'estructura • Estalvis
Punts forts	Aspectes de millora
<ul style="list-style-type: none"> • Definició d'un model preliminar d'avaluació de costos que recull elements com: <ul style="list-style-type: none"> • Inversions • Costos d'hores de professional • Costos de proves diagnòstiques • Estalvis en proves diagnòstiques • Reducció dels trasllats i els desplaçaments. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultat per acordar criteris comuns per definir quins costos i estalvis deriven de l'AE C-17, sobre quin centre o actor implicat recau (inclòs el Servei Català de la Salut), definició de cada cost, etc. • El sistema de pagament i finançament no està adaptat a una aliança ni homogeneïtzat a tots els centres de l'AE C-17. • Manca de provisió de recursos per als centres que augmenti l'autonomia de cadascun. • Manca d'empoderament dels centres comarcals. • Els centres comarcals es veuen afectats econòmicament quan fan les derivacions a l'HCB, es percep com una "penalització" per seguir el circuit. • Valorar compensacions entre centres per poder ajustar la part de cost que suporta cada centre. • Manca de compartició d'informació entre centres sobre la destinació de recursos associats a l'AE C-17.
Fonts d'informació	<ul style="list-style-type: none"> • Memòria de l'AE C-17 • Fitxes de les intervencions • Entrevistes • <i>Workshops</i> 1 i 2

Treball en xarxa	
Elements valorats	Participació dels professionals en: <ul style="list-style-type: none"> • Assistència del PAC • Docència i formació • Recerca Informació de pacients derivats Marc que ordeni els projectes compartits entre centres Canals de comunicació establerts entre centres Convocatòries de premis i jornades
Punts forts (global)	Aspectes de millora (global)
<ul style="list-style-type: none"> • Foment de la transferència de coneixement entre professionals, que beneficia que els centres de l'AE C-17 aprenguin els uns dels altres (sessions clíniques, protocols compartits, jornades, formacions conjuntes, etc.). • Bon funcionament dels projectes compartits amb infermeria i gestores de pacients. • Realització de formacions conjuntes de l'AE C-17, a través de l'Aula Clínic. • Celebració de les jornades i els premis de l'AE C-17. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'AE C-17 és fruit del voluntarisme dels professionals assistencials dels cinc centres amb un objectiu comú, però es troba a faltar una estructura més sòlida en l'àmbit assistencial. • Falta d'informació i de seguiment per part dels hospitals comarcals sobre les decisions preses i les derivacions de l'hospital terciari. • L'AE C-17 requereix un exercici d'ordenació de fluxos, amb una bona comunicació i instruccions clares del Servei Català de la Salut. • Canals de comunicació poc homogenis entre centres de l'AE-C-17. • Manca d'equitat dels professionals sanitaris a l'hora d'accedir a la recerca i als assaigs clínics.
Punts forts específics del PAC de càncer de mama*	Aspectes de millora específics del PAC de càncer de mama
<ul style="list-style-type: none"> • Bona transferència de coneixement, que beneficia que els centres de l'AE C-17 aprenguin els uns dels altres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cal la implantació d'alguns protocols. • Cal ordenar els fluxos, ja que específicament alguns centres de l'AE C-17 han externalitzat el servei d'anatomia patològica a altres centres fora de l'Aliança. • Tots els centres de l'AE C-17 poden ser coreclutadors de pacients per als assaigs clínics. No hi ha equitat dels professionals sanitaris a l'hora d'accedir a la recerca i als assaigs clínics.
Punts forts específics del PAC de malaltia isquèmica	Aspectes de millora específics del PAC de malaltia isquèmica
<ul style="list-style-type: none"> • Bona comunicació i predisposició en casos urgents i patologies agudes. • Grup multidisciplinari per als comitès de cardiopatia isquèmica de casos complexos. • Valoració positiva de la realització de cateterismes a l'HCB en lloc de l'Hospital del Mar. • Funcionen molt bé els projectes compartits a infermeria i les gestores de pacients entre hospitals. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cal homogeneïtzar les derivacions entre centres del codi infart i dels cateterismes. • Falta de bidireccionalitat en la informació després de derivacions cardíaques.
Punts forts específics d'ORL 24x7	Aspectes de millora específics d'ORL 24x7
<ul style="list-style-type: none"> • Àrea en desenvolupament per fer estudis d'ORL. • Organització de sessions clíniques obertes a tots els centres de l'AE C-17. 	<ul style="list-style-type: none"> • Difusió no homogènia entre centres del protocol de comunicació del circuit 24x7 d'ORL. • Manca d'un protocol per notificar al centre receptor de la derivació d'un pacient que té visita ORL.
Fonts d'informació	<ul style="list-style-type: none"> • Memòria de l'AE C-17 • Fitxes de les intervencions • Entrevistes • <i>Workshops</i> 1 i 2

* Durant el desenvolupament del *workshop* 2, dins del grup 1 es van comentar alguns aspectes relacionats no només amb el càncer de mama, sinó també amb el càncer de pulmó, ja que es va considerar que és una àrea prou desenvolupada per comentar-la i incloure-la dins la valoració.

Processos de suport	
Elements valorats	Protocols compartits Grau de satisfacció amb els serveis de radiodiagnòstic Grau de satisfacció amb l'assessorament genètic Desplegament de les instruccions del Servei Català de la Salut
Punts forts	Aspectes de millora
<ul style="list-style-type: none"> • S'han establert els circuits de derivació de pacients en radiologia intervencionista, programada i urgent. • A oncologia: <ul style="list-style-type: none"> • Implementació d'una consulta d'assessorament genètic del càncer a l'Hospital de Granollers (dos dies per setmana) i a l'Hospital de Vic (un dia per setmana). • Definició de criteris de derivació per a assessorament. • S'ha regulat la participació del personal assistencial de radiologia i medicina nuclear en els comitès multidisciplinaris (càncer de mama i de pulmó). • Instal·lació d'una unitat mòbil de PET/TAC. • Prova pilot del desplegament de la tecnologia de realitat augmentada en gangli sentinella. • Creació del circuit de mostres per estudi genètic centralitzat a l'HCB. • Creació de base de dades centralitzada (Progeny). • Instauració de l'assessorament psicològic en casos necessaris. • A cardiologia: <ul style="list-style-type: none"> • Desplegament de la instrucció del Servei Català de la Salut del Pla director de malalties cerebrovasculars. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manca de difusió del model d'assessorament genètic del càncer i els circuits entre els professionals. • Dificultats de seguiment dels pacients diagnosticats de càncer hereditari i els seus familiars: manca de protocols amb els serveis medicoquirúrgics en els centres d'origen. • Cal involucrar més els serveis implicats tant en sospita de càncer hereditari com en el seguiment. • Cal iniciar projectes d'innovació tecnològica de suport virtual. • Sobrecàrrega assistencial dels professionals implicats que dificulta la participació en els comitès. • Cal una adaptació de les instruccions vigents del Servei Català de la Salut que regulen la derivació de pacients de l'AE C-17 cap a altres centres fora de l'AE C-17. • Manca d'eines per a dur a terme una avaluació de resultats de la intervenció (diagnòstic per la imatge).
Fonts d'informació	<ul style="list-style-type: none"> • Memòria de l'AE C-17 • Fitxes de les intervencions • Entrevistes • <i>Workshop</i> 2

Tecnologies de la informació i la comunicació	
Elements valorats	<p>Marc compartit sobre l'ús de les TIC</p> <p>Interoperabilitat entre centres</p> <p>Ús de sistemes d'informació compartits</p> <p>Estandardització de processos mitjançant l'ús de les TIC</p> <p>Plataforma TIC per a formació</p> <p>Pàgina web de farmàcia</p> <p>Registres de dades homogenis per al càlcul d'indicadors</p>
Punts forts (global)	Aspectes de millora (global)
<ul style="list-style-type: none"> • Ús de la tecnologia com a eina de millora en accessibilitat i atenció al territori de l'AE C-17. • L'ús de les TIC permet la col·laboració entre els centres de l'AE C-17 en la realització de sessions clíniques conjuntes, comitès, revisions de protocols i definició de processos assistencials bidireccionals. • Es disposa d'una plataforma de formació continuada per als professionals de l'AE C-17. • Implantació de la interoperabilitat entre els centres per estandarditzar i assegurar els processos definits a través de la plataforma IS3 en coordinació amb l'oficina d'eSalut. • Utilització d'una base de dades centralitzada entre tots els centres de l'AE C-17. • Disseny, definició, desenvolupament, pilotatge i posada en funcionament de la pàgina web de farmàcia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manca de paraigua legal per a un desenvolupament tecnològic global per a tota l'AE C-17. • Manca d'adaptació dels diferents sistemes informàtics de cada centre per poder fer la derivació i la identificació de pacients. • Manca de capacitat de la plataforma de compartició d'informació entre centres per a les derivacions de pacients, cosa que provoca dificultat d'adhesió, implantació de circuits i activitats clíniques i continuïtat assistencial. • Falta de visibilitat dels fulls quirúrgics i del curs clínic dels pacients ingressats a l'HCB (ni a cap dels centres) des dels centres derivadors. • No es disposa de les mateixes llicències de programes per a la transferència d'informació. • No hi ha fluxos definits entre hospitals comarcals i hi ha una deficiència d'informació a l'hospital derivador. • Manca de finançament i recursos per al desenvolupament de les TIC que faciliti el desplegament de l'AE C-17.
Punts forts específics del PAC de càncer de mama	Aspectes de millora específics del PAC de càncer de mama
<ul style="list-style-type: none"> • Interoperabilitat de la plataforma IS3 que permet estandarditzar i aportar seguretat als processos definits per a oncologia mamària, en coordinació amb eSalut. 	<ul style="list-style-type: none"> • Els sistemes d'informació actuals no aporten una informació global i compartida que faciliti la traçabilitat dels pacients d'oncologia mamària derivats.
Punts forts específics del PAC de malaltia isquèmica	Aspectes de millora específics del PAC de malaltia isquèmica
<ul style="list-style-type: none"> • Millora en la visualització de les imatges gràcies a la història compartida, ja que poden accedir a les imatges amb mobilitat. • Posarà en marxa al setembre de l'edifici de radioteràpia a Granollers, que permetrà que l'HCB integri l'ISH3 i es faciliti la comunicació entre el centre terciari i el comarcal. • El grup de treball format per tecnòlegs va tenir un molt bon funcionament i, tot i no estar operatiu actualment, es pot reactivar en cas de necessitat. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hi ha temps establert per dedicar a l'anàlisi de proves. • No és possible veure des de l'HCB les plàsties mitrals i els ventricles que es fan als hospitals comarcals.

Punts forts específics d'ORL 24x7		Aspectes de millora específics d'ORL 24x7	
<ul style="list-style-type: none"> Gràcies a l'AE C-17, es va posar a disposició dels professionals un telèfon de contacte de l'HCB per facilitar el circuit de derivació i el seguiment dels pacients derivats des dels centres d'origen. 		<ul style="list-style-type: none"> Manca de més canals de comunicació, ja que l'única opció de comunicació actual és la via telefònica o per cercapersones. La plataforma IS3 permet fer un seguiment de les derivacions, però no està preparada per a urgències i hospitalitzacions. Per tant, no hi ha un bon registre de les derivacions d'urgències. 	
Fons d'informació	<ul style="list-style-type: none"> Memòria de l'AE C-17 Fitxes de les intervencions Entrevistes Workshops 1 i 2 		

Experiència dels professionals	
Elements valorats	Sentiment de pertinença a l'AE C-17 Integració dels professionals a l'AE C-17 Protocols compartits Captació i retenció de talent Grau de satisfacció dels professionals
Punts forts (global)	Aspectes de millora (global)
<ul style="list-style-type: none"> Alta implicació, consciència i sentiment de pertinença dels professionals de les intervencions de l'Aliança. L'AE C-17 contribueix a atreure i fidelitzar professionals als centres perifèrics. Compartició de professionals entre els centres. Millora de la interdisciplinarietat dels professionals entre diversos àmbits. Es fan sessions clíniques conjuntes. Compartició de protocols comuns. La formació i la responsabilitat professional d'infermeria dels hospitals comarcals (específicament el de Vic) ha millorat gràcies a la formació per part d'infermeria de l'HCB. 	<ul style="list-style-type: none"> Manca d'instruccions clares als professionals a causa de la falta d'un marc de col·laboració compartit i estable. Falta d'un model de prestació de serveis homogeni en totes les intervencions per ordenar la feina dels professionals. Manca de detall dels protocols compartits, i possibilitat de compartir més protocols. Manca de professionals als centres perifèrics que provoca derivacions que es podrien tractar al mateix centre. Dificultat per retenir professionals en els hospitals comarcals.
Punts forts específics del PAC de càncer de mama*	Aspectes de millora específics del PAC de càncer de mama
<ul style="list-style-type: none"> Realització de sessions clíniques conjuntes per mitjà del Comitè de Tumors. Consens de protocols en diagnòstic per la imatge, assessorament genètic i derivació de pacients de càncer de mama. Celebració de diferents jornades amb assistència de professionals de tots els centres de l'AE C-17, entre les quals destaquen: <ul style="list-style-type: none"> Sis jornades sobre càncer de mama Estades formatives a l'HCB (docència pràctica) 	<ul style="list-style-type: none"> Cal millorar l'estructura i els continguts de les sessions clíniques conjuntes. Manca de detall dels protocols compartits, i possibilitat de compartir més protocols dels disponibles. Potenciar les estades formatives (docència pràctica).

Punts forts específics del PAC de malaltia isquèmica	Aspectes de millora específics del PAC de malaltia isquèmica
<ul style="list-style-type: none"> • Confiança clínica respecte a l'hospital terciari, específicament en cirurgia cardíaca i hemodinàmica. • Els circuits de derivació han millorat l'eficiència de les hores dels cardiòlegs. • Les sessions virtuals que es fan amb experts de cardiologia de l'HCB mantenen els professionals actualitzats. • L'HCB es beneficia també d'experiències concretes dels professionals de cardiologia dels hospitals comarcals. 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionament ineficient dels fluxos de pacients en els diferents hospitals. • Falta de compartició de professionals d'alguns centres perifèrics amb l'hospital terciari. • Manca de sentiment de pertinença de l'equip d'hemodinàmica. • Duplicitats en les proves diagnòstiques a causa de mala comunicació entre professionals (específicament amb els postoperats de cirurgia cardíaca).
Punts forts específics d'ORL 24x7	Aspectes de millora específics d'ORL 24x7
<ul style="list-style-type: none"> • El circuit de derivació i la cadena telefònica establerta aporta tranquil·litat als professionals. • Bon <i>feedback</i> dels professionals per la ràpida resposta dels centres, respecte a altres patologies. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta càrrega de feina insostenible per als professionals. • Canals de comunicació poc homogenis entre centres.
Fonts d'informació	<ul style="list-style-type: none"> • Memòria de l'AE C-17 • Fitxes de les intervencions • Entrevistes • <i>Workshops</i> 1 i 2

* Durant el desenvolupament del *workshop* 2, dins del grup 1 es van comentar alguns aspectes relacionats no només amb el càncer de mama, sinó també amb el càncer de pulmó, ja que es va considerar que és una àrea prou desenvolupada per comentar-la i incloure-la dins la valoració.

Accessibilitat	
Elements valorats	Reducció del temps mitjà d'espera: <ul style="list-style-type: none"> • Primera consulta • Intervenció quirúrgica • Tractament d'alta especialització Reducció del nombre de pacients en llista d'espera quirúrgica
Punts forts	Aspectes de millora
<ul style="list-style-type: none"> • Es permet l'accés a un centre d'alta complexitat (l'HCB) als pacients dels centres comarcals de l'Aliança. • Definició de circuits assistencials i protocols de derivació com els de les intervencions prioritzades (oncologia, cardiologia i urgències 24x7 d'ORL). • Millora del temps de resposta de les intervencions prioritzades, gràcies als circuits assistencials i protocols de derivació definits. • La creació del clúster de la COVID-19 va facilitar l'accessibilitat als pacients i la creació de circuits de derivació. • A oncologia: <ul style="list-style-type: none"> • S'ha millorat l'accés a tractaments quirúrgics i la possibilitat de participar en estudis de recerca duts a terme a l'HCB. • L'assessorament genètic i les teràpies moleculars són un exemple de cas d'èxit en accessibilitat. • A cardiologia s'han definit circuits d'accés per a l'atenció de tractament valvular o dolor toràcic. • Accés a urgències 24x7 compartides amb l'HCB per Urologia i ORL. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incertesa sobre la capacitat de l'HCB per respondre a les necessitats de la població de l'AE C-17. • Percepció que el HCB accepta la derivació de pacients dels centres comarcals de l'AE C-17 prioritzant criteris de recerca. En cas de no complir-los, es deriven a un centre extern. • Amb l'aplicació d'alguns circuits de derivació, la derivació a l'HCB queda més lluny en comparació dels centres on es derivava prèviament, cosa que fa empitjorar els temps d'espera. • En els darrers dos anys, els temps de resposta s'han vist afectats negativament per l'impacte de la COVID-19. • Alguns centres privats perjudiquen l'AE C-17 quant a expertesa i rapidesa en l'accessibilitat. • Cal millorar el diagnòstic per oferir un tracte més precís, evitant la duplictat de visites, derivacions i llargues esperes per als pacients. • Manca de mecanismes per recollir dades i indicadors d'accessibilitat (per quantificar i objectivar la millora del temps d'espera, per exemple).
Fonts d'informació	<ul style="list-style-type: none"> • Memòria de l'AE C-17 • Fitxes de les intervencions • Entrevistes • <i>Workshops</i> 1 i 2

Experiència dels pacients	
Elements valorats	<p>Consciència d'AE C-17</p> <p>Participació del pacient en la presa de decisions compartides</p> <p>Grau de satisfacció dels pacients en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducció del temps d'espera • Transport urgent • Transport sanitari ordinari <p>Sistema compartit per a la recollida de dades sobre l'experiència dels pacients de l'AE C-17</p>
Punts forts	Aspectes de millora
<ul style="list-style-type: none"> • Valoració positiva (qualitativa) dels pacients amb relació als beneficis de l'AE C-17. • Els pacients identifiquen en quins serveis s'ha col·laborat per mitjà de l'AE C-17. • Coneixement del pacient sobre on serà tractat i derivat (a l'HCB). • El transport urgent està ben valorat. • Grup focal amb pacients atesos sota el paraigua de l'AE C-17 l'any 2019. • A oncologia: <ul style="list-style-type: none"> • Compartir protocols oncològics entre centres aporta confiança als pacients. • Menys sessions de quimioteràpia pels pacients. • Projecte Brúixola (càncer de pulmó) per analitzar l'experiència dels pacients. • A cardiologia: <ul style="list-style-type: none"> • Els cateterismes es fan majoritàriament a l'HCB. • A urgències 24x7: <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacció per la reducció del temps d'espera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cal explicar millor l'AE C-17 a alguns perfils de pacients (a urgències, per exemple). • Falta de claredat per al pacient respecte als objectius de cada centre, els responsables de les accions i la presa de decisions. • Manca de percepció de circuit únic, el pacient es perd en el procés de derivació. • Manca d'informació sobre cap a quin centre s'ha de dirigir el pacient (terciari o comarcal) segons la tipologia de proves que ha de fer. • Situació d'angoixa per al pacient quan és derivat i no se l'ha informat prou del circuit que ha de seguir i de qui fa el seguiment. • El transport sanitari ordinari (no urgent) entre centres és millorable pel pacient. • No hi ha mecanismes de recollida de dades ni indicadors que quantifiquin l'experiència dels pacients.
Fonts d'informació	<ul style="list-style-type: none"> • Memòria de l'AE C-17 • Fitxes de les intervencions • Entrevistes • <i>Workshops</i> 1 i 2

Equitat	
Elements valorats	Equitat d'accés a: <ul style="list-style-type: none"> • Professionals experts en patologies d'alta complexitat • Interconsultes amb serveis d'alta complexitat • Proves diagnòstiques • Noves teràpies • Tractaments quirúrgics
Punts forts	Aspectes de millora
<ul style="list-style-type: none"> • Millora significativa pel que fa a l'equitat d'accés en general. • Equitat assistencial més gran per als pacients dels centres comarcals, cosa que fa disminuir les desigualtats entre pacients. • S'ha facilitat l'equitat d'accés a: <ul style="list-style-type: none"> • Professionals experts en alta complexitat • Proves diagnòstiques • Teràpies i tractaments innovadors • La majoria de les derivacions de pacients de les intervencions prioritzades es fan cap al mateix centre (a l'HCB). • L'organització del clúster de la COVID-19 va facilitar l'equitat d'atenció. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'Aliança està molt centrada en l'alta complexitat (manca de prioritització d'altres serveis i àmbits). • Manca de coordinació de serveis. Cal ordenar i coordinar les necessitats de cada centre per garantir l'equitat a tots els pacients de l'AE C-17. • No hi ha equitat dels professionals sanitaris a l'hora d'accedir a la recerca i als assaigs clínics. En els hospitals perifèrics, els professionals tenen poc temps per fer recerca. • Manca de dades per valorar més objectivament l'equitat entre professionals i pacients.
Fonts d'informació	<ul style="list-style-type: none"> • Memòria de l'AE C-17 • Fitxes de les intervencions • Entrevistes • <i>Workshops</i> 1 i 2

Millores de salut i seguretat	
Elements valorats	Capacitat resolutiva Reducció d'hospitalitzacions Reingressos en els 30 dies posteriors Taxa de supervivència Índex de mortalitat: <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalària • Extrahospitalària en els 30 dies posteriors
Punts forts (global)	Aspectes de millora (global)
<ul style="list-style-type: none"> • Bon funcionament de les comissions clíniques compartides, que afavoreixen la transferència de coneixement entre professionals. • Compartició de protocols comuns i estandarditzats establerts entre tots els centres. • Coordinació de serveis de manera ordenada i articulada amb bons resultats de salut. • Millora dels resultats (valoració qualitativa), gràcies a l'augment de capacitat de resposta per part dels centres. • Algunes de les intervencions de l'AE C-17 han suposat un estalvi en estades hospitalàries (malaltia isquèmica) i sessions a l'hospital de dia (càncer de mama). 	<ul style="list-style-type: none"> • Cal prioritzar dades quantitatives relatives a la millora de la salut, l'efectivitat i la seguretat dels pacients. • Cal establir indicadors per calcular les millores de salut, l'efectivitat i la seguretat dels pacients atesos sota el paraigua de l'Aliança de manera general i específica per intervencions de l'AE C-17. • Manca d'una pràctica clínica homogènia per poder oferir una millor qualitat del servei i continuar desplegant l'Aliança a partir d'una base comuna.

Punts forts específics del PAC de càncer de mama*		Aspectes de millora específics del PAC de càncer de mama	
<ul style="list-style-type: none"> • Millora de la salut en els càncers de mama gràcies a l'estandardització de processos i augment de la transferència de coneixement. • Millora de l'atenció als pacients oncològics i de la seva salut. 		<ul style="list-style-type: none"> • Dificultat per tenir un registre sistemàtic i de qualitat de les dades d'intervencions. • Manca de dades i indicadors d'avaluació de millores de salut de càncer de mama. 	
Punts forts específics del PAC de malaltia isquèmica		Aspectes de millora específics del PAC de malaltia isquèmica	
<ul style="list-style-type: none"> • Millora de la qualitat de vida dels pacients. 		<ul style="list-style-type: none"> • Manca de dades de l'Àrea Sanitària disponibles. • Manca d'indicadors específics per avaluar com l'AE C-17 ha impactat en la salut dels pacients de cardiologia. • Manca de la possibilitat de fer un bon seguiment de la mortalitat, perquè aquesta dada està lligada a la història compartida, però no hi ha informació de la mortalitat intrahospitalària. 	
Punts forts específics d'ORL 24x7		Aspectes de millora específics d'ORL 24x7	
<ul style="list-style-type: none"> • La reducció del temps d'espera dels pacients dins del circuit d'urgències 24x7 d'ORL podria traduir-se en una millora de la salut, tot i que no hi ha dades que ho quantifiquin. 		<ul style="list-style-type: none"> • Manca d'eines per facilitar la recollida de dades relacionades amb les millores de salut, l'efectivitat i la seguretat de l'AE C-17. 	
Fonts d'informació	<ul style="list-style-type: none"> • Memòria de l'AE C-17 • Fitxes de les intervencions • Entrevistes • <i>Workshops</i> 1 i 2 		

* Durant el desenvolupament del *workshop* 2, dins del grup 1 es van comentar alguns aspectes relacionats no només amb el càncer de mama, sinó també amb el càncer de pulmó, ja que es va considerar que és una àrea prou desenvolupada per comentar-la i incloure-la dins la valoració.

Annex 10. Autoavaluació pilot de la intervenció d'ORL 24x7 de l'AE C-17

L'equip referent de la intervenció d'ORL 24x7 ha avaluat l'experiència pilot d'aquesta col·laboració de l'AE C-17 que es va dur a terme entre febrer i octubre de 2021. Els criteris considerats van ser:

- Percentatge de pacients que sol·liciten trasllat des de l'hospital d'origen.
- Per a quines patologies se sol·licita trasllat des de l'hospital d'origen.
- Perfil del professional que ha sol·licitat el trasllat des de l'hospital d'origen (metge d'urgències o ORL).
- Horari de sol·licitud de la derivació.
- Tractament aplicat.
- Destinació final del pacient.

A partir de la recollida de dades des del servei d'urgències d'ORL de l'Hospital Clínic, extretes de la fitxa descriptiva de la intervenció elaborada durant la fase de documentació de l'AE C-17, s'han obtingut els resultats següents:

- En sis mesos es van derivar un total de 21 pacients en la intervenció.
- Dels 21 pacients, per a 14 es va sol·licitar el trasllat a l'HCB (66% del total de derivats), que es va acceptar en 11 casos. En el cas dels altres tres pacients, es va poder resoldre la situació en primera instància per via telefònica i els pacients van poder esperar a l'endemà per ser atesos pel seu ORL corresponent.
- Dels set casos que van arribar a l'HCB sense sol·licitud prèvia (33% del total de derivats, no inclosos en el circuit assistencial aprovat), sis ho van fer espontàniament i només en un cas es va fer la derivació sense avisar l'HCB.
- Totes les sol·licituds de trasllat van ser fora d'horari laboral dels ORL de la C-17, excepte tres casos que requerien atenció continuada seguint els acords inicialment establerts.
- Els motius de derivació s'adeqüen als establerts en el protocol comú.

Tots els pacients derivats van rebre tractament conservador. Nou pacients van ser donats d'alta a domicili, tres es van quedar en observació i dos van ser ingressats.

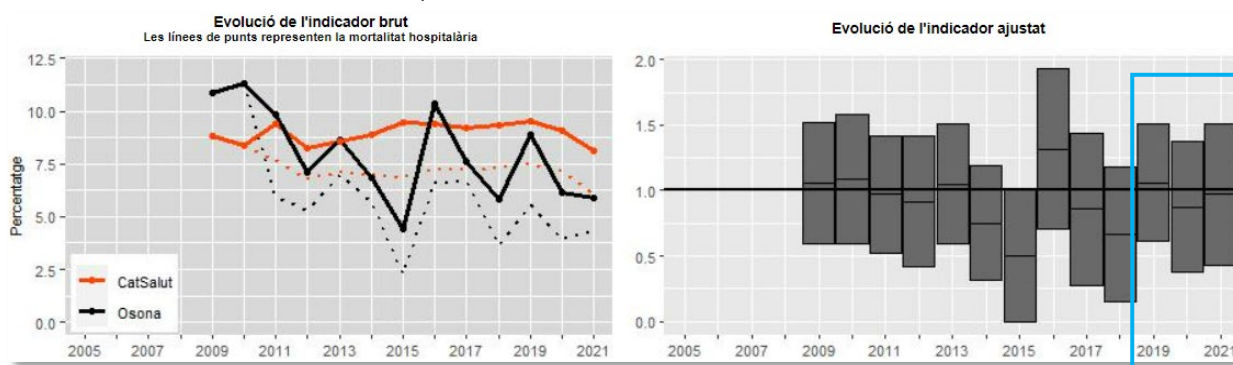
(font: fitxa de la intervenció d'ORL 24x7 de l'AE C-17)

Annex 11. Ampliació dels resultats d'indicadors quantitius

Efectivitat: mortalitat observada *versus* esperada en patologies cardíaques

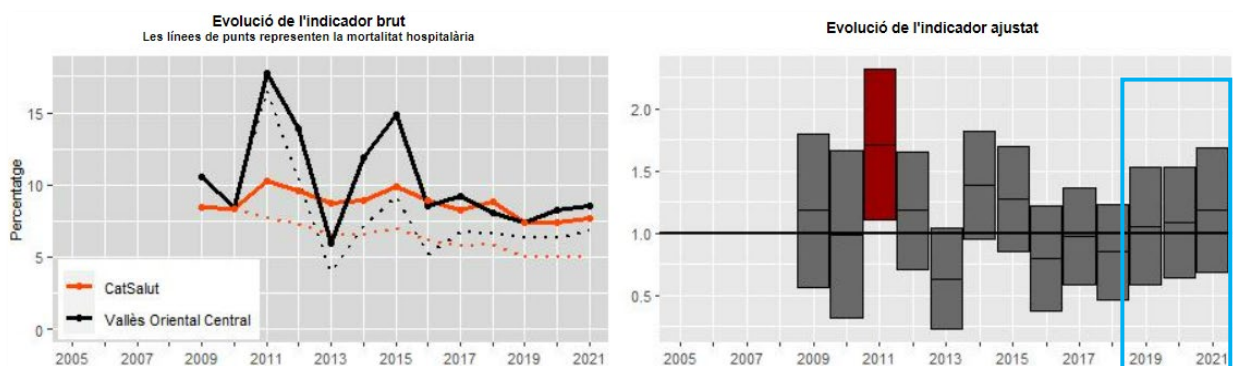
A continuació es presenta la mortalitat observada *versus* l'esperada per a les altes amb diagnòstic principal d'infart agut de miocardi sense elevació del segment ST (IAMSEST), excloent-ne els malalts amb trasllats entre diferents centres. En el període de desplegament de les intervencions compartides de l'AE C-17 en cardiologia i cirurgia cardíaca (requadre blau), a les AGA de la C-17 els valors observats de mortalitat són propers als esperats.

IQH52 – Mortalitat en IAMSEST: Osona



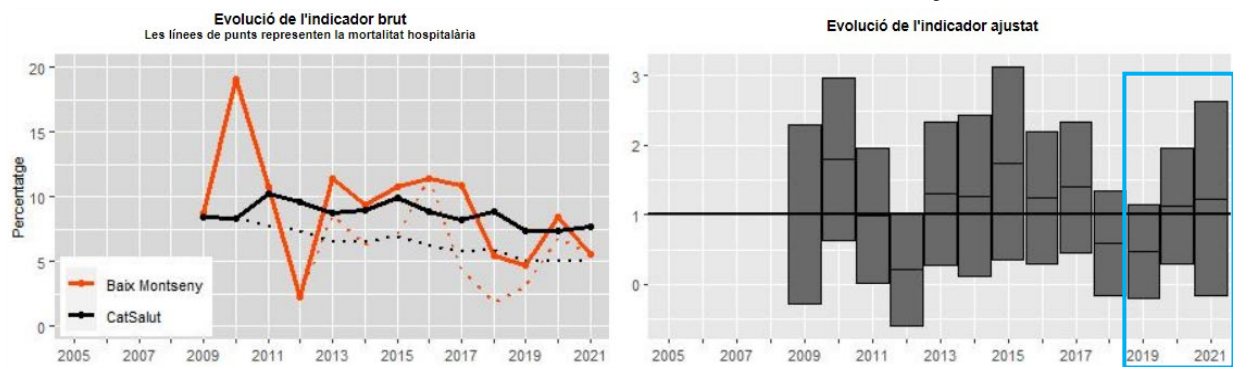
Font: MSIQ.

IQH52 – Mortalitat en IAMSEST: Vallès Oriental Central



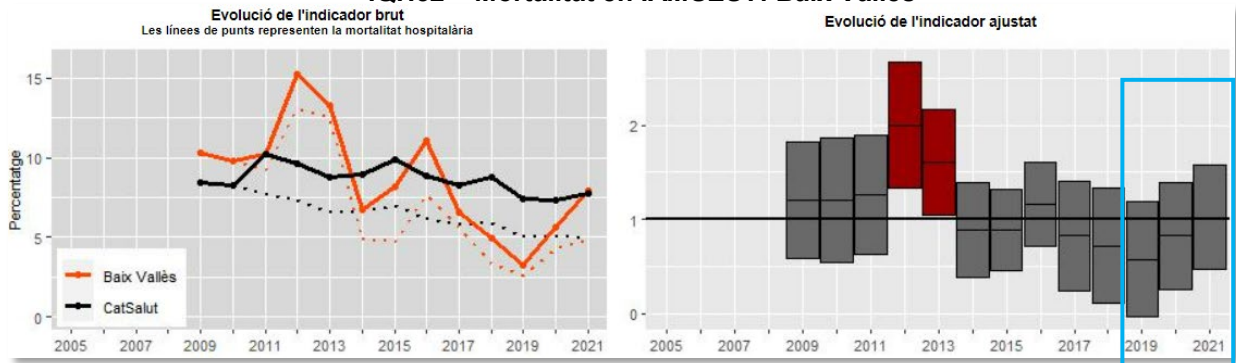
Font: MSIQ.

IQH520 – Mortalitat en IAMSEST: Baix Montseny



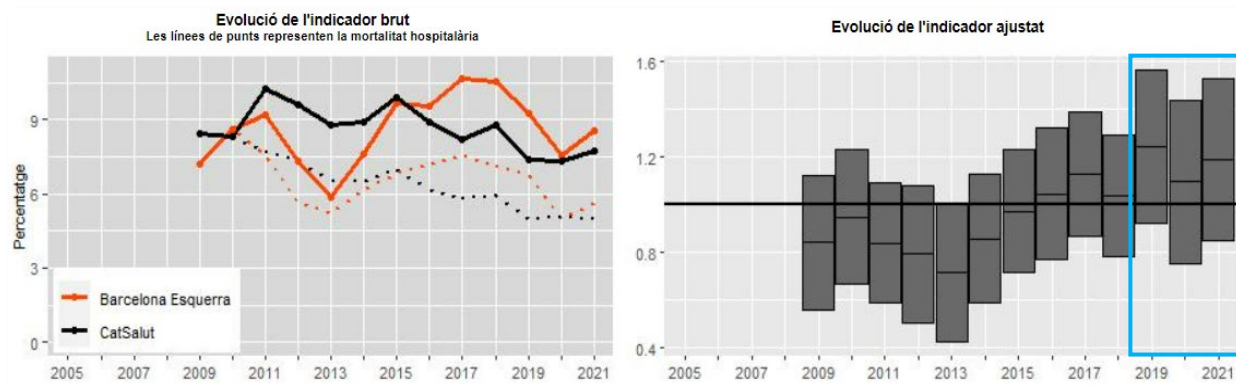
Font: MSIQ.

IQH52 – Mortalitat en IAMSEST: Baix Vallès



Font: MSIQ.

IQH52 – Mortalitat en IAMSEST: Barcelona Esquerra

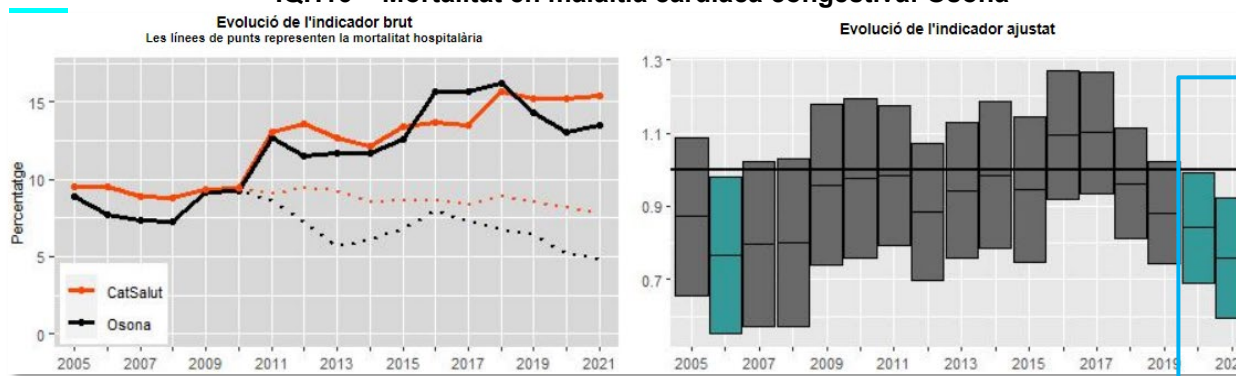


Font: MSIQ.

A continuació es presenta la relació entre la mortalitat observada i l'esperada segons el model d'ajust de les altes amb diagnòstic principal de malaltia cardíaca congestiva. Es recorda que el PAC d'insuficiència cardíaca s'ha anat implantant progressivament entre els diferents centres a partir de maig de 2019 (FSM-HCB), i l'últim centre a incorporar-se ha estat l'Hospital de Sant Celoni, el gener de 2021.

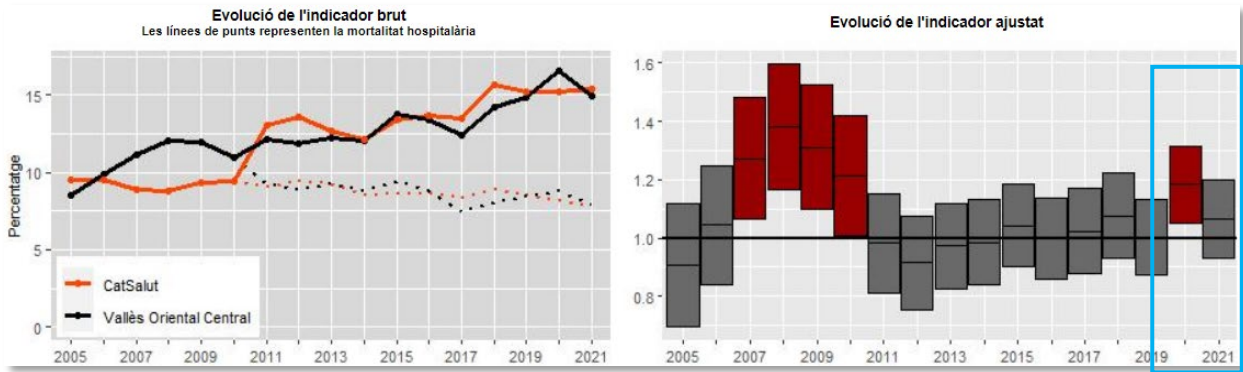
En aquest cas, la població d'Osona presenta una mortalitat significativament inferior a l'esperada en els últims dos anys del període, mentre que l'AGA Vallès Oriental Central va tenir més mortalitat que l'esperada el 2020. La resta d'AGA presenten dades molt properes a les esperades en el període de desplegament de la intervenció compartida a cada AGA (requadre blau).

IQH16 – Mortalitat en malaltia cardíaca congestiva: Osona



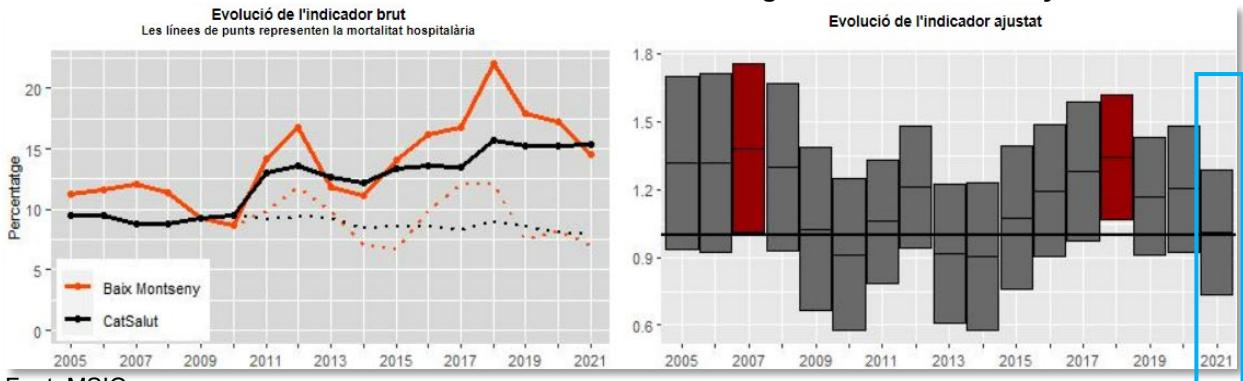
Font: MSIQ.

IQH16 – Mortalitat en malaltia cardíaca congestiva: Vallès Oriental Central



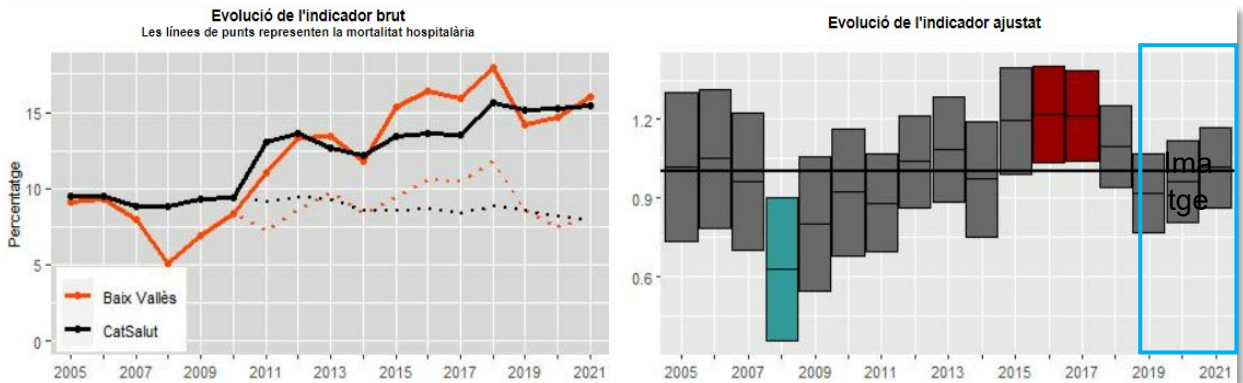
Font: MSIQ.

IQH16 – Mortalitat en malaltia cardíaca congestiva: Baix Montseny



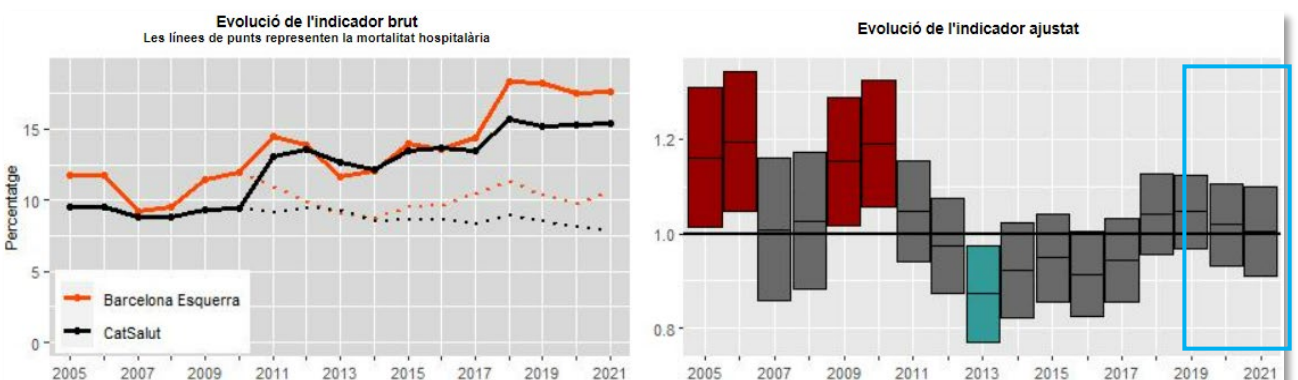
Font: MSIQ.

IQH16 – Mortalitat en malaltia cardíaca congestiva: Baix Vallès



Font: MSIQ.

IQH16 – Mortalitat en malaltia cardíaca congestiva: Barcelona Esquerra



Font: MSIQ.

Efectivitat: supervivència postmastectomia en càncer de mama

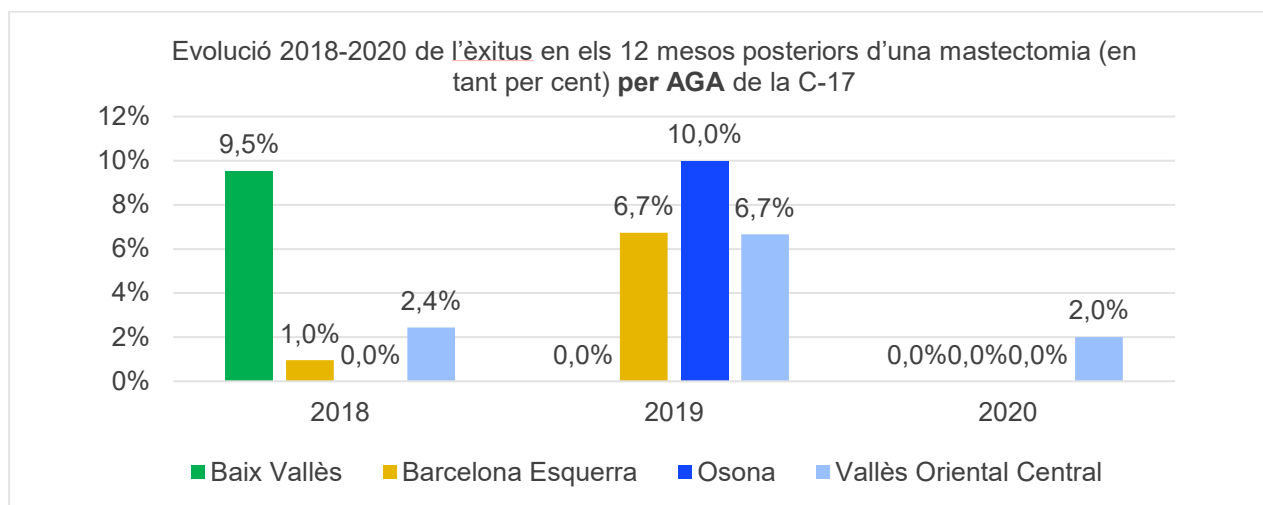
L'indicador de supervivència postmastectomia permet observar el grau d'homogeneïtat en el seu comportament als diferents territoris C-17, així com comparar-lo amb el total del SISCAT. Si bé hi ha molts factors que intervenen en la supervivència en processos oncològics, atès que el procés assistencial compartit de càncer de mama ha estat una intervenció prioritzada per l'Aliança i desplegada a escala de l'Aliança el gener de 2017, es considera rellevant monitorar-la amb visió territorial.

La informació obtinguda del Pla director d'oncologia (PDO) a inicis de 2023 permet calcular les supervivències en els 12 mesos posteriors de les pacients a qui s'ha fet una mastectomia el 2018, el 2019 i el 2020. Es registren aproximadament 200 intervencions anuals per a tota la població de la C-17, xifra que suposa un 14% del total de mastectomies del SISCAT.

Nombre total de mastectomies de pacients de la C-17			
	2018	2019	2020
Osona	26	22	24
Vallès Oriental Central	41	48	51
Baix Montseny	10	13	16
Baix Vallès	21	8	15
Barcelona Esquerra	105	111	90
Total pacients de la C-17	203	202	196
Total pacients del SISCAT	1.458	1.513	1.342

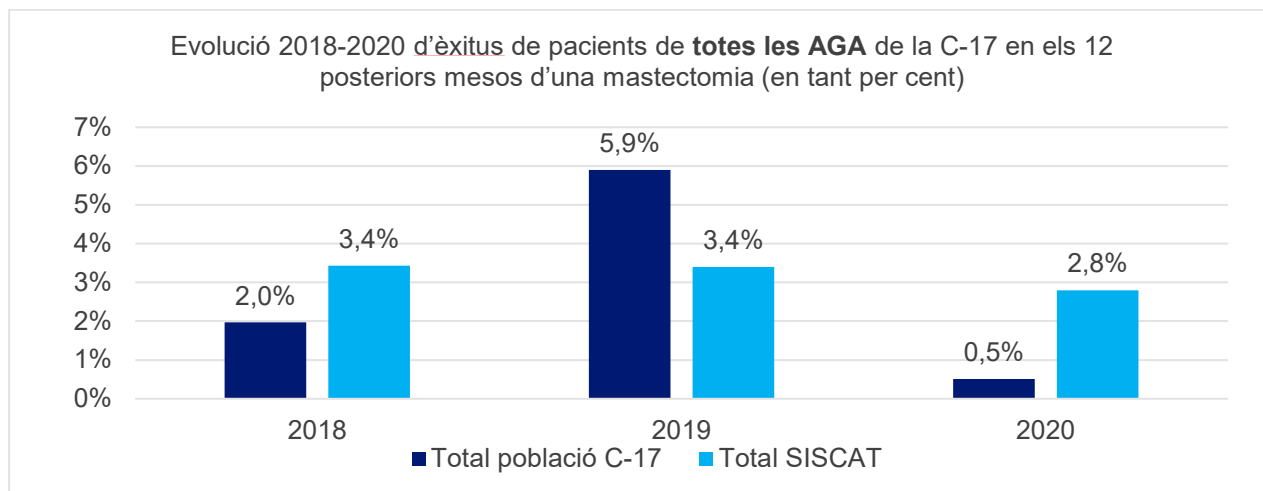
Font: PDO.

Als gràfics següents es mostra l'evolució entre 2018 i 2020 (en tant per cent) de l'èxitus en els 12 mesos posteriors d'una mastectomia per AGA i el total de les AGA amb relació al total del SISCAT. Cal tenir en compte que la informació disponible no està ajustada per l'estadi clínic de la pacient, fet que introdueix una limitació en la interpretació. La variabilitat en els percentatges s'explica perquè el nombre de casos anuals de cada AGA és baix. L'AGA Baix Montseny no apareix al gràfic, ja que no ha registrat cap defunció en els 12 mesos el període estudiat.



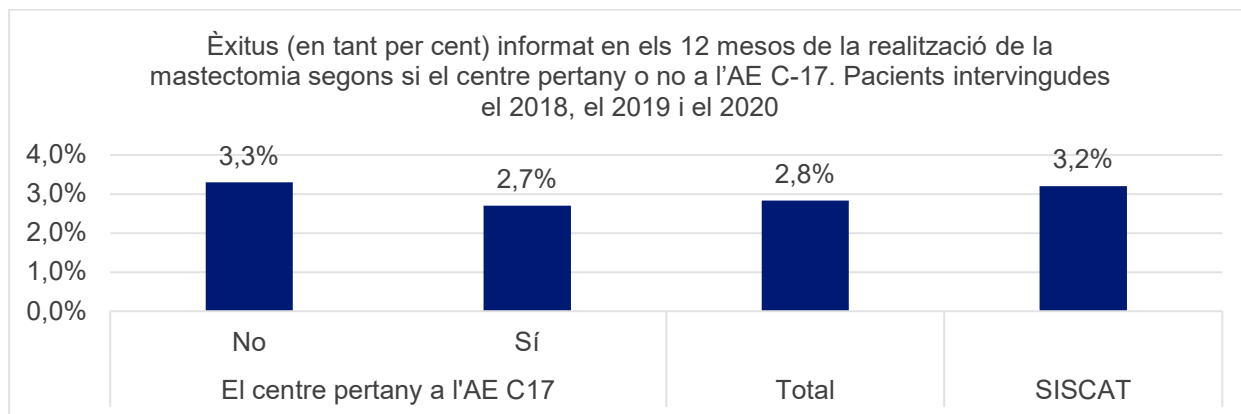
Font: PDO.

De manera agregada, la població resident al territori de la C-17 presenta menors percentatges d'èxitus que la dada global del SISCAT per a les pacients intervingudes el 2018 i el 2020. L'any 2019, la dada global de la C-17 supera la mitjana del SISCAT. No obstant això, la dada global del període se situa en un 2,8% d'èxitus per a les pacients de la C-17 ($n = 601$ intervingudes), lleugerament inferior a la dada del SISCAT (3,2%).



Font: PDO.

Cal tenir en compte que algunes pacients de la C-17 han estat intervingudes per mastectomies en centres que no pertanyen al territori de la C-17 (vegeu l'apartat "Milliores de salut: capacitat resolutiva"). A continuació es mostren les dades relatives a l'estat de les pacients del territori de la C-17 en els 12 mesos posteriors de la realització d'una mastectomia, segons si el centre de realització de la mastectomia pertany o no a l'AE C-17. En aquest cas, la supervivència és lleugerament superior entre les intervingudes en centres del mateix territori de la C-17.



Font: PDO.

Milliores de salut: reingressos per patologies cardíques

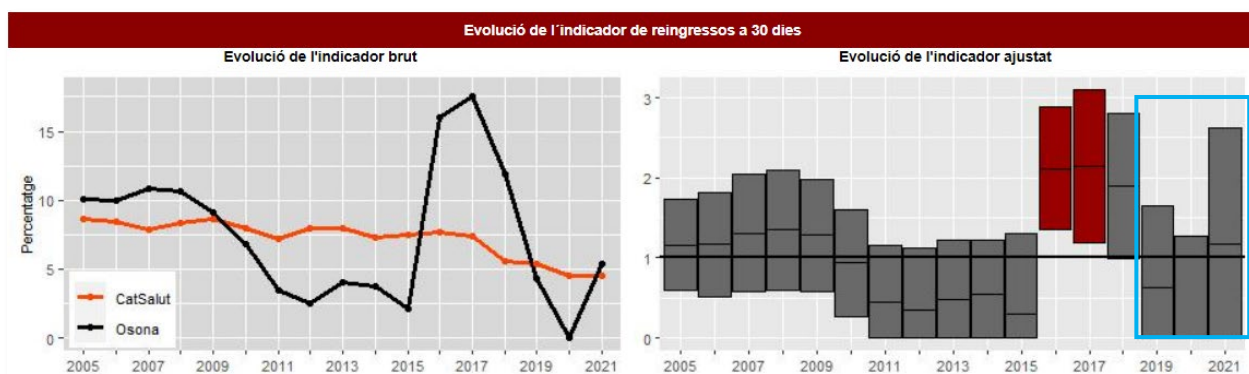
La relació entre el nombre de reingressos en els 30 dies posteriors observats dels pacients hospitalitzats per angina de pit i els esperats segons el model d'ajust es presenten a continuació, tant amb la visió poblacional (per AGA) com amb la visió del proveïdor (analitzant l'activitat per cada hospital, amb independència del lloc d'origen de les persones ateses). El període de desplegament dels PAC en l'àrea de cardiociències s'inicia el 2019 (requadre blau).

El comportament de l'indicador presenta una certa variabilitat entre les cinc AGA durant el període de desplegament de l'Aliança: mentre que Barcelona Esquerra presenta una tendència a l'alça, Baix Vallès i Baix Montseny presenten una lleugera disminució entre 2018 i 2021, i les AGA Osona i Vallès Oriental Central fluctuen entre un any i l'altre. No obstant això, totes les AGA es mantenen en valors similars als esperats, i en cap cas són resultats significativament més elevats o menors dels esperats en aquest període.

La informació presentada amb la visió del proveïdor mostra uns resultats pràcticament idèntics amb els dels territoris respectius en el cas del Consorci Hospitalari de Vic (AGA Osona), de l'Hospital General de Granollers (AGA Vallès Oriental Central) i de l'Hospital de Sant Celoni (AGA Baix Montseny). La Fundació Sanitària de Mollet presenta uns valors observats lleugerament superiors als de la població de l'AGA Baix Vallès el 2019 i el 2020, mentre que el 2021 ambdues dades s'equiparen.

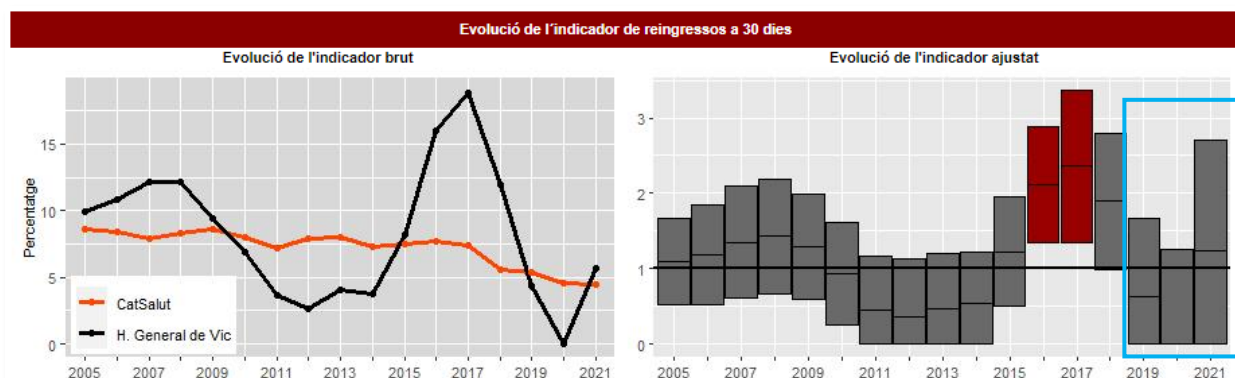
En el cas de l'Hospital Clínic de Barcelona i l' AIS Barcelona Esquerra, sí que apareixen diferències comparant les dues visions: per exemple, el 2021 la dada de reingressos de l'Hospital Clínic de Barcelona es troba per sota de l'esperada, mentre que la dada de l' AIS Barcelona Esquerra es troba per sobre. Aquestes diferències s'expliquen tant pel fet que el centre acull població d'altres territoris com pel fet que la població de l' AIS Barcelona Esquerra pot haver estat atesa en altres centres.

IRRC06 – Reingressos per angina de pit: visió de l'AGA Osona



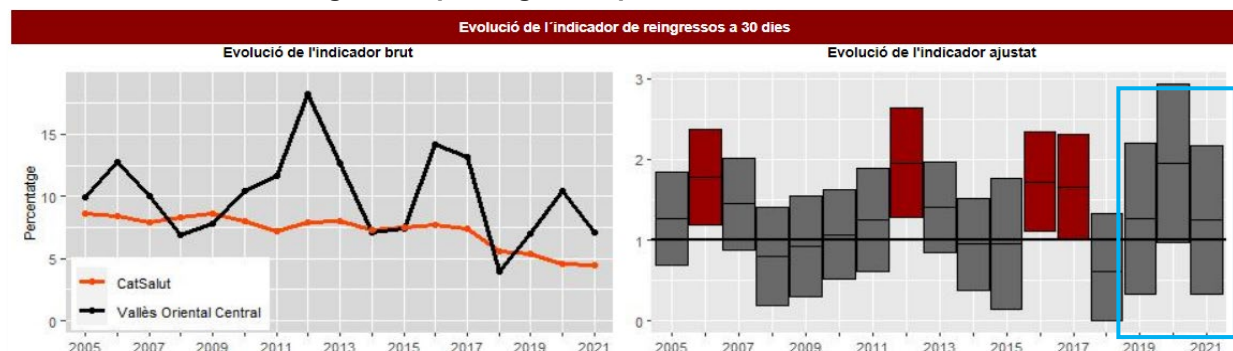
Font: MSIQ.

IRRC06 – Reingressos per angina de pit: visió del Consorci Hospitalari de Vic



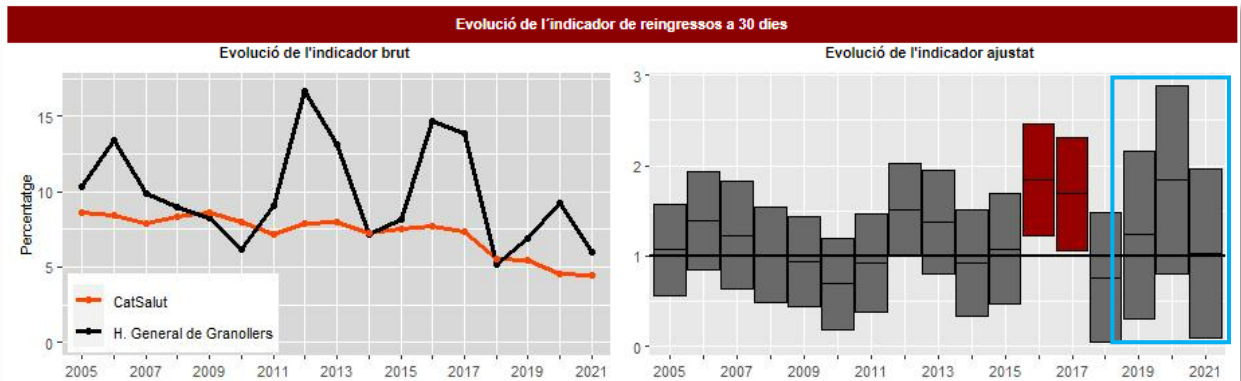
Font: MSIQ.

IRRC06 – Reingressos per angina de pit: visió de l'AGA Vallès Oriental Central



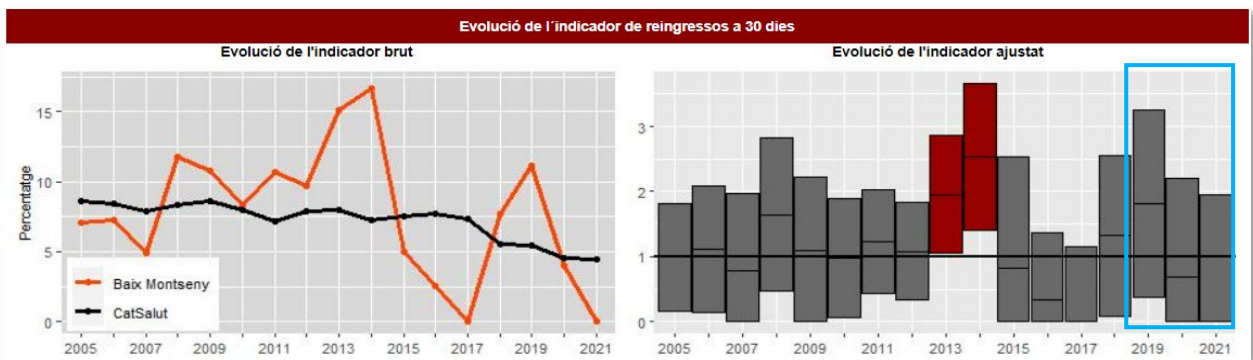
Font: MSIQ.

IRRC06 – Reingressos per angina de pit: visió de l’Hospital General de Granollers



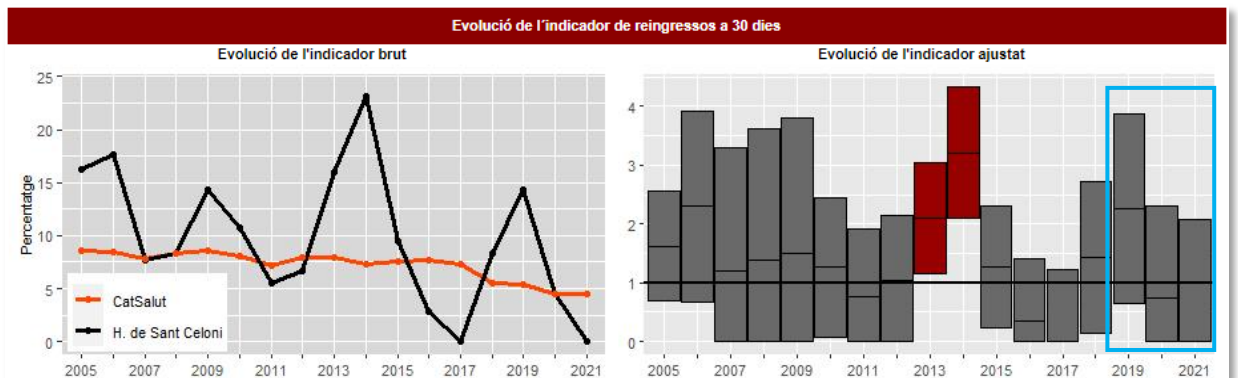
Font: MSIQ.

IRRC06 – Reingressos per angina de pit: visió de l’AGA Baix Montseny



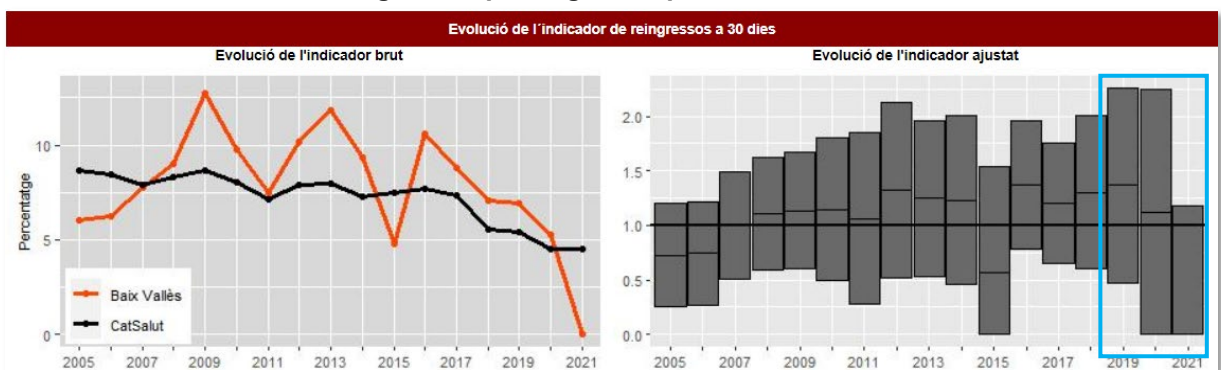
Font: MSIQ.

IRRC06 – Reingressos per angina de pit: visió de l’Hospital de Sant Celoni



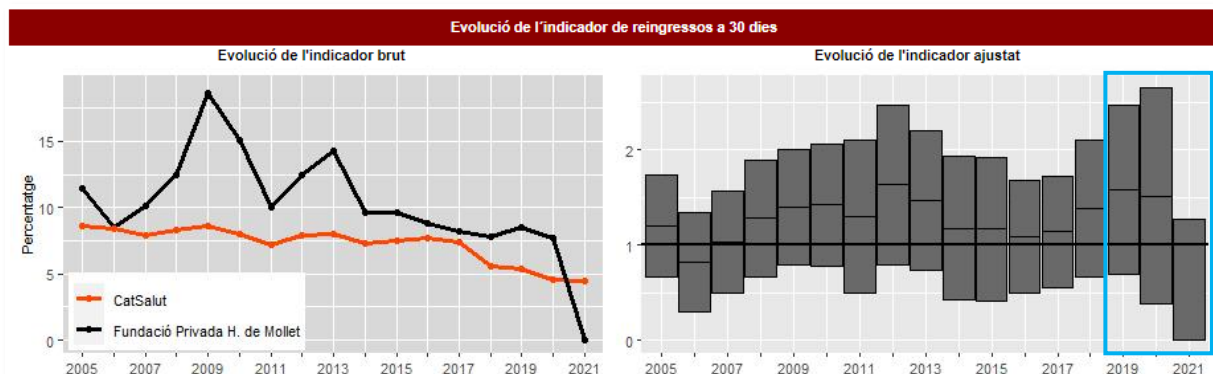
Font: MSIQ.

IRRC06 Reingressos per angina de pit: visió de l’AGA Baix Vallès



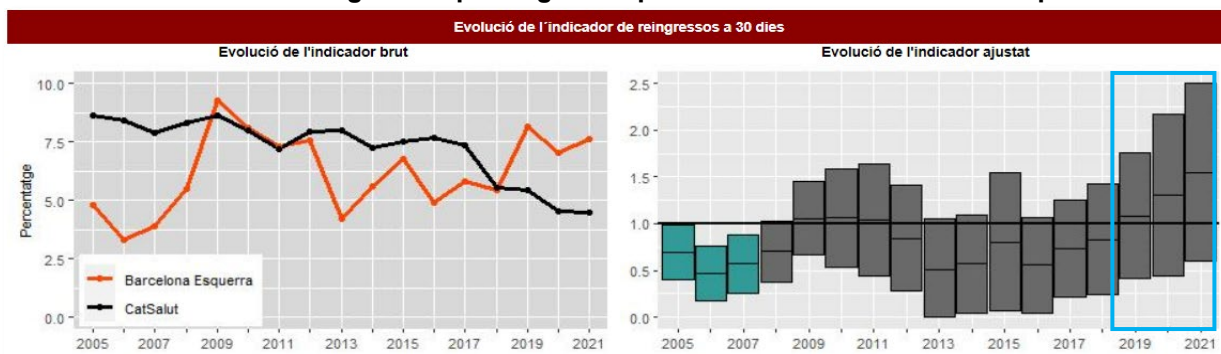
Font: MSIQ.

IRRC06 – Reingressos per angina de pit: visió de la Fundació Sanitària de Mollet



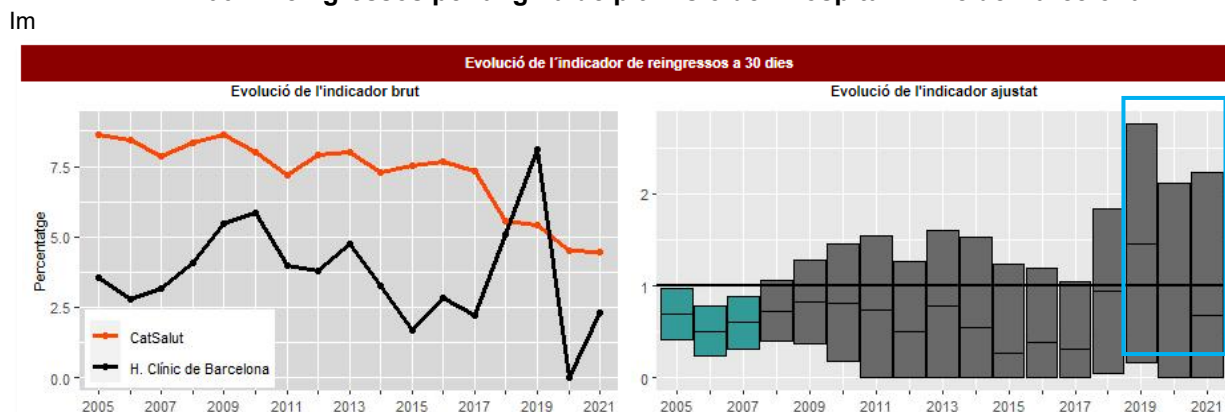
Font: MSIQ.

IRRC06 – Reingressos per angina de pit: visió de l' AIS Barcelona Esquerra



Font: MSIQ.

IRRC06 – Reingressos per angina de pit: visió de l'Hospital Clínic de Barcelona



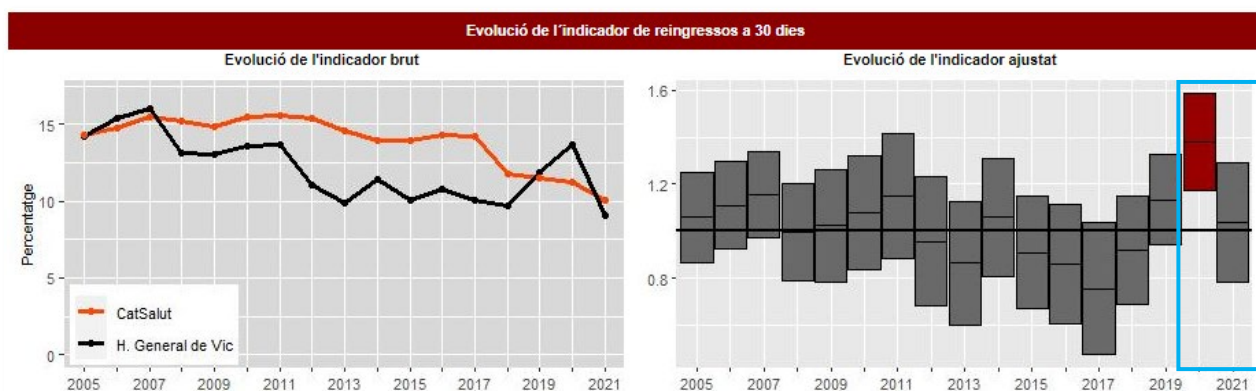
Font: MSIQ.

El MSIQ també ofereix informació sobre els reingressos en els 30 dies posteriors per insuficiència cardíaca congestiva (ICC). Es recorda que el PAC d'insuficiència cardíaca de l'AE C-17 s'ha anat implantant progressivament entre els diferents centres a partir de maig de 2019 (FSM-HCB), i l'últim centre a incorporar-se ha estat l'Hospital de Sant Celoni, el gener de 2021. El requadre blau indica per cada AGA i hospital aquest període de desplegament.

Novament, el comportament de l'indicador ajustat és diferent a les cinc AGA del territori de la C-17 en el període de desplegament de l'Aliança: mentre que Vallès Oriental Central, Baix Vallès i Baix Montseny passen de tenir més reingressos dels esperats el 2018 a tenir valors propers als esperats el 2021, Barcelona Esquerra registra un nombre significativament més alt de reingressos i creixent entre 2018 i 2021. Per la seva banda, Osona presenta dades similars a les esperades tots els anys excepte 2020, quan té més reingressos dels esperats per ICC.

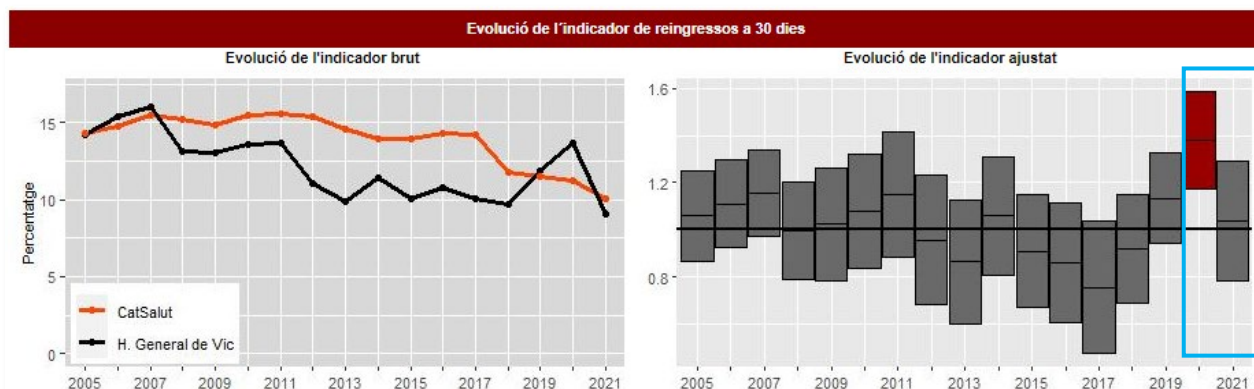
Quan s'analitza la informació des de l'òptica del proveïdor, els resultats són molt similars als de la població de l'AGA corresponent, amb l'excepció de l'Hospital Clínic de Barcelona (AIS Barcelona Esquerra), on destaca la millor dada obtinguda pel centre el 2021 en comparació amb la dada de la població de l'AIS Barcelona Esquerra. Aparentment, la població d'aquest territori atesa en altres centres presenta el 2021 més reingressos per ICC que els atesos a l'HCB.

IRRC04 – Reingressos per ICC: visió de l'AGA Osona



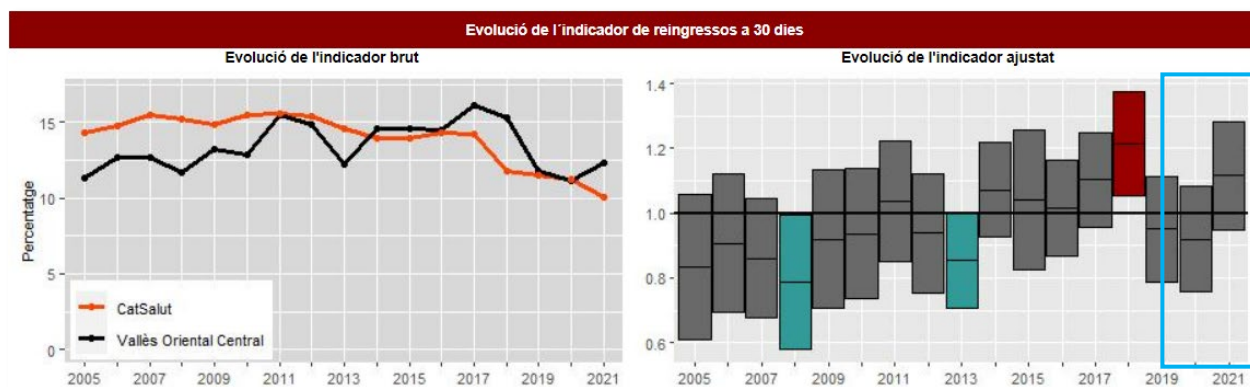
Font: MSIQ.

IRRC04 – Reingressos per ICC: visió del Consorci Hospitalari de Vic



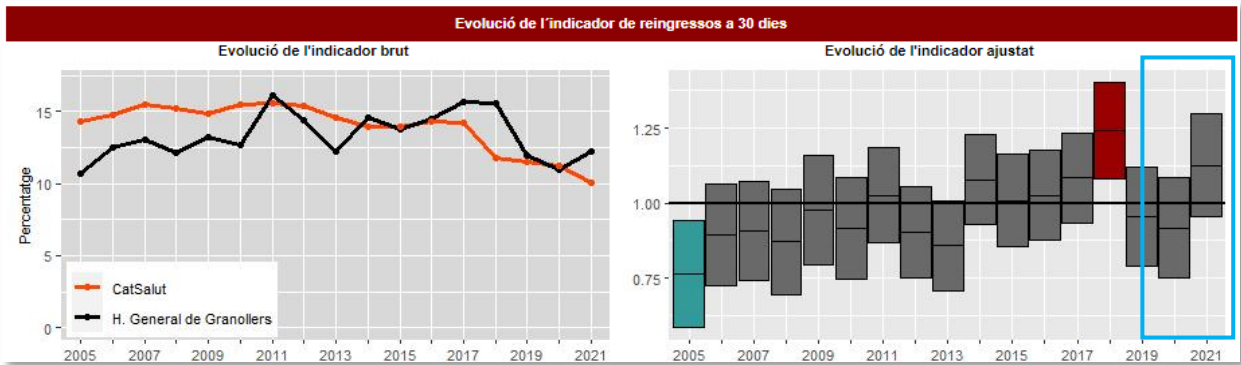
Font: MSIQ.

IRRC04 – Reingressos per ICC: visió de l'AGA Vallès Oriental Central



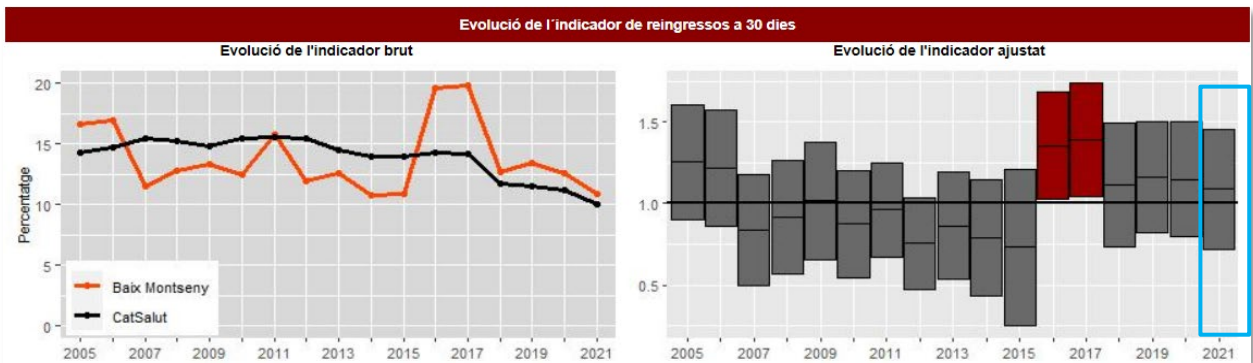
Font: MSIQ.

IRRC04 – Reingressos per ICC: visió de l'Hospital General de Granollers



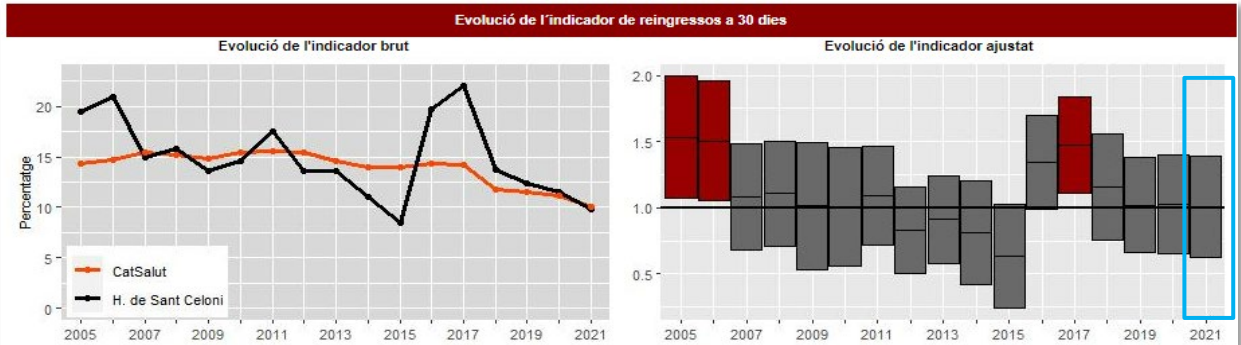
Font: MSIQ.

IRRC04 – Reingressos per ICC: visió de l'AGA Baix Montseny



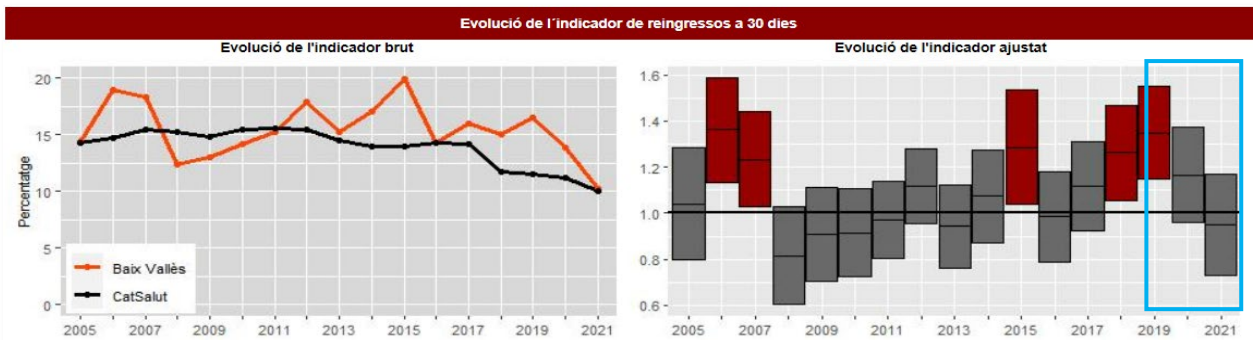
Font: MSIQ.

IRRC04 – Reingressos per ICC: visió de l'Hospital de Sant Celoni



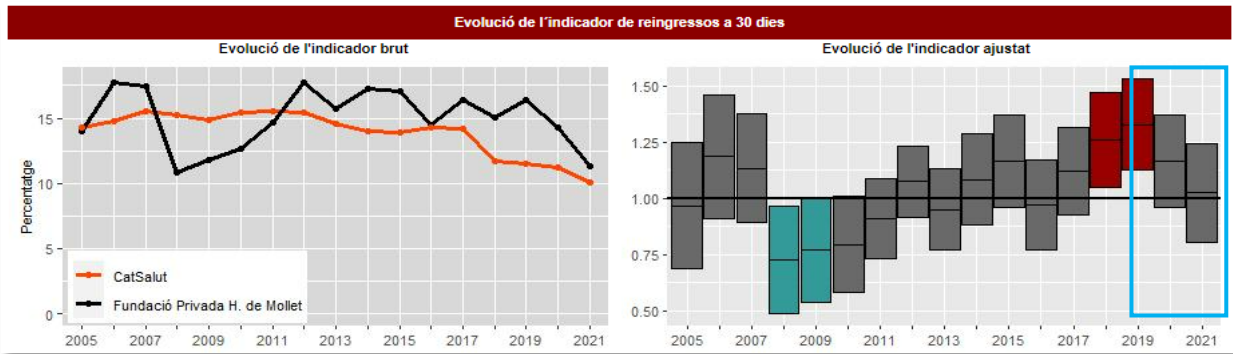
Font: MSIQ.

IRRC04 – Reingressos per ICC: visió de l'AGA Baix Vallès



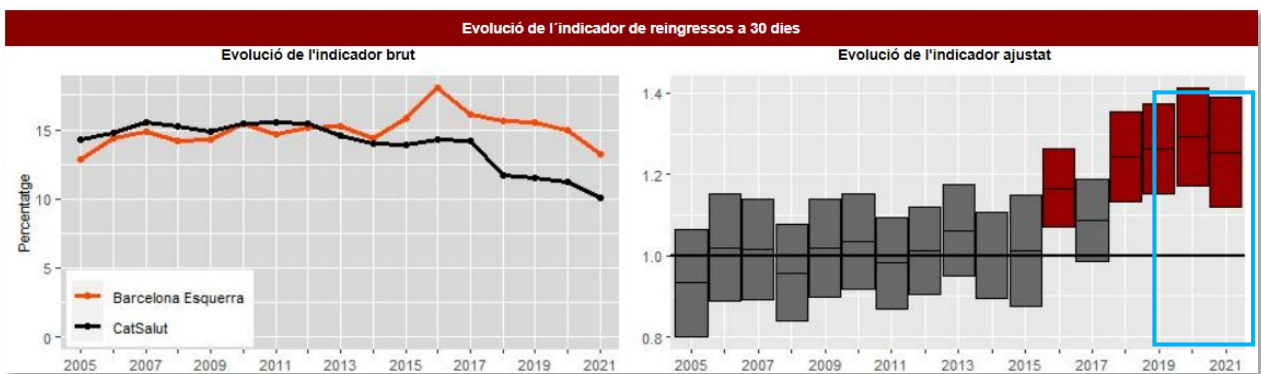
Font: MSIQ.

IRRC04 – Reingressos per ICC: visió de la Fundació Sanitària de Mollet



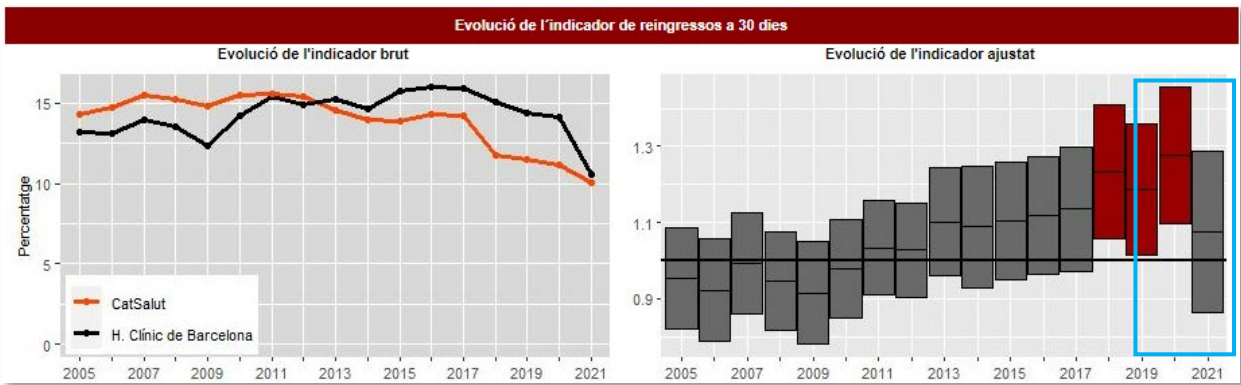
Font: MSIQ.

IRRC04 – Reingressos per ICC: visió de l' AIS Barcelona Esquerra



Font: MSIQ.

IRRC04 – Reingressos per ICC: visió de l'Hospital Clínic de Barcelona



Font: MSIQ.

Annex 12. Taules d'avaluació econòmica

PAC de càncer de mama

Taula 1. Impacte en costos i estalvis del PAC de càncer de mama des de l'any d'implementació (2017)

Variable	Tipus	Centre	Concepte	Any 1 (2015)	Any 2 (2016)	Any 3 (2017)	Any 4 (2018)	Any 5 (2019)	Any 6 (2020)	Any 7 (2021)	Any 8 (2022)
Cost	Recursos humans	HCB	Sense contractació addicional per aconseguir amb els objectius del circuit de càncer de mama per l'Aliança C-17	-	-	0	0	0	0	0	0
		CHV	Assistència de professionals al Dia Mundial del Càncer de Mama (6h) i a reunions de Recerca (12h)	-	-	1.002	1.002	1.002	1.002	1.002	1.002
		FPHAG	Reunions per compartir coneixement	-	-	4.232	4.232	4.232	4.232	4.232	4.232
		Total Cost Recursos humans			-	-	5.234	5.234	5.234	5.234	5.234
Cost	Recursos materials	HCB	Cost dels tractaments de farmàcia ambulatoria d'alta complexitat	-	-	99.377	133.153	151.460	170.596	211.799	211.799
		HCB	Cost dels panells de diagnòstic molecular	-	-	0	0	0	0	23.228	23.228
		HCB	No recollim el cost de les proves diagnòstiques (RMN, PET, gangli sentinella i Prosigna) ja que el cost el recull el centre que la sol·licita	-	-	0	0	0	0	0	0
		CHV	Definir circuits assistencials homogenis en base a l'evidència científica	-	-	0	0	0	0	0	0
		CHV	Ús plataforma genètica Prosigna del HCB (14 pacients)	-	-	25.102	25.102	25.102	25.102	25.102	25.102
		CHV	Ús plataforma genètica Fish HER-2 (15 pacients) - proveïdor extern	-	-	4.050	4.050	4.050	4.050	4.050	4.050
		CHV	Estudis radiològics i biòpsia (externalitzat)	-	-	0	0	0	0	0	0
		FPHAG	Ús plataforma genètica Prosigna del HCB (120 pacients)	-	-	215.160	215.160	215.160	215.160	215.160	215.160
		FPHAG	Ús plataforma genètica Fish HER-2 (50 pacients)	-	-	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500
		Total Cost Recursos materials			-	-	357.189	390.965	409.272	428.408	492.839
TOTAL COSTOS			-	-	362.422	396.199	414.506	433.642	498.073	498.073	
Estalvi	Recursos materials (decrement facturació)	CHV	Sessions hospital de dia evitades per realització de proves de diagnòstic molecular (30% dels 14 pacients ús plataforma genètica Prosigna)	-	-	14.986	14.986	14.986	14.986	14.986	14.986
		CHV	Sessions hospital de dia evitades per realització de proves de diagnòstic molecular (30% dels 15 pacients ús plataforma genètica Fish HER-2)	-	-	16.056	16.056	16.056	16.056	16.056	16.056
		FPHAG	Sessions hospital de dia evitades per realització de proves de diagnòstic molecular (30% dels 120 pacients)	-	-	128.448	128.448	128.448	128.448	128.448	128.448
		FPHAG	Sessions hospital de dia evitades per realització de proves de diagnòstic molecular (30% dels 50 pacients ús plataforma genètica Fish HER-2)	-	-	53.520	53.520	53.520	53.520	53.520	53.520
		Total Estalvi Recursos materials			-	-	213.010	213.010	213.010	213.010	213.010
TOTAL ESTALVIS			-	-	213.010	213.010	213.010	213.010	213.010	213.010	
RESULTAT ANÀLISI COST-BENEFICI (Total estalvis - Total costos)				-	-	-149.413	-183.190	-201.496	-220.632	-285.063	-285.063

Taula 2. Detall i hipòtesis utilitzades per al càlcul dels costos i els estalvis del PAC de càncer de mama

Variable	Tipus	Centre	Concepte	Detall càlcul	Suposicions sobre l'horitzó temporal
Cost	Recursos humans	HCB	Sense contractació addicional per aconseguir amb els objectius del circuit de càncer de mama per l'Aliança C-17	N/A	N/A
		CHV	Assistència de professionals al Dia Mundial del Càncer de Mama (6h) i a reunions de Recerca (12h)	S'ha estimat el cost en base a un preu de 55,68€.	En la fibra es mostra només l'any 2022, però assumim el mateix cost des de l'any d'implementació de la intervenció (2017).
		FPHAG	Reunions per compartir coneixement	S'ha estimat el cost en base a un preu de 55,68€.	En la fibra es mostra només l'any 2022, però assumim el mateix cost des de l'any d'implementació de la intervenció (2017).
Cost	Recursos materials	HCB	Cost dels tractaments de farmàcia ambulatoria d'alta complexitat	Únicament hem considerat les variacions respecte a la situació prèvia, per tant, hem agafat de referència l'any 2016 i hem plasmat la diferència incremental respecte al 2016 (veure notes addicionals).	En la fibra només es detallen dades del 2015 al 2021, de manera que per 2022 hem assumit la mateixa dada disponible per l'any 2021.
		HCB	Cost dels panells de diagnòstic molecular	1/2 any des de l'inici del desplegament	N/A (disposo de dades per tot l'horitzó temporal)
		HCB	No recollim el cost de les proves diagnòstiques (RMN, PET, gangli sentinella i Prosigna) ja que el cost el recull el centre	Cost suportat = ingress rebut. El cost el recull la fibra del centre origen	N/A
		CHV	Definir circuits assistencials homogenis en base a l'evidència científica	No ha suposat un sobrecost respecte l'activitat que es feia amb anterioritat	N/A
		CHV	Ús plataforma genètica Prosigna del HCB (14 pacients)	S'ha calculat en base a un cost/prova de 1.793€ i per un total de 14 pacients (derivació al HCB).	En la fibra es mostra només l'any 2022, però assumim el mateix cost des de l'any d'implementació de la intervenció (2017).
		CHV	Ús plataforma genètica Fish HER-2 (15 pacients) - proveïdor extern	S'ha calculat en base a un cost/prova de 270€ i per un total de 15 pacients (derivació a Agilent).	En la fibra es mostra només l'any 2022, però assumim el mateix cost des de l'any d'implementació de la intervenció (2017).
		CHV	Estudis radiològics i biòpsia (externalitzat)	No ha suposat un sobrecost respecte l'activitat que es feia amb anterioritat, ja que es realitzaven de forma externalitzada	N/A
		FPHAG	Ús plataforma genètica Prosigna del HCB (120 pacients)	S'ha calculat en base a un cost/prova de 1.793€ i per un total de 120 pacients (derivació al HCB).	En la fibra es mostra només l'any 2022, però assumim el mateix cost des de l'any d'implementació de la intervenció (2017).
FPHAG	Ús plataforma genètica Fish HER-2 (50 pacients)	S'ha calculat en base a un cost/prova de 270€ i per un total de 50 pacients (derivació al HCB).	En la fibra es mostra només l'any 2022, però assumim el mateix cost des de l'any d'implementació de la intervenció (2017).		
Estalvi	Recursos materials (decrement facturació)	CHV	Sessions hospital de dia evitades per realització de proves de diagnòstic molecular (30% dels 14 pacients ús plataforma genètica Prosigna)	Assumim que si aquest estalvi es dona per FPHAG també es pot donar al CHV, pel que assumim la tarifa de 223€/sessió d'hospital de dia i 16 sessions per pacient evitades en un 30% dels casos.	En la fibra es mostra només la n de l'any 2022, però assumim la mateixa n des de l'any d'implementació de la intervenció (2017).
		CHV	Sessions hospital de dia evitades per realització de proves de diagnòstic molecular (30% dels 15 pacients ús plataforma genètica Fish HER-2)	Assumim que el mateix efecte que té la realització de proves amb l'ús de la plataforma genètica Prosigna es dona amb l'ús de la plataforma genètica Fish HER-2 pel CHV.	En la fibra es mostra només la n de l'any 2022, però assumim la mateixa n des de l'any d'implementació de la intervenció (2017).
		FPHAG	Sessions hospital de dia evitades per realització de proves de diagnòstic molecular (30% dels 120 pacients)	S'ha estimat l'estalvi en base a la tarifa d'hospital de dia de 223€/sessió, i tenint en compte 16 sessions per pacient (6 mesos de tractament).	En la fibra es mostra només la n de l'any 2022, però assumim la mateixa n des de l'any d'implementació de la intervenció (2017).
		FPHAG	Sessions hospital de dia evitades per realització de proves de diagnòstic molecular (30% dels 50 pacients ús plataforma genètica Fish HER-2)	Assumim que el mateix efecte que té la realització de proves amb l'ús de la plataforma genètica Prosigna es dona amb l'ús de la plataforma genètica Fish HER-2 pel FPHAG.	En la fibra es mostra només la n de l'any 2022, però assumim la mateixa n des de l'any d'implementació de la intervenció (2017).

PAC de malaltia isquèmica

Taula 1. Impacte en costos i estalvis del PAC de malaltia isquèmica des de l'any d'implementació (2019)

Variable	Tipus	Centre	Concepte	Any 1 (2015)	Any 2 (2016)	Any 3 (2017)	Any 4 (2018)	Any 5 (2019)	Any 6 (2020)	Any 7 (2021)	Any 8 (2022)
Cost	Recursos humans	HCB	Sense contractació addicional per aconseguir amb els objectius del circuit de malaltia isquèmica per l'Aliança C-17	-	-	-	-	0	0	0	0
		CHV	Reunions setmanals amb HCB - amb cirurgia cardíac i hemodinamista sobre pacients complexos (52 reunions de 30 mins) - 1 facultatiu CHV	-	-	-	-	1.294	1.294	1.294	1.294
		FPHAG	Reunions setmanals amb HCB - amb cirurgia cardíac i hemodinamista sobre pacients complexos (52 reunions de 30 mins)- 1 facultatiu FPHAG	-	-	-	-	1.294	1.294	1.294	1.294
		Total Cost Recursos humans			-	-	-	-	2.589	2.589	2.589
Cost	Recursos materials	HCB	Coronariografies diagnòstiques	-	-	-	-	10.116	337.200	635.060	635.060
		HCB	Angioplàsties	-	-	-	-	94.968	427.356	891.644	891.644
		FPHAG	Tac multidetector	-	-	-	-	-8.016	-1.685	29.949	53.903
		FSM	Gammagrafies	-	-	-	-	-10.289	32.255	55.789	29.650
		Total Cost Recursos materials			-	-	-	-	86.780	795.127	1.612.443
TOTAL COSTOS				-	-	-	-	89.368	797.715	1.615.031	1.612.845
Estalvi	Recursos materials (decrement facturació)	CHV	Coronariografies aïllades - cost d'estada completa sense un dels dos àpats inclosos en l'estada	-	-	-	-	67.841	67.841	67.841	67.841
		CHV	Angioplàsties - cost de dos estades completes menys dos àpats a partir de 2022 i una a partir de 2019	-	-	-	-	31.517	31.517	31.517	63.033
		FPHAG	Coronariografies aïllades - cost d'estada completa sense un dels dos àpats inclosos en l'estada	-	-	-	-	26.976	26.976	26.976	26.976
		FPHAG	Angioplàsties - cost de dos estades completes menys dos àpats a partir de 2022 i una a partir de 2019	-	-	-	-	4.273	4.273	4.273	8.547
		CatSalut	Angiotac - Evolució del cost suportat per Angiotac (abans externalitzat al HCB i ara internalitzat al CHV)	-	-	-	-	11.312	11.312	11.312	11.312
		CatSalut	SEM - Coronariografies diagnòstiques - estalvi un trajecte ambulància (CHV)	-	-	-	-	219.400	219.400	219.400	219.400
		CatSalut	SEM - Angioplàsties - estalvi un trajecte ambulància al 2019 i 2 a partir 2022 (CHV)	-	-	-	-	101.926	101.926	101.926	203.852
		CatSalut	SEM - Angioplàsties - estalvi de dos trajectes ambulància a partir 2022 (FPHAG)	-	-	-	-	0	0	0	27.641
Total Estalvi Recursos materials				-	-	-	-	463.246	463.246	463.246	628.603
Estalvi	Evolució ingressos alta mèdica (decrement facturació)	CHV	Coronariografies aïllades - evolució ingressos per tenir un ingrès per alta mèdica menys	-	-	-	-	527.962	527.962	527.962	527.962
		CHV	Angioplàsties - evolució ingressos per tenir un ingrès per alta mèdica menys a partir del 2019 i dos menys a partir de 2022	-	-	-	-	245.274	245.274	245.274	490.547
		FPHAG	Coronariografies aïllades - evolució ingressos per tenir un ingrès per alta mèdica menys	-	-	-	-	220.641	220.641	220.641	220.641
		FPHAG	Angioplàsties - evolució ingressos per tenir un ingrès per alta mèdica menys a partir del 2019 i dos menys a partir de 2022	-	-	-	-	34.953	34.953	34.953	69.906
Total Decrement Ingressos				-	-	-	-	773.235	773.235	773.235	1.018.509
TOTAL ESTALVIS				-	-	-	-	1.236.481	1.236.481	1.236.481	1.647.112
RESULTAT ANÀLISI COST-BENEFICI (Total estalvis - Total costos)				-	-	-	-	1.147.113	438.766	378.650	34.267

Taula 2. Detall i hipòtesis utilitzades per al càlcul dels costos i els estalvis del PAC de malaltia isquèmica

Variable	Tipus	Centre	Concepte	Detall càlcul	Suposicions sobre l'horitzó temporal
Cost	Recursos humans	HCB	Sense contractació addicional per aconseguir amb els objectius del circuit de malaltia isquèmica per l'Aliança C-17	N/A	N/A
		CHV	Reunions setmanals amb HCB - amb cirurgia cardíac i hemodinamista sobre pacients complexos (52 reunions de 30 mins) - 1 facultatiu CHV	El cost s'ha estimat en base a 49,78€/h previst per facultatiu nivell B amb màxim de DPO.	En la fitxa es mostra només l'any 2022, però assumim el mateix cost des de l'any d'implementació de la intervenció (2019).
		FPHAG	Reunions setmanals amb HCB - amb cirurgia cardíac i hemodinamista sobre pacients complexos (52 reunions de 30 mins)- 1 facultatiu FPHAG	El cost s'ha estimat en base a 49,78€/h previst per facultatiu nivell B amb màxim de DPO.	En la fitxa es mostra només l'any 2022, però assumim el mateix cost des de l'any d'implementació de la intervenció (2019).
Cost	Recursos materials	HCB	Coronariografies diagnòstiques	El cost s'ha estimat en base a un preu de 1.124€ i en funció de l'activitat realitzada anualment	En la fitxa només es mostra horitzó temporal fins al 2021, de manera que assumim el mateix nombre que tenim al 2021 pel 2022.
		HCB	Angioplàsties	El cost s'ha estimat en base a un preu de 5.276€ i en funció de l'activitat realitzada anualment	En la fitxa només es mostra horitzó temporal fins al 2021, de manera que assumim el mateix nombre que tenim al 2021 pel 2022.
		FPHAG	Tac multidetector	El cost s'ha estimat en funció de l'activitat realitzada anualment (preu tac multidetector?)	NA (disposem de dades per tot l'horitzó temporal)
		FSM	Gammagrafies	El cost s'ha estimat en funció de l'activitat realitzada anualment (preu gammagrafies?)	NA (disposem de dades per tot l'horitzó temporal)
Estalvi	Recursos materials (decrement facturació)	CHV	Coronariografies aïllades - cost d'estada completa sense un dels dos àpats inclosos en l'estada	S'ha estimat una n anual (dades 2021) de 254 coronariografies aïllades i un cost d'estada completa sense un dels dos àpats de 267,09€	En la fitxa es mostra només la n de 2021 però assumim la mateixa n per calcular el cost des de 2019 a 2022.
		CHV	Angioplàsties - cost de dos estades completes menys dos àpats a partir de 2022 i una a partir de 2019	S'ha estimat una n anual de 118 angioplàsties (dades 2021) i un cost d'estada completa sense un dels dos àpats de 267,09€ a partir del 2019, i a partir de 2022 un cost de dos estades completes sense un dels dos àpats de 534,18€	En la fitxa es mostra només la n de 2021 però assumim la mateixa n per calcular el cost des de 2019 a 2022.
		FPHAG	Coronariografies aïllades - cost d'estada completa sense un dels dos àpats inclosos en l'estada	S'ha estimat una n anual (dades 2022) de 337 coronariografies aïllades, de les quals s'aplica un 30% (101) i un cost d'estada completa sense un dels dos àpats de 267,09€	En la fitxa es mostra només la n de 2022 però assumim la mateixa n per calcular el cost des de 2019 a 2022.
		FPHAG	Angioplàsties - cost de dos estades completes menys dos àpats a partir de 2022 i una a partir de 2019	S'ha estimat una n anual (dades 2022) de 156 angioplàsties, de les quals s'aplica un 10% es deriven al clínic (16 angioplàsties) i un cost de trajecte d'ambulància de xx	En la fitxa es mostra només la n de 2022 però assumim la mateixa n per calcular el cost des de 2019 a 2022.
		CatSalut	Angiotac - Evolució del cost suportat per Angiotac (abans externalitzat al HCB i ara internalitzat al CHV)	L'activitat d'angiotac del CHV abans s'externalitzava al HCB (cost de 208€) i ara es internalment des del CHV (cost de 124,82€), en base a una n de 136	En la fitxa es mostra una n de 136, entenem que són dades de 2021 com la resta de les n de la fitxa, de manera que assumim la mateixa n des de la data d'implementació de la intervenció.
		CatSalut	SEM - Coronariografies diagnòstiques - estalvi un trajecte ambulància (CHV)	S'ha estimat una n anual (dades 2021) de 254 coronariografies aïllades i un cost de trajecte d'ambulància de 983,78€ (tarifa 2022 de servei de trasllat interhospitalari d'adults terrestre)	En la fitxa es mostra només la n de 2021 però assumim la mateixa n per calcular el cost des de 2019 a 2022.
		CatSalut	SEM - Angioplàsties - estalvi un trajecte ambulància al 2019 i 2 a partir 2022 (CHV)	S'ha estimat una n anual de 118 angioplàsties (dades 2021) i un cost de trajecte d'ambulància de xx	En la fitxa es mostra només la n de 2021 però assumim la mateixa n per calcular el cost des de 2019 a 2022.
		CatSalut	SEM - Angioplàsties - estalvi de dos trajectes ambulància a partir 2022 (FPHAG)	S'ha estimat una n anual (dades 2022) de 156 angioplàsties, de les quals en un 10% es deriven al clínic (16 angioplàsties) i un cost de trajecte d'ambulància de xx	En la fitxa es mostra només la n de 2022 però assumim la mateixa n per calcular el cost des de 2019 a 2022.
Estalvi	Evolució ingressos alta mèdica (decrement facturació)	CHV	Coronariografies aïllades - evolució ingressos per tenir un ingrès per alta mèdica menys	S'ha estimat una n anual de 254 coronariografies aïllades i 2.078,59€ d'ingrés per alta mèdica	En la fitxa es mostra només la n de 2021 però assumim la mateixa n per calcular el cost des de 2019 a 2022.
		CHV	Angioplàsties - evolució ingressos per tenir un ingrès per alta mèdica menys a partir del 2019 i dos menys a partir de 2022	S'ha estimat una n anual de 118 angioplàsties i 2.078,59€ d'ingrés per alta mèdica, tenint en compte que a partir de 2022 es redueixen 2 ingressos	En la fitxa es mostra només la n de 2021 però assumim la mateixa n per calcular el cost des de 2019 a 2022.
		FPHAG	Coronariografies aïllades - evolució ingressos per tenir un ingrès per alta mèdica menys	S'ha estimat una n anual (dades 2022) de 337 coronariografies aïllades, de les quals calculem el 30% (101 coronariografies) i 2.184,56€ d'ingrés per alta mèdica	En la fitxa es mostra només la n de 2022 però assumim la mateixa n per calcular el cost des de 2019 a 2022.
		FPHAG	Angioplàsties - evolució ingressos per tenir un ingrès per alta mèdica menys a partir del 2019 i dos menys a partir de 2022	S'ha estimat una n anual (dades 2022) de 156 angioplàsties, de les quals en un 10% es deriven al clínic (16 angioplàsties) i 2.184,56€ d'ingrés per alta mèdica	En la fitxa es mostra només la n de 2022 però assumim la mateixa n per calcular el cost des de 2019 a 2022.

Annex 13. Professionals de suport metodològic d'NTT DATA

Les persones següents de la consultora NTT DATA han donat suport metodològic en l'aproximació avaluativa a l'Aliança Estratègica C-17:

- Anna Forment Garcia
- Mireia Campins Baró
- Paula Puig Vilert
- Bianca Popescu
- Pere Pascal Riera

Acrònims i abreviatures

AE C-17	Aliança Estratègica de la C-17 (alternativament, s'utilitzarà "l'Aliança")
AGA	àrea de gestió assistencial
AIS	àrea integral de salut
APiC	atenció primària i comunitària
CHV	ConSORCI Hospitalari de Vic
CMA	cirurgia major ambulatoria
CSUR	centres, serveis i unitats de referència
FPHAG	Fundació Privada Hospital Asil de Granollers
FSM	Fundació Sanitària de Mollet
GPOA	Gerència de Planificació Operativa i Avaluació, Àrea Assistencial del Servei Català de la Salut
GRD	grups relacionats pel diagnòstic
HCB	Hospital Clínic de Barcelona
HSC	Hospital de Sant Celoni
IAM	infart agut de miocardi
ICC	insuficiència cardíaca congestiva
MHDA	medicació hospitalària de dispensació ambulatoria
MSIQ	mòduls per al seguiment d'indicadors de qualitat
ORL	otorrinolaringologia
PAC	procés assistencial compartit
PDO	Pla director d'oncologia
PS	processos de suport
QdC	quadre de comandament
RCA	Registre central d'assegurats del Servei Català de la Salut
SISCAT	sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya
TIC	tecnologies de la informació i la comunicació
TX	treball en xarxa
WS	<i>workshop</i>

Bibliografia

AE C-17. Aliança Estratègica C-17. Sumem pel ciutadà i pel professional. Document intern; 2002.

Agency for Healthcare Research and Quality (en línia):
https://qualityindicators.ahrq.gov/measures/igi_resources.

Antares Consulting. Alianzas estratégicas en el entorno hospitalario. Guía Práctica para su Implantación. Proyecto Amphos. Antares Consulting; n.d.

De Bruin S, Stoop A, Baan C, Nijpels G, Billings J, et al. Sustainable tailored integrated care for older people in Europe (SUSTAIN-project). Lessons learned from improving integrated care in Europe. 2019. Disponible a: https://www.sustain-eu.org/wp-content/uploads/sites/4/2019/01/SUSTAIN-overarching-policy-report_final-version.pdf.

European Observatory on Health System and Policies. Health System performance assessment. A framework for policy analysis. Organització Mundial de la Salut (OMS); 2022.

Gil E, Gotsens R, Grané J, Mangas, E, Riera I, Bosch J, Estrem M, Ferrer J, Riera A, Ris H. Aliances estratègiques del sector sanitari i social. Guia per al seu establiment. La Unió, Associació d'Entitats Sanitàries i Socials; 2015.

Macinnes J, Gadsby E, Reynolds J, Mateu NC, Lette M, Ristl C, Billings J. Exploring the team climate of health and social care professionals implementing integrated care for older people in Europe. International Journal of Integrated Care. 2020;20(4):3.

Riva JJ, Malik KM, Burnie SJ, Endicott AR, Busse JW. What is your research question? An introduction to the PICOT format for clinicians. The Journal of the Canadian Chiropractic Association. 2012;56(3):167-71.

Scirocco. "Scirocco Project EU". Pàgina web del Projecte Scirocco; n.d. Disponible a: <https://www.scirocco-project.eu/>.

Servei Català de la Salut (en línia a la plataforma MSIQa). Indicadors AHRQ de qualitat de l'hospitalització.

Servei Català de la Salut (en línia a la plataforma MSIQb). Indicadors de reingressos relacionats clínicament.

Servei Català de la Salut. Instruments organitzatius de prestació de serveis sanitaris interhospitalaris al SISCAT. Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2023.