



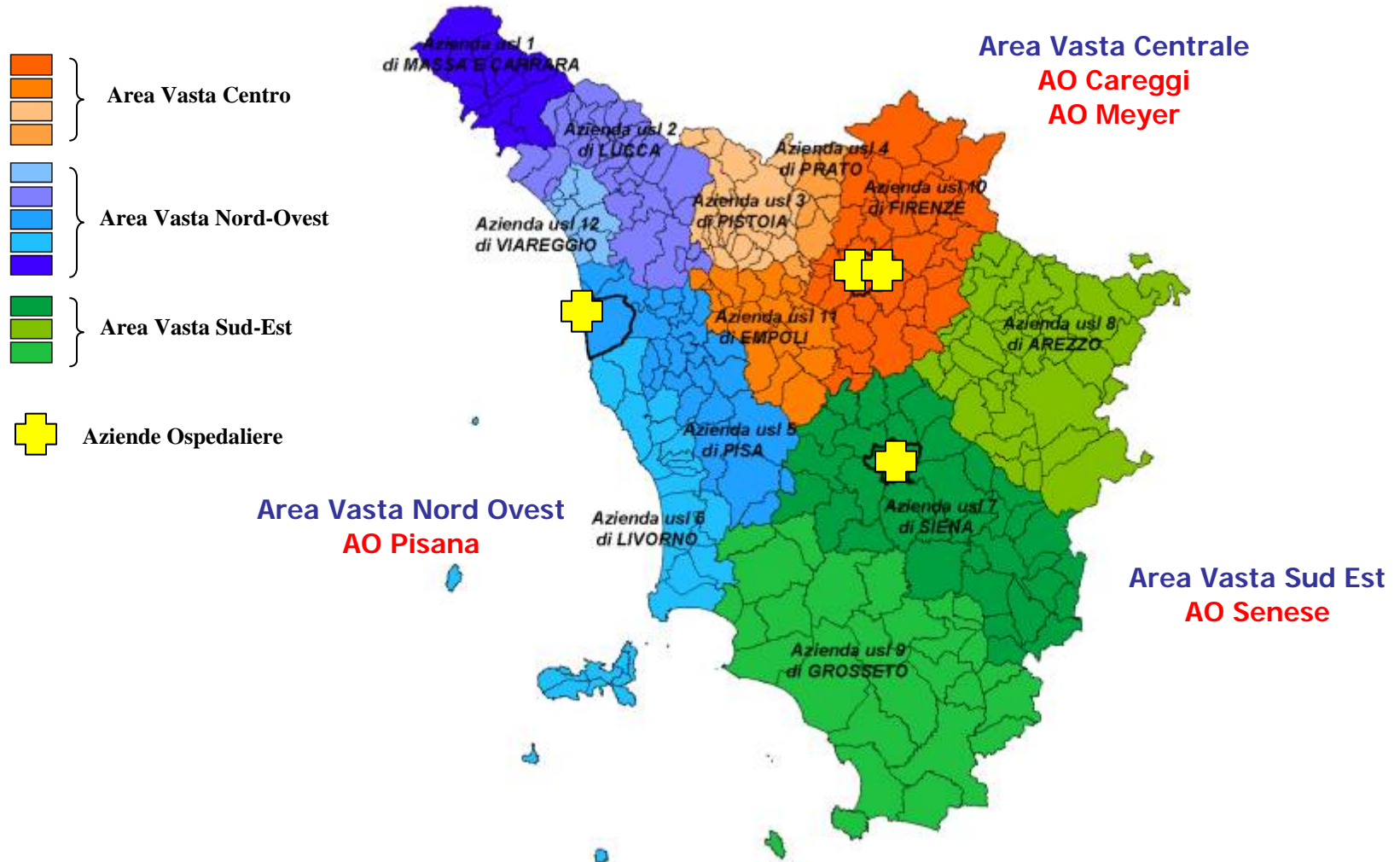
I 4 nuovi ospedali toscani

Pistoia-Prato-Lucca-Massa

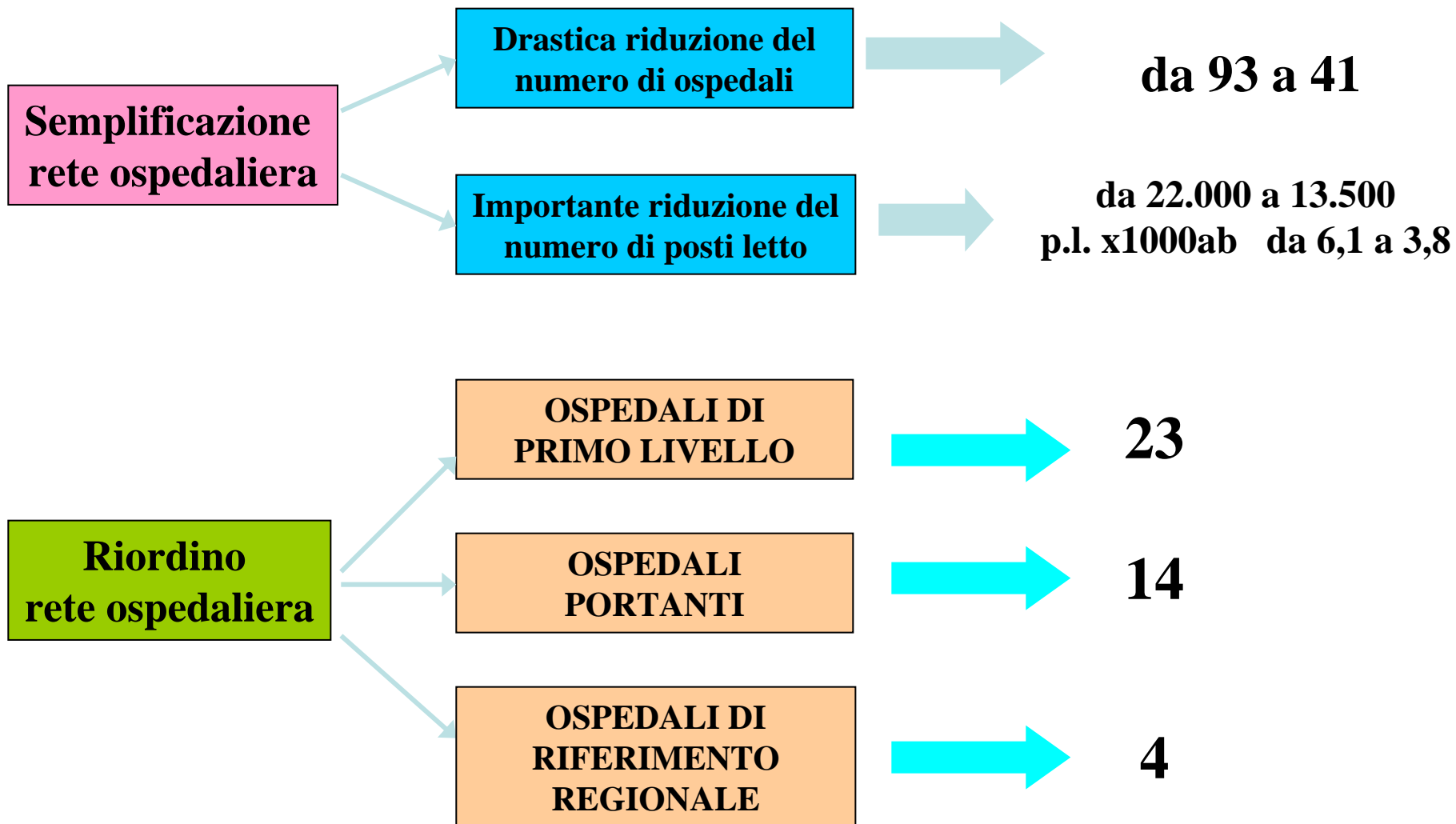
Da dove partiamo per pensare
l'ospedale

Lo scenario

La Pianificazione Regionale



La Pianificazione Regionale



Da dove partiamo per pensare
l'ospedale

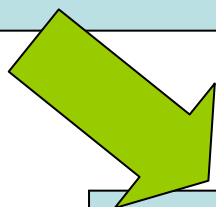
Le Linee Guida

Le Linee Guida Regionali

- **Delibera Consiglio Regionale n° 3, del 12/02/2003, sezione I, “Progetto Nuovi Ospedali”-**
 - linee di indirizzo e riorganizzazione ospedaliera per il dimensionamento e il fabbisogno (all A),**
 - linee di piano finanziario (All B),**
 - strumento operativo, le forme di coordinamento interaziendale (All C)**

•**Delibera Consiglio Regionale n° 3, del 12/02/2003**
-sezione I, “Progetto Nuovi Ospedali”-

Primi anni '90
6,1 p.l./ 1000 ab



Obiettivo
3,8 p.l./ 1000 ab

***La Pianificazione
Regionale***

Funzioni già presenti nella rete regionale:

0,88 p.l. ogni 1000 ab. = ospedali di riferimento regionali

0,72 p.l. ogni 1000 ab. = quota del privato accreditato

Funzioni ospedaliere di riabilitazione:

0,11 p.l. ogni 1000 ab. = funzioni ospedaliere riabilitative di base

0,04 p.l. ogni 1000 ab. = funzioni ospedaliere riabilitative di III livello.

Flusso medio di mobilità entrante in ospedali portanti della rete

0,30 p.l. ogni 1000 ab. = fabbisogno ospedaliero per mobilità entrante

Funzioni ospedaliere di base

2,05 p.l. ogni 1000 ab. = fabbisogno per pazienti acuti

Delibera Consiglio Regionale n° 3, del 12/02/2003
-sezione I, "Progetto Nuovi Ospedali"-

Le Linee Guida

Parametro principale di fabbisogno

| <i>Ospedale</i> | <i>Indice risultante pp.l/1000 ab</i> | <i>Posti letto</i> |
|-----------------|---|--------------------|
| Apuane | 2.44 | 360 |
| Lucca | 2.58 | 410 |
| Pistoia | 2.68 | 400 |
| Prato | 2.34 | 540 |

**Delibera Consiglio Regionale n° 3, del 12/02/2003
-sezione I, “Progetto Nuovi Ospedali”-**

Le Linee Guida

Parametri dimensionali

La **tipologia architettonica** della proposta progettuale deve prevedere:

- Organizzazione volumetrica: a sviluppo orizzontale compatto
- Organizzazione planimetrica: a corpo quintuplo
- Numero massimo di piani fuori terra pari a quattro
- Determinazione della superficie totale relativa ad ogni singolo intervento edilizio:
 - Nuovo Ospedale delle Apuane: mq. 36.000;
 - Nuovo Ospedale di Lucca: mq. 41.000;
 - Nuovo Ospedale di Pistoia: mq. 40.000;
 - Nuovo Ospedale di Prato: mq. 54.000.

Da dove partiamo per pensare
l'ospedale

Il modello organizzativo

**Delibera Consiglio Regionale n° 3, del 12/02/2003
-sezione I, “Progetto Nuovi Ospedali”-**

Le Linee Guida

Aree Funzionali Omogenee

- ✓ Modello organizzativo orientato alla gestione per processi, secondo una modalità di “presa in carico” efficace concordata tra i clinici mediante la predisposizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) efficienti, che rispondono ai diversi livelli di necessità assistenziale.

I PRESUPPOSTI METODOLOGICI

LAVORARE IN TEAM

MULTIDISCIPLINARI-MULTIPROFESSIONALI

Dare risposta appropriata

TIMING-SETTING

LAVORARE PER PROCESSI

COORDINAMENTO-RESPONSABILITA'

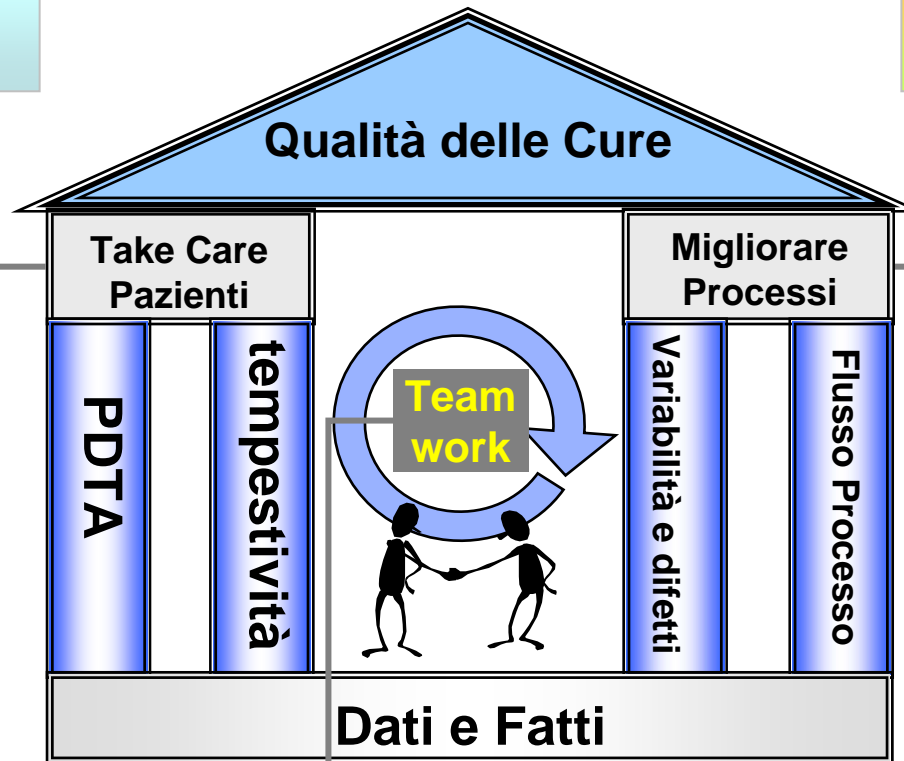
I Percorsi

Profilo di Cura Personalizzato

Standardizzare
rispettare tempi

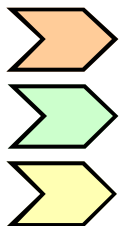
Processo

ridurre variabilità
migliorare il flusso



Team Building
sistema
coinvolgimento

basare decisioni su
dati **quantitativi** e
fatti concreti (**EBM**)

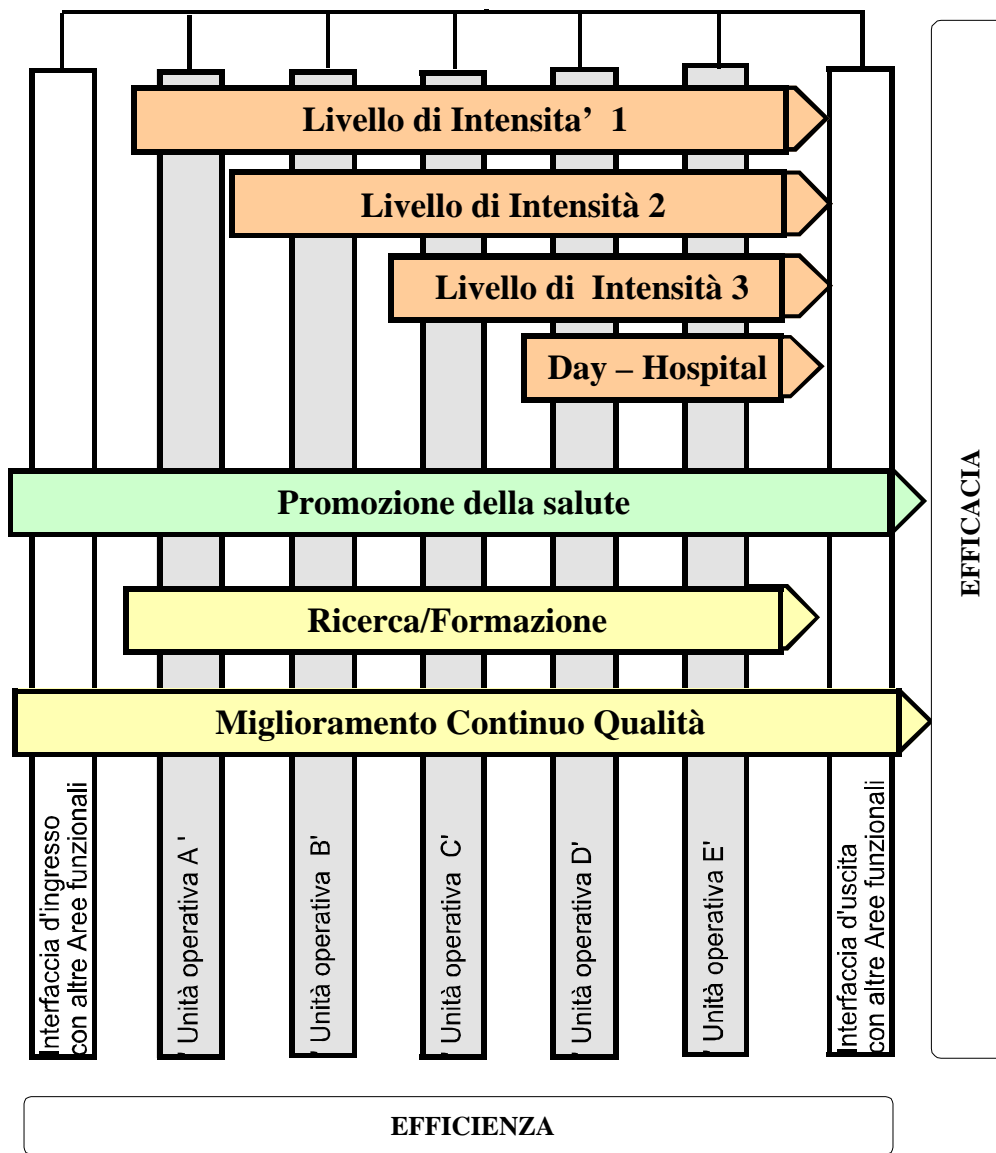


GOVERNO CLINICO

INVESTIMENTO IN SALUTE

SVILUPPO ORGANIZZATIVO

Il modello organizzativo per Aree Funzionali Omogenee



Le funzioni e i percorsi

Le Linee Guida

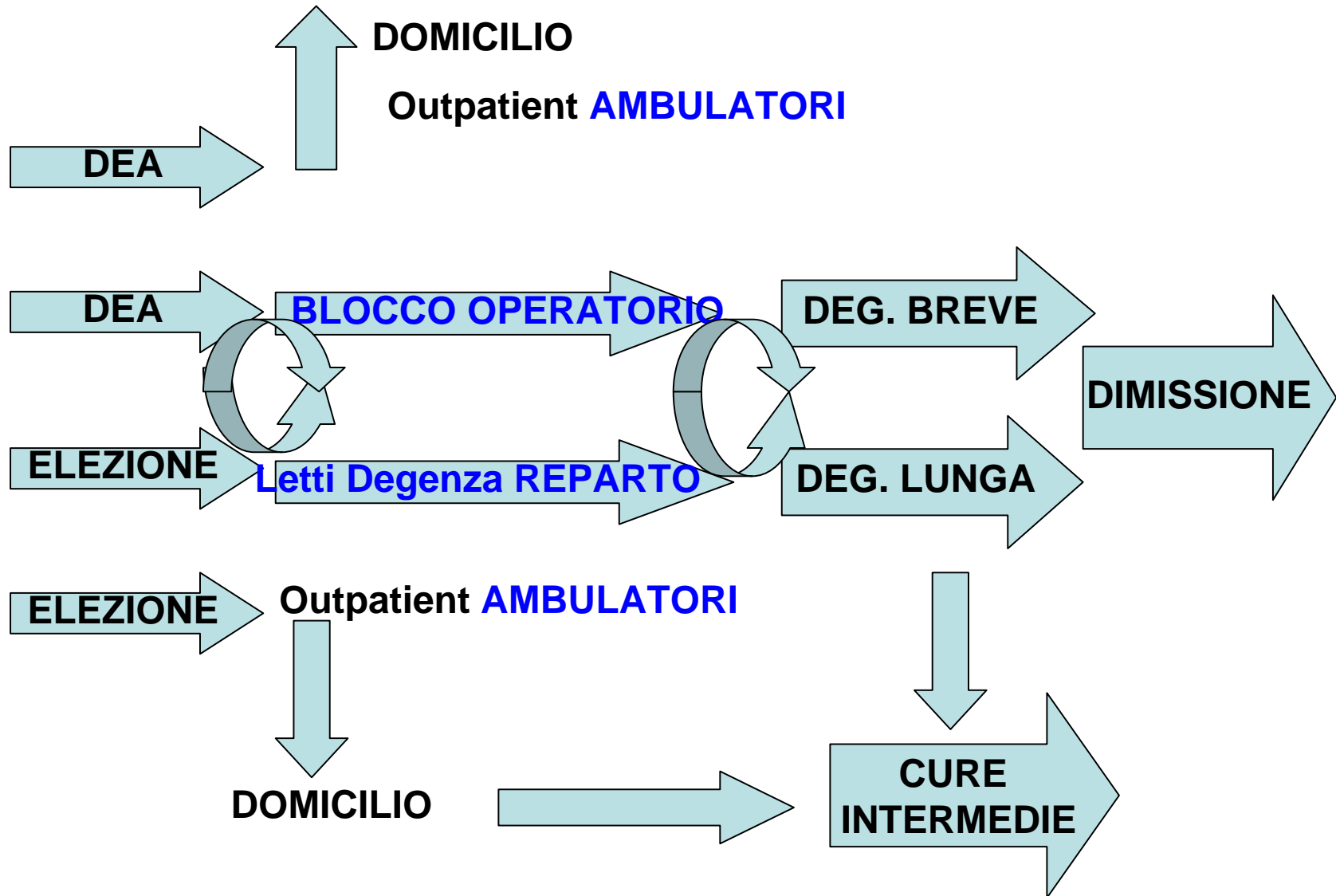
Matrice dei percorsi

| Verso | DEA | Blocco operatorio | Reparti degenza | Reparti alta intensità di cura | Struttura riabilitazione intensiva | Blocco parto | Endoscopia | Centrale sterilizzazione | Diagnostica per immagini anche | Diagnostica di laboratorio | Centro trasfusionale | Area ambulatoriale |
|------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|
| Da | | | | | | | | | | | | |
| DEA | | Alta criticità <5' | Alta criticità <10' | Alta criticità <5' | Non critico | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' |
| Blocco operatorio | Alta criticità <10' | | Non critico | Alta criticità <5' | Non critico | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Non critico |
| Reparti degenza | Alta criticità <10' | Alta criticità <5' | | Alta criticità <5' | Criticità intermedia | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Criticità intermedia | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <10' |
| Reparti alta intensità di cura | Alta criticità <10' | Alta criticità <5' | Criticità intermedia | | Non critico | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Non critico |
| Struttura riabilitazione intensiva | Alta criticità <10' | Alta criticità <5' | Criticità intermedia | Alta criticità <5' | | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Non critico | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <10' |
| Blocco parto | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Criticità intermedia | Alta criticità <5' | Non critico | | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Non critico |
| Endoscopia | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Criticità intermedia | Alta criticità <5' | Non critico | Alta criticità <5' | | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Non critico |
| Centrale sterilizzazione | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <10' | Alta criticità <5' | Non critico | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | | Alta criticità <5' | Non critico | Non critico | Criticità intermedia |
| Diagnostica per immagini | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <10' | Alta criticità <5' | Alta criticità <10' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <10' | | Criticità intermedia | Alta criticità <5' | Criticità intermedia |
| Diagnostica di laboratorio | Criticità intermedia | Criticità intermedia | Criticità intermedia | Criticità intermedia | Non critico | Criticità intermedia | Criticità intermedia | Criticità intermedia | Non critico | | Alta criticità <10' | Non critico |
| Centro trasfusionale | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Criticità intermedia | Alta criticità <5' | Alta criticità <5' | Non critico | Alta criticità <5' | Alta criticità <10' | | Non critico |
| Area ambulatoriale | Alta criticità <5' | Criticità intermedia | Criticità intermedia | Criticità intermedia | Non critico | Criticità intermedia | Criticità intermedia | Criticità intermedia | Alta criticità <10' | Alta criticità <10' | Alta criticità <5' | |

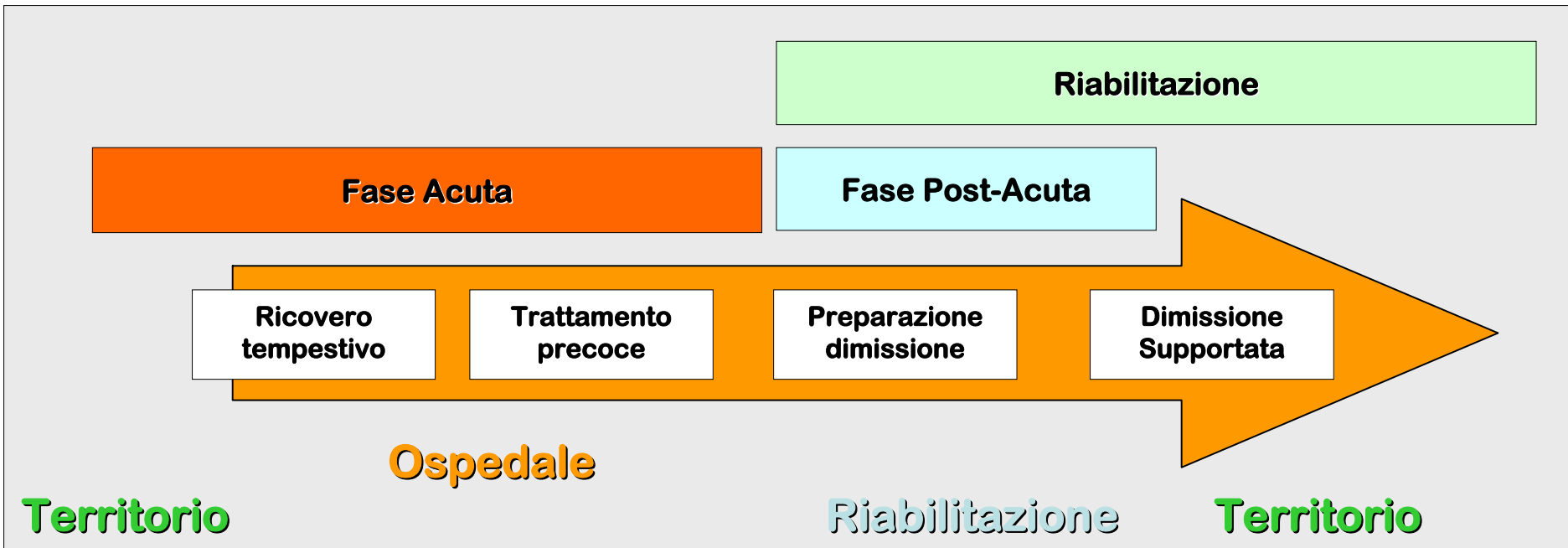
| Aree sanitarie Servizi | DEA | Reparti di degenza (ogni intensità di assistenza) | Reparti operatori | Aree ambulatoriali | Aree Diagnostiche | Centrale sterilizzazione, aree sub sterilizzazione e disinfezione |
|---------------------------|--|--|--|--|---|---|
| Cucina | Confezionamento pasti personalizzati | Menù personalizzati Confezionamento pasti personalizzati | | | | |
| Lavanderia | Percorsi distinti per sporco e pulito Consegna ordinaria ed urgente | Percorsi distinti per sporco e pulito Consegna ordinaria ed urgente | Percorsi distinti per sporco e pulito Consegna ordinaria ed urgente | Percorsi distinti per sporco e pulito Consegna ordinaria ed urgente | Percorsi distinti per sporco e pulito Consegna ordinaria ed urgente | Consegna ordinaria ed urgente |
| Trasporti materiale | Automatizzazione per carichi leggeri e pesanti | Automatizzazione per carichi leggeri e pesanti | Automatizzazione per carichi leggeri e pesanti | Automatizzazione per carichi leggeri e pesanti | Automatizzazione per carichi leggeri e pesanti | Automatizzazione per carichi leggeri e pesanti |
| Pulizie | Minima interferenza attività sanitaria | Minima interferenza attività sanitaria | Minima interferenza attività sanitaria | Minima interferenza attività sanitaria | Minima interferenza attività | Minima interferenza attività |
| Smaltimento rifiuti | Trattamento rifiuti sanitari e assimilabili ai rif. Urbani | Trattamento rifiuti sanitari e assimilabili ai rif. Urbani | Trattamento rifiuti sanitari e assimilabili ai rif. urbani | Trattamento rifiuti sanitari e assimilabili ai rif. Urbani | Tratt. rifiuti sanitari e assimilabili ai rif. urbani Trattamento reflui | Tratt. rifiuti sanitari e assimilabili ai rif. urbani Trattamento reflui |
| Magazzini | Consegna ordinaria ed urgente | Consegna ordinaria ed urgente | Consegna ordinaria ed urgente | Consegna ordinaria ed urgente | Consegna ordinaria ed urgente | Consegna ordinaria ed urgente |

Le Linee Guida Schemi distributivi

I Flussi di Valore e l'Asset ospedaliero



Integrazione Territorio Ospedale



- ✓ Sanità Iniziativa
- ✓ Casa della Salute

- Operations Management
- ✓ PDTA
 - ✓ SCAHT
 - ✓ SALUTE PARTECIPATA

- ✓ Cure Intermedie

**Delibera Consiglio Regionale n° 3, del 12/02/2003
-sezione I, “Progetto Nuovi Ospedali”-**

- **Delibera Consiglio Regionale n° 3, del 12/02/2003,
sezione I, “Progetto Nuovi Ospedali”-**

-linee di piano finanziario (All B),

La Pianificazione Regionale

L'accordo di programma sottoscritto dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e dalla Regione Toscana

La scelta del Project Financing

Semplificazione e riordino della **rete ospedaliera regionale**

Il **SIOR** (Sistema Integrato Ospedaliero Regionale)

Un progetto unico per i **quattro nuovi ospedali**

4 nuovi ospedali da realizzare in una unica soluzione e con un unico modello

Programma attuativo

Art. 1 – Costituzione e sede

Tra le Aziende U.S.L. 1 di Massa e Carrara, 2 di Lucca, 3 di Pistoia e 4 di Prato è costituita l'Associazione denominata “Sistema ospedaliero integrato regionale” con sede legale presso quella dell’Azienda USL che esprime il Presidente.

Essa è retta dal presente statuto e dalle vigenti norme di legge in materia.

Art. 4 – Scopi dell'Associazione

*L'Associazione ha lo scopo di consentire agli associati una integrazione e coordinamento interaziendali ai fini della messa in atto e gestione di tutte le procedure necessarie alla realizzazione dei nuovi ospedali delle Apuane, di Lucca, di Pistoia e di Prato, secondo un “**progetto unitario sotto il profilo sanitario/gestionale e strutturale, a garanzia del perseguimento dell'obiettivo di assicurare standard assistenziali omogenei ed integrati, funzionali alla ottimizzazione delle prestazioni del servizio sanitario in ambito regionale**”.*

I 4 NUOVI OSPEDALI TOSCANI

- **“progetto unitario”** *unica progettazione (4 nuovi presidi in 4 aziende sanitarie)*
- **sotto il profilo sanitario/gestionale** *(modello organizzativo sanitario e capitolato prestazionale unico)*
- **strutturale**, *(soluzioni distributive, funzioni e layout omogenee)*

I 4 NUOVI OSPEDALI TOSCANI

- ***a garanzia del perseguimento dell'obiettivo di assicurare standards assistenziali omogenei ed integrati, (indicatori di performance prestabiliti)***
- ***funzionali alla ottimizzazione delle prestazioni del servizio sanitario in ambito regionale (i 4 nuovi presidi andranno a sostituire 6 vecchi presidi e saranno integrati nella rete ospedaliera e dei servizi di area vasta)***

Cosa avevamo in mente

Ridurre la variabilità clinico-assistenziale ospedaliera

Garantire uniformità di accesso dei cittadini ai servizi

Migliorare la sicurezza per i pazienti e gli operatori

Migliorare la qualità delle cure attivando reti professionali nel sistema integrato ospedali regionali e nelle aree vaste e con i professionisti del territorio

Governare la continuità assistenziale in modo graduato con il territorio prendendo in carico la domanda e prevedendo il bisogno

Ridurre l'accesso all'ospedale per acuti ai casi effettivamente necessari

Favorire la risposta socio-sanitaria territoriale

Il report 2009

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana

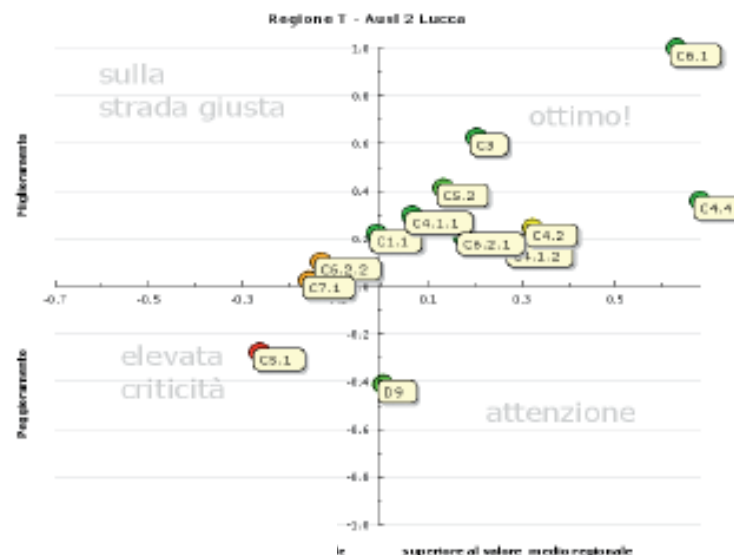
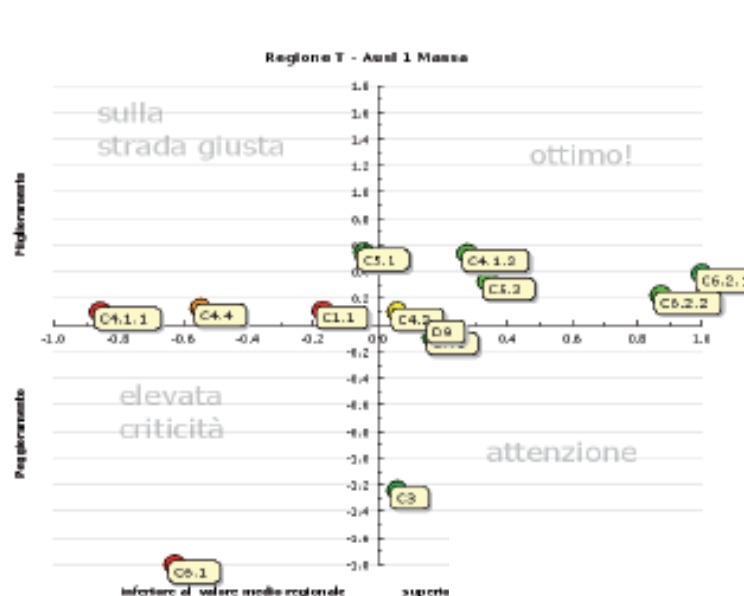
Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana

Report 2009



mes

34 - PARTE I - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE



a cura di Sabina Nuti - 37

ospedale Ausl 2 LU

Fig. 4 - Mappa ospedale A

| | |
|---------------|---|
| C1.1 | Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti |
| C3 | Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la Salute 2010) |
| C4.1.1 | % Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari |
| C4.1.2 | % Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital |
| C4.2 | Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS e RO 0-1 gg |
| C4.4 | % coledistomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 giorno |
| C5.1 | % ricoveri ripetuti entro 30 giorni |
| C5.2 | % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010) |
| C6.1 | Indice di sinistrosità |
| C6.2.1 | Indice di diffusione degli audit |
| C6.2.2 | Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità e Morbilità |
| C7.1 | % cesarei depurato (NTSV) |
| D9 | Percentuale abbandoni pronto soccorso |

Fig. 13 - Elenco indicatori ospedale

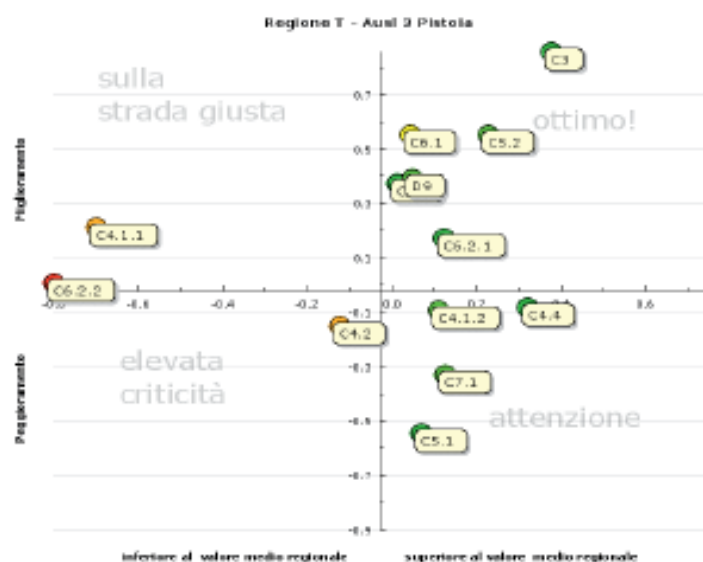


Fig. 20 - Mappa ospedaliere /

... Mappa ospedaliere Ausl 4 PO

a cura di Sabina Nuti - 43

| | |
|---------------|---|
| C1.1 | Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti |
| C3 | Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la Salute 2010) |
| C4.1.1 | % Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari |
| C4.1.2 | % Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital |
| C4.2 | Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS e RO 0-1 gg |
| C4.4 | % colestectomie laparoscopiche In Day-Surgery e RO 0-1 giorno |
| C5.1 | % ricoveri ripetuti entro 30 giorni |
| C5.2 | % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010) |
| C6.1 | Indice di sinistrosità |
| C6.2.1 | Indice di diffusione degli audit |
| C6.2.2 | Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità e Morbilità |
| C7.1 | % cesarei depurato (NTSV) |
| D9 | Percentuale abbandoni pronto soccorso |

Fig. 29 - Elenco indicatori ospedale



- **AGENAS Ex Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali: Progetto di ricerca finalizzata (ex art. 12, Dlgs 502/92, “Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza”.** (Supplemento al n° 6 sett./ott. 2003 di Monitor)

Progetto di ricerca finalizzata
(ex art. 12, Dlgs 502/92)

Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali
per la realizzazione e gestione di ospedali
ad alta tecnologia e assistenza

Rapporto conclusivo



Supplemento al n° 6 settembre-ottobre 2003. Agenzia per i servizi sanitari regionali





Cosa avevamo in mente

Ridurre la variabilità clinico-assistenziale ospedaliera

Garantire uniformità di accesso dei cittadini ai servizi

Migliorare la sicurezza per i pazienti e gli operatori

Migliorare la qualità delle cure attivando reti professionali nel sistema integrato ospedali regionali e nelle aree vaste e con i professionisti del territorio

Governare la continuità assistenziale in modo graduato con il territorio prendendo in carico la domanda e prevedendo il bisogno

Ridurre l'accesso all'ospedale per acuti ai casi effettivamente necessari

Favorire la risposta socio-sanitaria territoriale

Adverse Event Rates in Healthcare

Amalberti, R, Auroy, Y, Berwick, D, Barach, P. Five System Barriers To Achieving Ultra-safe Health Care. *Annals of Internal Medicine*, 2005;142:756-764.



Quanto impattano...

- L'ambiente
- L'asset
- Il modello organizzativo gestionale assistenziale
- Le procedure per la gestione della documentazione sanitaria
- Le tecnologie per l'informazione e comunicazione

sul governo clinico e gestione del rischio

- **EVIDENCE BASED DESIGN**

è il processo sul quale si basano le decisioni per sviluppare gli ambienti utilizzando i risultati “credibili” della ricerca al fine di raggiungere i migliori risultati possibili di qualità dell’assistenza unitamente alla riduzione del rischio per i pazienti e il personale.

(Center for Health Design,2008)



Designing the 21st Century Hospital

Environmental Leadership for Healthier Patients and Facilities

Papers presented by The Center for Health Design[®] and Health Care Without Harm at a conference sponsored by the Robert Wood Johnson Foundation, September 2006.



**THE CENTER FOR
HEALTH DESIGN**

www.healthdesign.org

The Impact of Design on EBD Outcomes

**TABLE 1:
SUMMARY OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN DESIGN FACTORS AND HEALTHCARE OUTCOMES**

| Healthcare Outcomes \ Design Strategies or Environmental Interventions | Single-bed rooms | Access to daylight | Appropriate lighting | Views of nature | Family zone in patient rooms | Carpeting | Noise-reducing finishes | Ceiling lifts | Nursing floor layout | Decentralized supplies | Acuity-adaptable rooms |
|--|------------------|--------------------|----------------------|-----------------|------------------------------|-----------|-------------------------|---------------|----------------------|------------------------|------------------------|
| Reduced hospital-acquired infections | ** | | | | | | | | | | |
| Reduced medical errors | * | | * | | | | * | | | | * |
| Reduced patient falls | * | | * | | * | * | | | * | | * |
| Reduced pain | | * | * | ** | | | * | | | | |
| Improved patient sleep | ** | * | * | | | | * | | | | |
| Reduced patient stress | * | * | * | ** | * | | ** | | | | |
| Reduced depression | | ** | ** | * | * | | | | | | |
| Reduced length of stay | | * | * | * | | | | | | | * |
| Improved patient privacy and confidentiality | ** | | | | * | | * | | | | |
| Improved communication with patients & family members | ** | | | | * | | * | | | | |
| Improved social support | * | | | | * | * | | | | | |
| Increased patient satisfaction | ** | * | * | * | * | * | * | | | | |
| Decreased staff injuries | | | | | | | | ** | | | * |
| Decreased staff stress | * | * | * | * | | | * | | | | |
| Increased staff effectiveness | * | | * | | | | * | | * | * | * |
| Increased staff satisfaction | * | * | * | * | | | * | | | | |

* Indicates that a relationship between the specific design factor and healthcare outcome was indicated, directly or indirectly, by empirical studies reviewed in this report.

** Indicates that there is especially strong evidence (converging findings from multiple rigorous studies) indicating that a design intervention improves a healthcare outcome.

Ottimizzare i layout gli ambienti ospedalieri per:

- Migliorare la sicurezza dei pazienti riducendo l'infezione, il rischio, infortuni da cadute, e gli errori medici.
- Eliminare i fattori di stress ambientali, come il rumore, che influenzano negativamente i risultati e le prestazioni del personale.
- Ridurre lo stress e promuovere la guarigione rendendo gli ospedali più piacevoli, confortevoli, e di supporto per i pazienti e il personale.



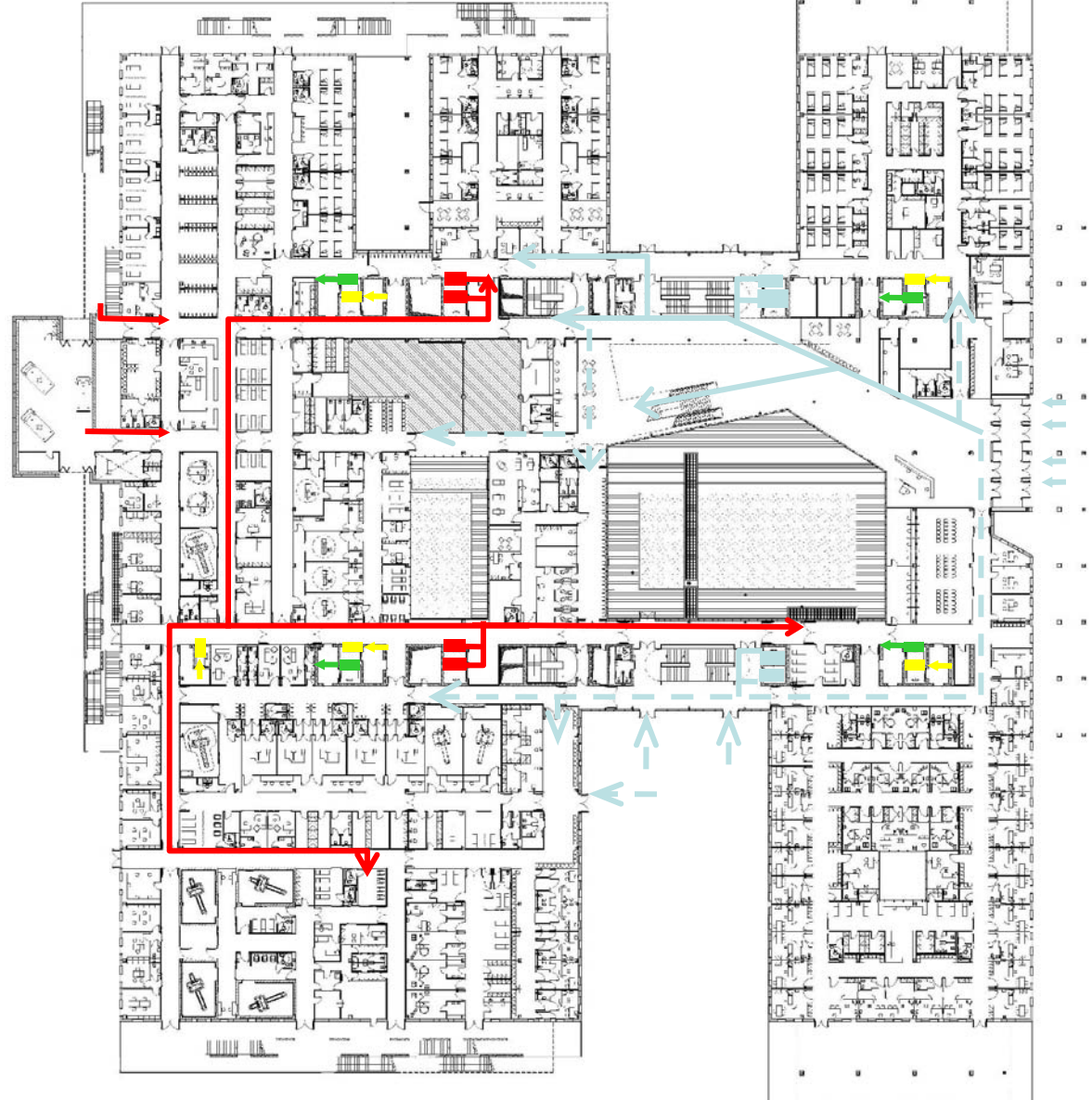
| Benefici | Strategie progettuali | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|---------------|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--|--|--------------------------|-------------------|---------------------------------|--------------|-------------------|
| | Separazione dei percorsi | Stanze a 1 o 2 posti letto | Luce naturale | Corretta illuminazione artificiale | Vista verso la natura-esterno | Ambienti confortevoli rooming-in | Materiali per migliorare l'isolamento acustico | Distribuzione del layout nelle aree di degenza | Supporti decentralizzati | Stanze adattabili | Aree di accoglienza – relazione | Orientamento | Stanze flessibili |
| Riduzione delle infezioni | * | * | | | | | | | | | | | |
| Riduzione errori medici | | * | | * | | | * | | * | | | | |
| Riduzione cadute del paziente | | | | * | | * | | * | * | | | | |
| Riduzione del dolore | | | * | * | * | | | | | | | | |
| Migliorare il sonno del paziente | | * | * | * | | | * | | | | | | |
| Riduzione dello stress per il paziente | | * | * | * | * | * | * | | | | * | | |
| Riduzione della depressione | | | * | * | * | * | | | | | | | |
| Riduzione della durata di degenza | | | * | * | * | | | | | | | | |
| Migliorare la privacy e la confidenza del paziente | | * | | | | * | * | | | | | | |
| Migliorare la comunicazione con pazienti e familiari | | * | | | | * | * | | | | | | |
| Migliorare supporti sociali | | | | | | * | | | | * | * | | |
| Aumentare la soddisfazione del paziente | | * | * | * | * | * | | | | * | | | |
| Riduzione infortuni dello staff | | | | | | | | | | | | | |
| Riduzione stress dello staff | | | * | * | * | | * | | | | | | |
| Aumento dell'efficienza dello staff | * | * | | * | * | | * | * | * | | * | | |
| Aumento della soddisfazione dello staff | | * | * | * | * | | * | * | | | | | |

Benefici

- Riduzione delle infezioni
- Aumento dell'efficienza dello staff

Il progetto ruota anche attorno alla scelta dei percorsi; tutti i piani, ma soprattutto quello terra, sono strutturati in modo da permettere **una completa indipendenza e autonomia dei percorsi orizzontali e verticali** di malati e personale, rispetto a quelli del pubblico.

- Percorso Visitatori
- Percorso Ambulatoriali
- Percorso Ammalati
- Percorso materiale pulito
- Percorso materiale sporco



Pianta piano terra

Separazione dei percorsi

La **separazione dei percorsi** costituisce uno dei risultati qualificanti della soluzione progettuale, ottenendo una **chiara organizzazione e rispetto dei flussi** e dei percorsi con protezione da indebite intrusioni.

L'aver adottato una tipologia orizzontale ha comportato un'attenzione particolare alla lunghezza delle percorrenze orizzontali ed ai rischi di una eccessiva estensione che avrebbe vanificato i vantaggi della complanarità tra attività affini.



- Percorso Visitatori
- - - Percorso Ammalatori
- Percorso Ammalati
- Percorso materiale pulito
- Percorso materiale sporco

Pianta piano secondo

Benefici

- Riduzione delle infezioni
- Riduzione dello stress per il paziente

Il progetto pone al centro la salvaguardia della dignità del Paziente nella sua dimensione personale e comunitaria e quindi la centralità dei suoi bisogni e diritti: essere informato e guidato, **vivere in un ambiente rassicurante** e confortevole nel quale siano garantiti da una parte un **adeguato livello di privacy**, **dall'altra lo scambio interpersonale**, con la possibilità di ricevere i propri congiunti senza limitazioni di orari.

Questo obiettivo impone di considerare e quindi progettare l'Ospedale pensando stanze singole o a due posti letto.



Particolare degenza tipo

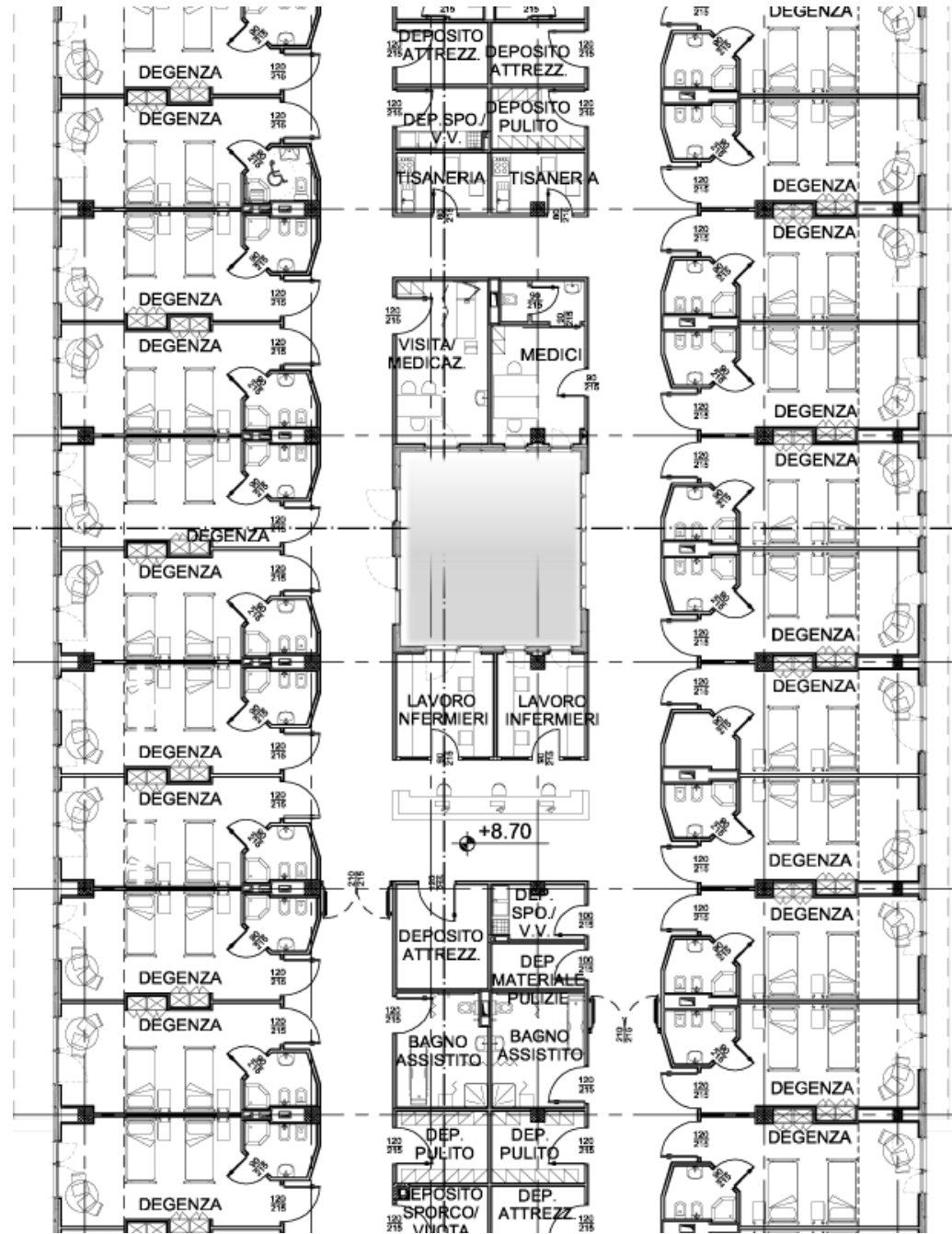
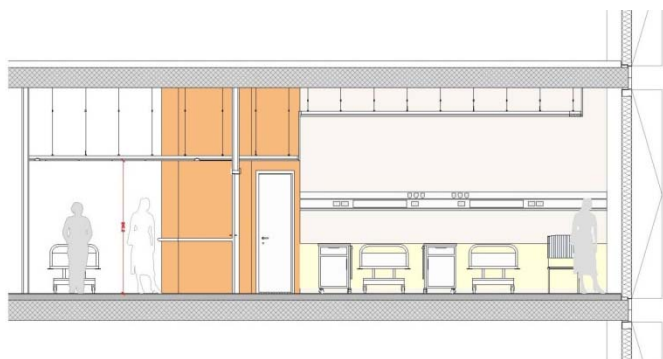
Stanze singole o a due posti letto

Benefici

- Riduzione del dolore
- Riduzione dello stress per il paziente
- Riduzione della depressione
- Riduzione della durata di degenza
- Riduzione stress dello staff
- Aumento dell'efficienza dello staff

Le stanze si affacciano tutte verso l'esterno, con illuminazione e aerazione dirette.

La fascia dei servizi di reparto, vista la scelta del corpo quintuplo è centrale, ma, grazie ai **cavedi**, i luoghi di lavoro interni sono illuminati e aerati naturalmente.



Sezione degenza tipo – layout lavoro personale

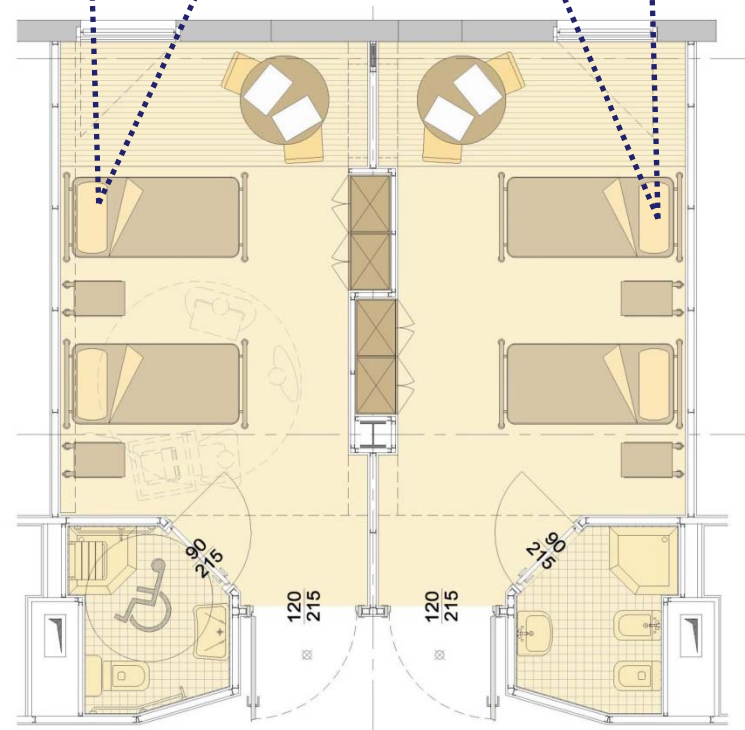
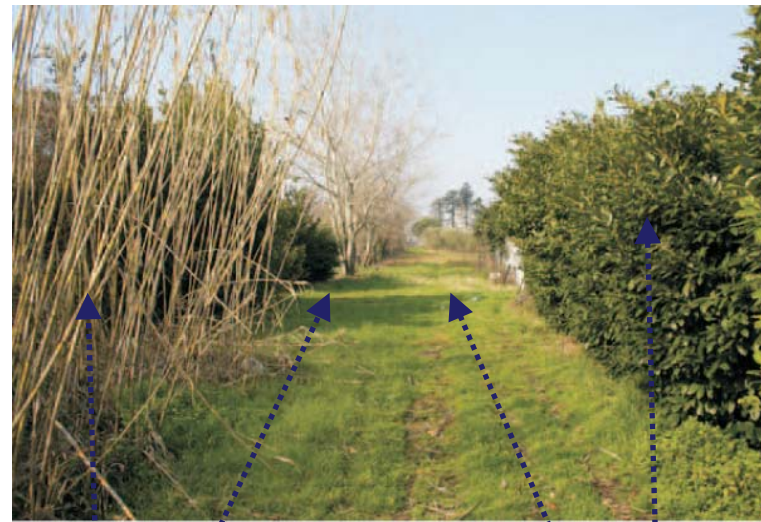
Luce naturale

Benefici

- Riduzione del dolore
- Riduzione dello stress per il paziente
- Riduzione della depressione
- Riduzione della durata di degenza
- Aumenta la soddisfazione del paziente
- Riduzione stress dello staff
- Aumento dell'efficienza dello staff
- Aumenta la soddisfazione dello staff

L'esposizione alla natura in diverse forme (visualizzazione natura, giardini) ha registrato un effetto calmante e rigenerante su pazienti nonché per il personale e le famiglie, **riducendone lo stress e migliorandone l'umore.**

L'esposizione ai giardini comporta potenziali effetti benefici sugli stati emotivi, sentimenti di ansia, tristezza, rabbia, preoccupazione e dolore.

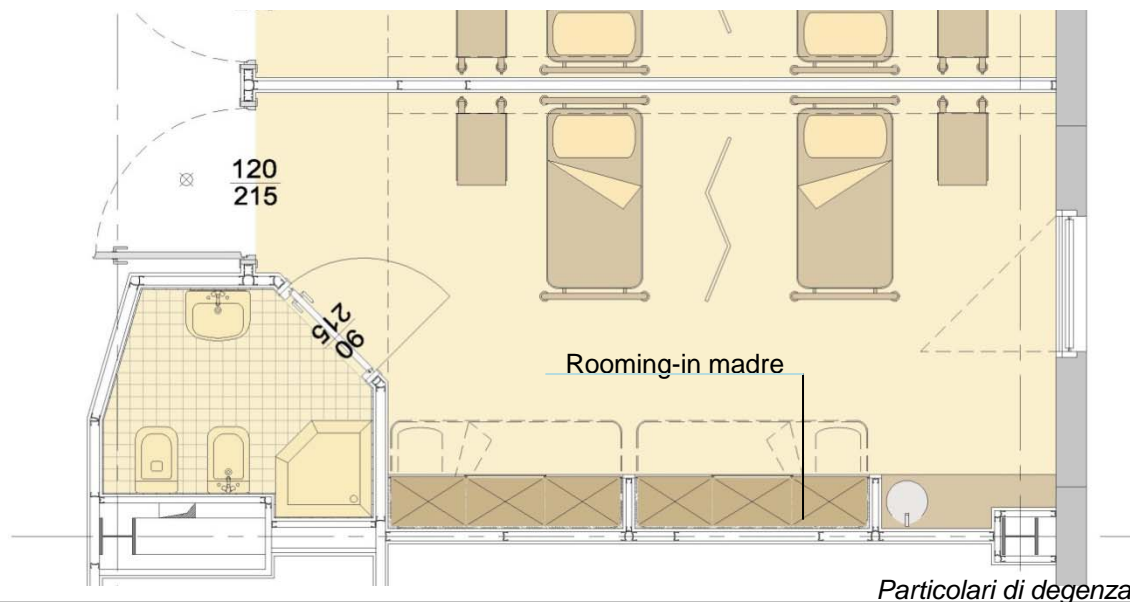
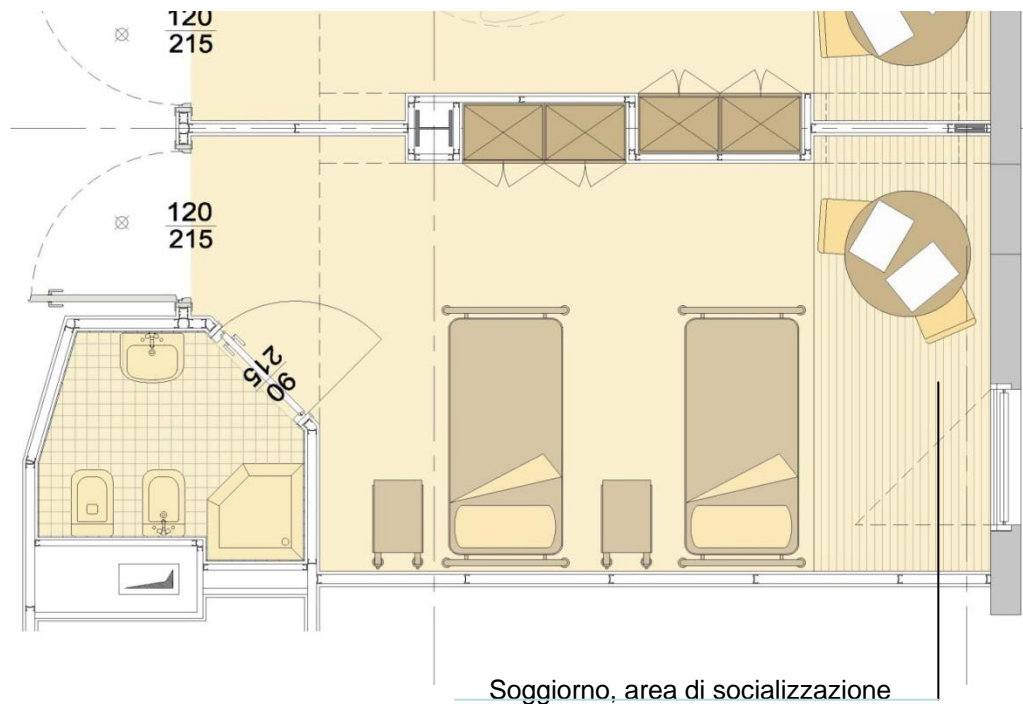


Benefici

- Riduzione delle cadute del paziente
- Riduzione dello stress per il paziente
- Riduzione della depressione
- Migliora la confidenza del paziente

Durante il periodo di permanenza nell'Ospedale il malato si trova solo in un **ambiente estraneo al suo modo di vita**.

Il progetto vuole dare una qualità di **"proprietà"** alla stanza, individuando **aree per la socializzazione** come i soggiorni posti vicino la facciata; si introduce anche il concetto di **rooming-in** non solo per le stanze di Ostetricia, dove è possibile la cura del bambino da parte delle madri, ma anche nelle degenze di pediatria dove viene permessa la **permanenza della madre all'interno della stanza di degenza**, riducendo così lo stress sia per i familiari che per il bambino.



Particolari di degenza

Ambiente confortevole e Rooming -in

Benefici

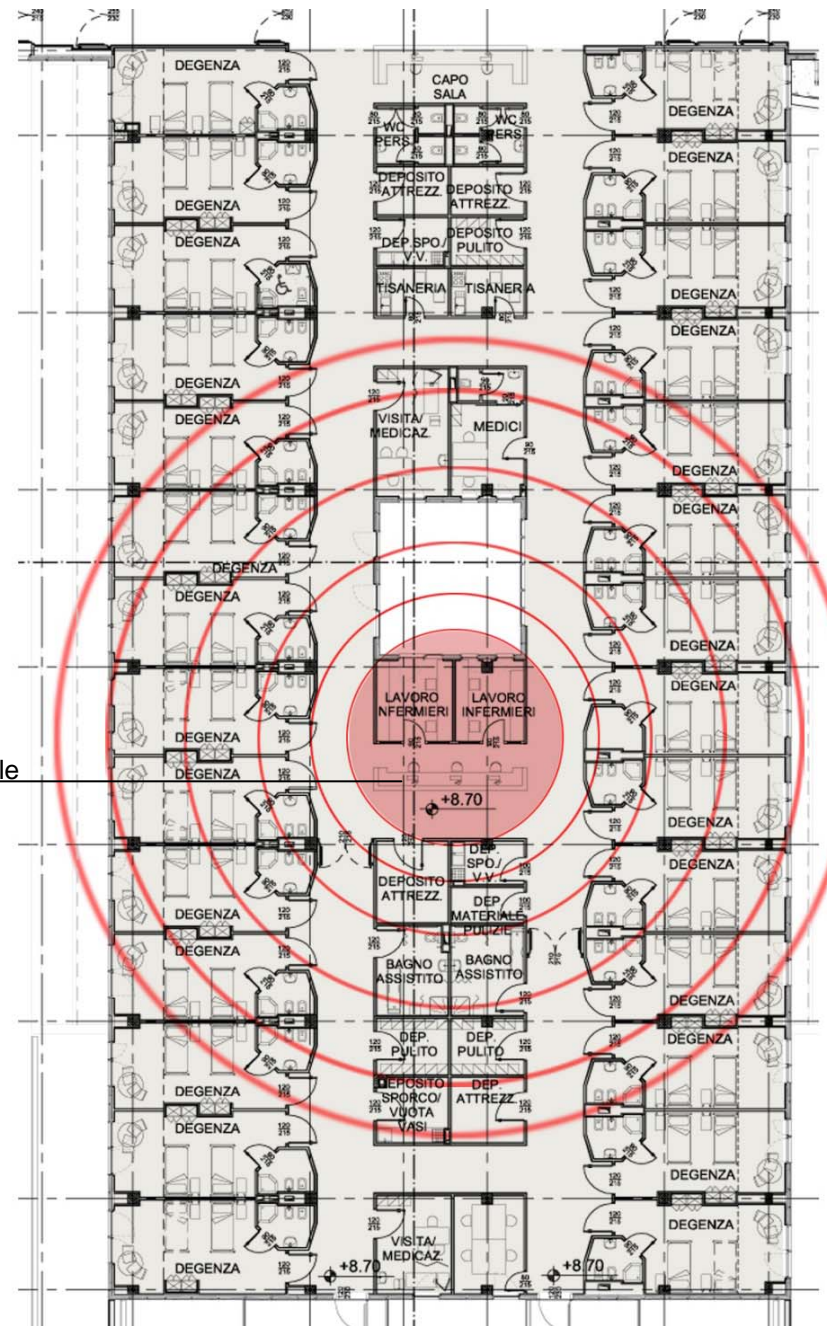
- Aumento dell'efficienza dello staff
- Aumento della soddisfazione dello staff

Chi lavora nell'ospedale deve essere facilitato il più possibile nello svolgimento delle attività, deve poter **lavorare in condizioni di comfort ambientale e controllare facilmente ciò che accade attorno a lui.**

La progettazione prevede il facile accesso dello staff al paziente e la vicinanza ai locali di supporto, riducendo il tempo speso per gli spostamenti.

Studi dimostrano che il tempo risparmiato negli spostamenti si traduce in **maggior tempo dedicato alle cure del paziente.**

Zona lavoro personale



Layout tipo aree di degenza

Distribuzione del layout nelle aree di degenza

Benefici

- Miglioramento dei supporti sociali

La principale esigenza degli utenti esterni, oltre a quella di trovare un luogo accogliente, è quella di non dover dipendere da terzi negli spostamenti; un **centro informazioni ed accoglienza** è previsto ed è importante, ma la progettazione dello spazio deve garantire anche **chiarezza dei percorsi** in modo che la segnaletica diventi solo un supporto e non l'unica guida.



Particolare atrio piano terra

Benefici

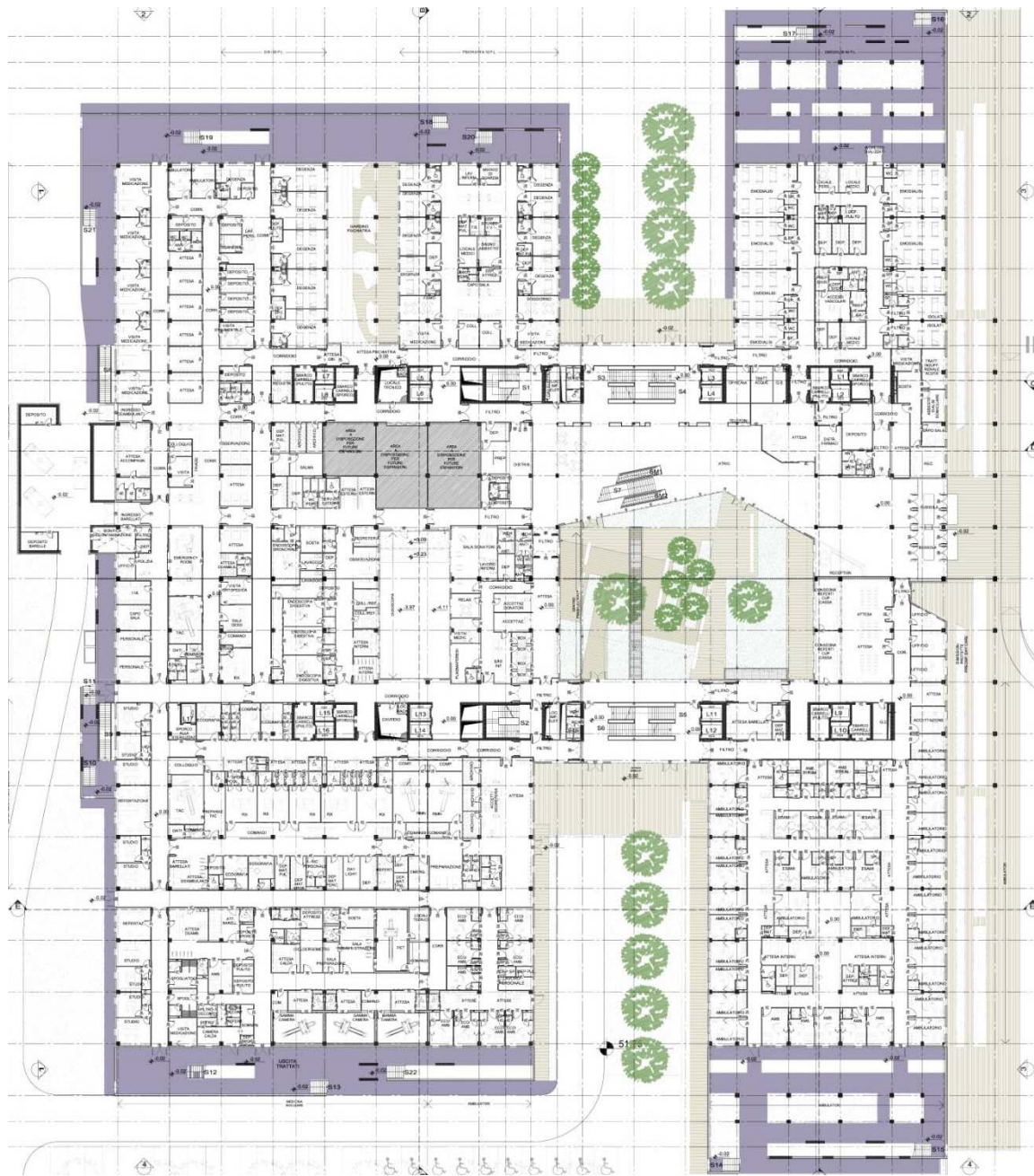
- Miglioramento dei supporti sociali
- Riduzione stress del paziente
- Aumento efficienza dello staff
- Riduzione stress dello staff

Rispondere ai requisiti di **fruibilità, accessibilità** e sicurezza sarà indispensabile per **agevolare gli ospiti**, renderli per quanto possibile autonomi, e **facilitare il lavoro di chi li assiste**.

Gli edifici ospedalieri, sono luoghi difficilmente comprensibili, e quindi **facilitare l'orientamento e il wayfinding è uno degli obiettivi per garantire maggior autonomia e permettere un maggior senso di tranquillità psicologica ed emotiva**.

Il senso di incompetenza per non essere in grado di trovare la strada, e il dover essere aiutati, viene percepito come un'esperienza frustrante; ciò implica una perdita di controllo dello spazio che ci circonda e limita molto l'autonomia, già spesso ridotta a causa di patologie o difficoltà motorie.

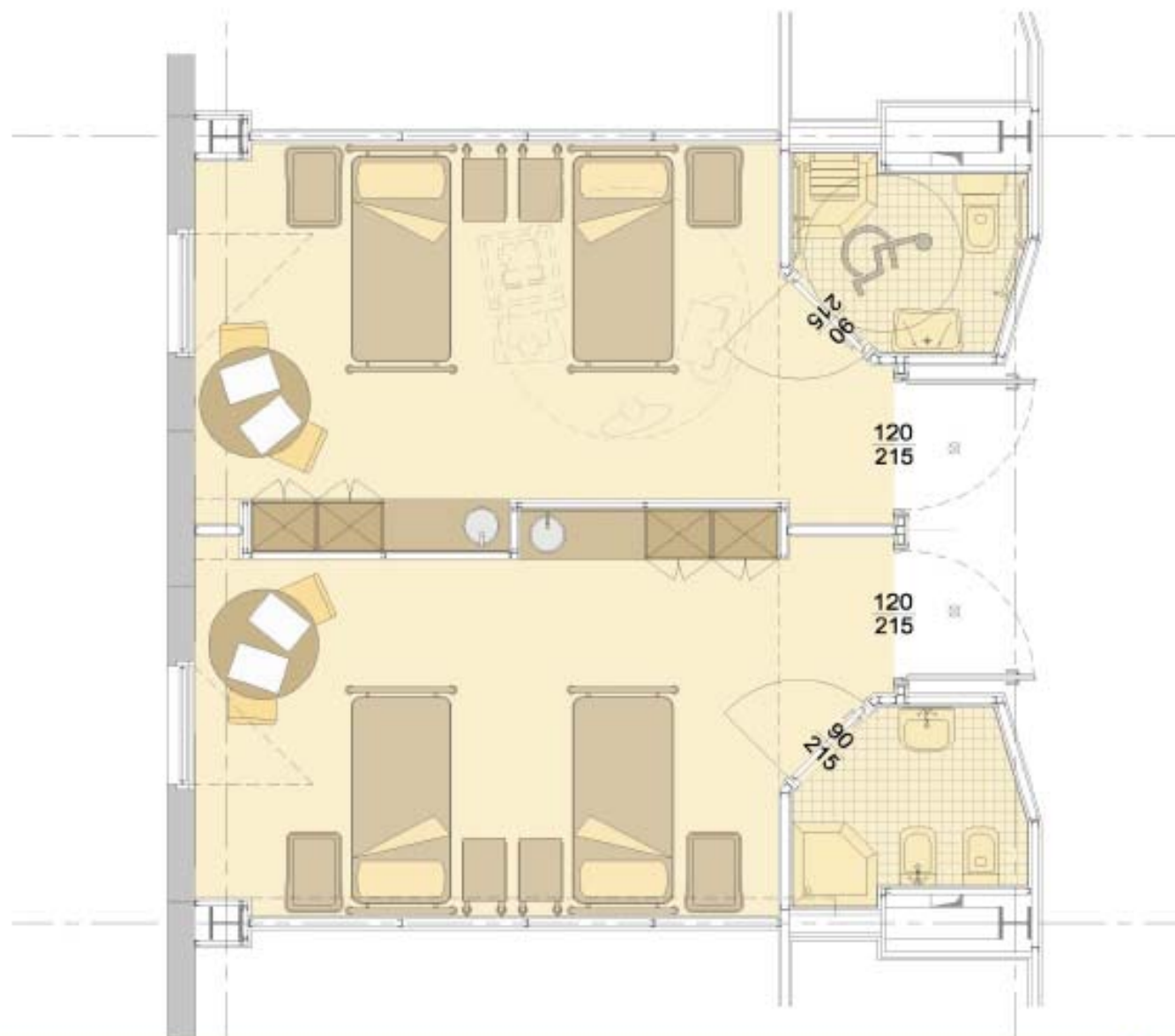
La presenza delle corti interne e dei giardini, in questo senso, assume un ruolo fondamentale; il visitatore può infatti riconoscere più facilmente dove si trova grazie a questi punti illuminati naturalmente e grazie al fatto che questi verranno caratterizzati da elementi specifici, proprio per garantire una loro facile identificazione.





PARTICOLARE STANZA DI DEGENZA





PARTICOLARE STANZA DI DEGENZA OSTETRICA



Conclusioni

- Oggi managers e clinici devono affrontare scenari sempre più complessi:
 - un sistema di rimborsi non prevedibile
 - scarsità di personale
 - informazione su i “bisogni soddisfabili” sempre più “trasparente” e conseguente aumento delle aspettative
 - aumento dei consumi

Conclusioni

- La ricerca dimostra che l'ambiente fisico ha un impatto misurabile e quantificabile sia sui pazienti che sul personale di assistenza.
- L'ambiente fisico può favorire od ostacolare la realizzazione di programmi di sviluppo della sicurezza e della qualità nelle organizzazioni.

Conclusioni

- Consumatori, finanziatori e il personale chiedono che gli ospedali si impegnino decisamente a ridurre gli errori, gli incidenti e i loro effetti dannosi.
- Questa spinta rappresenta un'opportunità senza precedenti per costruire ospedali migliori
- La progettazione dovrà prendere in considerazione tutti quegli aspetti dell'ambiente che facilitano la riduzione del rischio e impattano positivamente sul rendimento globale dell'investimento nel lungo periodo.

SEPTEMBER 2008

Blair L. Sadler, JD

Jennifer R. DuBose, MS

Eileen B. Malone, RN, MSN

Craig M. Zimring, PhD

Healthcare Leadership

WHITE PAPER SERIES 1 of 5

The Business Case for Building Better
Hospitals Through Evidence-Based Design

PAY FOR PERFORMANCE...

***...IN THIS NEW ERA OF TRANSPARENCY
AND PUBLIC REPORTING***

The Fable Hospital: Patient Falls

- Non litigated average cost is \$10,000.
- National median: 3.5 falls/1,000 patient days.
- Fable's unit & room design *helped* reduce falls by 80%.

Calculation steps:

1. 300 beds at 80% occupancy = 240 beds
2. 240 beds per day X 365 days = 87,600 patient days
3. 87,600 days x 3.5 falls per 1,000 patient days = 306 falls/year
4. 306 falls x \$10,000 per fall = \$3,066,000
5. Falls reduced 80% = \$2,452,800 annual savings

The Fable Hospital: Patient Transfers

- Average cost of one transfer is \$250.
- Fable's acuity adaptable rooms helped reduce transfers by 80%.
- Actual Pebble Project data from Methodist found a 90% decrease.

Calculation steps:

1. 19,466 patient stays x \$250 = \$4,866,500
2. Total cost of transfers = \$4,866,500
3. Reduce transfers by 80% = \$3,893,200
4. Transfers Reduced = \$3,893,200 Annual Savings

The Fable Hospital

| | |
|-----------------------------|---------------------------|
| Fewer Patient Falls | \$2,452,800 (-80%) |
| Fewer Patient Transfers | \$3,893,200 (-80%) |
| Fewer Nosocomial Infections | \$80,640 (-4/m) |
| Reduced Nurse Turnover | \$164,000 (-14%-10%) |
| Reduced Drug Costs | 1,216,666 (- 5%) |
| Annual Cost Savings: | <u>\$7,807,306</u> |

Fable's Compelling Business Case

- One time incremental ***construction cost*** of \$12 million would be recovered through lower ***operating costs*** within 3 years!
- Business case becomes even stronger if the incremental ***revenue impacts*** on philanthropy & patient volume are added.
- Business case is partially dependent on the particular payment/reimbursement scheme & on who actually incurs the costs & receives the revenue.

Recent Trends That Further Strengthen Fable's Business Case

1. Increasing costs of avoidable conditions, e.g. infections, falls and workforce injuries
2. Paying for value instead of volume, e.g. "pay for performance" or "reward results"
3. Ending payment for certain harms and infections

Recent Trends That Further Strengthen Fable's Business Case

4. Increasing consumer choice & awareness
-- mandatory patient satisfaction scores,
e.g. Medicare HCAHPS
5. Increasing litigation risks and costs
6. Increased functional capacity of facilities &
more efficiency in their use

A Proposed ROI Framework

(using hospital-acquired Infections as an example)

1. Identify the number of patients & costs associated with hospital acquired infections
2. Identify your improvement target goal (aim) and dollars that could be saved
3. Outline specific *clinical & administrative* strategies as well as *evidence-based design* strategies to reach your target goal & identify associated costs
4. Calculate your ROI by subtracting improvement costs from savings achieved