

Titolo: sperimentazione di un nuovo modello di recovery room nel Nuovo Ospedale S. Stefano di Prato
Autori: Franchi S. (*), Velpini B. (*), Chiesi F. (*), Giorgi C. (*), Mannocci F. (*), Mondanelli D. (*), Rettori M. (*), Sindoni A. (*), Mechi MT (**)

(* **Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio Nuovo Ospedale Prato – USL Toscana Centro**

(** **Direttore Medico Direzione Medica di Presidio Nuovo Ospedale Prato – USL Toscana Centro**

Parole chiave: sperimentazione modello recovery-room

Introduzione

Il Blocco operatorio (BO) dell' Ospedale Santo Stefano di Prato garantisce, oltre ad attività in urgenza-emergenza, attività multi specialistica programmata nelle 5 sale operatorie attive h 12; nell'ultimo trimestre del 2023, rispetto all'isoperiodo del 2022, l'attività chirurgica è aumentata sia come numero di interventi che come ore di sala operatoria. All'interno del BO è collocata la Recovery Room (RR), con 5 PL (posti letto), attiva da Lunedì a Venerdì con orario 8-19,30 e Sabato 8-14, gestita da personale infermieristico che ha raggiunto un'autonomia consolidata nel risveglio e ottimizzazione del paziente chirurgico fino al rientro nel reparto.

Complanare al BO è collocata l'**area critica** con una dotazione di 20 PL di TI/SI. Il paziente chirurgico è responsabile del 60% degli accessi giornalieri in area critica (40% urgenti e 60% programmati) con un'occupazione media di soli 3-4 PL dovuta alla breve degenza che nel 68% dei casi è inferiore alle 24 ore e spesso causata dalla conclusione dell'intervento dopo le ore 18, orario in cui non è possibile utilizzare la RR per la sua imminente chiusura.

Contenuti

Vista l'intensa attività chirurgica del BO e la necessità di ottimizzare l'utilizzo della risorsa PL nell'area critica, la direzione aziendale, congiuntamente ai medici anestesisti e alla componente infermieristica, ha proposto di:

- formare un gruppo di lavoro (Gennaio 2024) per condividere i criteri di accesso all'area critica e alla RR sulla base della tipologia dell'intervento chirurgico programmato e delle condizioni cliniche del paziente,
- attuare una fase sperimentale di 2 mesi (4 Marzo-5 Maggio 2024) di estensione dell'orario della RR (orario 8-24 dal Lunedì alla Domenica).

La disponibilità di una RR con orario prolungato consentirebbe di ridurre i ricoveri di pazienti chirurgici in area critica, rendere l'accesso ai reparti più sicuro e coordinato, accelerare i percorsi urgenti e il turnover degli interventi elettivi, generare sicurezza nelle fasi di risveglio, creare collaborazione attiva all'interno del gruppo.

Indicatori di monitoraggio:

1. utilizzo della RR in orario esteso;
2. occupazione media dell'area critica;
3. numero di pazienti trasferiti in area critica dalla RR;
4. stabilità clinica dei post-operati: numero di chiamate per urgenza dai reparti chirurgici dopo il trasferimento del paziente;
5. attivazione dell'infermiere reperibile in orario 19-24 per garantire i letti in eccesso
6. briefing quindicinali per analisi casistica chirurgica in RR/area critica e revisione dei relativi criteri

Risultati:

1. nel periodo 4 Marzo-5 Maggio 217 pazienti su un totale di 892 (24,3%) ha utilizzato la RR negli orari fino ad allora non previsti (19-24 Lun al Ven, 14-24 sabato o 8-24 Domenica);
2. l'occupazione media dell'area critica è passata da 16,31 PL a Gennaio 2024 a 13,7 nel periodo di sperimentazione con un superamento dei 16 PL che è passato dal 42% al 12,7%;
3. solo 5 pazienti sono stati trasferiti dalla RR in area critica per peggioramento delle condizioni cliniche;
4. 2 pazienti dopo il trasferimento dalla RR al reparto sono stati trasferiti in area critica per peggioramento delle condizioni cliniche;
5. l'infermiere reperibile è stato attivato 2 volte;
6. periodicamente sono stati effettuati briefing per il monitoraggio degli indicatori e l'analisi delle criticità.

Conclusioni

I risultati soddisfacenti del periodo di sperimentazione inducono a pensare di poter passare ad un modello strutturato di RR estesa.