

Analisi e confronto delle linee guida riguardanti la gestione della Recovery-Room

Y. LEYKIN, N. COSTA, A. GULLO *

ANALYSIS AND COMPARISON OF THE GUIDELINES REGARDING RECOVERY-ROOM MANAGEMENT

The purpose of this study was to analyse and compare the guidelines regarding Recovery-Room (RR) management at international level, pointing out the main differences and common aspects. The guidelines on the RR management in various countries have been compared in particular the Italian, French, German, Australian, Canadian and American guidelines. In addition, the management of postoperative patients in some of these countries where guidelines on the subject have not yet been published have been analysed. In some countries, France for instance, the guidelines have been published as a ministerial decree (Décret n° 94-1050 du Décembre 1994) and are therefore a law with proper articles, in others (Italy for instance), they are mere recommendations, which do not have immediate effect and are regarded as a target to be achieved. SIAARTI considers that this is due to the dishomogeneity of the Italian hospital situation as far as medical and nursing staff as well as buildings and applied technology are concerned. The comparison between guidelines of different countries has shown that RR is a reality which has now existed for many years at international level and it has demonstrated that all guidelines agree on the fact that postoperative patients must be

*Azienda Ospedaliera
«Santa Maria degli Angeli» - Pordenone
Il Servizio di Anestesia e Rianimazione -
Università degli Studi - Trieste
*Unità Clinica Operativa di Anestesia
Rianimazione e Terapia Antalgica*

observed in a protected and safe environment. The following rules are common to all guidelines: the anaesthetist is responsible for the RR and for discharging the patient; there must be a clinical record and a written report which are considered to be essential (not in Italy); RR must be next to the surgical rooms; the patient must be escorted to RR by the anaesthetist; monitoring must be guaranteed during transfer; monitoring continuity in RR (at regular and appropriate intervals) is essential. The following rules are not common to all guidelines: numbers of beds in RR; the proportion between the number of nurses and the number of patients; regulation for day-surgery; specific regulations for obstetrical patients. Guidelines are subject, as any regulation, to continuous revision, and this is a very important requirement which helps keeping them always update and in line with scientific research.

Key words: **Recovery Room - Postoperative care - Anesthesia recovery period.**

Pervenuto il 2 luglio 2001.
Accettato il 5 agosto 2001.

Indirizzo per la richiesta di estratti: Y. Leykin - Il Servizio di Anestesia e Rianimazione, «Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli» - Via Montereale, 24 - Pordenone.

La gestione del paziente postoperato in un ambiente dedicato "Recovery Room" (RR) è tutt'oggi un argomento di grande attualità e molto dibattuto, nonostante già

TABELLA I. — *Requisiti di una linea guida.*

Validità	Una linea guida è valida quando, una volta applicata, porta al beneficio atteso (in termini di salute dei pazienti e/o economico)
Riproducibilità	Una linea guida è riproducibile quando, a partire dalle medesime evidenze scientifiche ed utilizzando lo stesso metodo, esperti diversi arrivano alle medesime conclusioni
Rappresentatività	Una linea guida dovrebbe essere prodotta attraverso un processo che consenta il coinvolgimento delle diverse figure, professionali e non, interessate al problema
Applicabilità	Una linea guida dovrebbe essere applicabile a popolazioni di pazienti definite in accordo con le evidenze scientifiche e/o l'esperienza clinica
Flessibilità	Una linea guida dovrebbe esplicitare quali situazioni cliniche facciano eccezione rispetto alle raccomandazioni ed indicare in quali circostanze le preferenze dei pazienti debbano essere prese in considerazione
Chiarezza	Una linea guida dovrebbe essere scritta con un linguaggio chiaro e presentata in un formato che ne faciliti l'uso nella pratica clinica
Documentazione	Una linea guida dovrebbe indicare chiaramente coloro che hanno partecipato alla sua produzione, la metodologia utilizzata e le evidenze scientifiche prese in considerazione
Forza delle raccomandazioni	Una linea guida dovrebbe segnalare la qualità delle evidenze scientifiche sulle quali si basano le sue raccomandazioni
Aggiornamento	Una linea guida dovrebbe prevedere in quali circostanze si renderà necessario il suo aggiornamento

nel lontano 1801 in Inghilterra appariva la prima RR, mentre negli Stati Uniti l'apertura della prima struttura avviene nel 1873 al Massachusetts General Hospital ¹.

Come effetto dell'atto anestesiológico e chirurgico i pazienti sono soggetti ad alterazioni delle funzioni fisiologiche che si estendono all'immediato periodo postoperatorio. L'Associazione degli Anestesiologi della Gran Bretagna e dell'Irlanda definisce dunque la RR come *un'area nella quale vengono ammessi i pazienti provenienti dalla sala operatoria e dove rimangono fino al recupero della coscienza e stabilizzazione della funzionalità circolatoria* ².

Tiret *et al.* hanno studiato 198.103 pazienti sottoposti ad anestesia dimostrando che il 58% delle complicanze si verificano durante l'anestesia, il restante 42% entro le prime 24 ore e ben il 75% di queste nelle prime 5 ore postoperatorie, inoltre riscontrarono che la mortalità postoperatoria è maggiore rispetto a quella intraoperatoria ³.

Il miglioramento delle tecniche anestesiológicas, la diffusione di sistemi affidabili di monitoraggio delle principali funzioni fisiologiche ed il perfezionamento delle metodiche chirurgiche hanno drasticamente ridotto le controindicazioni all'intervento stesso, al punto di proporre in elezione ed

urgenza interventi su pazienti in condizioni generali sempre più scadenti o addirittura critiche, motivo per cui diviene ancora più necessario un monitoraggio postoperatorio accurato in una struttura appositamente attrezzata.

Allo scopo di regolamentare la gestione postoperatoria del paziente nelle RR, le società anestesiológicas delle varie nazioni hanno formulato delle linee guida inerenti questo argomento.

L'obiettivo del nostro studio è quello di analizzare le linee guida a livello internazionale e confrontarle cogliendone le differenze più significative e le parti in comune.

Materiali e metodi

Le linee guida vengono formulate da esperti del settore che si confrontano con le evidenze scientifiche e si propongono di trasferire le informazioni derivanti dalla ricerca alla pratica clinica al fine di migliorare le conoscenze ed il comportamento medico.

I requisiti di una linea guida ⁴ sono elencati nella tabella I.

In questo studio sono state raccolte le linee guida riguardanti la gestione della RR

di varie nazioni, in particolare sono state messe a confronto quelle italiane, francesi, tedesche, australiane, canadesi e quelle degli USA.

Nelle diverse linee guida sono state analizzate e confrontate le seguenti caratteristiche:

- necessità della Recovery Room (RR);
- criteri di ammissione dei pazienti in tale struttura;
- aspetti ambientali e di collocazione;
- cartella clinica della RR;
- trasporto del paziente dalla sala operatoria alla RR;
- ruoli professionali nella RR;
- tipo di monitoraggio;
- criteri e responsabilità della dimissione;
- aspetti medico-legali;
- day-surgery.

Inoltre è stata effettuata una verifica della gestione del paziente postoperato in alcune nazioni dove non sono state ancora pubblicate delle linee guida su tale argomento.

Risultati

Il confronto delle linee guida è illustrato nella tabella II.

In Francia la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) negli anni 1990 e 1994 ha pubblicato le linee guida riguardanti la sorveglianza e le cure post-anestesia ⁵. Queste devono essere rispettate poiché rappresentano una legge (Décret n° 94-1050 du Décembre 1994), in Italia, invece, le linee guida sono state pubblicate sotto forma di raccomandazioni ⁶ elaborate nel 1994 dal gruppo di studio SIAARTI per la sicurezza in anestesia e terapia intensiva e devono essere considerate un traguardo da raggiungere. Questo perché, oggi, la situazione ospedaliera italiana riguardante le cure postoperatorie è disomogenea, sia per quanto riguarda il personale medico-infermieristico, sia riguardo le strutture edilizie e tecnologiche previste dalle raccomandazioni stesse.

L'ASA (American Society of Anesthesiologists) elaborò prima il 12 ottobre 1988 e rie-

saminò il 19 ottobre 1994 degli *standards* per il controllo postoperatorio dei pazienti ⁷:

1) Tutti i pazienti sottoposti ad anestesia generale, locoregionale o altri tipi di anestesia necessitano di un adeguato controllo postoperatorio.

2) Il paziente deve essere accompagnato nella sala di risveglio da personale del team dell'anestesia.

3) Il trasporto deve essere sorvegliato ed in caso di necessità deve essere applicata la terapia adeguata.

4) Il personale della sala di risveglio deve ricevere una adeguata consegna del paziente.

5) Le condizioni del paziente devono essere costantemente valutate.

6) Il medico è responsabile della dimissione del paziente dalla sala di risveglio.

In Germania già nel 1967 uscirono le prime linee guida riguardanti la sala di risveglio proposte dalla DGAI (Deutsche Gesellschaft für Anesthesiologie und Intensivmedizin) che corrisponde alla SIAARTI italiana. Queste linee guida furono successivamente più volte rielaborate fino alle più recenti del 4 maggio 1998 ⁸.

L'associazione degli anestesisti dell'Inghilterra e dell'Irlanda ha pubblicato nell'ottobre 1993 e aggiornato nel marzo 1999 l'opuscolo "Immediate Postanaesthetic Recovery".

In Canada le sale di recupero dopo anestesia (RR) devono essere presenti in ogni ospedale che possieda un servizio di anestesia ⁹.

In Australia le prime linee guida per la cura dei pazienti dopo anestesia vennero diffuse nel 1989, aggiornate nel 1994 e ripubblicate nel 1995 ¹⁰. Queste linee guida sono molto dettagliate, soprattutto per quanto riguarda le caratteristiche strutturali e ambientali dell'area stessa.

La Svizzera ha integrato le indicazioni date dall'ASA nelle proprie linee guida.

In Austria non esistono delle direttive a riguardo da parte della OGAAI (Società austriaca di Anestesia e Terapia Intensiva).

Nei Paesi dell'Europa centrale e dell'Est

TABELLA II. — *Confronto delle linee guida.*

Parametri	USA (ASA)	Australia
Necessità di R.R.	Indispensabile	Prevista
Pazienti che vanno in R.R. dopo l'intervento	Tutti, a meno che non ci sia un ordine specifico dell'anestesista	Non precisato
Previsione che il paziente vada direttamente dalla sala operatoria in <i>Rianimazione</i>	—	—
Responsabilità dell'anestesista in R.R.	Sì	Sì
Regolamento R.R.	Esistono degli <i>standards</i> che possono essere superati sulla base del giudizio dell'anestesista responsabile	Esiste un <i>documento</i>
Capacità minima di posti letto in R.R.	—	Almeno 1,5 posti letto per sala operatoria
Rapporto scritto e <i>cartella clinica</i> in R.R.	Indispensabile	Indispensabile
Contiguità della R.R. con il complesso operatorio	Sì rimanda al progetto degli organi che hanno licenza e credito della struttura	Sì
L'anestesista della sala operatoria accompagna il paziente in R.R.	Sì	Sì
Monitoraggio del paziente <i>durante il trasporto</i>	Deve sempre essere assicurato	Non è descritto, ma è precisato che l'anestesista segue il paziente fino al completo trasferimento
Adeguatezza consegna del paziente all'arrivo in R.R.	Sì	Sì (deve essere verbale e per iscritto)
<i>Pulsiossimetro</i> nella fase iniziale del recupero (specificato nel regolamento)	Sì	Sì
Sistema di punteggio in R.R.	Sì: — all'ammissione — durante il ricovero — alla dimissione	—
Continuità del monitoraggio in PACU	È previsto e specificato il tipo di monitoraggio che dipende dalle condizioni cliniche del paziente	È previsto ed i parametri d'osservazione devono essere registrati ad intervalli appropriati e regolari
Rapporto infermieri professionali/pazienti	Viene demandato agli organi responsabili della struttura	Non meno di 1 infermiere ogni 3 pazienti e 1 infermiere per ogni paziente incosciente o che non ha ancora recuperato i riflessi protettivi
Responsabilità della <i>dimissione</i>	<i>Anestesista</i> Esistono dei <i>criteri di dimissione</i> approvati che variano a seconda che il paziente vada in: 1. unità di cura intensiva 2. stanza di ospedale 3. unità di ricovero breve 4. a casa In assenza del medico responsabile sarà l'infermiere a decidere se il paziente soddisfa o meno i criteri di dimissione. <i>Il nome del medico</i> va sempre annotato sulla cartella	<i>Anestesista</i>
Day-surgery	—	—
Regolamento particolare per pazienti ostetriche	Il <i>Pulsiossimetro</i> non è da applicare durante il recupero della paziente sottoposta a anestesia locoregionale durante il parto	—

Francia	Canada	Germania	Italia
Indispensabile	Indispensabile	Prevista	È indicato che il paziente può necessitare di sorveglianza postoperatoria temporanea
Non precisato	Non precisato	Tutti	Non precisato
Sì	—	Sì	—
Sì Esiste una <i>legge</i> con i relativi articoli	Sì Esiste una <i>politica amministrativa</i> in accordo con le <i>regole</i> adottate dall'ospedale	Sì Esistono <i>linee guida</i>	Sì Esiste un <i>documento</i> elaborato dal gruppo SIAARTI per la sicurezza in anestesia e terapia intensiva
4 posti letto	—	Dipende da: numero di sale operatorie, tipo di interventi, durata della permanenza del paziente	Vanno adeguati all'attività delle sale operatorie che vi afferiscono
Indispensabile	Indispensabile	Indispensabile	I dati devono essere annotati sulla cartella di anestesia o sulla cartella clinica del paziente (<i>non è prevista una cartella specifica per la R.R.</i>)
Prevista per legge	—	Sì	Sì
Non precisato	Sì	Sì	Non precisato
Non si interrompe durante il trasporto	Può esserci o meno a seconda delle condizioni cliniche del paziente	Non è precisato, ma è indicato che l'anestesista dovrebbe accompagnare il paziente nella R.R.	Deve sempre essere assicurato
Questo punto non è descritto nella legge	Sì	Sì	Sì
Sì	Sì	Sì	Sì, assieme a altri parametri
—	—	—	—
Articolo D 712-45. La sorveglianza dev'essere continua fino al completo recupero	Non chiaramente specificato. Deve essere appropriato e scelto in base alle condizioni cliniche del paziente	Indispensabile e deve essere dettagliatamente documentato	<i>L'anestesista decide</i> il tipo di monitoraggio da applicare
Articolo D 712-49. Se sono occupati 6 o più posti letto, sono necessari 2 infermieri di cui 1 obbligatoriamente specializzato in anestesia	Non precisato	Calcolato in base a: 1. n. pazienti da sorvegliare 2. orario d'apertura R.R. 3. periodo in cui avviene la sorveglianza	Non precisato
<i>L'anestesista</i> decide il trasferimento in un altro settore ospedaliero o autorizza la dimissione in accordo con il <i>chirurgo</i> che ha eseguito lo intervento nel caso il paziente torni a casa (Art. R 712-2-1: day-surgery)	<i>Anestesista</i> , ma la responsabilità può essere delegata, non è precisato a chi, in accordo con le regole dell'ospedale	<i>Anestesista</i> Esistono dei <i>criteri di dimissione</i> che devono essere soddisfatti se il paziente va direttamente a casa (Day-surgery)	<i>Anestesista</i> con l'obbligo di annotare l' <i>ora</i> della dimissione e il <i>nome del medico</i> che vanno scritti: — sulla cartella di anestesia — sulla cartella clinica del paziente
Articolo R 712-2-1	Una nota particolare riguarda la dimissione del paziente in day-surgery	Esistono linee guida specifiche	—
La sala travaglio può fungere da PACU	—	—	—

(Bulgaria, Croazia, Lituania, Polonia, Russia, Bielorussia, Romania, Slovacchia, Slovenia, Repubblica Ceca, Ucraina, Ungheria, Estonia e Lettonia) un'indagine pubblicata su *Anesthesie & Intensivmedizin* dimostra che nel 1996 meno del 50% dei reparti operativi disponevano di sale di risveglio.

Negli USA, in Francia ed in Canada la Recovery Room (RR) è imposta dalla legge, in altri paesi come l'Australia e la Germania è prevista, ma non del tutto obbligatoria.

Le linee guida italiane prevedono che il paziente possa necessitare di sorveglianza postoperatoria temporanea, ma la RR non è una struttura obbligatoria, anche se sarebbe auspicabile possederne almeno una per complesso operatorio.

L'ASA e le linee guida della Germania prevedono che tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico e quindi ad anestesia sostino nella RR, a meno che non ci sia un ordine specifico dell'anestesista nel quale si dichiara che il paziente non necessita di monitoraggio postoperatorio in RR. Nelle linee guida delle altre nazioni non è specificamente stabilito che tutti i pazienti sottoposti ad anestesia debbano sostare nella RR.

Tutte le linee guida italiane ed estere concordano nell'attribuire la responsabilità della RR all'anestesista.

Solo in quelle francesi e tedesche è dichiarato per iscritto che il paziente andrà direttamente dalla sala operatoria all'Unità di Terapia Intensiva, senza sostare nella RR in previsione di un lungo periodo di osservazione postoperatoria, per patologie concomitanti e/o interventi chirurgici complessi.

La capienza della RR rileva situazioni molto diverse: l'ASA ed il Canada non prevedono un minimo di posti letto, in Francia devono essere almeno 4, in Australia devono esserci un minimo di 1,5 posti letto per sala operatoria, in Italia ed in Germania i posti letto vanno adeguati all'attività delle sale operatorie che vi afferiscono.

In tutte le linee guida è considerato indispensabile un rapporto scritto ed una cartella clinica propria della RR ad eccezione delle italiane dove non è prevista una cartella clinica specifica, ma è comunque indicato che i dati clinici siano annotati sulla

cartella di anestesia o sulla cartella clinica del paziente.

Tutte le linee guida raccomandano la contiguità della RR con il complesso operatorio, in Francia è prevista per legge, mentre l'ASA delega la locazione della RR al progetto degli organi responsabili della struttura.

Solo nelle linee guida italiane e francesi non è precisato che sia l'anestesista della sala operatoria ad accompagnare il paziente nella RR, in tutte le altre è puntualizzato e messo per iscritto.

Riguardo il monitoraggio del paziente durante il trasporto dalla sala operatoria alla RR, deve sempre essere assicurato per l'ASA, per le linee guida italiane e per le francesi, mentre quelle del Canada indicano che può esserci o meno a seconda delle condizioni cliniche del paziente. I regolamenti dell'Australia e della Germania precisano, invece, che l'anestesista debba accompagnare il paziente fino al completo trasferimento in RR, consegne incluse, ma non fanno nessun riferimento alla presenza o meno di monitoraggio durante il trasporto.

Tutte le linee guida concordano sulla necessità di un'adeguata consegna del paziente all'arrivo in RR, eccetto le francesi che non descrivono questo punto, ma probabilmente lo sottintendono. In quelle dell'Australia è prevista, oltre alla consegna verbale, anche quella per iscritto.

In tutte è richiesto come indispensabile l'uso del pulsiossimetro nella fase iniziale del recupero postoperatorio.

Solo l'ASA prevede un sistema di punteggio in RR per la valutazione delle condizioni cliniche del paziente in diversi momenti: all'ammissione, durante il ricovero ed alla dimissione.

La continuità del monitoraggio in RR è indispensabile e deve essere dettagliatamente documentata per iscritto in Germania ed in Australia. In Francia essa è garantita dall'Articolo D 712-45, mentre l'ASA, le linee guida canadesi e le italiane demandano all'anestesista responsabile il tipo e la continuità o meno del monitoraggio che dipende dalle condizioni cliniche del paziente e, naturalmente, dal tipo d'intervento al quale è stato sottoposto.

Riguardo l'apparecchiatura necessaria alla RR, l'articolo D 712-47 del decreto francese n° 94-1050 del 5 dicembre 1994 ⁵ richiede la presenza per ogni singolo posto letto di: ECG e saturimetria continui con apparecchi muniti di allarme, sistemi di aspirazione sottovuoto e per la fluido terapia, apparecchio per la misurazione periodica della pressione arteriosa, mezzi per il riscaldamento del paziente. Inoltre sono richiesti uno o più ventilatori, almeno un defibrillatore ed uno stimolatore neuromuscolare.

L'ASA ⁷ affida i requisiti dell'equipaggiamento della RR agli organi che hanno licenza e credito della struttura.

Le linee guida canadesi ⁹ richiedono la possibilità di O₂ terapia e sistema di aspirazione per ciascun posto letto, pulsiossimetro, equipaggiamento per l'emergenza e la rianimazione cardiopolmonare; viene poi richiesta nella RR una completa gamma di sistemi di monitoraggio senza però precisare quali.

Le linee guida australiane ¹⁰ sono le più dettagliate nel definire il tipo di apparecchiature necessarie alla RR che rispecchiano quelle indicate nell'articolo D 712-47 del decreto francese sopra citate.

La Società Tedesca di Anestesia e Rianimazione ritiene che la RR deve essere dotata di apparecchiature in grado di permettere la sorveglianza intensiva del paziente, il ripristino acuto ed il supporto temporaneo delle funzioni vitali alterate ("Der Anästhesist" 1967;16:282-4).

Le raccomandazioni per la sorveglianza postoperatoria fornite dal documento elaborato dalla SIAARTI ⁶ forniscono un elenco delle apparecchiature suddiviso in raccomandate e opzionali riportate nella tabella III e precisa che il numero di queste apparecchiature va rapportato al tipo di patologia chirurgica trattata ed al numero di pazienti.

Il rapporto numero di infermieri professionali/numero di pazienti è precisato nelle linee guida francesi, è di 1 a 3 ed è sempre richiesta la presenza di almeno un infermiere specializzato in assistenza post-anestesia. Le linee guida dell'Australia prevedono un rapporto di 1 infermiere ogni 3 pazienti coscienti ed 1 per ogni paziente incosciente o che non ha ancora recuperato i riflessi

TABELLA III. — SIAARTI: Elenco apparecchiature raccomandate e opzionali per l'area di risveglio attrezzata⁶.

<i>Apparecchiature raccomandate</i>
— Monitor ECG
— Defibrillatore
— Misuratori pressione arteriosa
— Sistemi di O ₂ terapia (flussometri, umidificatori, maschere, ecc.)
— Sistemi di ventilazione manuali
— Sistemi di aspirazione
— Laringoscopia
— Tubi endotracheali e cannule
— Saturimetro a polso
— Termometri
<i>Apparecchiature opzionali</i>
— Capnometro
— Ventilatore meccanico
— Pompe peristaltiche e a siringa
— Stimolatore neuromuscolare
— Pace-maker
— Termistori

protettivi delle vie aeree. L'ASA affida agli organi responsabili della struttura il compito di stabilire il rapporto n. di infermieri/n. di pazienti ricoverati. Le linee guida italiane e canadesi non precisano questo rapporto, quelle tedesche propongono una variabilità del rapporto in base al numero di pazienti da sorvegliare, all'orario di apertura della RR ed al periodo in cui avviene la sorveglianza.

Tutti i regolamenti dei vari paesi concordano che l'anestesista è responsabile della dimissione del paziente dalla RR.

Le linee guida dell'ASA e della Germania prevedono dei *criteri di dimissione* che variano a seconda che il paziente sia trasferito:

- in una Unità di Terapia Intensiva;
- in un reparto dell'ospedale;
- in una Unità di ricovero breve;
- a casa.

L'ASA prevede che il nome del medico sia annotato nella cartella, le linee guida italiane del SIAARTI oltre al nome del medico indicano l'obbligo dell'annotazione dell'ora della dimissione. Nelle linee guida dell'ASA è precisato che, in assenza del medico responsabile, sarà l'infermiera a decidere se il paziente soddisfi o meno i criteri di dimissione. In Canada, invece, la responsabilità della dimissione del paziente dalla RR può essere delegata, non è ben precisato a chi, in accordo con le regole dell'ospedale.

Per quanto riguarda la day-surgery si possono trovare dei riferimenti nelle linee guida della Francia (Articolo R 712-2-1), in quelle del Canada esiste solo una nota particolare che riguarda la dimissione del paziente.

L'articolo R 712-2-1 della legge francese, riguardante la day-surgery, richiede anche l'autorizzazione del chirurgo che ha eseguito l'intervento prima di dimettere il paziente che andrà direttamente a casa.

La Germania ha pubblicato nel 1998 un supplemento con le linee guida per la chirurgia ambulatoriale⁸.

In riferimento al regolamento particolare per pazienti ostetriche solo la Francia precisa che la sala travaglio può fungere da RR e l'ASA puntualizza che il *pulsiossimetro* non è da applicare durante il recupero della paziente sottoposta ad anestesia locoregionale durante il parto.

Le linee guida degli altri paesi non prevedono speciali regole per le pazienti ostetriche.

Discussione

Il confronto tra le linee guida dei vari Paesi evidenzia che il paziente postoperato deve essere osservato in un ambiente protetto.

In particolare l'analisi di queste linee guida mette in evidenza alcune regole comuni a tutte qui di seguito riportate.

Tutte sono concordi nell'affidare la responsabilità della RR e della dimissione del paziente all'anestesista e presentano come indispensabile una cartella clinica ed un rapporto scritto specifici del periodo postoperatorio in RR; l'unica eccezione sono quelle italiane dove non sono ancora previsti, ma è richiesta, in ogni caso, l'annotazione dei parametri fisiologici sulla cartella anestesiologicala o su quella clinica.

Un'altra regola su cui esiste accordo è l'adiacenza della RR al complesso operatorio; ciò per vari motivi tra cui la riduzione dei tempi, quindi dei rischi e del disagio, connessi al trasporto del paziente dalla sala operatoria alla RR, inoltre, qualora sia necessario, sarà consentito un rapido reingresso del paziente in sala operatoria.

In quasi tutte le normative è segnalato

che il medico anestesista della sala operatoria accompagni il paziente in RR, qui sarà suo compito fornire un rapporto completo e dettagliato all'infermiera, nonché rimanere a disposizione fino a quando quest'ultima non sia disponibile ad accettare la responsabilità del paziente.

Il monitoraggio durante il trasporto è fondamentale e tutte le linee guida lo raccomandano o perlomeno affidano al medico la scelta del tipo di monitoraggio in base alle condizioni cliniche del paziente ed al tipo d'intervento chirurgico eseguito.

Allo stesso modo, la continuità del monitoraggio in RR deve essere garantita con intervalli appropriati e regolari fino al completo recupero delle condizioni fisiologiche, su questo concordano tutte le linee guida.

Esistono però delle regole non comuni a tutte le linee guida: il numero di posti letto della RR è molto variabile, probabilmente per motivi riguardanti le diverse realtà ospedaliere nelle nazioni; passiamo da situazioni in cui si richiede un minimo di 4 posti (*Francia*) ad altre in cui devono esserci 1,5 posti per sala operatoria (*Australia*). Le normative dell'ASA e del Canada non prevedono un numero minimo di posti letto, quelle dell'Italia e della Germania descrivono che i posti letto della RR vanno adeguati all'attività delle sale operatorie che vi afferiscono.

In tutte le normative il rapporto n. di infermieri/n. di pazienti non è descritto chiaramente, dove è indicato (*Francia ed Australia*) è di 1 a 3, ma può essere di 1 a 1 se il paziente è incosciente. Altre linee guida affidano agli organi responsabili della struttura (ASA) l'incarico di stabilirlo, alcune non lo precisano (*Italia e Canada*), viceversa altre propongono una variabilità di questo rapporto in base al numero di pazienti da seguire, all'orario di apertura della RR ed al periodo in cui avviene la sorveglianza.

La day-surgery non è considerata in tutte le linee guida. In quelle canadesi troviamo solo una piccola nota riguardante la dimissione del paziente, invece in Germania nel 1998 è stato pubblicato un supplemento specifico riguardante solo queste. In Francia l'Articolo R 712-2-1 regola la day-

surgery, al contrario le normative delle altre nazioni non si occupano di questo argomento nonostante l'estrema attualità.

Il regolamento specifico per pazienti ostetriche non è ampiamente trattato in nessuna normativa, solo la Francia e l'ASA precisano piccoli dettagli, verosimilmente perché nella maggior parte degli interventi chirurgici la paziente gravida deve essere seguita secondo gli standards abituali.

Una fondamentale differenza tra queste normative è che in alcune nazioni, come ad esempio la Francia, sono una legge con le rispettive conseguenze medico legali, mentre in altre, come l'Italia, sono ancora solo delle raccomandazioni non immediatamente realizzabili, ma che ci si augura di concretizzare al più presto.

Come tutte le normative anche queste sono soggette a continui aggiornamenti, requisito fondamentale che contribuisce a mantenerle attuali ed al passo con la ricerca scientifica.

Nei Paesi dove le linee guida sono rappresentate da un decreto legislativo, queste devono essere considerate dal punto di vista organizzativo come un'indicazione assoluta, invece in tutte le linee guida, dal punto di vista clinico, sarà compito dello specialista prendere in considerazione circostanze particolari riguardanti ciascun caso ed eventualmente discostarsi da linee guida, senza nulla togliere alla loro validità.

Riassunto

Questo studio si propone di analizzare e confrontare le linee guida riguardanti la gestione della Recovery Room (RR) a livello internazionale, cogliendone le differenze più significative e le parti in comune. Mediante ricerca bibliografica sono state raccolte le linee guida sulla gestione della RR di varie nazioni, in particolare sono state messe a confronto quelle italiane, francesi, tedesche, australiane, canadesi e quelle degli USA. Inoltre è stata effettuata una verifica della gestione del paziente postoperato in alcuni Stati dove non sono state ancora pubblicate delle linee guida su tale argomento. In alcuni Paesi, quali la Francia, le linee guida sono

state pubblicate come decreto ministeriale (Décret n° 94-1050 du Décembre 1994) e sono perciò una legge con i relativi articoli, in altri, quali l'Italia, queste sono delle raccomandazioni, non immediatamente realizzabili, ma da considerare come un traguardo da raggiungere, poiché la SIAARTI prende atto della disomogeneità della situazione ospedaliera italiana, sia dal punto di vista di personale medico-infermieristico, sia riguardo le strutture edilizie e tecnologiche. Il confronto tra le linee guida dei vari Paesi evidenzia che la RR è una realtà a livello internazionale consolidata ormai da molti anni e tutte concordano sul fatto che il paziente postoperato debba essere osservato in un ambiente protetto. Le regole comuni a tutte le linee guida sono: la responsabilità della RR e della dimissione del paziente è dell'Anestesista; indispensabile la presenza di una cartella clinica ed un rapporto scritto (eccetto l'Italia); l'adiacenza della RR al complesso operatorio; l'Anestesista accompagna il paziente in RR; la presenza del monitoraggio durante il trasporto; la continuità del monitoraggio in RR (ad intervalli appropriati e regolari). Le regole non comuni a tutte le linee guida sono: n. dei posti letto nella RR; rapporto n. di infermieri/n. di pazienti regolamento per la day-surgery; regolamento specifico per pazienti ostetriche. Come tutte le normative anche queste sono soggette a continui aggiornamenti, requisito fondamentale che contribuisce a mantenerle attuali ed al passo con la ricerca scientifica.

Parole chiave: Recovery Room - Degenza postoperatoria - Paziente, monitoraggio.

Bibliografia

1. Zuck D. Anaesthetic and postoperative recovery rooms. *Anaesthesia* 1995;50:435-8.
2. Eltringham R, Casey W, Durkin M. Postoperative recovery and pain relief. London: Ed. Springer, 1998.
3. Tiret L, Desmots JM, Hatton F, Vourc'h G. Complications associated with anaesthesia a prospective survey in France. *Can Anaesth Soc J* 1986;33(3Pt):336-44.
4. Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: From their development to use. Washington DC: National Academic Press, 1992.
5. *Journal Officiel de la Republique Francaise*, 8 Dicembre 1994.
6. SIAARTI. Raccomandazioni per la sorveglianza postanestesiologica, 1994.
7. ASA. Standards for Postanesthesia Care. (Approved by House of Delegates on October 12, 1988 and last amended on October 23, 1990).
8. Dt. Ges. F. Anasthesiologie und Intensivmedizin, 1998.
9. www.cas.ca/cma/guidelines/post.asp. Guidelines by the Canadian Anesthesiologists' Society, 1999.
10. www.virtualcongress.racs.edu.au/open/index.htm. Virtual Congress of the Royal Australian College of Surgeons, 1999.

Analisi e confronto delle linee guida riguardanti la gestione della Recovery-Room

Y. LEYKIN, N. COSTA, A. GULLO

Estratto da MINERVA ANESTESIOLOGICA

Vol. 67 - N. 7-8 - Pag. 563-571 (Luglio-Agosto 2001)

EDIZIONI MINERVA MEDICA - TORINO