

Linee Guida AARO I-SOI

ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA IN CHIRURGIA OFTALMICA

L'AARO I (Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani) e la SOI (Società Oftalmologica Italiana) in relazione alle modalità ed alla qualità dell'assistenza anestesiologica in corso di chirurgia oftalmica, pubblicano il seguente documento come linee guida congiunte, studiate da un'apposita commissione mista.

Lo scopo del presente documento è individuare uno standard di cura che salvaguardi la sicurezza ed il comfort intra e post-operatori del paziente, precisando gli ambiti di cura e di responsabilità specifici di ognuno dei professionisti coinvolti.

Premesso che il progresso della chirurgia oftalmica permette oggi livelli di cura e riabilitazione visiva di eccellente qualità in molte patologie, risultati ottenibili spesso in regime di "day surgery", è ferma intenzione delle Società scriventi la riaffermazione della massima dignità e delicatezza della chirurgia in questione, a prescindere dal regime alberghiero che in nessun modo ne caratterizza la difficoltà.

La chirurgia oftalmica, infatti, per la peculiare anatomia del bulbo oculare presenta difficoltà e rischi intrinseci (estrema riflessività vagale, difficile accesso alla bocca del paziente, necessità di coprire il viso stimolando reazioni di panico e claustrofobia, estrema delicatezza dei movimenti, rischio di gesti inconsulti del paziente in corso di chirurgia, visione di luci, lampi e sensazioni tattili durante la chirurgia, valenza emotiva del "dono della visione", etc.) che non possono quantificarsi con la durata dell'intervento nè con la sua cruenza oggettiva.

Ferme restando le normative di Legge più e più volte enunciate, le linee guida ed i requisiti minimi vigenti, redatti dal Legislatore anche in collaborazione con le Società Scientifiche, l'AARO I e la SOI intendono ribadire come il massimo livello di sicurezza del paziente rappresenti davvero il "golden standard" di ogni operatore sanitario e come ogni deroga da esso risulti agli scriventi inaccettabile.

In merito alla presenza dell'anestesista nelle sale operatorie ove si effettuino interventi di chirurgia oftalmica, in qualsiasi regime di ricovero (ricovero urgente, ordinario, day-surgery/hospital, ambulatoriale), si enunciano i seguenti requisiti ritenuti imprescindibili al raggiungimento di uno standard al di sotto del quale l'erogazione delle prestazioni non avviene secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità:

1. L'anestesista presente in sala operatoria per le anestesi oculistiche, siano esse locali o generali, garantisce la sicurezza del paziente e tutela la qualità del lavoro del chirurgo.
2. In nessun caso il regime di ricovero può dettare le caratteristiche di assistenza anestesiologica ritenuta necessaria al letto operatorio.

I pazienti vanno suddivisi per tipologia di anestesia programmata e per classe di rischio anestesiologico, oltre che per tipologia e durata presunta dell'intervento chirurgico.

Le tipologie di anestesia necessarie agli interventi di chirurgia oftalmica vengono pertanto suddivise in:

■ **Anestesia topica**

- Senza sedazione ansiolitica (somministrazione di modiche quantità di farmaci ansiolitici tipo benzodiazepine, etc);
- Con sedazione ansiolitica.

■ **Anestesia per infiltrazione**

- Senza sedazione ansiolitica (somministrazione di modiche quantità di farmaci ansiolitici tipo benzodiazepine etc);
- Con sedazione ansiolitica.

■ **Anestesia loco-regionale** (peri-bulbare, para-bulbare, retro-bulbare)

- Senza sedazione o con sedazione ansiolitica (come sopra);
- Con sedazione ansiolitica e analgesica profonda (es: benzodiazepine associate ad oppiacei, propofol, etc) a rischio di depressione respiratoria.

■ **Narcosi**

Presidenza Nazionale



Il fabbisogno di personale anestesilogico di ogni gruppo operatorio, pertanto, dovrà essere compatibile con il carico di lavoro delle sale presenti nel gruppo operatorio e con le tipologie di anestesia praticate, nell'interesse della massima sicurezza del paziente.

È ferma convinzione delle due Società che lo standard di cura che maggiormente tutela la sicurezza del paziente sia la presenza di un medico anestesista per ogni sala operatoria, e cioè per ogni paziente sottoposto a intervento chirurgico indipendentemente dal regime di ricovero e dalla tipologia di anestesia, dal momento che condizioni di urgenza imprevedibili, improvvise e di estrema gravità possono verificarsi anche in pazienti in buona salute nel corso di interventi ritenuti banali, come ampiamente documentato dalla letteratura e dall'esperienza di ognuno di noi.

In particolare si ritiene imprescindibile e mai derogabile la presenza di un medico anestesista per ogni paziente in narcosi e in anestesia loco-regionale con sedazione analgesica profonda (es: per interventi di chirurgia retinica, orbitaria, pediatrici, cataratte complicate o in pazienti con gravi patologie sistemiche concomitanti).

Nel solo caso di interventi in anestesia topica o per infiltrazione senza la necessità di alcuna sedazione o soltanto con una sedazione minima a scopo ansiolitico, e comunque mai nel caso di sedazioni profonde o utilizzo di pompe di infusione di farmaci, si ritiene accettabile, anche se sub-ottimale, l'utilizzo di un medico anestesista per 2 pazienti su 2 letti operatori distinti, ferme restando tutte le altre precauzioni ed obblighi quali il monitoraggio, la compilazione della scheda anestesilogica, la predisposizione di un accesso venoso preliminare all'esecuzione dell'anestesia.

Questa ultima evenienza potrà garantire la sicurezza del paziente esclusivamente nel caso che si verifichi all'interno di strutture complesse ad alto volume di prestazioni con personale medico ed infermieristico di particolare e provata esperienza nel settore ed esclusivamente nel caso di pazienti in classe ASA 1-2, assistiti in sale operatorie attigue, all'interno del medesimo gruppo operatorio e con facile accessibilità, visibilità del monitoraggio e spostamento da un letto operatorio all'altro da parte del medico anestesista. In simili casi, tuttavia, il medico anestesista potrà a sua unica discrezione differire o fermare una delle due sale, qualora le condizioni di uno dei due pazienti richiedano il suo esclusivo interesse.

In nessun caso i medici anestesisti assegnati alla sala operatoria (sia in rapporto 1:1 o 1:2 con i pazienti) potranno essere investiti di ulteriori compiti che li allontanino dal letto del paziente, quale pronta disponibilità per servizi terzi (mezzi di contrasto, guardia interna, visite anestesilogiche, etc), in quanto questo non garantirebbe la presenza continua del medico anestesista al letto del paziente in corso di intervento.

Per ogni paziente verrà necessariamente compilata la scheda anestesilogica intra-operatoria a cura dell'anestesista presente in sala, con le specifiche inerenti i parametri vitali, i farmaci somministrati ed ogni annotazione l'anestesista ritenesse necessario, similmente a quanto avviene per ogni chirurgia, a prescindere dal regime di ricovero.

L'AAROI e la SOI, congiuntamente, hanno inoltre stilato un algoritmo organizzativo dell'assistenza oftalmologica e anestesilogica che tuteli la sicurezza del paziente lungo tutto il percorso assistenziale diagnostico e chirurgico.

Vengono di seguito riportate quelle che sono ritenute le tappe fondamentali del percorso di diagnosi e terapia chirurgica:

■ **Visita Oftalmologica**

- Esame obiettivo, diagnosi, proposizione dell'intervento chirurgico con dettagliata spiegazione di rischi, benefici e alternative;
- Consegna dell'informativa SOI e del consenso informato;
- Prescrizione della lista di esami concordati con il medico anestesista;
- Consegna del Questionario stilato dal medico anestesista ([Allegato 1 scaricabile](#)).

■ **Visita Anestesilogica**

- Anamnesi, visita anestesilogica;
- Valutazione degli esami, eventuale ulteriore richiesta di esami;
- Compilazione della cartella anestesilogica;

Presidenza Nazionale



- Valutazione di Classe ASA;
 - Dettagliata spiegazione della tipologia di anestesia;
 - Consegna del modulo di consenso.
- **Accettazione nella struttura di cura**
- Controllo della sottoscrizione dei moduli di consenso anestesiologicalo e oftalmico;
 - Accettazione del paziente, preparazione all'intervento;
 - Esecuzione dell'intervento.