



Oggetto: Documento di indirizzo sulla gestione degli interventi di chirurgia oculistica in anestesia topica o infiltrativa e presenza continuativa del Medico specialista in Anestesiologia e Rianimazione.

Trasmissione via e-mail

Ai Sigg. Direttori Generali
Aziende ULSS
Azienda Ospedaliera di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata
di Verona
IOV - IRCCS

Ai Sigg. Segretari Regionali
AIOP
ARIS

Le modalità con le quali viene espletata l'assistenza anestesiologicala in corso di chirurgia oftalmica, in particolare relativamente alla presenza continuativa del medico specialista in anestesista e rianimazione nelle sale operatorie nel corso degli interventi di chirurgia oftalmica, rappresenta una tematica di estrema attualità.

La Segreteria Regionale per la Sanità, tramite il Centro Regionale per la Sicurezza del Paziente, ha istituito un gruppo tecnico di lavoro per la redazione di un documento di indirizzo, nel quale non vengono considerati gli interventi in anestesia generale in occasione dei quali il ruolo dell'anestesista risulta ben definito e la cui applicazione è diventata nel tempo sempre più limitata e riservata a condizioni particolari.

Di rilievo come in questo documento sia **sottolineato il ruolo di ogni medico coinvolto nell'iter terapeutico, dallo Specialista in Oftalmologia al Medico di Medicina Generale, nell'indicare la classe ASA del paziente al fine di orientare l'eventuale valutazione anestesiologicala**, facendo sì che il paziente possa essere programmato per una seduta chirurgica con assistenza anestesiologicala a prescindere dal regime di ricovero proposto.

Confidando di far cosa gradita nell'inviare il documento di indirizzo in oggetto, con l'occasione si porgono distinti saluti.

Il Responsabile del Centro Regionale
per la sicurezza del Paziente
Dott. Mario Saia

Allegato: Documento di indirizzo ...
Referente dell'istruttoria
MS ☎ 041/2791672
Coordinamento Regionale per i Controlli Sanitari
appropriatezza liste di attesa e sicurezza del paziente
mario.saia@regione.veneto.it

*Direzione Controlli e Governo SSR
Palazzo Molin – S. Polo 2514 – 30125 Venezia
e-mail: controlli.govssr@regione.veneto.it
Tel 041/2793559 – Fax 041/2793503*



DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA GESTIONE DEGLI INTERVENTI DI CHIRURGIA OCULISTICA IN ANESTESIA TOPICA O INFILTRATIVA E PRESENZA CONTINUATIVA DEL MEDICO SPECIALISTA IN ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE.

DOTT. GIOVANNI MARIA PITTONI
CONSIGLIERE TRIVENETO SIAARTI

DOTT. ALESSANDRO GALAN
PRESIDENTE SOCIETÀ OFTALMOLOGICA TRIVENETA

Scopo di questo documento è di suggerire un indirizzo sulla gestione degli interventi di chirurgia oculistica in anestesia topica o infiltrativa con ago, relativamente alla presenza del medico specialista in anestesia e rianimazione.

Non viene presa in considerazione l'anestesia generale in chirurgia oculistica, la cui applicazione è diventata nel tempo sempre più limitata e riservata a condizioni particolari per cui il ruolo dell'anestesista – rianimatore è ovviamente già ben definito.

Come per qualsiasi intervento chirurgico è fondamentale che il clinico scelga la tecnica appropriata sia per il paziente che per la tecnica chirurgica prevista.

Nella scelta dell'anestesia si deve preferire l'anestesia locale piuttosto che l'anestesia generale per la maggior parte dei pazienti e in particolare per i più anziani e affetti da comorbidità multiple¹.

La chirurgia eseguita in anestesia locale comporta la minima alterazione possibile delle abitudini di vita del paziente.

Nell'ambito delle tecniche che utilizzano l'anestesia locale si possono distinguere:

- *anestesia topica o di superficie*
- *anestesia per infiltrazione con uso di ago* (ago semplice di qualsiasi calibro o agocannula)

Le tecniche basate sull'uso di un ago sono distinte in extraconale (peribulbare) o intraconale (retrobulbare), ma una vera e propria separazione in realtà non è possibile, in quanto il limite di separazione tra le due tecniche sarebbe quello di depositare l'anestetico entro o al di fuori del cono muscolare.

Per il paziente la vera differenza risiede nell'utilizzo o meno di un ago, che, se impiegato, deve essere considerato sia per la reazione individuale del paziente, che per le possibili complicanze di tipo traumatico, soprattutto per pazienti in trattamento con anticoagulanti o antiaggreganti.

La chirurgia della cataratta è l'intervento più comunemente effettuato e si può stimare che da almeno 10 anni oltre il 90% degli interventi per cataratta siano effettuabili in anestesia locale senza sedazione².

Sono comunque possibili complicanze, anche gravi, indipendentemente dalle tecniche di chirurgia o di anestesia utilizzate e favorite da condizioni pre-esistenti di malattia sistemica, da ansietà, da dolore o reazione allo stress.

La chirurgia oculistica oltre all'intervento di cataratta, che pur riveste la maggioranza numerica degli interventi, ne prevede altri effettuabili in anestesia locale per infiltrazione, rivolti verso il bulbo e gli annessi: interventi per glaucoma, trapianto corneale, vitrectomia posteriore, strabismo, stenosi lacrimale, patologie palpebrali, etc. .

Per quanto attiene agli aspetti organizzativi si sottolinea l'importanza del lavoro in equipe multiprofessionale, con il fine di garantire al paziente un percorso chirurgico efficace e di qualità senza compromettere la sicurezza e la soddisfazione.

Ogni team multiprofessionale dovrebbe includere un anestesista-rianimatore di riferimento in grado di stabilire in accordo con gli altri professionisti i percorsi di assistenza in anestesia e per la eventualità di eventi critici.



Interventi chirurgici in anestesia topica o di superficie

La *tecnica di anestesia topica* (istillazione di gocce di anestetico nel sacco congiuntivale) si applica quasi esclusivamente per la facoemulsificazione della cataratta, che riveste la gran parte degli interventi chirurgici oculistici.

E' stata fondamentale nella crescita di una moderna chirurgia oftalmica, con lo sviluppo della "fast track surgery" che ha consentito un maggior accesso alla chirurgia per i pazienti a fronte di una sensibile riduzione dei costi⁴, in quanto praticata dal chirurgo oculista senza la presenza continuativa dell'anestesista-rianimatore.

Questa modalità assistenziale impone una attenta selezione dei pazienti e deve essere impiegata da chirurghi con esperienza professionale⁵.

Tutti i pazienti devono essere valutati per la presenza di eventuali controindicazioni alla anestesia locale topica:

- rifiuto da parte del paziente anche dopo accurata spiegazione
- trauma o globo oculare perforato
- grossolane anomalie coagulative
- pregresse gravi reazioni, allergie o altre complicanze da anestesia locale
- confusione, incapacità a comunicare o di adempiere alle istruzioni date
- tremore incontrollato
- incapacità di assumere o mantenere una postura prescritta

Se il chirurgo pretende la più alta garanzia di acinesia oculare si deve ricorrere ad una *tecnica infiltrativa con ago*, per cui possono essere previste modalità assistenziali anestesio-rianimatorie diverse.

Le alternative sono l'anestesia generale o l'anestesia locale con sedazione².

E' evidente che tutto quanto riguarda il percorso clinico del paziente, dalla valutazione iniziale per attestare il suo grado di salute alla sua capacità di comprendere le tecniche chirurgiche e prescrizioni postoperatorie deve essere registrato su di una cartella clinica con semplicità e chiarezza.

La valutazione del paziente nell'ambito della programmazione dell'intervento chirurgico deve poter indicare sinteticamente la condizione di salute del paziente stesso, ad esempio individuandone la classe di appartenenza secondo il sistema di classificazione noto come Classe di Salute ASA (American Society of Anesthetists Physical Status Classification System) e diviso in 6 categorie come specificato in tabella 1.

Nel percorso diagnostico e assistenziale di ogni paziente qualsiasi medico (medico di famiglia e/o specialista oculista) può indicare la Classe ASA di appartenenza del paziente e questa può essere utile nella programmazione della necessità o meno di una assistenza anestesio-rianimatoria specifica.

In nessun caso si concorda che il regime di ricovero possa dettare le caratteristiche di assistenza anestesio-rianimatoria ritenuta necessaria al letto operatorio, in quanto non pertinente, come già indicato nel documento congiunto "Linee Guida SOI – AARO" del 2010⁶.

Nel caso di intervento che normalmente deve essere eseguito preferibilmente *in anestesia topica* la valutazione del paziente come appartenente ad una classe ASA 3 può suggerire al medico di famiglia o al curante medico oculista di valutare specificamente il caso per proporlo ad una visita anestesio-rianimatoria specialistica.

In questo modo il paziente potrà essere considerato criticamente e se necessario potrà essere programmato per una seduta chirurgica con assistenza anestesio-rianimatoria, indipendentemente dalla tecnica di anestesia prescelta.

**Tabella 1: Classificazione ASA PS come indicato dalla American Society of Anesthesiologists**

ASA Physical Status	Condizione di salute preoperatoria	Note
ASA PS1	Paziente in normale salute	Nessuna malattia organica, fisica o psichica; esclude il molto giovane o il molto anziano; in buona salute con buona tolleranza per l'esercizio
ASA PS2	Paziente con una moderata malattia sistemica	Nessuna limitazione funzionale; malattia ben controllata di un apparato; ipertensione controllata o diabete senza effetti sistemici; fumo di tabacco senza COPD; moderata obesità; gravidanza
ASA PS3	Paziente con malattia sistemica grave	Alcune limitazioni funzionali; ha malattia controllata di più di un apparato; nessun pericolo di morte immediata; cardiopatia congestizia controllata; angina stabile; ipertensione mal controllata; obesità patologica; insufficienza renale cronica; patologia broncospastica con sintomi intermittenti
ASA PS4	Paziente con grave patologia sistemica in costante pericolo di vita	Ha almeno una patologia grave incontrollata o allo stadio finale; possibile rischio di decesso; angina instabile; COPD sintomatica; insufficienza epatorenale
ASA PS5	Paziente moribondo che potrebbe non sopravvivere senza l'intervento proposto	Attesa una sopravvivenza non oltre 24 ore se non operato, imminente il rischio di decesso; insufficienza multiorgano; sindrome settica con instabilità emodinamica; ipotermia; coagulopatia non controllabile
ASA PS6	Paziente dichiarato in morte cerebrale i cui organi vengono rimossi per donazione	



Interventi chirurgici in anestesia per infiltrazione con uso di ago:

Negli interventi chirurgici in cui normalmente il chirurgo pratica la tecnica di anestesia di infiltrazione con ago, è indicata la disponibilità di un anestesista-rianimatore finalizzata a garantire la sedazione o una garanzia di rapido intervento rianimatorio in caso di reazioni avverse.

Nei pazienti con uno stato di salute alterato e indicato da una classe ASA superiore a 3 o con problematiche specifiche è opportuno organizzare delle sedute dedicate con il coinvolgimento diretto dello specialista in anestesia e rianimazione.

Si dovrà ribadire come la presenza fisica e costante di un anestesista-rianimatore deve piuttosto essere riservata a tutti quei pazienti per i quali viene scelto e programmato un percorso clinico con l'anestesia generale o quella di un blocco anestetico infiltrativo associato a sedazione più o meno profonda come descritta dalla nota tecnica di Monitored Anesthesia Care (MAC) in cui si utilizzino farmaci sedativi, ipnotici, anestetici o analgesici oppioidi per via endovenosa.

Nel caso di anestesia infiltrativa condotta dal chirurgo oculista il ruolo dell'anestesista-rianimatore sarà quindi quello della disponibilità ad un tempestivo intervento volto a contrastare e risolvere una evenienza imprevedibile, che comunque dovrà essere affrontata e contrastata anche da tutto il personale medico e sanitario attivo nella sala operatoria in relazione alla loro basilare conoscenza dell'ABC rianimatorio.

Le dotazioni strumentali e farmacologiche per l'assistenza rianimatoria devono quindi essere comunque sempre predisposte e pronte all'uso e si raccomanda che per ogni paziente sia predisposto nella fase di preparazione all'intervento chirurgico un accesso endovenoso stabile e facilmente accessibile.

Conclusioni

La presenza *continuativa* dell'anestesista-rianimatore non è mai necessaria se non nei casi sottoposti ad anestesia generale o locale con sedazione profonda.

In tutti gli altri casi la presenza sarà limitata alla *disponibilità* di un tempestivo intervento volto a contrastare e risolvere una evenienza imprevedibile.

E' necessario che sin dalla selezione del paziente debba essere individuato lo standard minimo di anestesia e rianimazione, identificando quelli che ne possano beneficiare per la loro potenziale fragilità o criticità.

Si ribadisce la necessità di un anestesista-rianimatore che sia responsabile di promuovere e suggerire aspetti organizzativi specifici della sua disciplina nell'ambito del team multidisciplinare dedicato alla chirurgia oculistica.

Per quanto attiene alle raccomandazioni e alle linee guida specifiche per ogni tipologia di intervento chirurgico oftalmologico e relativa tecnica anestesiologicala si rimanda alle più recenti linee guida di letteratura ².

1. Kumar CM, Ophthalmic anesthesia in the 21st century. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 2010, 157
2. Royal College of Anaesthetists and Royal College of Ophthalmologists. Local Anaesthesia for ophthalmic surgery. Joint guidelines from the Royal College of Anaesthetists and Royal College of Ophthalmologists. February 2012.
3. Eke T., Thompson JR. Serious complications of local anesthesia for cataract surgery: a 1 year national survey in the United Kingdom. *Br J Ophthalmol* 2007, 91 (4):470-75.
4. White PF., Kehlet H., Neal JM., Schricker T., Carr DB., Carli F. The role of the anesthesiologist in fast-track surgery: from the multimodal analgesia to perioperative medical care. *Anest Analg* 2007, 104:1380-96.
5. Aziz ES., Rageh M. Deep topical fornix nerve block versus peribulbar block in one step adjustable-suture horizontal strabismus surgery. *Br J Anaesth* 2002, 88:129-32.
6. Assistenza Anestesiologicala in Chirurgia Oftalmica. Linee Guida SOI-AAROI. Approvate dalla Società Oftalmologia Italiana nell'anno 2006 e aggiornate a Febbraio 2010.