



Casa di Cura accreditata e convenzionata con il S.S.N. – U.S.L. N. 2 CL

“Regina Pacis”

Casa di Cura “Regina Pacis”
San Cataldo (CL)
Marzo 2018

LINEE GUIDA CHIRURGIA AMBULATORIALE OCULISTICA

Introduzione

La chirurgia sta subendo in tutto il mondo grandi trasformazioni legate all’avanzamento tecnologico e farmacologico, ed al miglioramento nella diagnosi e cura di molte patologie. La possibilità di intervenire su pazienti sempre più anziani, l’aumento dei costi dei servizi e delle prestazioni erogati spingono verso una diversificazione del flusso dei pazienti, una parte dei quali è tradizionalmente ricoverata, un’altra parte è trattata in regime diurno. Per definire le attività chirurgiche diurne, vengono utilizzati, a livello internazionale, termini differenti, quali ambulatory surgery, day surgery, same day surgery, one day surgery, day service, con notevoli difficoltà di tipo interpretativo.

Con il termine di day surgery (DS) si intende “la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale”.

Con il termine chirurgia in day service (DSAO), invece, si intende “la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive comprese in un "pacchetto" di prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Il Percorso Clinico

Nel percorso clinico è necessario definire:

- I criteri clinici di ammissione
- Il PAC relativo alla patologia
- Le modalità organizzative
- Il Responsabile del percorso o Case Manager di riferimento

Protocollo “Linee Guida Chirurgia Oculistica”, 2018

Tratto ed adattato da: “Atti approvati dalla Commissione Ministeriale della Chirurgia Ambulatoriale Oculistica (istituita con Decreto del Ministro della Sanità del 4 agosto 2000)”; “Il day surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le prospettive di sviluppo”, 2006.

Gestione lista d'attesa

I nominativi vengono comunicati dallo Specialista di Area Medica al Caposala della sua S.C. ed inseriti in un apposito registro del Day Service Ambulatoriale, nel quale risulti:

- Cognome, nome ed età
- Data e luogo di nascita
- Recapito telefonico
- Diagnosi e tipo di percorso clinico proposto
- Data di iscrizione nella lista

Dal momento che il DSAO è un modello organizzativo assistenziale che prevede un'attività programmabile, sarà cura del Caposala della S.C. di Specialità Medica, una volta inserito il paziente nel registro della lista di attesa, comunicarne tempestivamente il nominativo e la tipologia del percorso clinico da effettuare, al Caposala della Day Service, per programmare il primo accesso.

Compilazione della lista di Attesa

Il Caposala della S.C. di Area Medica quotidianamente, alla fine delle attività ambulatoriali, comunica al personale o al coordinatore della Day Service i nominativi dei pazienti arruolati al PAC. Il Responsabile ed il Coordinatore della Day Service, nel rispetto delle ripartizioni concordate per Branca Specialistica e sentito il parere degli specialisti di riferimento, formulano la lista dei pazienti che devono accedere al DSAO.

Una volta stilata la lista, sarà cura del coordinatore del DSAO, sentito il Case Manager, comunicare al paziente il tipo di percorso clinico, le date ed il numero di accessi necessari per formulare la diagnosi.

Ogni informazione va data in tempi brevi, allo scopo di consentire al paziente e alla sua famiglia di programmare la propria vita e rendere così meno ansiogena l'attesa del primo accesso.

Se un paziente non è disponibile al primo accesso, il coordinatore della Day Service, provvederà alla sostituzione, secondo l'ordine cronologico della lista di attesa della S.C. di competenza.

Consenso informato

Anche per le attività di Day Service al paziente viene somministrato il consenso informato e l'assenso al consenso informato per l'accesso al DSA e per l'utilizzo dei dati personali. Infatti il paziente, oltre a quello specifico finalizzato al Trattamento dei dati personali, deve comprendere le modalità, le caratteristiche del percorso clinico proposto ed i relativi comportamenti da seguire, prima di esprimere l'assenso all'iter assistenziale proposto.

Per questi motivi è fondamentale il colloquio informativo ed esplicativo tenuto col paziente al I° Accesso, con particolare riferimento alle indicazioni, alle dinamiche, alle tempistiche e alla metodologia delle attività diagnostiche e terapeutiche erogate in DSAO.

Il consenso informato, sottoscritto dal paziente, viene riconsegnato, firmato (sia per accettazione che per revoca del consenso stesso) nel giorno previsto per l'intervento chirurgico.

Modalità di Accesso

L'apertura del Day Service potrà essere effettuato se lo Specialista ne ha valutato congrua l'attivazione al momento della visita chirurgica.

Il Responsabile ed il Coordinatore del Day Service redigeranno una lista d'attesa per il ricovero, suddivisa per operatore.

Protocollo "Linee Guida Chirurgia Oculistica", 2018

Tratto ed adattato da: "Atti approvati dalla Commissione Ministeriale della Chirurgia Ambulatoriale Oculistica (istituita con Decreto del Ministro della Sanità del 4 agosto 2000)"; "Il day surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le prospettive di sviluppo", 2006.

Sulla base di questa suddivisione il Coordinamento del Day Service contatterà, nel giorno stabilito per il primo accesso, il “Case Manager”, ovvero colui che in toto risulta responsabile della gestione clinico-chirurgica del paziente.

Il Day Service di Chirurgia Oculistica ha a disposizione l’elenco di prestazioni erogabili in fase di ospedalizzazione. Si sottolinea come il DSAO chirurgico non ha finalità diagnostiche né statistiche, e tutti gli esami eseguiti sono quelli finalizzati all’ottimizzazione della problematica chirurgica.

Se il Case Manager ritenesse utili ulteriori indagini per porre una diagnosi corretta, queste sono eseguibili solamente precedentemente e, quindi, esternamente al ricovero stesso.

Quindi il Case Manager, referente per il Day Service, pianifica e coordina il percorso assistenziale, cura in maniera efficiente ed efficace la gestione delle prestazioni prescritte, ed esprime il giudizio diagnostico al paziente, alla fine del percorso clinico-chirurgico, nel corso dell’ultimo accesso programmato.

Il Responsabile del Day Service ed il Coordinatore Infermieristico si occuperanno di prenotare e concentrare nella stessa giornata il maggior numero di prestazioni, allo scopo di ridurre al minimo il numero degli accessi utili al raggiungimento della diagnosi, in considerazione del fatto che l’intero percorso deve concludersi entro 30 giorni dal primo accesso.

Per centrare il rispetto dei tempi previsti, analogamente a quanto avviene per il Day Surgery, i Servizi ospedalieri individueranno orari, modalità e percorsi dedicati ai pazienti in DSAO.

- Ogni accesso successivo al primo va trascritto in Cartella;
- Tutta la documentazione, accesso dopo accesso, va archiviata e custodita in base alle normative vigenti e va assolutamente assicurata la tracciabilità degli eventi e dei referti delle prestazioni eseguite, anche per garantire la riproducibilità della documentazione, qualora venisse richiesta da parte del paziente o degli aventi diritto.
- Con l’ultimo accesso, come detto entro il 30° giorno dal primo, termina il percorso in DSAO.
- Il Case Manager, ha l’obbligo di redigere la relazione conclusiva che contempla i risultati degli esami effettuati, la sintesi clinica, la definizione della diagnosi e le eventuali proposte terapeutiche. Tale relazione conclusiva, unitamente ai referti in originale degli accertamenti effettuati, va consegnata al paziente che la darà in visione al proprio medico curante.

Contenuto della Cartella Clinica del DSAO

Alla stregua del Day Surgery, anche per il Day Service è prevista una Cartella Clinica, standardizzata e coordinata, alla cui compilazione sono tenuti tutti i Medici Specialisti coinvolti nel processo diagnostico-terapeutico-assistenziale.

Nella Cartella Clinica del DSAO vanno registrate le informazioni di tipo anagrafico, l’anamnesi, il percorso clinico proposto e il referto riepilogativo; vanno segnati e conservati i referti degli accertamenti diagnostici effettuati in ogni singolo accesso e tutti i consensi informati.

È necessario quindi, e non solo ai fini della tracciabilità, prevedere un percorso organizzativo per la documentazione sanitaria, finalizzato alle prestazioni erogate, in modo da permettere al termine del ciclo di accessi in Day Service:

- La predisposizione del Referto finale per il Medico curante
- La consegna dei Referti al paziente

Durata

Protocollo “Linee Guida Chirurgia Oculistica”, 2018

Tratto ed adattato da: “Atti approvati dalla Commissione Ministeriale della Chirurgia Ambulatoriale Oculistica (istituita con Decreto del Ministro della Sanità del 4 agosto 2000)”; “Il day surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le prospettive di sviluppo”, 2006.

L'episodio di diagnosi all'interno della Day Service, può articolarsi di norma in tre accessi e non deve superare l'arco temporale di un mese.

Partecipazione alla Spesa

Se il paziente non fruisce dell'Esenzione, è tenuto a versare il Ticket dovuto.

Elenco delle procedure chirurgiche eseguibili in regime ambulatoriale in chirurgia oculistica

Gli interventi eseguiti in regime ambulatoriale richiedono l'utilizzo dell'anestesia topica, locale o loco-regionale.

1. **INTERVENTI CHIRURGICI SULLE PALPEBRE** (Incisione di ascesso palpebrale • 08.89 Altra riparazione della palpebra Asportazione di calazio • 08.21 Asportazione di calazio Biopsia (08.11 Biopsia della palpebra) asportazione di lesioni neoplastiche (08.23 Asportazione di lesione maggiore della palpebra, non a tutto spessore / 08.24 Asportazione di lesione maggiore della palpebra, a tutto spessore) eventualmente associata a ricostruzione palpebrale mediante innesto cartilagineo, rotazione di lembi cutanei ed innesto di cute autologa • 08.61 Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto cutaneo • 08.62 Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto di mucosa • 08.63 Ricostruzione della palpebra con innesto del follicolo pilifero • 08.64 Ricostruzione della palpebra con lembo tarsocongiuntivale • 08.69 Altra ricostruzione della palpebra con lembo o innesto • 08.70 Ricostruzione della palpebra, SAI • 08.71 Ricostruzione della palpebra interessante il margine palpebrale, non a tutto spessore • 08.72 Altra ricostruzione della palpebra non a tutto spessore • 08.73 Ricostruzione della palpebra interessante il margine palpebrale, a tutto spessore • 08.74 Altra ricostruzione della palpebra a tutto spessore Asportazione di xantelasmi • 08.23 Asportazione di lesione maggiore della palpebra, non a tutto spessore Asportazione di verruche • 08.22 Asportazione di altra piccola lesione della palpebra Asportazione di cisti sebacee e cisti sierose • 08.22 Asportazione di altra piccola lesione della palpebra Correzione di entropion con le differenti tecniche; correzione di ectropion con le differenti tecniche • 08.41 Riparazione di entropion o ectropion con termocoagulazione • 08.42 Riparazione di entropion o ectropion con tecnica di sutura • 08.43 Riparazione di entropion o ectropion con resezione cuneiforme • 08.44 Riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra • 08.49 Altra riparazione di entropion o ectropion Correzione di lagofalmo • 08.59 Altra correzione della posizione della palpebra Blefarorrafia e tarsorrafia • 08.52 Blefarorrafia Apertura di tarsorrafia • 08.02 Apertura di blefarorrafia Apertura di blefarorrafia • 08.02 Apertura di blefarorrafia Blefarocalasi mono o bilaterale • 08.99 Altri interventi sulla palpebra Blefaroplastica superiore mono o bilaterale con o senza asportazione di grasso orbitario • 08.99 Altri interventi sulla palpebra Blefaroplastica inferiore ab externo o ab interno, mono o bilaterale con o senza asportazione di grasso orbitario • 08.99 Altri interventi sulla palpebra Elettrolisi delle ciglia • 08.91 Depilazione elettrochirurgica della palpebra Marginoplastica • 08.99 Altri interventi sulla palpebra Trattamento chirurgico della distichiasi • 08.93 Altra depilazione della palpebra Sospensione al muscolo frontale senza utilizzo di fascia lata • 08.31 Correzione di blefaroptosi con intervento sui muscoli frontali, con sutura Sospensione al muscolo frontale con utilizzo di fascia lata • 08.32 Correzione di blefaroptosi con anastomosi del muscolo frontale mediante fascia lata Accorciamento dell'elevatore • 08.33 Correzione di blefaroptosi con accorciamento dell'elevatore Correzione della retrazione palpebrale con le differenti tecniche • 08.38 Correzione di retrazione della palpebra Correzione chirurgica del blefarospasmo con o senza utilizzo di tossina botulinica • 08.99 Altri interventi sulla palpebra Ricostruzione di difetti del canto con le differenti tecniche • 08.59 Altra correzione della

Protocollo "Linee Guida Chirurgia Oculistica", 2018

Tratto ed adattato da: "Atti approvati dalla Commissione Ministeriale della Chirurgia Ambulatoriale Oculistica (istituita con Decreto del Ministro della Sanità del 4 agosto 2000)"; "Il day surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le prospettive di sviluppo", 2006.

- posizione della palpebra Cantotomia • 08.51 Cantotomia • Correzione di simblefaron con o senza trapianto di membrana amniotica • 08.99 Altri interventi sulla palpebra Sutura di ferite palpebrali o del sopracciglio • 08.81 Riparazione lineare di lacerazione della palpebra e delle sopracciglia • 08.82 Riparazione di lacerazione della palpebra interessante il margine palpebrale, non a tutto spessore • 08.83 Altra riparazione di lacerazione della palpebra, non a tutto spessore • 08.84 Riparazione di lacerazione della palpebra interessante il margine palpebrale, a tutto spessore • 08.85 Altra ricostruzione di lacerazione della palpebra, a tutto spessore Ricostruzione della palpebra con o senza innesto o lembo di cute, mucosa, cartilagine o lembo tarsocongiuntivale • 08.61 Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto cutaneo • 08.62 Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto di mucosa • 08.63 Ricostruzione della palpebra con innesto del follicolo pilifero • 08.64 Ricostruzione della palpebra con lembo tarsocongiuntivale • 08.69 Altra ricostruzione della palpebra con lembo o innesto • 08.70 Ricostruzione della palpebra, SAI • 08.71 Ricostruzione della palpebra interessante il margine palpebrale, non a tutto spessore • 08.72 Altra ricostruzione della palpebra non a tutto spessore • 08.73 Ricostruzione della palpebra interessante il margine palpebrale, a tutto spessore • 08.74 Altra ricostruzione della palpebra a tutto spessore)
2. INTERVENTI CHIRURGICI SULL'APPARATO LACRIMALE (Biopsia della ghiandola lacrimale • 09.11 Biopsia della ghiandola lacrimale Biopsia del sacco lacrimale • 09.12 Biopsia del sacco lacrimale Specillazione dei punti, dei canalicoli lacrimali e del dotto nasolacrimale • 09.41 Specillazione del punto lacrimale • 09.42 Specillazione dei canalicoli lacrimali • 09.43 Specillazione del dotto naso-lacrimale Intubazione mono o bicanalicolo-nasale • 09.44 Intubazione del dotto naso-lacrimale Stricturotomia • 09.52 Incisione dei canalicoli lacrimali Incisione di dacrioflemmone • 09.53 Incisione del sacco lacrimale Dacriocistectomia • 09.6 Asportazione del sacco e delle vie lacrimali Correzione di eversione del punto lacrimale • 09.71 Correzione di eversione del punto lacrimale • Riparazione dei canalini lacrimali • 09.72 Altra riparazione del punto lacrimale Cauterizzazione dei punti lacrimali • 09.91 Obliterazione del punto lacrimale)
3. INTERVENTI CHIRURGICI SUL CRISTALLINO E SULLA CAMERA ANTERIORE (Intervento di cataratta mediante facoemulsificazione, con o senza impianto di lente intraoculare (in camera anteriore, a fissazione iridea, in camera posteriore e a fissazione sclerale) anello capsulare Codificare come intervento principale: • 13.41 Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta e come altra procedura: • 13.71 Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea Intervento di cataratta intra ed extracapsulare, con o senza impianto di lente intraoculare Codificare come intervento principale: • 13.11 Estrazione intracapsulare del cristallino per via temporale • 13.19 Altra estrazione intracapsulare del cristallino • 13.2 Estrazione extracapsulare della cataratta con tecnica di estrazione lineare • 13.3 Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di aspirazione semplice (e di irrigazione) Linee guida 19 e come altra procedura: • 13.71 Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea Lensectomia via pars plana • 13.42 Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta per via pars plana Capsulotomia posteriore chirurgica • 13.65 Asportazione chirurgica di cataratta secondaria Intervento di cataratta associato a chirurgia del glaucoma, a chirurgia corneale (cheratoplastica) o a chirurgia vitreale Codificare come intervento principale: • 13.11 Estrazione intracapsulare del cristallino per via temporale • 13.19 Altra estrazione intracapsulare del cristallino • 13.2 Estrazione extracapsulare della cataratta con tecnica di estrazione lineare • 13.3 Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di aspirazione semplice (e di irrigazione) • 13.41 Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta • 13.42 Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta per via pars plana • 13.43 Facoframmentazione meccanica ed aspirazione della cataratta e come altra procedura: vedi capitoli specifici Rimozione di corpo estraneo dalla camera anteriore • 12.00 Rimozione di

Protocollo "Linee Guida Chirurgia Oculistica", 2018

Tratto ed adattato da: "Atti approvati dalla Commissione Ministeriale della Chirurgia Ambulatoriale Oculistica (istituita con Decreto del Ministro della Sanità del 4 agosto 2000)"; "Il day surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le prospettive di sviluppo", 2006.

corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore dell'occhio, SAI • 12.02 Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore dell'occhio senza impiego di magnete
Prelievo di umore acqueo a scopo diagnostico • 12.21 Aspirazione diagnostica della camera anteriore dell'occhio
Lavaggio della camera anteriore con antibiotici o TPA • 12.92 Iniezione nella camera anteriore
Impianto secondario di lente intraoculare in occhio afachico e impianto secondario di lente intraoculare in occhio fachico (con lente in camera anteriore, a fissazione iridea o in camera posteriore) (Specificare l'eventuale afachia o miopia nella diagnosi) • 13.72 Impianto secondario di cristallino artificiale
Asportazione di lente intraoculare dalla camera anteriore o posteriore • 13.8 Rimozione di cristallino impiantato
Vitrectomia anteriore per via limbare o pars plana • 14.73 Vitrectomia meccanica per via anteriore

La valutazione preoperatoria

Il tempo necessario a portare a termine una valutazione preoperatoria deve essere breve. L'obiettivo è la valutazione del rischio anestesilogico e chirurgico del paziente al fine di individuare i pazienti non adatti a una chirurgia in day service e quindi ridurre il numero dei casi da rinviare una volta effettuato il ricovero.

I criteri per la selezione dei pazienti idonei al day surgery sono di tipo clinico, personale e familiare.

Criteri clinici

1. L'età di per sé non è un parametro di esclusione. L'unica controindicazione assoluta è nei bambini a rischio di apnea post operatoria.
2. Sono ritenuti candidabili solo i pazienti classificati a basso rischio (prima o seconda classe secondo l'American Society of Anesthesiologists, ASA 1 e 2). Tutti i pazienti che rientrano nella classe ASA 3 sono candidati a ricovero con un setting assistenziale diverso, quali il ricovero in regime Day Surgery oppure Ordinario. Tuttavia, presso la Casa di Cura "Regina Pacis" queste ultime due forme di ricovero non sono convenzionate con il S.S.N. e pertanto sono eseguibili solamente in regime privato previo accordo tra gli operatori e la Direzione Sanitaria.
3. La valutazione anestesilogica pre operatoria deve essere eseguita in tempo utile per consentire al paziente di effettuare gli accertamenti necessari, l'eventuale preparazione e programmare l'attività chirurgica. In nessun caso può essere effettuata anche il giorno dell'intervento, salvo per gli interventi eseguiti in regime privato.
4. La durata degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche non dovrebbe essere superiore all'ora.

Criteri personali e familiari

1. Il paziente deve essere in grado di comprendere e accettare l'iter proposto. Le persone con turbe psichiche gravi non sono adatte a questo tipo di chirurgia che richiede un equilibrio mentale nella valutazione degli stimoli dolorosi o di altro tipo che, seppure modesti, si presentano durante l'intervento.
2. Il paziente deve essere in grado di rispettare le prescrizioni terapeutiche, mantenere adeguate condizioni igieniche domiciliari, avere una persona che lo assista nelle prime 24 ore.
3. Ai familiari o ai conviventi viene affidata una parte importante nell'assistenza post operatoria: sorvegliare, al rientro a domicilio, lo stato di vigilanza dell'operato, segnalando al centro di cura ogni eventuale anomalia. Per tale motivo, il fatto di vivere soli, addirittura senza fissa dimora, diventa un fattore di esclusione.

Protocollo "Linee Guida Chirurgia Oculistica", 2018

Tratto ed adattato da: "Atti approvati dalla Commissione Ministeriale della Chirurgia Ambulatoriale Oculistica (istituita con Decreto del Ministro della Sanità del 4 agosto 2000)"; "Il day surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le prospettive di sviluppo", 2006.

Percorso clinico assistenziale

1. Bisogna adottare procedure cliniche e organizzative per l'ammissione, cura e dimissione del paziente e informarlo sulla fase sia pre operatoria sia post operatoria;
2. si devono definire in modo esplicito i criteri di selezione e di esclusione dei pazienti, di natura sia clinica sia socio-familiari;
3. va garantita l'adozione di protocolli assistenziali per il trattamento e il controllo perioperatorio;
4. la registrazione dell'attività va effettuata con le stesse modalità seguite per i ricoveri ordinari: cartella clinica, registro nosologico, registro di sala operatoria e scheda di dimissione;
5. alla dimissione si deve consegnare al paziente una relazione per il medico curante, in cui vengono riportati i dati salienti del ricovero, la terapia, le indicazioni per la gestione delle eventuali complicanze.
6. Il paziente va informato sui comportamenti da seguire, su dove rivolgersi in caso di necessità e urgenza e sulle modalità dei controlli successivi.

Classificazione del rischio operatorio secondo l'American Society of Anesthesiologists

1. Classe ASA I: paziente sano
2. Classe ASA II: presenza di una malattia sistemica senza nessuna limitazione funzionale
bronchite cronica obesità moderata diabete ben controllato infarto miocardico di vecchia data ipertensione moderata
3. Classe ASA III: presenza di una malattia sistemica grave con limitazione funzionale di grado moderato, angina pectoris ben controllata dalla terapia, diabete insulino dipendente, insufficienza respiratoria moderata
4. Classe ASA IV: presenza di una malattia sistemica grave che costituisce un pericolo per la sopravvivenza insufficienza cardiaca grave angina instabile poco sensibile al trattamento insufficienza respiratoria, renale, epatica o endocrina di grado avanzato
5. Classe ASA V: paziente moribondo, la cui sopravvivenza non è garantita a 24 ore, con o senza l'intervento chirurgico politraumatizzato grave

Gestione anestesologica perioperatoria

L'attività chirurgica per le patologie sopra elencate prevede la "presenza dell'Anestesista nel Blocco Operatorio" (cod. 502).

L'Anestesista non è tenuto alla compilazione della scheda anestesologica intraoperatoria, tranne nel momento in cui viene chiamato ad intervenire.

In ogni caso, è responsabilità dell'Anestesista:

1. Classificare il rischio anestesologico del paziente (ASA) nel preoperatorio;
2. Indicare l'ineleggibilità per i pazienti con ASA III-IV;
3. Consegnare il consenso anestesologico al paziente nella fase preoperatoria;
4. Ritirare il consenso anestesologico (o l'eventuale revoca) il giorno stesso dell'intervento chirurgico;
5. Compilare la scheda anestesologica intraoperatoria, qualora l'Anestesista sia stato chiamato ad intervenire, da parte del Case Manager, per la gestione di eventuali criticità intraoperatorie.

Il seguente documento è stato letto ed approvato da:

Equipe Chirurgia Oculistica:

Equipe Anestesia e Rianimazione:

Risk Manager:

Direzione Sanitaria

Protocollo **“Linee Guida Chirurgia Oculistica”, 2018**

Tratto ed adattato da: “Atti approvati dalla Commissione Ministeriale della Chirurgia Ambulatoriale Oculistica (istituita con Decreto del Ministro della Sanità del 4 agosto 2000)”; “Il day surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le prospettive di sviluppo”, 2006.