

Capitolo 10

LA VALUTAZIONE PREOPERATORIA E LA COMPILAZIONE DEL PROGRAMMA OPERATORIO

F. Marinangeli, C. Bonetti, M. Catenacci, D. Caldiroli

- ✓ Il grading stabilisce il livello di complessità chirurgica che, associato alla valutazione anestesiológica, permette di stratificare il rischio della procedura e di comunicarlo al paziente nel chiedere il consenso.
- ✓ La compilazione del programma operatorio deve essere eseguita tenendo conto del rischio globale (chirurgico-anestesiológico), dei tempi anestesiológicos, dei tempi chirurgici previsti (cute-cute), dei tempi procedurali non chirurgici (posizione) e dei tempi di pulizia e preparazione infermieristica delle sale operatorie, possibilmente descritti in una procedura aziendale.

La valutazione preoperatoria in regime di prericovero

Rappresenta il primo momento di incontro del paziente con l'anestesista e con tutti i consulenti sanitari successivamente all'indicazione chirurgica. Essi compilano congiuntamente la cartella clinica.

Il paziente, al momento del prericovero, che dovrebbe essere effettuato nell'arco dei trenta giorni precedenti il ricovero effettivo, viene sottoposto agli accertamenti medico-diagnostici necessari per lo svolgimento dell'intervento in sicurezza.

VISITA CHIRURGICA

È il momento in cui si pone l'indicazione chirurgica, si stabilisce il livello di priorità del ricovero, viene definito un *grading* chirurgico (**Tabella 1**) e si inserisce il paziente nella lista d'attesa (a meno che non si tratti di intervento in urgenza/emergenza).

Al fine di stabilire il grading, il dirigente medico della U.O. chirurgica prioritariamente dovrebbe:

- stadiare il paziente (elezione/non elezione/urgenza differibile e non/emergenza) e determinare l'indicazione chirurgica;
- valutare la necessità di sottoporre il paziente a procedura anestesiológica e, conseguentemente, a videat anestesiológico;
- prescrivere gli accertamenti preoperatori (secondo protocolli o linee guida);
- informare e concordare con il paziente il trattamento chirurgico proposto (è questo il momento della costituzione dell'alleanza terapeutica, specialmente in caso di trattamento non radicale, non risolutivo o palliativo);
- acquisire il consenso informato al trattamento chirurgico, atto prioritario e non procrastinabile al giorno dell'intervento;

- valutare la completezza della documentazione clinica per la visita anestesiologicala;
- definire il rischio presunto di sanguinamento (nessuno, ridotto, medio, alto) compilando, se necessario, la richiesta di emocomponenti;
- inviare il paziente alla visita preanestesiologicala.

Tabella 1 Classificazione degli interventi chirurgici in base alla complessità¹

GRADING CHIRURGICO	
Grading 1	Chirurgia a bassa complessità (es.: escissione lesioni cutanee, drenaggi, ascessi mammari).
Grading 2	Chirurgia di media complessità (es.: riduzione ernia inguinale, tonsillectomia, artroscopia, safenectomia).
Grading 3	Chirurgia a complessità medio-alta (es.: isterectomia radicale, tiroidectomia totale, prostatectomia endoscopica).
Grading 4	Chirurgia a complessità alta o altissima (es.: chirurgia toracica, cardiovascolare, neurochirurgia, chirurgia addominale maggiore).

VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA PREOPERATORIA

È un momento di fondamentale importanza per il corretto inquadramento clinico del paziente ed è funzionale ad ottenere informazioni supplementari alla storia clinica, con l'obiettivo di:

- identificare condizioni non manifeste che possono richiedere trattamenti prima dell'intervento o modificare la scelta della tecnica chirurgica o anestesiologicala;
- modificare, se necessario, il percorso clinico al fine di preparare al meglio il paziente per l'intervento;
- valutare il potenziale rischio di complicanze perioperatorie (e informare il paziente e il chirurgo di un potenziale aumento dello stesso);
- stabilire l'opportunità di effettuare screening non correlati con l'intervento chirurgico.

La valutazione preoperatoria è obbligatoria quando sia prevista una prestazione anestesiologicala che deve essere specificata sul programma operatorio (es. assistenza, sedazione). In tema di procedure a carattere ambulatoriale si rimanda all'operatore sanitario (potrebbe essere un radiologo interventista, un endoscopista, un cardiologo, non necessariamente un chirurgo) l'indicazione alla valutazione anestesiologicala – ovvero – alla presenza fisica dell'anestesista durante la procedura (se è prevista sedazione o assistenza anestesiologicala sul programma l'anestesista deve essere presente).

I pazienti a rischio anestesiologicalo e/o procedurale devono sempre essere valutati dall'anestesista, a prescindere dal tipo di intervento a cui saranno sottoposti. Criteri prudenziali dovrebbero sempre suggerire all'operatore sanitario (chirurgo o altra figura in caso di interventi non chirurgici) la necessità della valutazione anestesiologicala e della presenza di un anestesista. Il giudizio sulla colpa è, a tutt'oggi, ancorato a criteri di prevedibilità/evitabilità: se era prevedibile il rischio andava evitato!

¹ National Institute for Clinical Excellence, 2003.

La scelta e la condotta della procedura anestesiológica sono di esclusiva competenza del medico anestesista (legge 9 agosto 1954 n. 653), che decide la tecnica di anestesia e la preparazione dell'intervento programmato in funzione delle condizioni del paziente e delle indicazioni del chirurgo. La decisione di eventuali ulteriori esami di laboratorio, indagini strumentali o visite specialistiche supplementari è dell'anestesista, laddove sia previsto il suo supporto per la procedura anestesiológica. Essa viene presa sulla base di indicazioni cliniche, età, fattori di rischio e tipo di tecnica prevista.

Laddove in disaccordo con l'operatore, l'anestesista, nell'ambito della ripartizione delle responsabilità nella cosiddetta "colpa in équipe", deve entrare nel merito delle corrette indicazioni e modalità di esecuzione dell'intervento. Come chiarito al capitolo 9, se non si è d'accordo con il trattamento ma si contribuisce ad effettuarlo si è solidali con la decisione del chirurgo. In caso di intervento ritenuto dal chirurgo indifferibile, laddove il rischio deve essere accettato in presenza di un rischio maggiore legato alla non esecuzione, l'anestesista deve stratificare il rischio, comunicarlo al paziente e/o al caregiver, ma non può rifiutarsi di prestare la sua opera (sarebbe un grave errore in caso di successivo contenzioso!).

Nel corso della valutazione preanestesiológica dovranno essere eseguiti i seguenti atti:

- anamnesi e registrazione dei dati anagrafici;
- esame obiettivo;
- assegnazione della classe di rischio anestesiológico (ASA score);
- acquisizione del consenso all'anestesia e alla trasfusione di emocomponenti;
- richiesta, se necessario, di ulteriori indagini e/o terapie;
- prescrizioni relative alla preparazione all'anestesia e/o all'eventuale medicazione preanestetica.

DATI ANAGRAFICI

Dati relativi al paziente: nome, cognome (o alternativamente codice nosografico), data di nascita, reparto, tipologia di intervento, peso e altezza. Dove ritenuto necessario, si andrà a calcolare il Body Mass Index (BMI), che è pari al peso in Kg diviso l'altezza in m².

Quest'ultimo dato è importante, essendo i soggetti con alto BMI più esposti a una serie di rischi/complicanze perioperatori (BMI >30 Kg/m² = obesità di classe 1; BMI >35 = obesità di classe 2; BMI >40 obesità grave secondo la WHO).

ANAMNESI

Saranno indagati i seguenti aspetti:

- anamnesi familiare, fisiologica, allergologica, neurologica, cardiologica, respiratoria e dei singoli organi e apparati;
- anamnesi anestesiológico-chirurgica riguardante precedenti interventi, tipo di anestesia praticata ed eventuali complicanze quali nausea, vomito, ritardato risveglio, lesioni nervose, cefalea, allergie, difficoltà di intubazione e/o di ventilazione;
- anamnesi farmacologica, in riferimento alla terapia in atto o pregressa, ai farmaci prescritti o autosomministrati (tipologia e posologia) e all'eventuale assunzione di prodotti naturopatici con attività farmacologica.

Al fine di prevenire le complicanze perioperatorie, sarebbe opportuno, nel caso di anamnesi difficoltosa, richiedere una specifica relazione da parte del medico curante. Questo, nell'ottica del miglioramento della qualità del sistema sanitario, dovrebbe diventare una prassi per tutti i pazienti candidati ad un intervento chirurgico.

ESAME OBIETTIVO

Prevede le seguenti valutazioni:

- pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, decubito, colore cute, stato nutrizionale e protesi (dentarie, oculari, ortopediche, pacemaker cardiaci, stimolatori midollari, pompe infusionali impiantabili, porth a cath, accessi venosi centrali e PICC);
- esame testa-collo (per la stratificazione del rischio di intubazione difficile): dentizione, misura distanza interdentaria, prognatismo mascellare e sua correggibilità, motilità del collo, misura della distanza tiro-mentoniera, misura della distanza mento-ioide, misura della distanza mento giugulo, visibilità delle strutture faringee (Test di Mallampati)²;
- sistema nervoso: stato di coscienza, nervi cranici, nervi periferici;
- apparato respiratorio: auscultazione, alterazioni toraciche, alterazione tracheali, alterazioni della ventilazione;
- apparato cardiocircolatorio: auscultazione, edemi, varici, tromboflebiti, turgore delle giugulari, accessi venosi difficili;
- apparato muscolo-scheletrico: malformazioni rachide o osteo-articolari, alterazioni masse muscolari, alterazioni del tono muscolare e postura anomala;
- apparato tegumentario: in particolare ispezione di aree che possono essere interessate da manovre anestesiolgiche (es: assenza di infezioni cutanee in aree sede di blocchi locoregionali);
- presenza di fattori di rischio per delirio postoperatorio (età, declino cognitivo, assunzione di psicofarmaci, malattie psichiatriche);

In riferimento all'esame testa-collo, è fondamentale, ai fini del rischio clinico, eseguire il Test di Mallampati (**Figura 1**).

Laddove vi fosse il sospetto di intubazione difficile, sarebbe opportuno ricorrere all'uso di scale a punteggio. Tra quelle che si sono rivelate più accurate nel predire la difficoltà di intubazione è consigliabile lo score di El Ganzouri (EGRI: El Ganzouri Risk Index)³ (**Tabella 2**).

Tale Test è stato utilizzato anche per stabilire l'utilità del videolaringoscopia nella gestione dell'intubazione difficile. Questo è un classico esempio di come spesso presidi e/o farmaci innovativi, pur non essendo ancora entrati in linee guida nazionali o internazionali, sono di fatto validati da pubblicazioni di indiscutibile valore, utilizzabili a fini medico-legali⁴.

² Mallampati SR, Gatt S P, Gugino L De t al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: A prospective study. Canadian Anaesthetists' Society Journal 1985; 32: 429-434.

³ El-Ganzouri AR, McCarthy RJ, Tuman KJ et al. Preoperative airway assessment: predictive value of a multivariate risk index. Anesth Analg. 1996; 82: 1197-204.

⁴ Caldiroli D, Cortellazzi P. A new difficult airway management algorithm based upon the El Ganzouri Risk Index and GlideScope® videolaryngoscope: a new look for intubation? Minerva Anesthesiol. 2011; 77: 1011-7.

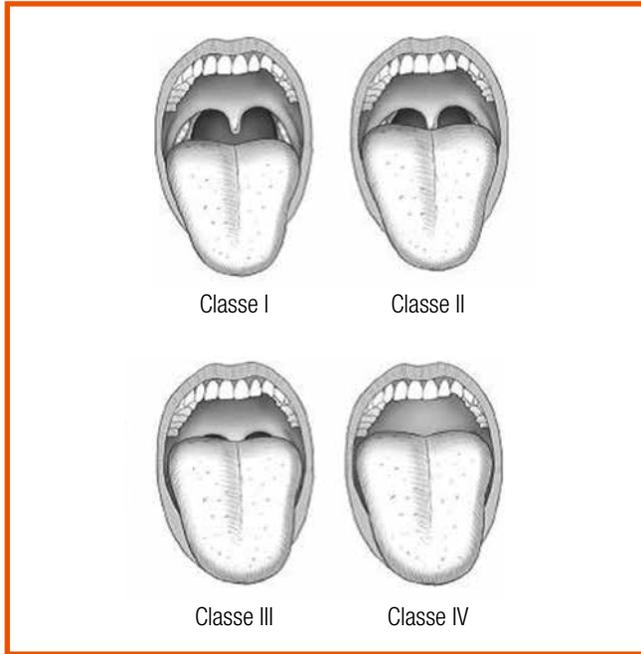


Figura 1 Test di Mallampati²

Tabella 2 El Ganzouri Risk Index (EGRI)³

Indicatore	Valutazione	Punteggio
Apertura della bocca (cm)	≥4	0
	<4	1
Distanza tiromentoniera (cm)	>6.5	0
	6.0-6.5	1
	<6.0	2
Mallampati	I	0
	II	1
	III-IV	2
Movimento del collo	>90°	0
	80-90°	1
	<80°	2
Prognatismo	si	0
	no	1
Peso corporeo (kg)	<90	0
	90-100	1
	>110	2
Anamnesi di intubazione difficile	nessuna	0
	dubbia	1
	certa	2

Punteggio ≥4: intubazione difficile probabile
 Punteggio <4: intubazione difficile improbabile

ASSEGNAZIONE DELLA CLASSE DI RISCHIO

La stratificazione del rischio anestesio-logico viene effettuata mediante ASA (American Society of Anesthesiologists) score, che permette di valutare immediatamente le condizioni del paziente e correlarle al rischio anestesio-logico (**Tabella 3**)⁵.

Il suo valore è universalmente riconosciuto e la sua corretta valutazione e registrazione è fondamentale per le problematiche medico-legali. Un'eventuale complicanza, infatti, sarà molto più probabile e meno imputabile all'azione od omissione del medico se accaduta in un paziente classificato ASA IV rispetto ad uno classificato ASA I o II.

L'attenzione al malato deve essere sempre massima, ma ovviamente maggiore prudenza deve essere usata nei confronti di pazienti già compromessi.

Per questo è fondamentale, ad esempio, inquadrare subito quali sono gli interventi a maggior rischio di eventi cardiovascolari (nella chirurgia non cardiaca).

In **Tabella 4** è riportata una classificazione molto utile allo scopo.

Tabella 3 Classificazione ASA

Classe	Caratteristiche	
I	Nessuna alterazione organica, biochimica o psichiatrica.	Buona salute, no fumo e poco alcool.
II	Modesto disturbo sistemico che può o non essere correlato alla causa dell'intervento.	Disturbo sistemico moderato che non interferisce con le capacità funzionali dell'individuo. Fumatore, gravidanza, obesità (30<BMI<40), DM o IPA controllati.
III	Grave malattia sistemica correlata o meno alla ragione dell'intervento.	Una o più patologie sistemiche che limitano l'attività funzionale dell'individuo. IPA o DM non controllati farmacologicamente, BPCO, BMI>40, epatite in fase attiva, dipendenza alcolica, pacemaker, FE ridotta, storia (>6 mesi) di IRC, TIA, IM, coronaropatia, portatore di stents, ecc.
IV	Grave malattia che pregiudica la sopravvivenza indipendentemente dall'intervento chirurgico.	Recente (<3 mesi) storia di IR, TIA, IM, coronaropatia, valvulopatia, sepsi, ARDS, CID, malattia renale stadio terminale (ESRD) non in cura dialitica.
V	Paziente moribondo con scarse possibilità di sopravvivenza nelle successive 24 ore che viene sottoposto all'intervento come ultima possibilità.	Rottura di AAA, AAT, politrauma, emorragia cranica, patologia cardiaca significativa, disfunzione multiorgano.
VI	Paziente in morte cerebrale certificata in attesa di intervento per donazione di organi.	
E	Ogni intervento non dilazionabile e che pertanto non consente una completa valutazione del paziente e la correzione di ogni squilibrio. La lettera E viene aggiunta alla corrispettiva classe ASA.	

⁵ <https://www.asahq.org>

Tabella 4 Stima del rischio cardiovascolare nella chirurgia non cardiaca⁶

Basso rischio <1%	Rischio intermedio 1-5%	Alto rischio >5%
Chirurgia della mammella	Chirurgia addominale	Chirurgia dell'aorta ed altri interventi di chirurgia vascolare maggiore
Chirurgia odontoiatrica	Chirurgia carotidea	Chirurgia vascolare periferica
Chirurgia endocrina	Angioplastica periferica	
Chirurgia dell'occhio	Endoprotesi vascolare	
Chirurgia ginecologica	Chirurgia della testa e del collo	
Chirurgia ricostruttiva	Chirurgia neurologica/ortopedica maggiore (anca e colonna vertebrale)	
Chirurgia ortopedica minore (ginocchio)	Trapianto di polmone, rene/fegato	
Chirurgia urologica minore	Urologica maggiore	

⁶Rischio infarto miocardico e morte cardiaca entro 30 giorni dall'intervento

Laddove all'anamnesi e all'esame obiettivo il paziente evidenzia una o più criticità, e ancor più se dovrà essere sottoposto ad un intervento con rischio importante per eventi cardiovascolari, può essere importante approfondire le sue condizioni, dimostrando in tal modo una esemplare diligenza, perizia e prudenza, con la misurazione della capacità funzionale (equivalenti metabolici o METs) (**Tabella 5**) e con la classificazione NYHA (**Tabella 6**), anche per capire se è necessario inviare il paziente dal consulente cardiologo per ulteriori approfondimenti. L'uso di queste scale validate permette anche di meglio definire l'ASA status. La classificazione NYHA è stata introdotta nel 1964 dalla New York Heart Association per la valutazione dello scompenso cardiaco ed è basata sulla limitazione nello svolgimento delle attività quotidiane.

Sebbene a tutt'oggi sia la classificazione più largamente utilizzata, rimane una valutazione soggettiva basata su quanto riferito dal paziente.

Tabella 5 Capacità funzionale⁷

METs	Attività fisica
1-4	Vestirsi autonomamente Attività domestiche quotidiane Camminare in casa Camminare lentamente 1-2 isolati
5-9	Salire un piano di scale/camminare in salita Camminare a passo spedito in pianura Salire 2 rampe di scale portando 10 Kg Correre per una breve distanza Attività sportiva di intensità moderata
>9	Attività lavorativa pesante/sportiva intensa

⁶ Boersma E, Kertai MD, Schouten O et al. Perioperative cardiovascular mortality in noncardiac surgery: validation of the Lee cardiac risk index. *Am J Med* 2005; 118: 1134-41.

⁷ Fletcher GF, Balady GJ, Amsterdam EA et al. Exercise standards for testing and training: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 2001; 104: 1694-740.

Tabella 6 Classificazione NYHA⁸

Classe	Caratteristiche
I	Nessuna limitazione: esercizio fisico ordinario che non causa fatica, dispnea o palpitazione.
II	Lieve limitazione dell'attività fisica: le consuete attività quotidiane provocano fatica, dispnea o palpitazione.
III	Marcata limitazione dell'attività fisica: importante difficoltà ad effettuare le normali attività quotidiane.
IV	Impossibile effettuare attività fisica, neanche il minimo sforzo; la maggior parte dei pazienti sono costretti all'allettamento.

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO ALL'ANESTESIA E ALLA TRASFUSIONE DI EMOCOMPONENTI

Il problema del consenso informato è stato trattato al capitolo 6. Gioverà qui ricordare che il paziente dovrebbe avere tempo e modo di avere tutte le risposte alle sue legittime richieste, quindi la possibilità di leggere con calma il consenso prima di firmarlo (*tempus deliberandi*). Esso, oltre che letto, deve essere perfettamente compreso. Sarebbe opportuno consegnare il modulo di consenso al paziente nel momento della visita preoperatoria effettuata alcuni giorni prima dell'intervento e chiedere allo stesso di riconsegnarlo e firmarlo al momento del ricovero, fermo restando che il consenso può essere modificato o ritirato fino al momento dell'intervento.

Contestualmente al consenso alla procedura anestesiologicala, viene usualmente richiesto il consenso alla trasfusione di sangue o emocomponenti. Esula da questo testo l'approfondimento su questo tema e su quello dei Testimoni di Geova, ma è importante ricordare che le trasfusioni di sangue od emocomponenti non sono esenti da rischi, e pertanto è necessario seguire le corrette indicazioni. In caso di complicanze, infatti, esse saranno oggetto di specifico approfondimento.

INDAGINI PREOPERATORIE

Consistono in esami ematochimici di routine, indagini strumentali e consulenze specialistiche ritenute utili sulla base di quanto emerso dalla visita anestesiologicala. La necessità delle indagini preoperatorie è volta a stabilire:

- lo stato di salute del paziente al tempo zero;
- la tecnica anestesiologicala più appropriata;
- la strategia terapeutica perioperatoria più opportuna sulla base delle condizioni del paziente;
- la stratificazione del rischio del paziente, fondamentale ai fini del consenso informato.

⁸ Fleisher LA, Fleischmann KE, Auerbach AD et al. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery; executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines. Developed in collaboration with the American College of Surgeons, American Society of Anesthesiologists, American Society of Echocardiography, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Rhythm Society, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, and Society of Vascular Medicine Endorsed by the Society of Hospital Medicine. J Nucl Cardiol 2015; 22:162-215.

Si raccomanda, al fine di minimizzare il coinvolgimento nei contenziosi, di evitare l'inflazione di esami finalizzati ad approfondimenti che non andrebbero a modificare l'iter del paziente, poiché in caso di complicanza occorrente prima dell'intervento (rinviato a causa di richieste inappropriate di consulenze o esami), l'anestesista può essere coinvolto nel contenzioso quale responsabile del mancato intervento.

Rivalutazione preoperatoria al momento dell'intervento

Il giorno dell'intervento, all'arrivo del paziente in sala operatoria, l'anestesista deve ricontrollare i dati del paziente, le indagini preoperatorie e le consulenze effettuate. Deve valutare e segnalare eventuali cambiamenti intercorsi dalla visita anestesiologicala, nuovi eventi e nuove condizioni:

- neurologiche;
- respiratorie;
- cardiocircolatorie;
- gastrointestinali (vomito recente, reflusso gastroesofageo, stati subocclusivi).

In caso di necessità di modificare la tecnica anestesiologicala precedentemente concordata, il paziente dovrà firmare un nuovo consenso informato, seguendo le indicazioni espresse nella sezione giuridica, a meno che nel consenso firmato il paziente non abbia già sottoscritto la facoltà dell'anestesista di cambiare tecnica in caso di necessità.

In caso di pazienti ricoverati il giorno precedente l'intervento, perché da sottoporre a interventi più complessi, è buona norma rivalutarli in reparto, e non sul letto operatorio sotto l'effetto della medicazione preanestetica, rivedendo l'insieme della documentazione e verificando eventuali cambiamenti delle condizioni.

Compilazione del programma operatorio

Le informazioni provenienti dal grading chirurgico e dalla visita anestesiologicala devono essere embricate tra di loro per stilare la lista operatoria. L'ordine temporale con cui un paziente viene operato nell'ambito di una seduta operatoria può di per sé esporre a maggior rischio di complicanze perioperatorie e quindi di contenzioso.

La priorità dovrà essere data ai pazienti più complessi da un punto di vista chirurgico/anestesiologicalo/clinico. La corretta compilazione di una lista operatoria prevede anche la previsione, riportata per iscritto, dei tempi complessivi degli interventi (compresi quelli anestesiologicali), che sono paziente-ASA/dipendenti ma anche tecnica/dipendenti.

Il tipo di paziente (pediatrico/geriatrico), la modalità di induzione/risveglio in caso di anestesia generale, l'esperienza nell'esecuzione di blocchi ecoguidati, la tipologia di farmaci utilizzati, l'uso routinario della monitoraggio neuromuscolare e della reversione del blocco neuromuscolare sono tutti aspetti condizionanti l'efficienza della sala operatoria e i relativi tempi anestesiologicali di cui il chirurgo non può non tenere conto nella preparazione della lista.

A ciò va aggiunto il tempo necessario per la sanificazione della sala operatoria tra un intervento e l'altro.

Questi fattori cronologici non possono essere omessi nella pianificazione della lista operatoria senza che questa, sistematicamente, si protragga oltre il tempo prestabilito, con conseguenti contenziosi tra i componenti dell'équipe.

Con cadenza settimanale dovrebbero essere discussi collegialmente i casi clinici previsti per la settimana successiva, in modo da evitare una programmazione settimanale non compatibile con gli spazi chirurgici e avere il tempo di approfondire e studiare casi clinici di particolare complessità.

Al fine di evitare discussioni tra chirurgo e anestesista, peraltro all'ultimo momento, la modalità operativa per la stesura della lista operatoria dovrebbe essere oggetto di una procedura aziendale, condivisa tra i responsabili delle U.O. chirurgiche, i responsabili delle U.O. di anestesia, il responsabile e il coordinatore del blocco operatorio. La procedura aziendale permette, infatti, di avere regole certe e di filtrare le linee guida esistenti rendendole compatibili con la realtà locale.

L'anestesista incaricato della valutazione preoperatoria dei pazienti ha il compito di controllare la corretta compilazione della lista operatoria e di discutere con i chirurghi le eventuali criticità. La deroga ai principi di cui sopra è possibile ma deve essere giustificata per iscritto dal chirurgo. La lista operatoria, inoltre, dovrebbe essere fatta pervenire al blocco operatorio almeno entro le ore 10:00 del giorno antecedente la seduta operatoria, per essere vagliata dall'équipe infermieristica al fine di predisporre, di concerto con l'intera équipe operatoria, tutte le dotazioni necessarie.

Nella lista operatoria, quindi, devono essere riportati i seguenti dati:

1. nome del paziente;
2. data del ricovero;
3. età del paziente (bambini e anziani hanno la priorità);
4. tipologia di intervento (i pazienti con grading maggiore devono precedere gli altri);
5. grading ASA (pazienti con ASA maggiore devono precedere gli altri);
6. équipe chirurgica;
7. strumentario particolare;
8. tempi operatori previsti;
9. eventuali allergie (compresa l'allergia al lattice);
10. profilassi antibiotica;
11. medicazione preanestetica;
12. potenziale difficoltà nella gestione delle vie aeree (con indicazione di eventuali precauzioni da adottare, come l'ausilio di fibrobroncosopia). Pazienti di questo tipo devono avere una priorità nella lista;
13. potenzialità di infezioni: i pazienti affetti da patologie ad alto rischio infettivo devono essere inseriti a fine lista. Se ciò non è possibile per la complessità dell'intervento o per le condizioni cliniche, la sala deve essere sanificata opportunamente a fine intervento, computando i tempi necessari;

14. rischio di sanguinamento (con numero di sacche richieste);
15. richiesta di emocomponenti;
16. richiesta di posto in terapia intensiva.

I pazienti in regime di day surgery o da sottoporre a procedure ambulatoriali invasive potrebbero essere sottoposti a visita anestesiológica anche lo stesso giorno (nelle ore antecedenti l'intervento) su richiesta del sanitario e operati in sale specificatamente organizzate allo scopo, senza andare ad inficiare l'organizzazione di liste operatorie dedicate a pazienti/interventi più complessi.

Da quanto sopra detto, la maggiore complessità, sintetizzata con ASA e grading scores elevati, deve necessariamente comportare una programmazione dell'intervento nelle prime fasi della mattina. Il razionale di questa scelta risiede nel fatto che la gestione di tali casi può comportare la necessità di intervento di figure professionali aggiuntive o l'affiancamento di colleghi di altre specialità.

La presenza di un numero elevato di specialisti nel blocco o nell'ospedale, come accade nel corso del mattino, facilita il management di casi critici, così come gli eventuali trasferimenti, se necessario. A ciò si aggiunga lo stress legato ad un intervento complesso effettuato nel pomeriggio, e, non ultimo, il minore controllo postoperatorio in reparto nelle ore tardo-pomeridiane o notturne.

Un recente studio epidemiologico ha evidenziato, infatti, come le complicanze siano più probabili tra le 16:00 e le 6:00 del mattino⁹.

Da un punto di vista organizzativo, anticipare interventi più complessi o pazienti più complessi ha un razionale legato al fatto che sono queste le situazioni meno prevedibili da un punto di vista della tempistica di sala operatoria, e la loro gestione nelle prime ore della mattinata permette di ridurre la probabilità di oltrepassare i limiti temporali complessivi previsti.

Conclusioni

L'incontro con il paziente al momento della visita preoperatoria è strategico per evitare contenziosi. Esso rappresenta l'unica possibilità, per l'anestesista rianimatore, di "trasmissione" della sua professionalità e del suo interesse nel garantire il massimo livello di sicurezza del sistema. Una visita anestesiológica ben condotta e ben descritta sul diario clinico rappresenta, quindi, il nostro biglietto da visita. La richiesta di quesiti pertinenti ai consulenti di altre discipline nonché di approfondimenti diagnostici congrui ne è la conseguenza diretta.

La stratificazione del rischio che deriva dall'elaborazione di tutti i dati ci permetterà di avere gli argomenti per negoziare con il chirurgo una lista operatoria ben strutturata e finalizzata al miglior risultato.

⁹ Whitlock EL, Feiner JR, Chen LL. Perioperative Mortality, 2010 to 2014: A Retrospective Cohort Study Using the National Anesthesia Clinical Outcomes Registry. *Anesthesiology* 2015; 123: 1312-21.