S.A.R.N.e P.I.
Società di Anestesia e Rianimazione Neonatale e Pediatrica Italiana

Società Italiana di Chirurgia Pediatrica

LINEE GUIDA
PER LA DAY SURGERY PEDIATRICA

COORDINATORI

Ugo de Luca (SICP)
Giovanni Mangia (SARNePI)
Simonetta Tesoro (SARNePI)

EPIDEMIOLOGIA

Chiavarini M, Bernardini I, De Masi S

GRUPPO DI STUDIO SICP

Accinni A., Appignani A., Bagnara V., Calisti A., Ceccarelli P., Cobellis G., Cozzi D., Del Rossi C., Esposito C., Franchella A., Gamba P., Impellizzeri P., Lelli Chiesa P., Lima M., Marcocci G., Marte A., Martino A., Messina M., Meucci D., Mognato G., Monguzzi G., Nanni L., Noccioli B., Papparella A., Parigi G., Riccipetitoni G., Romeo C., Spagnoli A., Zampieri N.

GRUPPO DI STUDIO SARNePI

Astuto M, Baroncini S, Bortone L, Calamandrei M, Franceschi F, Furlan S, Garra R, Marchesini L, Mondardini MC, Montobbio G, Pinciroli L, Pinzoni F, Presutti P, Sammartino M, Sbaraglia F, Scalisi R, Schiavi F, Serafini G, Wolfler A

CONFLITTO D'INTERESSI

Tutti i membri del Gruppo di Lavoro facenti parte non hanno possibili relazioni che potrebbero essere considerate una potenziale fonte di conflitto di interesse.

GLOSSARIO ABBREVIAZIONI

SARNePI Società Anestesia Rianimazione Neonatale e Pediatrica Italiana.
SICP Società Italiana Chirurgia Pediatrica.
DS Day Surgery.
LG Linee Guida.
IOM Institute of Medicine.
JCI Joint Commission International.
IPSG Obiettivi Internazionali per la Sicurezza dei Pazienti.
ACC Accesso all'Assistenza e Continuità delle Cure.
PFR Diritti del Paziente e dei Familiari.
AOP Valutazione del Paziente.
COP Cura del Paziente.
ASC Assistenza Anestesiologica e Chirurgica.
QSP Miglioramento della Qualità e Sicurezza del Paziente.
SQE Qualifiche e Formazione del Personale.
MCI Gestione della comunicazione delle informazioni.
GRADE Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.
CEVeAS Centro per la Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria di Modena.
LdP Livello di Prova.
FR Forza della Raccomandazione.
DRG Diagnosis Related Groups.
DPR Decreto Presidente della Repubblica.
ASSR Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale.
FIDS Federazione Italiana di Day Surgery.
IAAS International Association for Ambulatory Surgery.
DPCM Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.
SSN Sistema Sanitario Nazionale.
LEA Livelli Essenziali di Assistenza.
ASA American Society of Anesthesiologists.
GAS Study General Anaesthesia compared to Spinal Anaesthesia.
PMA Post Menstrual Age.
PCA Post Conceptional Age.
GA General Anesthesia.
RA Regional Anesthesia.
URI Upper Respiratory Infections.
LE Livello di Evidenza.
BAPS British Association of Paediatric Surgeons.
AAP American Academy of Pediatrics.
MAGPI Avanzamento del Meato e Glanuloplastica.
TIPU Tubularized Incised Plate Uretroplasty
PEG Percutaneous Endoscopic Gastrostomy.
MAG Microlaparoscopic-Assisted Gastrostomy.
RVU Reflusso Vescico Ureterale.
PS Pronto Soccorso.
PONV Nausea e Vomito Postoperatorio.
POV Vomito Postoperatorio.
ESRA European Society of Regional Anaesthesia.
ASRA American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine.
PRA Pediatric Regional Anesthesia.
PADSS Post Anesthetic Discharge Scoring System.
Ped-PADSS Pediatric Post Anesthetic Discharge Scoring System.
SFAR Société Française d'Anesthèsie et de Rèanimation.

INDICE

PREMESSA pag. 5

CAP 1 - METODOLOGIA » 7

Scopo del lavoro ed elaborazioni delle raccomandazioni » 7

Diritti del paziente e dei familiari (PFR) » 8

Valutazione del PZ (AOP) » 8

Cura del PZ (COP) » 8

Assistenza anestesiologica e chirurgica (ASC) » 8

Miglioramento della qualità e della sicurezza del PZ (QSP) » 8

Qualifiche e formazione del personale (SQE) » 9

Gestione della comunicazione delle informazioni (MCI) » 9

CAP 2 - ASPETTI ORGANIZZATIVI » 12

Definizione dell'attività di Day Surgery » 12

Evoluzione storica della Day Surgery » 12

CAP 3 - ATTUALI FONDAMENTI NORMATIVI » 17

Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2002 » 17

I requisiti minimi richiesti alle Strutture per svolgere l'attività di Day Surgery » 18
Requisiti generali
Requisiti strutturali e tecnologici
Requisiti organizzativi

Ultimi sviluppi normativi e prospettive future » 20

Considerazioni sui nuovi LEA: le problematiche inerenti il trasferimento di alcuni DRG dalla Day Surgery alla Chirurgia Ambulatoriale » 22

Prospettive future della Day Surgery » 23

CAP 4 - FASE DI SELEZIONE DEL PAZIENTE » 24

Valutazione preoperatoria e selezione dei pazienti » 24

Criteri di esclusione » 27

CAP 5 - PATOLOGIE CHIRURGICHE REALIZZABILI IN DAY SURGERY » 30

a) Patologia del canale inguinale » 30
Ernia inguinale ed idrocele
Criptorchidia
Varicocele

b) Ernie della parete addominale » 32
Ernia ombelicale, Ernia della linea alba

c) Patologia dei genitali maschili » 32

Fimosi
Pene infossato
Pene palmato
Ipospadia distale
d) Patologie di superficie » 33
Cisti, nevi, neoformazioni tegumentarie
Angiomi, Linfangiomi, Linfadenectomie Superficiali, Patologia Pilonidale
e) Patologia orale » 34
Anchiloglossia
Ipertrofia del frenulo labiale superiore
Mucoceli
Labioschisi
f) Patologia congenita del collo » 35
Anomalie archi branchiali e dotto tireoglosso
g) Patologia addominale » 36
Appendicectomia
Colecistectomia
Fundoplicatio gastrica
Gastrostomia
h) Patologia urologica » 37
Pieloplastica
Reflusso vescico-ureterale. Trattamento endoscopico
Nefrectomia

Fattori Socio-familiari » 38

Preparazione del paziente » 38
Digiuno

Tipi di anestesia » 39
Nausea e vomito postoperatori
Anestesia locoregionale

CAP 6 - DIMISSIONE » 42

CONCLUSIONI » 46

BIBLIOGRAFIA » 48

PREMESSA

In ambito pediatrico la Day Surgery ha trovato un ampio campo di applicazione perché eseguita su una popolazione sana che viene sottoposta ad interventi di chirurgia minore.

La crescente consapevolezza che l'atto chirurgico ed anestesiologico devono essere intesi come processi a rischio porta alla necessità di creare un processo decisionale, che sia in grado di erogare prestazioni di elevata qualità in tempi di degenza compressi garantendo la massima sicurezza e la riduzione dei costi.

I processi decisionali in ambito sanitario si avvalgono dell'utilizzo di Linee Guida che hanno come scopo principale quello di assicurare il più alto grado di appropriatezza delle cure. Attualmente i criteri di appropriatezza sono definiti utilizzando le migliori evidenze scientifiche disponibili, adeguatamente "pesate" per la loro qualità metodologica, rilevanza clinica e applicabilità. Le Linee Guida rappresentano, quindi, una integrazione delle evidenze scientifiche e sono definite dall'Institute of Medicine (IOM) "documenti che contengono raccomandazioni finalizzate a migliorare l'assistenza ai pazienti, basate su una revisione sistematica delle evidenze e sulla valutazione di benefici e rischi di opzioni alternative"[(1)].

Pertanto, le LG prodotte da gruppi multidisciplinari con rigorosa metodologia evidence-based, previo adattamento locale in percorsi assistenziali, rappresentano lo strumento di riferimento per definire i criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa[(2)]. Per appropriatezza clinica si intende la possibilità di scegliere la "giusta procedura", nel "giusto paziente", al "momento giusto". Rientra nell'ambito della appropriatezza organizzativa la scelta del "contesto giusto" inteso come applicabilità della LG nel proprio modello organizzativo, che può essere nazionale, regionale o aziendale, e la "giusta professionalità", intesa come più figure professionali che con la propria competenza possono apportare una adeguata valutazione e sintesi delle evidenze.

Nel percorso assistenziale della Day Surgery pediatrica, l'appropriatezza clinica e organizzativa devono obbligatoriamente andare di pari passo, in quanto l'erogazione di prestazioni di elevata qualità si basa sulla creazione di un percorso assistenziale che nasce da evidenze scientifiche riguardanti l'aspetto clinico, ma anche organizzativo, dove vige una maggiore carenza di evidenze.

Pertanto nasce l'esigenza di emettere raccomandazioni clinico-organizzative per la Day Surgery in ambito pediatrico, al fine di creare una guida sotto il profilo clinico ma anche organizzativo e gestionale.

In questo percorso assistenziale due sono le figure chiave del processo: il chirurgo e l'anestesista.

Per tale motivo il gruppo di lavoro per la stesura di queste LG è composto da rappresentanti della Società Italiana di Chirurgia Pediatrica (SICP) e della Società Nazionale di Anestesia e Rianimazione Neonatale e Pediatrica (SARNePI). Il 9 maggio 2015 i membri del Gruppo di Studio di entrambe le Società si sono incontrati a Perugia per una Consensus Conference.

Per quanto riguarda l'aspetto clinico-organizzativo anestesiologico le raccomandazioni derivanti

dalla revisione sistematica della letteratura possono essere applicate a tutte le specialità chirurgiche pediatriche, laddove sussistano i criteri chirurgici per definire quella procedura eseguibile in Day Surgery. Con un focus specifico verranno trattate le patologie otoiatriche.

CAP 1 - METODOLGIA

SCOPO DEL LAVORO ED ELABORAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI

Questo documento congiunto delle due Società Italiane di Chirurgia e Anestesia Pediatrica (SICP-SARNePI) ha lo scopo di esaminare e di diffondere gli aspetti clinici ed organizzativi per la Day Surgery in ambito pediatrico.

Nella stesura di queste raccomandazioni si è cercato il più possibile di avere come riferimento le informazioni provenienti dalla letteratura attraverso una ricerca sistematica della letteratura ed una ricerca sistematica del database fornito dal National Guidelines Clearinghouse. Inoltre sono state tenute in considerazione anche le norme internazionali Joint Commission International sull'accreditamento delle strutture sanitarie (The JCI Accreditation Standards for Hospital Manual 5th edition, APR 7 was amended effective 1 July 2015). Diviene pertanto importante riportare quali dei capitoli di tale manuale dobbiamo considerare in tutti i punti delle LG da noi proposte.

Obiettivo internazionale per la sicurezza dei pz 3 (IPSG3). I capitoli che abbiamo esaminato sono:

A) Obiettivi, Standard, Intenti ed Elementi Misurabili.
   1) Standard IPSG 1 (l'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'accuratezza dell'identificazione del pz).
   2) Standard IPSG 3 (l'organizzazione elabora un metodo per migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio).
   3) Standard IPSG 4 (l'organizzazione elabora un metodo per garantire l'intervento chirurgico in pz corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta.

B) Accesso all'Assistenza e Continuità delle Cure.
   1) ACC1 Le modalità di accettazione del pz in regime di ricovero o ambulatoriale tengono conto della rilevazione dei suoi bisogni sanitari, nonché della mission e delle risorse dell'organizzazione. ACC 1.1 (l'organizzazione dispone di un processo di accettazione presa in carico dei pz in regime di ricovero e dei pz ambulatoriali) ACC1.1.3 (l'organizzazione tiene conto dei bisogni clinici dei pz in caso dei tempi di attesa o di ritardi per l'accesso alle prestazioni diagnostiche o terapeutiche).
   2) ACC3 Politica che guida alla dimissione o invia il pz ad un altro professionista sanitario.

C) ACC 3.2 ACC3.4.

DIRITTI DEL PAZIENTE E DEI FAMILIARI (PFR)

Ogni paziente è unico, con i suoi bisogni, punti di forza, valori e credenze. L'organizzazione sanitaria si adopera al fine di instaurare un rapporto di fiducia e di comunicazione con il pz, al fine di comprendere e tutelare i valori spirituali, psicosociali e culturali di ciascun pz.

A) PFR1 (PFR 1.1 PFR 1.2 PFR1.5 PFR 1.6). L'organizzazione sanitaria ha la responsabilità di mettere in atto processi di supporto dei diritti del pz e dei familiari durante l'assistenza.

B) PFR2 (PFR 2.4) L'organizzazione supporta il diritto del pz a una appropriata valutazione gestione del dolore.

C) PFR 5.

D) PFR6 (6.1 6.2 6.3 6.4 6.4.1) Consenso informato.

VALUTAZIONE DEL PZ (AOP)

A) AOP 1.8..L'organizzazione conduce valutazioni iniziali personalizzate per categorie particolari di assistiti.

CURA DEL PZ (COP)

A) COP 1-2-6 Erogazione di assistenza sanitaria per tutti i pz. Gestione del dolore

ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA E CHIRURGICA (ASC)

L'utilizzo delle prestazioni di anestesia, sedazione e chirurgia rappresenta processi molto comuni e altrettanto complessi all'interno di una organizzazione sanitaria. Tali prestazioni richiedono una valutazione completa ed esaustiva del pz, la pianificazione integrata delle cure all'assistenza, il monitoraggio continuo del pz e il trasferimento dalle rispettive aree sulla base di criteri prestabiliti ai fini del proseguimento delle cure, della riabilitazione dell'eventuale trasferimento e dimissione.

A) ASC1-2-3-4-5(1-2-3)-6

B) ASC7(1-2-3-4)

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E SICUREZZA DEL PZ QSP

A) Progettazione dei processi clinici e manageriali (QSP2) QSP2-1 (le linee guida della pratica clinica, i percorsi clinici sono utilizzati per guidare l'assistenza clinica).

B) QPS 3-4-5-6-7-8-9-10-11(Selezione degli indicatori e raccolta dati, valutazione e analisi dei dati, miglioramento).

QUALIFICHE E FORMAZIONE DEL PERSONALE (SQE)

Un'organizzazione sanitaria necessità di un numero variegato di persone qualificate ed esperte per adempiere alla propria missione e soddisfare i bisogni dei pz. I leader collaborano al fine di individuare il numero e la tipologia di operatori necessari sulla base di indicazioni dei direttori di dipartimento e di servizio.

A) SQE 1-2-3-4-5-6(1).

GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE DELLE INFORMAZIONI (MCI)

A) MCI L'organizzazione comunica con la popolazione di riferimento al fine di facilitare l'accesso alla assistenza e alla informazione sui servizi sanitari da essa erogati al territorio ai pz e ai familiari. MCI 1-2.

Nel novembre 2013 l'esecuzione di una query sul database pubmed specifica per "day care child surgery" ha prodotto 120 records classificati come review, 6 come metanalisi, 415 come clinical trials e 6 come linee guida. Una query specifica per "day care pediatric anesthesia" ha prodotto 62 records di clinical trial e 14 di review mentre una query per "day care pediatric surgery" ha prodotto 126 records di clinical trial e 36 di review. Gli abstracts dei lavori individuati sono stati esaminati ed i lavori ritenuti utili in base al criterio di pesatura delle evidenze sono stati esaminati come full text.

Le stesse query sono state eseguite anche all'interno del database del National Guidelines Clearinghouse http://www.guideline.gov/.

Nel maggio 2015 è stata ripetuta una *"query"* specifica con le stesse parole chiave sul database pubmed e National Guidelines Clearinghouse, Medline Complete, Cochrane Library, Dynamed-Ebsco.

La query del 2015 ha prodotto i seguenti risultati: day surgery, day case surgery, outpatient, ambulatory surgery ha prodotto 12 metanalisi, 13 review, 467 clinical trials, e 6 linee guida; "day care pediatric anesthesia" ha prodotto 1 metanalisi, 16 review, 76 clinical trials; "day care pediatric surgery" ha prodotto 42 review e 167 clinical trials.

Nel corso dei due anni, in seguito ad incontri del Gruppo di Studio, è sorta la necessità di approfondire degli argomenti specifici, pertanto lo stesso processo è stato eseguito riguardo delle query specifiche.

I lavori sono stati sottoposti ad una rigorosa valutazione metodologica secondo metodo GRADE. Il metodo GRADE è un metodo rigoroso ed esplicito per la classificazione della "**qualità delle prove**" e della "**forza delle raccomandazioni**", producendo un sistema di riferimento capace di evitare le incoerenze/confusione[3].

Esistono diversi sistemi di GRADING messi a punto da diversi organismi nazionali ed internazionali, in queste Linee Guida è stato adottato il sistema di grading sviluppato dal CEVeAS (Centro per la Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria di Modena).

Dall'applicazione di questo sistema di grading alla revisione della letteratura sopra menzionata, si è

giunti alla formulazione del **livello** di **prova** della raccomandazione, inteso come la probabilità che un certo numero di conoscenze sia derivato da studi pianificati e condotti in modo tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici e la **forza** della **raccomandazione**, intesa come la probabilità che l'applicazione nella pratica di una raccomandazione determini un miglioramento dello stato di salute della popolazione, obiettivo cui la raccomandazione è rivolta.

CAP 2 - ASPETTI ORGANIZZATIVI

L'aspetto organizzativo gioca un ruolo fondamentale sulla buona riuscita del percorso assistenziale, tanto che esistono diversi modelli organizzativi, adottati dai diversi Sistemi Sanitari Nazionali. Per modello organizzativo si intende l'insieme di regole concernenti le modalità di espletamento delle attività e i protocolli o procedure adottati. A tutt' oggi non esistono evidenze scientifiche che attestino la superiorità di un modello organizzativo rispetto ad un altro. Ogni Struttura che eroga prestazioni in day surgery deve avvalersi di un modello organizzativo creato in base alla legislazione locale ed alle risorse disponibili, ma in ogni caso il percorso assistenziale deve essere basato sugli standard di accreditamento delle strutture sanitarie, al fine di ridurre al minimo il rischio clinico.

Esistono essenzialmente tre modelli organizzativi:

1. Unità autonoma di day surgery, con accettazione, degenza, sale operatorie e uffici amministrativi indipendenti, che può essere geograficamente collegata o meno ad un ospedale di riferimento.
2. Unità dedicata di day surgery (monospecialistica o plurispecialistica) posta internamente ad una struttura di ricovero a ciclo continuo, pubblica o privata.
3. Posti letto dedicati alla day surgery, ma inseriti nelle unità di degenza ordinaria.

Negli ultimi due modelli organizzativi l'utilizzo della sala operatoria può essere programmato in comune con altre unità operative oppure possono essere presenti sale operatorie dedicate esclusivamente alla day surgery.

Come già precedentemente affermato, non esiste un modello organizzativo superiore, ma la non commistione di inpatients ed outpatients porta alla erogazione di una migliore assistenza a causa delle diverse necessità che hanno i pazienti sottoposti a day surgery, come il rapido turnover.

Altro aspetto organizzativo importante è l'ambiente perioperatorio in cui il paziente e la sua famiglia vengono accolti: è richiesto un ambiente confortevole, pratico a "misura di bambino", con uno staff multidisciplinare in grado di gestire i bambini e la famiglia, sia da un punto di vista clinico, ma anche psicologico. Questo aspetto organizzativo è espresso anche nel "Codice al diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari". Questo documento, in particolare l'art. 18, sancisce che il minore ha il diritto di essere assistito in ospedale in ambiente consono, pertanto nella organizzazione di un servizio di anestesia pediatrica va tenuto conto anche di questa necessità strutturale.

Day Surgery non significa procedura minore, anzi si tratta di un complesso processo di cura che richiede una dettagliata organizzazione, ma anche elevate capacità nella gestione di tutto il periodo perioperatorio, pertanto il chirurgo e l'anestesista, responsabili di momenti cardine del percorso,

devono avere adeguata esperienza e training nella gestione del paziente pediatrico.

Come in tutti i grandi processi di cura, nella day surgery in particolar modo, attore del percorso è un team multidisciplinare di figure professionali che cooperano secondo protocolli e procedure standardizzate, in cui i medici di riferimento sono il Chirurgo e l'Anestesista.

DEFINIZIONE DELL'ATTIVITÀ DI DAY SURGERY

La Day Surgery rappresenta un modello assistenziale alternativo al ricovero ordinario che permette una diversificazione dell'offerta sanitaria per i cittadini e una maggior appropriatezza nell'utilizzo delle tipologie di assistenza contribuendo al miglioramento complessivo dell'efficienza delle strutture.

Le attività di Day Surgery sono organizzate con modalità che assicurano condizioni di sicurezza non inferiori rispetto a quelle tipiche della chirurgia a ricovero ordinario, riducendo tuttavia il disagio connesso al ricovero.

Secondo le linee guida pubblicate dal Royal College of Surgeons of England nel 1992 "la Day Surgery costituisce l'approccio terapeutico ideale dal punto di vista delle cure, dell'efficacia, della soddisfazione dei pazienti per gran parte degli interventi; è superiore all'ospedalizzazione tradizionale e costituisce la scelta migliore per il 50% dei pazienti che devono sottoporsi ad intervento chirurgico".

Lo sviluppo di tale modello organizzativo si inserisce nell'ambito del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e del miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie.

La Conferenza Stato-Regioni del 1° Agosto 2002 ha definito le linee guida per le attività di Day Surgery. Riferendoci all'articolo 2° possiamo definire la "chirurgia di giorno" in questo modo: "Con il termine Day Surgery (chirurgia di giorno) s'intende l'effettuazione, con opportune modalità cliniche, organizzative ed amministrative, di interventi chirurgici o anche di procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale"

Con il termine Day Surgery si intende quindi tutto quell'insieme di procedure chirurgiche diagnostiche e/o terapeutiche che risultano più o meno invasive ma che comunque, richiedano per il paziente, un ricovero non superiore alla durata della singola giornata.

EVOLUZIONE STORICA DELLA DAY SURGERY

La Day Surgery, in Italia, nasce all'inizio degli anni '90 quando nel 1993 si costituì il Gruppo nazionale multidisciplinare per la diffusione della chirurgia di giorno con lo scopo di favorire la diffusione della Day Surgery nel Paese e di svilupparne il dibattito soprattutto a livello legislativo.

Le Regioni hanno introdotto la Day Surgery quale modello di appropriatezza organizzativa e tutte hanno legiferato in merito, seppure con diversa interpretazione circa alcuni aspetti come, ad esempio, i modelli organizzativi, la tariffazione delle prestazioni e il pernottamento relativo ad alcune procedure

chirurgiche per consentire di trasferire in regime diurno atti chirurgici più complessi per i quali sia necessario garantire una notte di ricovero.

Il fatto che la chirurgia di giorno sia ormai una realtà concreta lo dimostrano anche i dati relativi al numero dei DRG trattati in Day Surgery: questo regime assistenziale ha assistito ad una forte crescita fino ai primi anni del 2000 passando, nel rapporto percentuale dei DRG trasferiti su quelli totali, dal 14,6% del 1998 al 32,9% del 2003. Nel successivo arco temporale, questa progressiva e rilevante crescita, ha subito un forte rallentamento, come dimostrano i dati del Ministero della Salute: infatti dal 2004 questo rapporto si è più o meno stabilizzato, giungendo nel 2007, ad una media nazionale pari al 35,2%. È inoltre doveroso sottolineare che esiste un'importante discrepanza fra le regioni: la Provincia autonoma del Trentino, in un lungo trend positivo, al 2007 presenta una trasferibilità di operazioni in Day Surgery pari al 53,5% delle attività svolte sul suo territorio, il Piemonte e la Sicilia raggiungono quasi il 48%, mentre altre realtà come il Lazio o la Puglia, non hanno nemmeno toccato il 29%.

I numerosi dibatti scaturiti condussero a sostenere che questo modello organizzativo:

1) ha, con una adeguata selezione dei pazienti ed una specifica organizzazione, pari efficacia a quello tradizionale;
2) consente di limitare disagi per pazienti e famiglie durante e dopo le operazioni chirurgiche;
3) consente di ridurre le liste di attesa:
4) garantisce una più puntuale assistenza a quei pazienti affetti da patologie chirurgiche più impegnative, tramite il recupero di posti letto e di personale non più utilizzati nell'assistenza di casistiche chirurgiche minori;
5) permette di razionalizzare, ed in molti casi contenere, il costo dell'assistenza chirurgica. Notevole importanza venne data anche all'individuazione di differenti modelli organizzativi quali:
   - l'unità autonoma, con accettazione, degenza, sale operatorie e uffici amministrativi indipendenti;
   - l'unità dedicata di Day Surgery;
   - i posti letto all'interno della degenza ordinaria.

Per gli ultimi due modelli dovevano comunque essere previsti e assicurati turni ed orari prestabiliti nell'utilizzo delle sale operatorie.

Nel 1995, a Bruxelles, lo stesso Gruppo nazionale multidisciplinare fondò, con le principali Società scientifiche di altri 10 Paesi, la International Association for Ambulatory Surgery (IAAS).

Nella stessa sede internazionale, i rappresentanti delle poche Unità autonome private di Day Surgery italiane, diedero luogo l'Associazione italiana delle unità autonome private di Day Surgery (AIUSDAP).

In Italia, la II Sezione del Consiglio Superiore di Sanità, durante la seduta del 14 febbraio 1995,

diede sull'argomento il proprio parere, così sintetizzabile:

- la chirurgia di giorno/Day Surgery, precedentemente tenuta distinta dalla chirurgia ambulatoriale, venne ricompresa all'interno della stessa;
- la possibilità del pernottamento venne esclusa: si ritenne che non fosse da considerare connaturale alle attività della chirurgia di giorno. Inoltre importanti raccomandazioni furono rivolte al personale infermieristico e a quello medico, per i quali venne richiesto il possesso di una sufficiente maturità ed anzianità professionale per poter operare in regime diurno;
- le strutture autonome private che operavano geograficamente distanti da ospedali o case di cura vennero escluse dalla possibilità di svolgere attività di Day Surgery, venne infatti rilevata la necessità di vicinanza degli edifici ad ospedali o a case di cura, sia da un punto di vista funzionale che formale.

Il 14 giugno dello stesso anno, la pronuncia della II Sezione del Consiglio Superiore di Sanità, con particolare riferimento alla necessità di tenere distinte le attività ambulatoriali da quelle in regime di chirurgia di giorno, venne corretta dallo stesso Consiglio, su richiesta del Ministro della Sanità.

Il tema della Day Surgery venne poi affrontato nel DPR 1 marzo 1994 di approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-96, inserito tra le sperimentazioni gestionali.

Il Ministro della Salute con la collaborazione dell'ASSR, del Gruppo nazionale multidisciplinare per la diffusione della chirurgia di giorno e delle principali Società scientifiche, presentarono un documento intitolato «Proposta di regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno». I temi discussi in questo atto furono:

1. La definizione di chirurgia ambulatoriale e di Day Surgery come la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale.

2. I modelli organizzativi per lo svolgimento della Day Surgery furono:
   In ospedali all'interno di:
   a) posti letto dedicati nell'Unità di degenza ordinaria;
   b) unità di degenza dedicate;
   c) unità autonome.

   Nelle Case di cura (a carattere generale o chirurgico), all'interno di:
   a) Posti letto dedicati,
   b) Unità di degenza dedicate

   In Unità di degenza autonome. Vennero previste anche Unità autonome dedicate private, per le

quali tuttavia erano richiesti specifici requisiti per il suo funzionamento, tra i quali:

a) assicurare la reperibilità medica nelle 24 ore,

b) formalizzare, da parte delle Unità autonome, un collegamento funzionale ed organizzativo con un Ospedale o casa di cura al fine di garantire il ricovero del paziente con eventuali complicanze.

3. Questione del pernottamento per cui vennero sostenute alcune importanti considerazioni:
   - l'importanza dello stesso per gli atti chirurgici gravati da più frequenti complicanze;
   - l'importanza dello stesso per gli atti chirurgici nei quali è necessario garantire un adeguato periodo di osservazione postoperatorio;
   - la possibilità di pernottamento consentirebbe di trasferire un maggior numero di interventi chirurgici effettuabili in tale regime assistenziale;
   - la possibilità di pernottamento consentirebbe, infine, di offrire questa tipologia di trattamento anche a pazienti il cui luogo di residenza è lontano dalla sede di ricovero.

Nel mese di aprile del 1996, la «Proposta di regolamentazione», fu inviata al coordinamento delle Regioni e a tutti gli Assessorati regionali alla Sanità, allo scopo di stimolare l'eventuale elaborazione di un Atto di intesa Stato-Regioni.

L'11 settembre del 1996, venne istituita la Federazione Italiana di Day Surgery (FIDS) alla quale aderirono 26 tra Società scientifiche ed associazioni interessate. La FIDS sostituì il Gruppo nazionale multidisciplinare a livello internazionale nell'ambito della IAAS.

Sempre nel 1996, venne inoltre costituita, la Società di chirurgia ambulatoriale e Day Surgery (SICADS) che entrò a fare parte della Federazione italiana e della IAAS (International Association for Ambulatory Surgery).

La progressiva importanza che assunse la Day Surgery portò, nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, a realizzare un programma nazionale volto a definire delle linee guida per l'elaborazione, la diffusione e la valutazione di percorsi diagnostici con priorità per le prestazioni effettuabili sia a livello ambulatoriale che in regime di ricovero diurno. È rilevante notare che in questo documento normativo venne per la prima volta accettata la distinzione tra chirurgia ambulatoriale e Day Surgery.

Nel 2000 venne poi elaborata da una Commissione di studio, istituita con decreto del Ministro della Sanità, la già discussa "Proposta per l'organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno". In questo documento, oltre a definire i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, si ribadiva la necessità di tenere distinte la chirurgia ambulatoriale e la Day Surgery, riaffermando, per la seconda, l'importanza del pernottamento.

Nel DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) del 29 novembre 2001, inerente la Definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, venne indicata una serie di prestazioni non erogabili dal SSN e fu definita una lista di DRG, considerati "potenzialmente inappropriati" da

svolgere in ricovero ordinario, e quindi trasferibili in regime di Day Surgery.

L'Accordo Stato regioni del 22 novembre 2001, parte integrante del DPCM in questione, riconobbe inoltre alle Regioni l'onere di ridurre progressivamente il ricorso a quelle prestazioni che non soddisfacevano il principio dell'appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzo delle risorse.

I DRG chirurgici "potenzialmente inappropriati" del Decreto in oggetto, erano per maggior parte quelli già indicati nelle liste di interventi e procedure elaborate dalle Società scientifiche nel 1996 e introdotti nel documento di proposta dell'ASSR.

Basandosi sulle attività scientifiche e normative fino a quel momento dibattute, il 1°Agosto 2002, per mezzo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano, venne approvato il documento "Linee guida per le attività di Day Surgery" nella quale furono definiti i modelli organizzativi per lo svolgimento delle attività chirurgiche di giorno.

Anche per mezzo delle leggi Finanziarie vennero posti incentivi alle Regioni per l'adozione di questo modello organizzativo: nel triennio 2002/2004 l'accesso ai finanziamenti venne vincolato al soddisfacimento del principio di appropriatezza organizzativa per quelle prestazioni indicate nel DPCM del 2001, e, nel 2005/2006, numerosi finanziamenti integrativi furono condizionati allo sviluppo e alla promozione del passaggio di determinate prestazioni dal ricovero ordinario al ricovero diurno.

CAP 3 - ATTUALI FONDAMENTI NORMATIVI

CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 1° AGOSTO 2002

Il documento normativo di principale riferimento per la definizione del modello organizzativo di Day Surgery è l'atto n. 1516 del 1°Agosto del 2002. In questa data, nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, è stato stipulato un importantissimo accordo intitolato le "*Linee guida per l'organizzazione delle attività di Day Surgery*".

Quanto definito in questo documento, è considerato da tutti gli addetti al lavoro, la pietra miliare che ha permesso l'avvio e il pieno riconoscimento istituzionale di questo modello organizzativo. È quindi opportuno analizzare attentamente quanto previsto in questo atto.

Il primo articolo esplicita le finalità inerenti alla Day Surgery: lo scopo ultimo di questo nuovo modello organizzativo è volto alla creazione di un regime assistenziale alternativo a quello ordinario che permetta, a parità di condizioni di sicurezza, la riduzione del disagio connesso all'intervento e il miglioramento, in termini di efficienza e appropriatezza, dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie; il secondo articolo pronuncia la definizione della Day Surgery che abbiamo presentato in precedenza. Inoltre sottolinea che, per svolgere la chirurgia di giorno, è richiesta un'opportuna formazione tecnico professionale del personale che vi opera, la specificità di alcuni aspetti organizzativi delle attività cliniche, quali la concentrazione nel tempo e nello spazio delle risorse e delle attività, l'essere dedicata esclusivamente ad attività elettive, la chiara definizione delle procedure e dei percorsi, la particolare attenzione nel garantire la continuità assistenziale; il successivo articolo impone alle Regioni e alle Province autonome l'obbligo di definire le modalità organizzative sulla base di tre precisi modelli:

- presidio autonomo di Day Surgery: l'unità deve essere costituita da una struttura, pubblica o privata, dedicata esclusivamente all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno per patologie acute. Il presidio deve essere funzionalmente collegato ad una struttura ospedaliera che effettua ricoveri ordinari posta ad una distanza compatibile con l'efficace gestione di eventuali complicanze. Devono essere, altresì, definite le procedure per la gestione delle emergenze nell'ambito della rete di emergenza/urgenza.
- unità dedicata di Day Surgery (monospecialistica o plurispecialistica): sempre internamente ad una struttura di ricovero a ciclo continuo pubblica o privata, dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno per patologie acute. Due sono le possibili modalità organizzative di costituzione: A) dotazione di spazi di degenza dedicati alla DaySurgery ed utilizzo programmato di sale operatorie in comune con altre unità operative; B) dotazione di spazi di degenza e di sale operatorie dedicati alla Day Surgery, in relazione ad un elevato volume e alla complessità della casistica trattata;
- posti letti dedicati: inserite nelle unità di degenza ordinaria presenti nelle strutture di ricovero

per patologie acute pubbliche o private.

È inoltre attribuito in capo alle Regioni, per i ricoveri che necessitino il pernottamento, di avvalersi, secondo le proprie esigenze e modalità organizzative, del ricovero ordinario di un giorno o delle Day Surgery seguite da pernottamento; l'articolo quarto tratta la materia delle autorizzazioni e dell'accreditamento delle strutture mediche per lo svolgimento dell'attività chirurgica di giorno, sottolineando come, fermo restando quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997 e successive modificazioni ed integrazioni in materia di requisiti minimi generali e specifici previsti per la Day Surgery, le Regioni e le Province siano autonome, in tal senso, di definirne i requisiti minimi richiesti; il quinto articolo pone interesse sulla selezione dei pazienti, ricordando che il ricorso a questa metodologia organizzativa debba essere valutata per ogni singolo paziente, da parte del medico, sulla base di criteri clinici, organizzativi e in relazione ad aspetti socio familiari. È inoltre necessario il consenso informato e documentato del paziente; successivamente vengono indicate le garanzie del percorso assistenziale, definendo una serie di specifiche procedure cliniche ed organizzative, che debbono essere adottate nelle fasi di ammissione, cura e dimissione del paziente; gli ultimi due articoli pongono in capo alle Regioni e alle Province autonome l'obbligo di effettuare controlli circa l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, nonché il monitoraggio dello sviluppo delle attività di Day Surgery.

Attraverso la Conferenza Stato-Regioni è stata infine stipulata una lunga lista indicativa degli interventi erogabili tramite Day Surgery in alternativa al ricovero ordinario. È comunque fatta salva l'autonomia delle Regioni e delle Province autonome in relazione alla definizione delle prestazioni effettuabili nelle ulteriori forme di assistenza ed in considerazione del grado di trasferimento dal ricovero ordinario già raggiunto.

I REQUISITI MINIMI RICHIESTI ALLE STRUTTURE PER SVOLGERE L'ATTIVITÀ DI DAY SURGERY (DPR 14.1.1997)

Requisiti generali

- Accessibilità: le strutture dovranno garantire, in funzione della dislocazione degli ambienti e della funzionalità dei servizi, un flusso razionale dei pazienti, del personale e dei mezzi.
- Funzioni: le unità autonome dedicate ed integrate devono essere attrezzate in maniera da garantire, in base al tipo, volume, modello organizzativo e programmazione delle prestazioni fornite, spazi distinti per tutte le attività necessarie al corretto svolgimento della prestazione (accettazione, chirurgia, degenza e supporto).

Requisiti strutturali e tecnologici

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate. La

dotazione minima di ambienti per la day-surgery è la seguente:

- spazio attesa;
- spazio registrazione archivio;
- filtro sala operatoria;
- sala operatoria: deve possedere gli stessi requisiti specifici indicati per il gruppo operatorio;
- zona preparazione personale addetto;
- zona preparazione paziente;
- zona risveglio;
- deposito materiali sterili e strumentario chirurgico;
- locale visita;
- camera degenza (requisiti specifici dell'area di degenza);
- cucinetta;
- servizi igienici pazienti;
- servizi igienici personale;
- deposito pulito;
- deposito sporco.

Le superfici devono risultare resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce con raccordo arrotondato al pavimento. Quest'ultimo deve essere non inquinante, del tipo monolitico, resistente agli agenti chimici e fisici, antisdrucciolo. Ad eccezione degli ambienti dedicati alla degenza in regime di ricovero diurno, qualora la funzione di day-surgery si svolga all'interno di un'area di degenza, i servizi di supporto sopraindicati possono essere comuni.

Dotazione minima di arredi per camere di degenza:

- impianto chiamata sanitari con segnalazione acustica e luminosa;
- utilities per attività alberghiera.

Dotazione minima di arredi per locale visita trattamento:

- attrezzature idonee in base alle specifiche attività;
- lettino tecnico.

È inoltre prevista la seguente dotazione minima impiantistica:

- impianto gas medicali;
- impianto chiamata sanitari;
- aspirazione gas medicali direttamente collegata alle apparecchiature di anestesia;
- stazioni di riduzione delle pressioni per il reparto operatorio. Devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;
- impianto allarme di segnalazione di esaurimento dei gas medicali.

Requisiti organizzativi

- Criteri di selezione dei pazienti: il paziente deve essere selezionato dal chirurgo, insieme all'anestesia, in base a criteri clinici, logistici e socio-familiari.
- Criteri clinici: l'età di per sé non rappresenta una controindicazione per l'intervento in regime di DaySurgery. I criteri di selezione raccolgono le linee emanate dalle Società Scientifiche: sono quindi soggette ad evoluzione.
- Criteri logistici e sociali: il paziente deve essere in grado di comprendere ed accettare l'iter proposto, di osservare le prescrizioni terapeutiche, di disporre di una persona che lo assista durante le prime 24 ore.
- Definizione del percorso assistenziale: l'assistenza in regime di Day Surgery si caratterizza per un "pacchetto" predefinito di trattamento comprendente esami, l'intervento chirurgico e i controlli postoperatori, indipendentemente dall'effettivo numero di accessi.
- Informazione e consenso informato: nella Day Surgery il consenso del malato si arricchisce di un particolare significato, poiché la dimissione di norma avviene il giorno stesso in cui è stato eseguito l'atto chirurgico. Il consenso assume il significato di accettazione dell'iter proposto e di assunzione di responsabilità inerenti l'osservanza delle indicazioni comportamentali indicate.
- Regolamentazione delle fasi di ammissione, cura e dimissione: la struttura deve provvedere all'individuazione e all'attuazione di procedure per le fasi di ammissione, cura e dimissione del paziente:
  - *Ammissione*: devono essere formulate le procedure di ammissione del paziente in base a criteri di appropriatezza, alla valutazione clinica ed alle condizioni logistiche e famigliari, tenendo conto della tipologia e complessità del modello organizzativo della struttura.
  - *Cura*: dovranno essere adottati protocolli differenziati per patologia e monitoraggio operatorio con sorveglianza post-anestesiologica.
  - *Dimissione*: la dimissione viene decisa dal chirurgo in collaborazione con l'anestesista ed è subordinata alla verifica dello stato del paziente. Nella relazione destinata al medico curante e consegnata al paziente al momento della dimissione verranno riportati gli elementi caratterizzanti il ricovero, le terapie proposte e le indicazioni per la gestione di possibili complicazioni, oltre che recapito telefonico indicato dalla Struttura h24.
  - *Garanzie della continuità assistenziale*: tutte le strutture che svolgono attività di Day Surgery hanno l'obbligo di garantire la continuità Assistenziale e la facile reperibilità dei medici. Le strutture organizzate in modo autonomo sono obbligate a definire dei piani in caso di complicanze e per il trattamento di emergenze, oltre a garantire cure anche al di fuori dell'orario di attività, compresi i giorni prefestivi e festivi, direttamente o tramite la formalizzazione di accordi con altre strutture di ricovero.
  - *Utilizzo esclusivo e separazione dei flussi*: durante l'orario di funzionamento, i locali adibiti

alle attività di Day Surgery non possono essere utilizzati per altre attività.

- *Ruoli e responsabilità*: ruoli e responsabilità sono correlati in base alla complessità del modello organizzativo e ai volumi sviluppati.
- *Modalità di raccolta della documentazione clinica*: tutte le informazioni raccolte durante l'iter devono essere registrate: le cartelli cliniche e le procedure di ammissione, cura e dimissione dei pazienti devono essere archiviate.
- *Monitoraggio e valutazione di qualità*: è necessario il monitoraggio delle attività e l'identificazione di adeguati indicatori, di processo, di risultato e di esito per la valutazione della qualità del servizio reso.

ULTIMI SVILUPPI NORMATIVI E PROSPETTIVE FUTURE

Gli ultimi sviluppi normativi derivano da due importanti atti legislativi fortemente correlati e volti al perseguimento di un comune obiettivo:

- il Patto per la sanità 2010-2012: accordo siglato dal Governo, dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 3 Dicembre 2009 e che contiene le previsioni di spesa a carico del SSN per i tre anni di riferimento;
- il DPCM del 23 Aprile 2008: atto normativo, proposto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, che ha definito i nuovi Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA).

Il Patto per la salute prevede, in linea con le precedenti normative, un vigoroso tentativo di riduzione del numero dei posti letto, volto a favorire il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario a quello diurno, e, da questo, a quello ambulatoriale, garantendo comunque tutti i comportamenti necessari ad elevare la qualità delle operazioni chirurgiche, l'appropriatezza delle prestazioni e a riequilibrare le capacità di fornire servizi di analoga qualità ed efficacia su tutto il territorio.

Quest'atto normativo si basa anche sulle previsioni definite dal DPCM del 23 Aprile 2008.

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in questione, sono stati individuati i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso i quali, è stata introdotto nel nostro sistema sanitario nazionale una vera e propria rivoluzione con un risparmio previsto pari a 1,1 miliardi di euro.

Alle quarantatre prestazioni identificate dai LEA del 2001 come "potenzialmente inappropriati" se ne sono aggiunte ulteriori sessantaquattro: in sostanza 107 DRG su un totale di 500, sono individuati come DRG da erogare in Day Surgery e Day Hospital. I nuovi LEA hanno inoltre individuato circa 25 DRG, oggi già erogati in questi due regimi, che verranno trasferiti in assistenza ambulatoriale.

CONSIDERAZIONE SUI NUOVI LEA: LE PROBLEMATICHE INERENTI IL TRASFERIMENTO DI ALCUNI DRG DALLA DAY SURGERY ALLA CHIRURGI AMBULATORIALE

L'approvazione e l'applicazione del DPCM del 23 Aprile 2008, ha decretato, non solo a livello formale, ma anche a livello pratico, che queste attività chirurgiche a ridotta rischiosità venissero erogate in due differenti regimi assistenziali: in Day Surgery e in chirurgia ambulatoriale. In particolare, con i nuovi LEA, sono stati individuati 25 DRG ad "inappropriatezza organizzativa" per il regime di chirurgia di giorno, prevedendo quindi il loro trasferimento al modello ambulatoriale: questa decisone solleva tuttavia non poche perplessità.

La chirurgia ambulatoriale è stata definita dalla Commissione di studio sulla Day Surgery e la chirurgia ambulatoriale, istituita dal Ministero della Sanità il 12 Settembre 2000, come la "*possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero, in ambulatori ed ambulatori protetti, in anestesia topica, locale, loco regionale(limitatamente agli ambulatori protetti) e/o analgesica*".

La problematica fondamentale è rappresentata dal fatto che essa, differentemente dalla Day Surgery, non è mai stata soggetta ad uno studio per l'individuazione di un modello organizzativo idoneo alla sua implementazione: infatti, mentre la chirurgia a ciclo diurno ha subito una propria evoluzione normativa, culminata in una sua precisa definizione legislativa ed organizzativa descritta nel Patto Stato-Regioni dell'Agosto 2002, la chirurgia ambulatoriale, si ritrova ancora orfana di una configurazione organizzativa.

In sostanza non c'è alcun modello organizzativo previsto per la chirurgia ambulatoriale, o meglio, questa forma assistenziale viene erogata con lo stesso schema previsto per la Day Surgery: ad oggi, in sostanza, non c'è la minima differenza fra questi due modelli e, conseguentemente, risulta incomprensibile come sia possibile riconoscere DRG significativamente inferiori alla chirurgia ambulatoriale rispetto a quelli previsti per la Day Surgery.

Quindi il trasferimento dei 25 DRG dalla chirurgia di giorno a quella ambulatoriale, allo stato di fatto, rappresenta semplicemente la ricerca di un maggiore risparmio economico per il SSN che non trova tuttavia nessun fondamento da un punto di vista organizzativo e di efficienza nella prestazione offerta al paziente.

In ambito pediatrico il trasferimento di alcuni DRG dalla chirurgia di giorno a quella ambulatoriale è molto controverso e dovrà essere attentamente e prudentemente valutato data la complessità gestionale del paziente. Inoltre, nel paziente pediatrico l'esecuzione di un intervento in regime ambulatoriale è spesso impossibile per la mancanza di collaborazione da parte del paziente e il rifiuto dell'anestesia locale. Pertanto le due Società Scientifiche SARNePI e SICP sconsigliano vivamente l'esecuzione di interventi pediatrici in regime ambulatoriale e certamente non al di sotto dei 10-12 anni di età.

PROSPETTIVE FUTURE DELLA DAY SURGERY

Fino a pochissimi anni fa, le prestazioni oggi erogate in Day Surgery venivano comunemente effettuate in regime ordinario con una durata dei ricoveri sicuramente eccessiva rispetto al necessario: la conseguenza di questo modello organizzativo era un incremento dei costi di gestione che trovavano poi compenso in DRG sproporzionati per l'effettiva attività medica e assistenziale dovuta.

Con l'introduzione del regime di Day Surgery, che prevede tempi di ricovero inferiore alla singola giornata per pazienti con patologie a bassa complessità, è possibile immaginare e prevedere un'importante risparmio delle risorse finanziarie e quindi un notevole ridimensionamento dei rimborsi previsti per alcuni tipi di DRG, con un conseguente impatto positivo sui costi del SSN.

È quindi necessario attivare procedure di riassetto dell'intero servizio sanitario nazionale indispensabili per scongiurare il declino verso cui il nostro sistema medico/assistenziale sta volgendo. È proprio in questo scenario che lo sviluppo della forma organizzativa rappresentata dalla Day Surgery può svolgere un ruolo di primissimo livello.

Sicuramente, in vent'anni di storia, la chirurgia di giorno non ha ancora raggiunto la sua maturità e non si è quindi potuto godere a pieno dei benefici ad essa connessi, ma, questo modello organizzativo, rappresenta il nodo focale su cui basare quella riorganizzazione di cui il nostro sistema sanitario necessita, potendo infatti esso garantire, a parità di prestazioni erogate, una riduzione delle liste d'attesa, una maggiore flessibilità e attenzione all'esigenza del singolo paziente e soprattutto un notevole risparmio di risorse finanziarie da parte dello Stato.

Detto ciò va però fortemente evidenziato che il processo di trasferimento delle patologie chirurgiche dal ricovero ordinario a quello in Day Surgery e soprattutto quelle da Day Surgery a chirurgia ambulatoriale va attentamente e prudentemente valutato.

CAP 4 - FASE DI SELEZIONE DEL PAZIENTE

VALUTAZIONE PREOPERATORIA E SELEZIONE DEI PAZIENTI

L'anestesista è una figura protagonista nell'organizzazione della Day Surgery in quanto i momenti fondamentali del percorso sono di stretta pertinenza anestesiologica e si pone in maniera trasversale rispetto alle diverse specialità chirurgiche che afferiscono alla Day Surgery.

Gli atti clinici di pertinenza anestesiologica sono:

- La valutazione preoperatoria e selezione dei pazienti
- L'esecuzione dell'anestesia
- L'assistenza postoperatoria compresa la gestione del dolore
- La valutazione postoperatoria ai fini della dimissione

La valutazione preoperatoria consiste in un processo di valutazione clinica a cui viene sottoposto il paziente prima che venga eseguita anestesia, sotto la diretta responsabilità dell'anestesista.I benefici derivanti includono la sicurezza delle cure perioperatorie, con miglioramento dell'outcome e riduzione delle complicanze; infatti, è attraverso una adeguata valutazione preoperatoria che si può inquadrare il paziente sotto il profilo clinico e socio-culturale e prescrivere, se necessario accertamenti preoperatori al fine di ottimizzare lo stato di salute del paziente preoperatoriamente.

Nell'ambito Day Surgery la valutazione preoperatoria permette, da un lato di emettere un giudizio di idoneità a tale percorso assistenziale da parte dell'anestesista, e dall'altro, di fornire informazioni sulle tecniche anestesiologiche, sulla gestione del dolore postoperatorio e domiciliare, sulle modalità di svolgimento della giornata e sul comportamento da tenere riguardo il digiuno e le terapie farmacologiche. Infine consente di ottenere un consenso informato scritto.

La visita anestesiologica viene eseguita in regime ambulatoriale programmato in relazione alla data presunta dell'intervento derivante dall' indicazione chirurgica. L'organizzazione di un ambulatorio multidisciplinare, con possibilità di eseguire esami e consulenze immediate, permette di valutare il paziente in un unico accesso preferibilmente in orario extra scolastico.

La Task Force sulla valutazione preoperatoria dell'ASA nel 2012 ha pubblicato Practice Advisory pur ammettendo la presenza di letteratura ambigua che non consente di emanare delle vere e proprie Linee Guida, riguardo il contenuto, il timing e l'indicazione all'esecuzione di specifici test[5].

Alcuni studi riportano la possibilità di adottare il modello organizzativo One-Stop-Anesthesia[6], nel quale la valutazione preoperatoria può essere eseguita dall'Anestesista direttamente la mattina dell'intervento. Più recentemente la Società di Anestesia e Rianimazione Neonatale e Pediatrica Italiana SARNePI[7] ha emanato delle raccomandazioni riguardo la valutazione preoperatoria in età pediatrica.

Rapportando tali Advisory nel percorso assistenziale Day Surgery Pediatrica, la visita preoperatoria dovrebbe essere così strutturata:

- Contenuto: intervista al paziente (ausilio questionari strutturati compilati dai genitori e dal Pediatra di base), esame fisico diretto (come minimo: valutazione vie aeree, apparato cardiovascolare e polmonare), esecuzione tests di laboratorio se indicati, altre consulenze quando appropriate.
- Timing: trattandosi di una popolazione sana sottoposta ad interventi chirurgici di chirurgia minore non è richiesta una valutazione preoperatoria in largo anticipo per ottimizzare le condizioni del paziente, quindi è consigliata una valutazione in prossimità dell'intervento chirurgico, soprattutto sotto l'anno di vita, dove l'evoluzione e la crescita del paziente sono molto rapide. Alcuni studi riportano la possibilità di adottare il modello organizzativo One-Stop-Anesthesia[8], nel quale la valutazione preoperatoria può essere eseguita dall'Anestesista direttamente la mattina dell'intervento. Per quanto riguarda l'eleggibilità del paziente al percorso day surgery, questa si basa su di una raccolta dati eseguita dal chirurgo durante la visita chirurgica. Tali dati vengono forniti successivamente all'anestesista che decidera', da desk, il timing della visita anestesiologica in base alle caratteristiche dei pazienti. La visita anestesiologica successiva sara' eseguita in preospedalizzazione qualche giorno prima dell'intervento (one-stop negativi) o la mattina dell'intervento (one-stop positivi) in base alla complessita' dei dati anamnestici forniti. Nonostante le preferenze dei genitori sulla riduzione dei costi e la loro soddisfazione sullo screening one-stop siano risultate positive[9], scarse sono le evidenze in letteratura che consentono di definire ottimale questo modello organizzativo rispetto alla valutazione preoperatoria in preospedalizzazione di tutti i pazienti che rappresenta la modalità più diffusa in Italia. Pertanto la scelta rimane aperta in base al modello organizzativo adottato localmente, in base all'esperienza del team anestesiologico e chirurgico ed alla legislazione locale.

Timing valutazione preoperatoria
Non è richiesta una valutazione pre-operatoria in largo anticipo. È consigliabile una valutazione in prossimità dell'intervento *LIVELLO DI PROVA V* *FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE B*

- Indicazione di specifici tests di laboratorio: i test preoperatori routinari in pazienti asintomatici non portano importanti contributi nella valutazione preoperatoria e nella gestione perioperatoria del paziente[10]. Mentre tests mirati ad indagare condizioni sospette o

l'evoluzione di patologie accertate possono fornire indicazioni importanti e far modificare la condotta anestesiologica. Il tipo di test non può essere standardizzato ma deve essere scelto sulla base delle informazioni ottenute dall'intervista e dall'esame fisico. L'esecuzione routinaria dei tests della coagulazione per interventi di otorinolaringoiatria o per l'esecuzione di un blocco centrale[11] rimane uno degli argomenti più controversi. La French Society of Anaesthesia and Intensive Care ha emanato nel 2013 delle Linee Guida sulla valutazione emostatica preoperatoria[12]. Confermano l'esecuzione dei test della coagulazione in seguito alla raccolta anamnestica e all'esame fisico, che ancora risultano essere maggiormente sensibili dei test eseguiti in maniera routinaria, poiché test normali non escludono un difetto della coagulazione e possibilità di sanguinamento perioperatorio.

Anche in età pediatrica l'uso routinario dei test della coagulazione mostra un basso valore predittivo[13].

Non esistono questionari per la raccolta anamnestica per diatesi emorragica validati per l'età pediatrica, mentre sono validati questionari per lo screening di pazienti adulti e pediatrici per la malattia di von Willebrand tipo I[14] e altri disordini piastrinici[15]. Nella raccolta anamnestica deve essere posta particolare attenzione al momento della nascita (cefalo ematoma, cordone ombelicale), al sito di iniezione del vaccino, alla caduta dei denti, epistassi ed artropatie emorragiche e alla storia familiare. Minore valore predittivo del questionario si potrebbe avere qualora fosse impossibile un'adeguata ricostruzione della storia familiare (adozione, fecondazioni, immigrazione) e per i bambini sotto l'anno di vita che non hanno avuto occasioni di traumi.

Test routinari di laboratorio, compresi quelli della coagulazione
L'uso routinario di test in pazienti oltre l'anno asintomatici ha un basso valore predittivo *LIVELLO DI PROVA I* *FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A*

Il pilastro della valutazione è rappresentato dalla raccolta anamnestica effettuata attraverso i genitori. I questionari strutturati rappresentano un valido strumento per la raccolta anamnestica[16] e sono dimostrati più efficaci della tradizionale anamnesi nei pazienti sottoposti ad adenotonsillectomia, anche per il valore medico legale che possono rappresentare, in quanto firmati dai genitori.

Uso del questionario anamnestico
L'uso del questionario a cura dei genitori rappresenta un valido strumento per la raccolta dei dati PER GLI INTERVENTI DI ADENO-TONSILLECTOMIA *LIVELLO DI PROVA IV* *FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE C*

La compilazione del questionario per la raccolta anamnestica a cura del Pediatra di base avrebbe un valore aggiunto e consentirebbe di snellire i tempi della valutazione anestesiologica, punto cardine nell'ambito dell'Accreditamento (Scheda di Accesso in Ospedale - Accordo Collettivo Nazionale art. 37 Allegato D - DL 517/93 e 229/99)

Durante la visita preoperatoria si devono elargire ampie istruzioni scritte sulle varie fasi del percorso di DS, con particolare attenzione al digiuno preoperatorio, all'organizzazione del giorno dell'intervento, sulla dimissione e sul trattamento del dolore postoperatorio e domiciliare[17,18]. L'importanza della comunicazione richiede ove necessario l'ausilio di un mediatore culturale.

La Day Surgery è particolarmente appropriata in ambito pediatrico, poiché si tratta di interventi di chirurgia minore, di breve durata ed eseguiti su una popolazione sana. Tuttavia esistono condizioni che escludono l'esecuzione di interventi in regime Day Surgery per cause che possono essere correlate al paziente, alla procedura chirurgica ed all'anestesia o a fattori socio anagrafici.

CRITERI DI ESCLUSIONE

Paziente

– Bambini a termine < primi 28 giorni di vita.

Neonato a termine è escluso dalla Day Surgery
LIVELLO DI PROVA V *FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A*

A causa del maggior rischio di complicanze respiratorie con la bassa età, si escludono i bambini nati a termine (oltre le 38 settimane) con un età inferiore ad un mese. Resta a discrezione della Struttura la possibilità di far entrare in DS pazienti di età compresa tra 1 e 6 mesi, che vengono sottoposti ad interventi che avvengono in assenza di complicanze intra e post-operatorie:

– Pretermine o ex-pretermine < 60 settimane post concezionali

I bambini ex pretermine non dovrebbero essere inclusi nel programma DS a meno che non siano in ottime condizioni ed abbiano superato le 60 settimane post concezionali per l'incrementato rischio di

apnea e bradicardia postoperatoria[20]. Infatti un recente studio[21], GAS Study, eseguito su una popolazione di lattanti di età postmestruale (PMA) inferiore alle 60 settimane e nati oltre la 27° settimana postconcezionale (PCA), ha valutato come end-point secondario l'incidenza di apnea dopo anestesia. I pazienti (n.722) erano randomizzati a ricevere awake anestesia RA (anestesia locoregionale n. 363) o anestesia generale GA (n. 359) per essere sottoposti a correzione di ernia inguinale. L'incidenza totale di apnea tra 0 e 12 ore comprendendo early apnea <1 ora e late apnea <12 ore) era simile nei due bracci (3% in RA e 4% in GA; odds ratio 0.63; 95% CI, 0.31 to 1.30, P = 0.2133). Il dato saliente è rappresentato però dal fatto che il 96% di pazienti che hanno presentato apnea erano prematuri, diventando la prematurità il più significativo fattore di rischio per apnea postoperatoria (OR, 21.87;95% CI, 4.38 to 109.24), indipendentemente dal tipo di anestesia, dalla durata dell'intervento e dal valore di emoglobina. Il rischio di sviluppare apnea postoperatoria è invece influenzato dall'età postconcezionale e al peso al momento della chirurgia e all'età gestazionale alla nascita. Alla luce di questi dati si ritiene necessario un monitoraggio cardiorespiratorio di almeno 12 ore per tutti i pazienti ex-prematuri che non abbiano superato le 60 settimane postconcezionali, escludendone la possibilità di arruolamento in Day Surgery.

Precedenti studi[19-22] avevano dimostrato che l'apnea avviene nel 25% dei neonati, ma che questa è inversamente correlata all'età post concezionale (PCA): in pazienti con PCA>60 settimane l'incidenza è <5%, e che sono sufficienti 44-46 settimane PCA per evitare apnea e bradicardia postoperatorie, ed infine che l'incidenza di apnea e bradicardia è bassa dopo le 52 settimane PCA.

Pertanto dai dati presenti in letteratura si evince che superate le 60 settimane post concezionali i bambini ex pretermine possono entrare in DS a condizione che siano evitate le situazioni che possano far aumentare un rischio aggiuntivo di apnea, come l'anemia se presente, ed un monitoraggio post-operatorio variabile a seconda dell'età postconcezionale. Nello specifico con PCA <46 settimane si richiede un monitoraggio continuo per almeno 12 ore, escludendo la possibilità della DS. Tra 46 e 60 settimane PCA sono sufficienti 6 ore di monitoraggio[20]. A causa della instabilità a cui spesso vanno incontro questi bambini ed alla necessità possibile di un monitoraggio intensivo nel postoperatorio, si consiglia di trattare questo tipo di pazienti in ospedali ad alta specialità di III livello.

Pretermine in Day Surgery
Possono essere operati in regime di Day Surgery ma in Ospedale di Alta Specialità:
Lattanti PCA ≥ 60 weeks
Stabilizzato con anemia corretta
Con un monitoraggio post-operatorio variabile a seconda della PCA
LIVELLO DI PROVA II
FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A

– Presenza di una malattia sistemica *ASA III*

Possono essere inclusi nella day surgery bambini che non hanno malattie sistemiche note, che appartengono quindi alle classi ASA I e II[23]. Tuttavia bambini classificati come ASA III, con un buon controllo della malattia, possono entrare nel percorso day surgery, a discrezione della struttura che li prende in carico (Consensus Congresso SARNePI 2014). Il consiglio è di eseguirli come primo caso, in modo da avere più tempo a disposizione per il monitoraggio prima della dimissione.

ASA III
Il paziente ASA III è escluso dalla Day Surgery *LIVELLO DI PROVA VI* *FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE C*

– Infezioni attive (soprattutto tratto respiratorio) al momento del ricovero

L'infezione del tratto respiratorio superiore (URI) è comune nel paziente pediatrico e pone un dilemma se procedere con la chirurgia e soprattutto se mantenere il regime DS. URI sono associate ad aumentata incidenza di complicanze respiratorie in anestesia (tosse, desaturazione, broncospasmo e laringospasmo) sebbene queste risultino facilmente gestibili e senza sequele[24-26]. La valutazione preoperatoria il giorno della chirurgia deve essere discriminante ponendo l'attenzione sullo stato di salute generale del paziente e valutando se è febbrile, stanco, prostrato, abbattuto, con alterazioni del respiro e tachicardico. Il controllo della saturazione preoperatorio potrebbe essere discriminante per valutare se l'infezione è circoscritta al tratto respiratorio superiore o ha coinvolto le basse vie respiratorie. Altri fattori di rischio per complicanze respiratorie in pazienti con URI sono rappresentati da: utilizzo del tubo endotracheale, prematurità, asma, esposizione al fumo passivo, secrezioni copiose, congestione nasale e chirurgia alle vie aeree[27].

Quindi un bambino francamente sintomatico con o senza associazione di ulteriori fattori di rischio dovrebbe essere posticipata la chirurgia di 4 settimane[28].

Se i sintomi sono lievi o moderati.

– età < 1 anno: posporre

– età > 1 anno: considerare altri fattori di rischio e valutare rischio/beneficio della procedura[28].

Pazienti con URI
Utilizzo dell'algoritmo diagnostico *LIVELLO DI PROVA II* *FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A*

CAP 5 - PROCEDURE CHIRURGICHE ESEGUIBILI IN DAY SURGERY

La Società Italiana di Chirurgia Pediatrica (SICP) attraverso una revisione sistematica della letteratura, con valutazione metodologica secondo il sistema di grading sviluppato dal CEVeAS (Centro per la Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria di Modena) e una Consensus Conference (Perugia 2015), ha redatto una serie di raccomandazioni in cui viene riportato il livello di prova e la forza della raccomandazione per ogni tipologia di intervento chirurgico eseguibile in DS.

Fermo restando che, ogni struttura anche in base alla legislazione regionale e/o aziendale può definire una lista di procedure esguibili in DS, si riportano di seguito le evidenze presenti al momento in letteratura scientifica.

a) Patologia del canale inguinale

Ernia inguinale ed idrocele

L'ernia inguinale o inguino-scrotale, così come l'idrocele comunicante, sono la conseguenza della mancata chiusura del dotto peritoneo-vaginale. Si tratta nella maggioranza dei casi di un'ernia obliqua esterna o indiretta. Più rare in età pediatrica sono l'ernia diretta e l'ernia crurale.

Il trattamento di tutte queste forme erniarie così come dell'idrocele comunicante, può avvenire in regime di day surgery con tecnica open **(LE: 4; FR: A**) o laparoscopica (**LE: 4; FR: B**), *(29-34,38-47)* tranne in caso di neonati prematuri con meno di 60 settimane *(35-37)* post-concezionali per il rischio di apnee post-operatorie (**LE: 3; FR: E**).

Criptorchidia

La mancata discesa del testicolo al fondo del rispettivo emiscroto dopo il 3° mese di vita viene definita criptorchidia e richiede un trattamento chirurgico. L'orchidopessia va realizzata preferibilmente entro il primo anno di vita per le forme più alte (testicolo intraddominale o intracanalare) e per le forme più basse (testicolo emergente o ectopico) entro il 18° mese di vita (**LE: 3; FR: B**). Il testicolo retrattile che entra ed esce dalla sua sede normale, ma che può essere condotto al fondo dello scroto ove resta senza tensione, non va operato ma controllato annualmente sino alla pubertà (**LE: 3; FR: A**)

L'intervento di orchiopessia può essere realizzato in regime di Day Surgery, sia con tecnica open (**LE: 3 ; FR: A**) che laparoscopica per le sole forme intraddominali (**LE: 3 ; FR: B**) *(49-55)*

Varicocele

Il varicocele è un'abnorme dilatazione delle vene del plesso pampiniforme del cordone spermatico, più spesso di sinistra (90%). Il trattamento chirurgico è indicato in caso di ipotrofia testicolare (> 20%

rispetto al controlaterale) o se sintomatico (dolore, pesantezza).

L'intervento di legatura intra o infra canalare delle vene spermatiche può essere realizzato in regime di Day Surgery, così come con sclero-embolizzazione anterograda secondo Tauber (**LE: 5; FR: A**) Il trattamento del varicocele per via laparoscopica con tecnica di Palomo (legatura in massa delle spermatiche sopracanalare) può anche essere realizzato in regime di Day Surgery (**LE: 5; FR: B**) *(56-62)*

Pertanto si può affermare che la patologia del canale inguinale in età pediatrica ben si presta al trattamento in regime di Day Surgery.

Il basso livello di evidenza delle raccomandazioni è dovuto alla scarsità di trials randomizzati sull'argomento, ma è controbilanciato da una alta forza delle raccomandazioni scaturita dalla consolidata esperienza clinica degli ultimi 20 anni in tutti i centri del mondo così come riportato nei molti documenti di consenso di importanti società scientifiche (BAPS, AAP,)

Ancora esiste un certo timore nel dimettere lo stesso giorno dell'intervento i pazienti operati in laparoscopia e ciò a dispetto delle numerose esperienze pubblicate con buon livello di evidenza scientifica. La consensus conference pertanto suggerisce di valutare l'eventuale permanenza in ospedale la notte dopo l'intervento lì dove non esiste una consolidata esperienza con l'approccio laparoscopico.

In futuro le nostre Società Scientifiche dovrebbero impegnarsi nel produrre maggiori evidenze a favore della Day Surgery sul trattamento di queste patologie, con trials randomizzati, eventualmente multicentrici, che possano supportare in maniera definitiva la bontà e l'appropriatezza di tale approccio assistenziale.

POSSONO ESSERE OPERATE IN REGIME DI DAY SURGERY
ERNIA INGUINALE OPEN: **LE: 4**; **FR: A**
IDROCELE COMUNICANTE: **LE: 4**; **FR: A**
CRIPTORCHIDIE CON TECNICA OPEN **LE: 3**; **FR: A**
VARICOCELE CON TECNICA OPEN INTRA O INFRACANALARE **LE: 3**; **FR: A**
VA VALUTATO SE OPERARE IN REGIME DI DAY SURGERY
ERNIA INGUINALE LAPAROSCOPICA: **LE: 4**; **FR: B**
CRIPTORCHIDIE (INTRADDOMINALI) CON TECNICA LAPAROSCOPICA **LE: 3**; **FR: B**
VARICOCELE CON TECNICA LAPAROSCOPICA **LE: 3**; **FR: B**
NON POSSONO ESSERE OPERATE IN REGIME DI DAY SURGERY
ERNIA INGUINALE NEL PREMATURO CON MENO DI 60 SETTIMANE POST CONCEZIONALI: **LE: 3**; **FR: E**

b) Ernie della parete addominale

Ernia ombelicale, ernia della linea alba

Le comuni ernie ombelicali, dopo i 2-3 anni di vita, così come le ernie della linea alba (epigastriche) o la più rara ernia di Spigelio (laterale ai muscoli retti) sono tutte gestibili in regime di Day Surgery (**LE: 4**; **FR: A**).

Le pur rare ernie ombelicali permagne del neonato/ lattante che necessitano di una chiusura chirurgica comportante il reintegro in addome di un significativo volume di anse intestinali, va invece gestito preferibilmente in regime ordinario di ricovero per le possibili complicanze respiratorie postoperatorie. (**LE: 4**; **FR: D**) *(63-67)*

POSSONO ESSERE OPERATE IN REGIME DI DAY SURGERY
ERNIA OMBELICALE (**LE: 4**; **FR: A**)
ERNIA DELLA LINEA ALBA (EPIGASTRICA) (**LE: 4**; **FR: A**)
NON POSSONO ESSERE OPERATE IN REGIME DI DAY SURGERY
ERNIE OMBELICALI PERMAGNE (**LE: 4**; **FR: D**)

c) Patologia dei genitali maschili

Fimosi

Stenosi più o meno severa del prepuzio che impedisce la retrazione dello stesso sul glande dopo il primo anno di vita. La fimosi trova indicazione chirurgica quando è di natura cicatriziale o dovuta a BXO (Balanite Xerotica Obliterans) e, nei maschietti più grandi, quando la stenosi si manifesta soprattutto in erezione esponendoli al rischio di parafimosi (strozzamento del glande a prepuzio retratto).

Gli interventi di prepuzioplastica o di circoncisione sono realizzabili in Day Surgery (**LE: 5**; **GR: A**)*(68-74)*

Pene infossato

Il pene infossato è un pene di dimensioni normali ma nascosto nel grasso pubico. Può essere dovuto ad un eccesso di grasso per obesità, ad interventi di circoncisione mal condotti o, forma più rara, quella congenita dovuta ad un difetto di fissazione della fascia e della pelle che, invece di aderire alla base del pene, aderisce solo in prossimità del solco balano prepuziale. La soluzione chirurgica è indicata solo per

le forme congenite o post-circoncisione. A secondo della tecnica impiegata e della sua invasività andrà valutata la possibilità di gestire il paziente in regime di day surgery (**LE: 5**; **GR: B**) *(75-77)*

Pene palmato

Il pene palmato presenta un'anomala giunzione peno-scrotale che risulta in un aspetto a tenda ventrale. Oltre al problema estetico, il pene palmato può presentare anche un problema funzionale in erezione. La comune tecnica di correzione mediante plastica V-Y o a Z consente di trattare tale malformazione in regime di day surgery (**LE: 5**; **GR: A**) *(78,79)*

Ipospadia distale

Le forme distali di ipospadia, glandulare e coronale, sono le più frequenti (75%). Il loro trattamento nei primi 15 mesi di vita con tecniche quali la MAGPI, TIPU, Mathieu, sono realizzabili in Day Surgery sia che si lasci un catetere o uno stent , sia che non lo si lasci consentendo la minzione spontanea. La compliance familiare e la gestione del dolore deve orientare la scelta del regime di ricovero (**LE: 3**; **GR: B**) (*80-86)*

PUÒ ESSERE OPERATEO IN REGIME DI DAY SURGERY
FIMOSI E PENE PALMATO **LE: 5**; **GR: A**
VA VALUTATO SE OPERARE IN REGIME DI DAY SURGERY
PENE INFOSSATO **LE: 5**; **GR: B**
IPOSPADIA DISTALE **LE: 3**; **GR: B**

d) Patologia di superficie

Cisti, nevi, neoformazioni tegumentarie

Tutte le neoformazioni superficiali quali nevi, cisti, e neoformazioni di natura da determinare che giungono sino alla fascia superficiale o al periostio cranico possono essere agevolmente trattate con ricovero breve così come le vestigia embrionarie quali seni preauricolari e traghi accessori (**LE: 5**; **GR: A**) *(86-92)*

Angiomi, linfangiomi, linfadenectomie superficiali, patologia pilonidale

Le malformazioni vascolari superficiali escisse chirurgicamente o trattate con fotocoagulazione laser, i linfangiomi escissi o trattati con scleroterapia, le linfadenectomie superficiali, (**LE: 5**; **GR: A**) e la patologia pilonidale con sutura della breccia residua per prima intenzione (**LE: 5**; **GR: B**) possono altresì essere tutte agevolmente gestite in regime di Day Surgery. Al contrario la guarigione per seconda

intenzione di una patologia pilonidale non è raccomandabile gestirla in Day Surgery (**LE: 5**; **GR: D**) *(93-104)*

PUO' ESSERE OPERATEO IN REGIME DI DAY SURGERY
LE NEOFORMAZIONI CUTANEE E SOTTOCUTANEE **LE: 5**; **GR: A**
LINFADENECTOMIE SUPERFICIALI **LE: 5**; **GR: A**
LINFANGIOMI E MALFORMAZIONI VASCOLARI SUPERFICIALI **LE: 5**; **GR: A**
VA VALUTATO SE OPERARE IN REGIME DI DAY SURGERY
PATOLOGIA PILONIDALE A GUARIGIONE PER PRIMA INTENZIONE **LE: 5**; **GR: B**
PATOLOGIA PILONIDALE A GUARIGIONE PER SECONDA INTENZIONE **LE: 5**; **GR: D**

e) Patologia orale

Anchiloglossia

La brevità del frenulo linguale se provoca difficoltà alla suzione o se impedisce una fonesi corretta richiede la frenulotomia. Dopo i 6 mesi di vita tale procedura è tradizionalmente realizzabile in Day Surgery avendo bisogno di una breve anestesia generale (**LE: 4**; **GR: A**). Prima dei 6 mesi può essere eseguita anche a livello ambulatoriale (*105-107)*

Ipertrofia del frenulo labiale superiore

Il diastema (separazione degli incisivi superiori) provocata da interposizione di un frenulo labiale superiore ipertrofico è un'indicazione alla frenuloplastica dopo la dentizione definitiva degli incisivi e anche questa piccola procedura è realizzabile in Day Surgery (**LE: 5**; **GR: A**) *(30,105)*

Mucoceli

Mucoceli labiali, linguali e del pavimento orale sono tutti trattabili per escissione primaria tranne grosse ranule non asportabili in toto che si beneficiano della marsupializzazione. Anche per tali procedure il regime di ricovero in Day Surgery è da molti anni utilizzato (**LE: 5**; **GR: A**) (*29,104)*

Labioschisi

Diversi studi sono stati pubblicati sul trattamento della labioschisi e della labiopalatoschisi in Day Surgery. Al momento esistono buone prove scientifiche che consentono di prendere in considerazione tale regime di ricovero soprattutto per il trattamento chirurgico della labioschisi isolata a partire dal 3°

mese di vita (**LE: 3**; **GR: B**) *(108-114)*

PUO' ESSERE OPERATO IN REGIME DI DAY SURGERY
ANCHILOGLOSSIA **LE: 4**; **GR: A**
IPERTROFIA FRENULO LABIALE SUPERIORE **LE: 5**; **GR: A**
MUCOCELI **LE: 5**; **GR: A**
VA VALUTATO SE OPERARE IN REGIME DI DAY SURGERY
LABIOSCHISI **LE: 3**; **GR: B**

f) Patologia congenita del collo

Anomalie archi branchiali e dotto tireoglosso

Seni, cisti e fistole del 2° e 3° arco branchiale possono essere trattate in regime di Day Surgery (**LE: 5**; **GR: A**), mentre va valutata la possibilità di un pernottamento dopo l'asportazione di patologie del 1° e del 4° arco branchiale (**LE: 5**; **GR: B**).

L'emitiroidectomia associata all'asportazione di una cisti del 4° arco branchiale va invece prudenzialmente trattenuta almeno una notte in ospedale (**LE: 5**; **GR: C**).

La procedura di Sistrunk (asportazione della cisti + corpo dell'osso ioide e del tratto sopraioideo del dotto tireoglosso sino al foramen caecum) per il trattamento della patologia del dotto tireoglosso, ponendo attenzione ad una accurata emostasi del letto residuo, consente di inviare a casa il paziente anche nella stessa giornata dell'intervento *(115-118)* Tuttavia tale decisione va presa in base alliesperienza delleoperatore ed alloesito delleintervento in termini di durata e difficoltà (**LE: 4** ; **GR: B**).

PUO' ESSERE OPERATEO IN REGIME DI DAY SURGERY
SENI, CISTI E FISTOLE DEL 2° E 3° ARCO BRANCHIALE **LE: 5**; **GR: A**
VA VALUTATO SE OPERARE IN REGIME DI DAY SURGERY
SENI, CISTI E FISTOLE DEL 1° E 4° ARCO BRANCHIALE **LE: 5**; **GR: B**
CISTI DEL DOTTO TIREOGLOSSO **LE: 4**; **GR: B**
EMITIROIDECTOMIA **LE: 5**; **GR: C**

g) Patologia addominale

Appendicectomia

Nonostante esistano studi, sia in letteratura pediatrica che degli adulti, di livello di evidenza 3 (quindi superiore ai livelli di evidenza raggiunti per pratiche più comuni) sulla gestione in regime di Day Surgery dell'appendicite acuta non complicata (flemmonosa o gangrenata senza perforazione) o dell'appendicectomia differita (interval appendectomy degli anglosassoni), esiste ancora una certa titubanza alla dimissione in giornata (**LE: 3**; **GR: C**) *(119-124)*

Colecistectomia

La patologia colecistica in età pediatrica è piuttosto rara rispetto alla sua frequenza nell'adulto. La colecistectomia laparoscopica è considerata il gold standard per tale patologia. La grande diffusione della colecistectomia laparoscopica, soprattutto nell'adulto, ha generato un gran numero di studi di alta significatività scientifica (trials randomizzati) anche sulla realizzabilità in regime di Day Surgery *(125-135)*. In campo pediatrico la colecistectomia laparoscopica è realizzata meno frequentemente che nell'adulto e di conseguenza minori sono le esperienze dei singoli centri e pertanto, da tale considerazione, la consensus conference, pur recependo l'alto livello di evidenza degli studi, ha preferito assegnare il livello B nel grading delle raccomandazioni (**LE 1**; **GR:** B)

Fundoplicatio Gastrica

Il reflusso gastro-esofageo resistente alla terapia medica può richiedere il trattamento chirurgico di fundoplicatio gastrica. Al giorno d'oggi la maggior parte delle fundoplicatio vengono eseguite con tecnica laparoscopica che ne ha ridotto il dolore postoperatorio e la permanenza in ospedale. Diverse esperienze cliniche anche di buona qualità scientifica (LE: 4) sono state riportate in letteratura, anche pediatrica, proponendo l'esecuzione di tale intervento anche in regime di Day Surgery con rialimentazione dopo due ore e terapia antalgica domiciliare *(136-138)*. Ciononostante considerata la minore esperienza media dei centri pediatrici esiste ancora un'incertezza nel raccomandare tale procedura chirurgica con dimissione in giornata (**LE: 4**; **GR: C**)

Gastrostomia

Quando è necessario assicurare una nutrizione enterale di lunga durata come nei bambini neurologici il gold standard oggi è rappresentato dalla PEG (percutaneous endoscopic gastrostomy). In taluni casi ove la PEG può risultare difficile o rischiosa (soprattutto in bambini) è stata proposta la MAG (microlaparoscopic-assisted gastrostomy). Per entrambe le procedure sono state pubblicate esperienze in Day Surgery *(139-145)* con buon livello di evidenza scientifica (**LE: 3**) ma la consensus conference pediatrica da noi riunita si è espressa per un più prudente approccio se non si possiede una specifica e solida esperienza con tali procedure (**LE: 3**; **GR: C**).

VA VALUTATO SE OPERARE IN REGIME DI DAY SURGERY
Colecistectomia laparoscopica (**LE 1**; **GR: B**)
Appendicectomia non complicata (**LE: 3**; **GR: C**)
Gastrostomia PEG/MAG (**LE: 3**; **GR: C**)
Fundoplicatio laparoscopica (**LE: 4**; **GR: C**)

h) Patologia urologica

Pieloplastica

La pieloplastica per ostruzione del giunto pielo-ureterale è stata, in diverse esperienze sia sull'adulto che sul bambino, riportata come eseguibile in regime di Day Surgery sia quando realizzata con tecnica open che laparoscopica *(146-151)*

Come per altre procedure più complesse, la consensus conference, nonostante il buon livello di evidenza scientifica dei lavori pubblicati, ha ritenuto di consigliare una particolare attenzione nella scelta di tale opzione assistenziale riservandola soprattutto ai centri specialistici che vantino casistiche numerose (**LE: 4**; **GR: C**).

Reflusso vescico-ureterale in Trattamento endoscopico

Il trattamento endoscopico del reflusso vescico-ureterale (RVU) con sostanze ispessenti (Deflux) iniettate dietro allo sbocco dell'uretere refluente in vescica, è attualmente il trattamento di scelta con il maggior tasso di risoluzione. Gran parte dei centri di urologia pediatrica trattano il RVU per via endoscopica in regime di Day Surgery (**LE: 4**; **GR: B**) *(153-154)*

Nefrectomia

Già da alcuni anni sono riportate esperienze, sia in adulti che bambini, di nefrectomie per reni non funzionanti o masse, in regime di Day Surgery. Tali esperienze sono più spesso realizzate in retroperitoneoscopia o laparoscopia *(153-155).* Anche in questo caso questa scelta può essere fatta solo se si possiede consolidata esperienza nel settore ed in casi attentamente selezionati altrimenti è preferibile trascorrere almeno una notte in Ospedale. (**LE: 5**; **GR: C**).

VA VALUTATO SE OPERARE IN REGIME DI DAY SURGERY
REFLUSSO VESCICO-URETERALE PER VIA ENDOSCOPICA (**LE: 4**; **GR: B**)
PIELOPLASTICA (**LE: 4**; **GR: C**)
NEFRECTOMIA (**LE: 5**; **GR: C**)

FATTORI SOCIO-FAMILIARI

- Genitori impossibilitati o non disponibili a prendersi cura del bambino durante il decorso postoperatorio domiciliare.
- Scarse condizioni igieniche domiciliari.
- Assenza di un telefono.
- Distanza maggiore di 1 ora di strada da qualsiasi ospedale che abbia un PS H24.
- Inadeguato mezzo di trasporto (no mezzi pubblici).

DEFINIZIONE DI FATTORI SOCIO-FAMILIARI
Non esistono studi, linee guida o raccomandazioni che supportino le precedenti definizioni; esse sono pertanto basate unicamente sul consenso raggiunto tra le diverse opinioni degli operatori coinvolti *LIVELLO DI PROVA VI* *FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE B*

PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

Digiuno

Le complicanze più frequenti della DS sono il PONV e l'agitazione psicomotoria al risveglio. Mantenere un bambino digiuno dalla mezzanotte significa indurre e quindi risvegliare un bambino irritato perché assetato ed affamato e per giunta con un volume gastrico residuo superiore a 0.4 ml/kg con un PH inferiore di 2.5. Questo aumenta il rischio di aspirazione, il PONV e l'agitazione al risveglio. Somministrare liquidi chiari 2-3 ore prima dell'induzione riduce il volume gastrico residuo ed aumenta il PH. Quindi si rimanda alle Guidelines relative al digiuno preoperatorio.[156-159]

DIGIUNO PRE-OPERATORIO
Liquidi chiari fino a 120 min preoperatori *LIVELLO DI PROVA I* *FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A*

TIPI DI ANESTESIA

Lo scopo principe della Day Surgery è il rapido recupero, al fine di raggiungere in tempi brevi i criteri della dimissione e minimizzare gli effetti collaterali dell'anestesia.

Alla luce di questa esigenza la condotta anestesiologica deve mirare a rendere i pazienti dimissibili nel minor tempo possibile al reparto di provenienza ed in ultimo dall'ospedale.

Le principali complicanze che potrebbero interferire con la dimissione sono rappresentate da nausea e vomito postoperatorio PONV, disturbi del comportamento e complicanze respiratorie e cardiovascolari.

La scelta della tecnica anestesiologica dipende da diversi fattori, tra cui il tipo di intervento e le condizioni del paziente. Trattandosi di una popolazione pediatrica è estremamente raro praticare un'anestesia locale o loco regionale in assenza di sedazione. Pertanto nell'ambito dell'anestesia generale si deve ricercare la tecnica anestesiologica a minor impatto sui tempi di recupero e che possa in minor misura provocare effetti collaterali che possano ritardare la dimissione. Studi recenti costituiti da una revisione sistematica della letteratura[160] a tutto oggi non offrono forti evidenze di riduzione degli effetti collaterali, come PONV e disturbi del comportamento, quando viene utilizzata l'induzione e il mantenimento endovenoso con propofol rispetto all'inalatoria.

TIPI DI ANESTESIA
Ev vs Inalatoria non differenze per: PONV, disturbi del comportamento, complicanze cardiovascolari e respiratorie e dimissione dalla recovery room
LIVELLO DI PROVA I
FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A

Nausea e vomito postoperatorio

Nausea e vomito postoperatori (PONV) sono la complicanza più frequentemente riscontrata in anestesia. Dalla presenza di PONV si può incorrere in altre complicanze più gravi come l'aspirazione, la disidratazione, lo squilibrio elettrolitico, la spossatezza ed infine danni alla ferita chirurgica per lo sforzo. Nel paziente pediatrico è molto più frequente osservare vomito postopeperatorio (POV) a causa della sua incapacità di riferire il sintomo nausea. Entrambe sono complicanze molto costose per la DS, poichè ritardano o non consentono la dimissione, necessitano di maggiori cure mediche e causano discomfort e ansia nel bambino e nei genitori. Eberhart[161] ha identificato 4 predittori indipendenti di POV: durata della chirurgia >30 minuti, età >3 anni, storia di POV nel paziente, nei genitori o nei fratelli, chirurgia per strabismo o otorinilaringoiatrica. Basandosi sulla presenza di 0,1,2,3,4 fattori, il rischio di POV era rispettivamente del 9%, 10%, 30%, 55%, e 70%.

L'approccio al trattamento è multifattoriale e coinvolge la preparazione preoperatoria, la stratificazione del rischio ed una razionale selezione nell'uso della profilassi. Il principale determinante per la riduzione del POV nella fase preoperatoria è evitare la disidratazione e incoraggiare il paziente a bere liquidi chiari fino a due ore prima dell'induzione. Nell'intraoperatorio può giocare in senso positivo evitare l'utilizzo del protossido d'azoto, gli anestetici volatili e ridurre al minimo l'utilizzo degli oppioidi nel postoperatorio. Comunque una recente Cochrane[160] ha mostrato che non c'è una riduzione di PONV con l'utilizzo di anestesia endovenosa rispetto all'inalatoria. L'indicazione alla profilassi deriva dalla stratificazione del rischio nella popolazione pediatrica. Recenti Linee Guida[162] hanno identificato, in base alla stratificazione del rischio, la necessità di profilassi e gli eventuali regimi terapeutici in mono e doppia profilassi per i pazienti pediatrici a rischio di POV. I pazienti che presentano un rischio moderato o elevato di POV dovrebbero ricevere una combinazione di almeno due farmaci antiemetici di diverse classi farmacologiche, secondo il seguente schema:

– Ondansetron 0.05 mg/kg + desametasone 0.015 mg/kg

– Ondansetron 0.1 mg/kg + droperidolo 0.015 mg/kg

– Tropisetron 0.1 mg/kg + desametasone 0.5 mg/kg

PONV
L'indicazione alla profilassi deriva dalla stratificazione del rischio e dalla riduzione dei fattori di rischio. *LIVELLO DI PROVA I* *FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A*

Anestesia locoregionale

L'utilizzo degli anestetici locali in età pediatrica è raccomandato alla minima dose efficace. Il successo dell'anestesia locoregionale dipende dalla somministrazione della giusta dose, del giusto farmaco, nel posto giusto, soprattutto in DS, dove il principale beneficio nell'utilizzo della anestesia locoregionale è ottenere l'analgesia postoperatoria in assenza di blocco motorio.

La sua applicabilità dipende dal tipo di chirurgia, dall'esperienza del team, e dagli strumenti disponibili.

In anestesia pediatrica l'esecuzione di anestesia locoregionale senza sedazione è molto rara.

ESRA ed ASRA si sono espresse a tal proposito con recenti Pratice Advisory[(163)] focalizzando l'attenzione su quattro argomenti controversi dell'Anestesia Regionale Pediatrica (PRA). Uno di questi argomenti riguarda l'esecuzione dell'anestesia regionale in anestesia generale o sedazione

profonda; gli autori concludono che esiste una forte evidenza che supporta la sicurezza dell'anestesia regionale pediatrica eseguita in anestesia generale o sedazione profonda; tuttavia ciò non garantisce che certe gravi complicanze non possano avvenire in certe circostanze: il rischio complessivo di complicanze è pari allo 0.66% (95% CI, 0.6%-0.7%), mentre il rischio di paralisi è stimato a 0 (95% CI, 0% -0.004%). Le complicanze sono associate maggiormente all'uso del blocco epidurale, alla mancanza del rispetto degli standard di sicurezza, all'inadeguatezza del materiale usato, all'insufficiente esperienza dell'operatore ed infine all'esecuzione del blocco in pazienti particolarmente compromessi[164].

Il maggior beneficio dell'anestesia combinata nell'ambito della Day Surgery è che la sedazione/anestesia possono essere mantenute ad un livello più basso e che, sfruttando l'effetto analgesico postoperatorio si può ridurre l'utilizzo di oppioidi nel perioperatorio[165]. In campo pediatrico, si raccomanda comunque sempre l'utilizzo di anestetici locali a dosi analgesiche e non anestetiche[166]. L'esecuzione dei blocchi eco-guidati ha portato alla riduzione della dose degli anestetici locali e quindi alla riduzione del rischio di tossicità sistemica, ed alla riduzione del rischio di somministrazione intravascolare del farmaco.

In conclusione, ampio utilizzo dell'anestesia locoregionale è raccomandato nella day surgery pediatrica, quando eseguita rispettando gli standard di sicurezza visto il basso tasso di complicanze e l'eccellente efficacia per l'analgesia postoperatoria[167].

Per la patologia del canale inguinale, che rappresenta gran parte della chirurgia eseguita in DS, il blocco caudale è risultato essere quello più efficace per l'analgesia postoperatoria, anche se esiste un minimo ma significativo rischio maggiore di blocco motorio e ritenzione urinaria[168].

ANESTESIA LOCOREGIONALE
Basso tasso di complicanze e può essere utilizzate per una adeguata analgesia postoperatoria *LIVELLO DI PROVA III* *FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A* Il blocco caudale è risultato migliore nel breve e lungo periodo ma con un rischio significativo di blocco motorio e ritenzione urinaria. *LIVELLO DI PROVA I* *FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A*

CAP 6 - DIMISSIONE

La compressione dei tempi di degenza (pre e postoperatori) è il mezzo più efficace per ridurre i costi del processo assistenziale. Tuttavia la riduzione dei tempi di osservazione non deve inficiare la sicurezza dei pazienti, pertanto la fase di osservazione postoperatoria deve essere assicurata secondo gli standard di accreditamento che comprendono la presa in carico del paziente dal ricovero alla dimissione. (Capitolo Accesso all'assistenza e Continuità delle Cure – ACC 1 – Joint Commission) [169]. Attualmente, soprattutto in ambito di chirurgia fast-tracking e a ciclo breve, l'attenzione si è sempre di più spostata sul processo di presa in carico del paziente anche a domicilio.

La dimissione è il momento conclusivo del processo assistenziale day surgery e come tutte le altre fasi è costituito da due componenti: management clinico e management organizzativo.

In base alla tipologia di modello organizzativo adottato, le modalità per la dimissione potranno variare. Ci sono strutture in cui i pazienti dalla recovery room vengono trasferiti in un'area di degenza breve (short-stay area) e poi successivamente verranno dimessi a casa. Altri vengono dimessi direttamente dalla recovery room a casa.

In ogni caso devono essere rispettati criteri clinici per la dimissione. I sistemi a punteggio facilitano e rendono maggiormente efficiente il processo della dimissione, essendo scoring system ormai validati. The Aldrete Scoring System and Post Anesthetic Discharge Scoring System (PADSS) sono stati ampiamente accettati per valutare il recupero post anestesia (Tab. 1) [170].

Il primo si basa essenzialmente sulla valutazione dei parametri vitali (respiratori e cardiocircolatori) e viene utilizzato al recupero dall'anestesia per la valutazione del ripristino della coscienza, dei riflessi protettivi e della motilità. È indicato per la Phase I Recovery, cioè per la dimissione del paziente dalla recovery room al reparto di osservazione. Il secondo invece valuta i parametri vitali in un unico item e associa la valutazione di altre funzioni che possono garantire il ripristino di attività che consentano il ritorno a casa, quali la capacità di stare in piedi stabilmente, la presenza di nausea e vomito, l'adeguato controllo del dolore e il sanguinamento della ferita chirurgica. Il PADSS viene utilizzato per la dimissione a casa Phase II Recovery.

Recentemente la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation SFAR ha pubblicato uno studio prospettico osservazionale[171] in cui applica il PADSS nella popolazione pediatrica, definendo il Ped-PADSS Paediatric discharge score in ambulatory surgery (Tab 2).

Dall'analisi della letteratura non emergono dati certi sul tempo minimo di osservazione postoperatoria; precedentemente si richiedeva un periodo di osservazione postoperatorio di almeno 4 ore, oggi da quanto riferito dalla SFAR nel lavoro di cui sopra, il 95% dei pazienti aveva il Ped-PADSS dopo due ore di osservazione. Un più recente lavoro[172] che include 1060 pazienti pediatrici ha dimostrato che, applicando il Ped-PADSS si ottenevano i seguenti risultati: 97.2% dei pazienti erano dimissibili un'ora dopo il ritorno dalla sala operatoria e che il 99.8% dei bambini lo era dopo due ore dalla dimissione dalla sala operatoria. Pertanto è prudente, ma non necessario, che i pazienti

restino dentro l'ospedale almeno per un periodo di 4 ore nel postoperatorio, ma la suddivisione di questo tempo può variare in base al modello organizzativo adottato, purchè vengano utilizzati degli scoring system e che questi siano pienamente soddisfatti alla dimissione, soprattutto quella di phase II, cioè che comprendono la dimissione a casa.

La dimissione deve essere congiunta Anestesista-Chirurgo, ma secondo the Joint Commission Accreditation può essere eseguita da persone istruite ed abilitate a farlo in base alla procedura in uso della struttura.

Il bambino deve essere affidato ad un adulto responsabile che può per qualsiasi necessità riaccompagnare il paziente in ospedale. Deve avere la possibilità di un mezzo di trasporto autonomo e/o la possibilità di un telefono per chiamare i soccorsi.

Le indicazioni per la gestione del postoperatorio devono essere scritte, possono essere diversificate per tipo di procedura o meno, l'importante è che vengano consegnate in mano ai genitori o all'adulto responsabile e che vengano spiegate in modo comprensibile, con l'ausilio ove necessario di un mediatore culturale.

Chiare e precise devono essere le prescrizioni per la terapia antalgica, considerando anche la dose d'emergenza; nel caso la famiglia riferisca difficoltà a reperire la prima somministrazione domiciliare, sarà la struttura a fornirla direttamente al paziente.

È auspicabile un follow-up telefonico il giorno successivo per determinare la frequenza di insorgenza di complicanze anche minori che non richiedono l'ospedalizzazione e per conoscere le condizioni del bambino il giorno dopo l'intervento e come riprende la normale attività quotidiana (rapporto con i pasti, disturbi del sonno, ripresa attività motoria). Anche monitorare il controllo del dolore domiciliare fa parte della presa in carico del paziente secondo gli standard di Accreditamento della Joint Commission.

DIMISSIONE
Il sistema Ped-PADSS è semplice, pratico e sicuro per la dimissione nella day surgery pediatrica *LIVELLO DI PROVA V* *FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A*
L'utilizzo del Ped-PADSS score può ottimizzare il flusso dei pazienti in day surgery, riducendo il tempo di permanenza in ospedale *LIVELLO DI PROVA V* *FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A*

Tabella 1 Aldrete Score modificato

ALDRETE SCORE modificato		
Circolo	● PAS ± 20% della basale	**2**
	● PAS tra ± 20 e 49% di quello basale	**1**
	● PAS ± 50% del valore basale	**0**
Coscienza	● malato completamente sveglio	**2**
	● risvegliabile alla chiamata	**1**
	● non risvegliabile alla chiamata	**0**
Attività	● muove i 4 arti / mantiene la testa sollevata	**2**
	● muove 2 arti / solleva la testa a fatica	**1**
	● non muove gli arti / non solleva la testa	**0**
Respiro	● respirazione ampia e tosse efficace	**2**
	● dispnea o respiro superficiale	**1**
	● apnea	**0**
Ossigenazione	● SaO2 > 92% in aria ambiente	**2**
	● Necessità di O2 per avere SaO2 > 90%	**1**
	● SaO2 < 90% nonostante l'ossigenoterapia	**0**
Il malato è dimissibile dalla Sala Operatoria o dalla Recovery Room con valori di : ● Adrete Score ≥ 8		

Tabella 2 PED-PASS

PED-PADSS

Pediatric Post Anesthetic Discharge Score System
(Sistema a punteggio per la dimissione postoperatoria in età pediatrica)

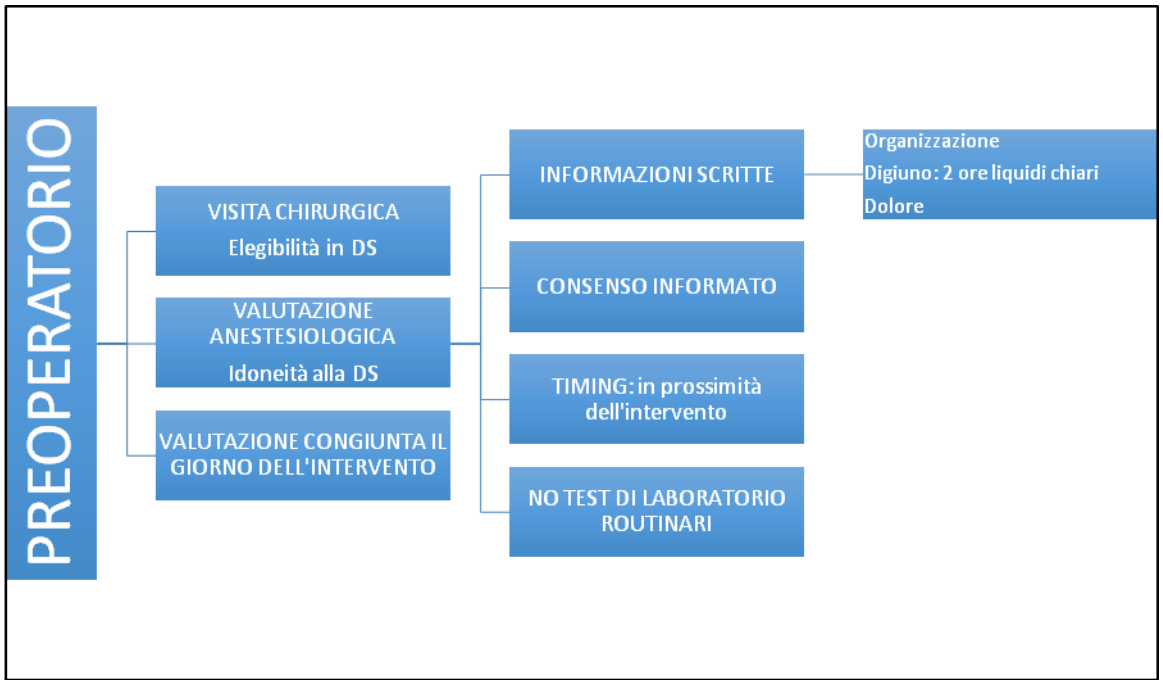
1	**SEGNI VITALI: FC, $SatO_2$, PA (in accordo con l'età)**	
	- Variazione < 20% rispetto ai livelli preoperatori	**2**
	- Variazione compresa fra 20% e 40%	**1**
	- Variazione > 40%	**0**
2	**ATTIVITA': deambulazione o attività**	
	- Deambulazione normale / attività normali	**2**
	- Deambulazione assistita/ attività ridotte	**1**
	- Deambulazione impossibile / ipotonia	**0**
3	**NAUSEA E/O VOMITO**	
	- Minime o assenti	**2**
	- Moderati	**1**
	- Severi (anche dopo terapia)	**0**
4	**DOLORE**	
	- Accettabile	**2**
	- Inaccettabile (anche dopo terapia)	**1**
5	**SANGUINAMENTO**	
	- Minimo o assente	**2**
	- Moderato (non più di 2 cambi di medicazione)	**1**
	- Severo (più di 2 cambi di medicazione)	**0**

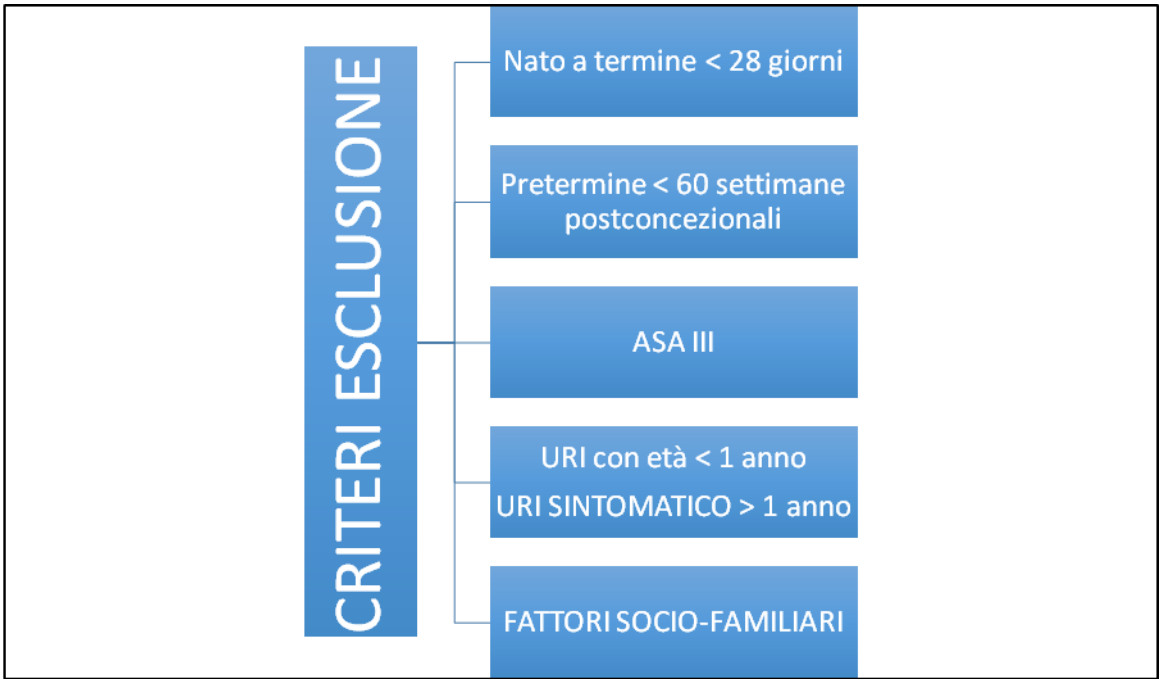
CONCLUSIONI

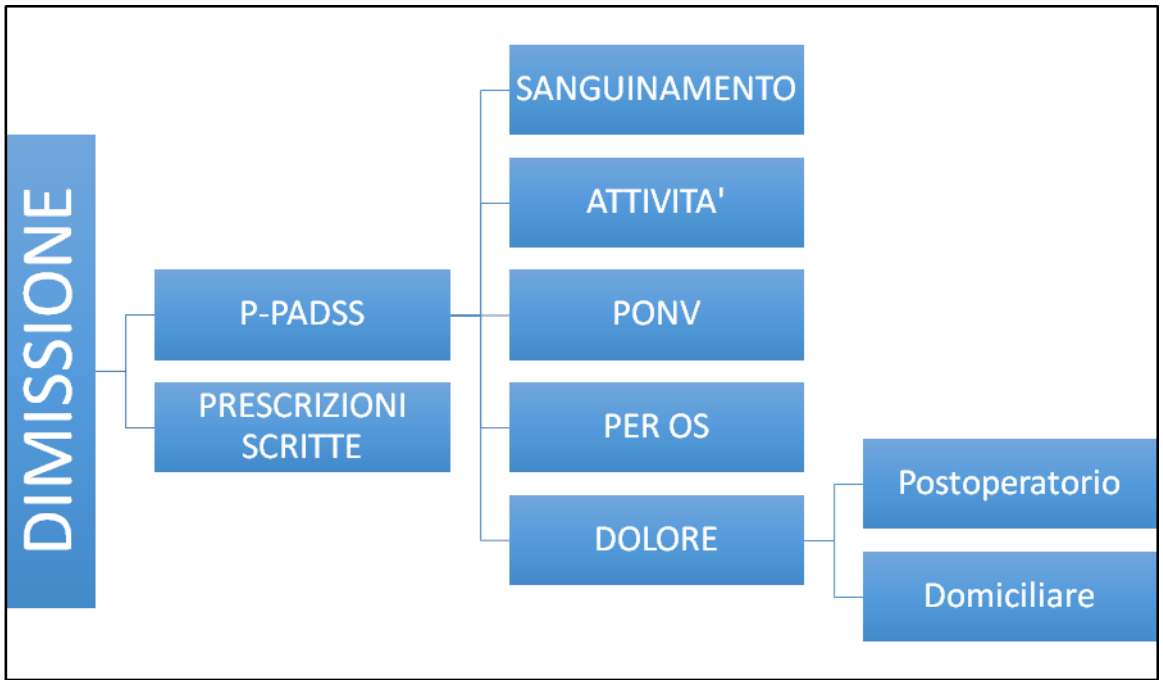
Nonostante l'ampia diffusione dalla day surgery in ambito pediatrico, molti aspetti clinico-organizzativi non trovano un forte supporto in letteratura, pertanto questo lavoro svolto in combinata tra le due Società Scientifiche SARNePI e SICP ha cercato di trarne delle raccomandazioni chiare e semplici rispettando le evidenze presenti in letteratura e ove queste non siano disponibili di far riferimento agli standard di buona pratica clinica guidata dal parere di esperti in materia.

Le due Società si prefiggono inoltre di revisionare e aggiornare le Linee Guida ogni due anni dall'ultima pubblicazione, alla luce delle nuove evidenze derivanti dalla revisione sistematica della letteratura.

Di seguito viene proposta una flow chart riassuntiva.




CRITERI ESCLUSIONE
Nato a termine < 28 giorni
Pretermine < 60 settimane postconcezionali
ASA III
URI con età < 1 anno
URI SINTOMATICO > 1 anno
FATTORI SOCIO-FAMILIARI


DIMISSIONE
P-PADSS
PRESCRIZIONI SCRITTE
SANGUINAMENTO
ATTIVITA'
PONV
PER OS
DOLORE
Postoperatorio
Domiciliare

BIBLIOGRAFIA

1. Institute Of Medicine. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: National Academies Pr; 2011.
2. Qaseem A., Forland F., Macbeth F., Ollenschlager G., Phillips S., Van Der Wees P., Guidelines International Network: Toward International Standards For Clinical Practice Guidelines. Ann. Intern. Med. 2012; (156): 525-531.
3. Atkins Et Al., Systems For Grading The Quality Of Evidence And The Strenght Of Recommendations I: Critical Appraisal Of Existing Approaches The GRADE Working Group BMC Health Services Research, 2004; (4): 38.
4. American Academy Of Pediatrics, Section On Anesthesiology: Guidelines For The Pediatric Perioperative Anesthesia Environment. Pediatrics 1999; (103): 512.
5. Practice advisory for preanestesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology 2012 Mar;116(3):522-38.
6. Preoperative evaluation of the adult patient undergoing non-cardiac surgery: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol 2011;28:684-722.
7. Serafini G et al. Preoperative evaluation in infants and children : recommendations of the Italian Society of Pediatric and Neonatal Anesthesia and Intensive Care (SARNePI). Minerva Anesthesiol 2014 ;80 :461-9.
8. Mangia G et al. Diagnostic accuracy of anesthesiology evaluation timinig : the 'One-Stop Anesthesia' in pediatric day-surgery. Paediatr Anaesth 2009 ;19(8) :764-9.
9. Mangia G, Bianco F, Bonomo R, Di Caro E, Frattarelli E, Presutti P. Willingness to pay for one-stop anesthesia in pediatric day surgery. Ital J Pediatr. 2011 May 17;37:23. doi: 10.1186/1824-7288-37-23.
10. Czoski-Murray C., Lloyd Jones M., Mccabe C., Claxton K., Oluboyede Y., Roberts J., Nicholl J.P., Rees A., Reilly C.S., Young D., Fleming T., What Is The Value Of Routinely Testing Full Blood Count,Electrolytes And Urea, And Pulmonary Function Tests Before Elective Surgery In Patient With No Apparent Clinical Indication And Subgroups Of Patients With Common Comorbidities: A Systematic Review Of The Clinical And Cost-Effective Literature. Helath Technology Assessment 2012; (16) N. 50.
11. Le Roux C., Lejus C., Surbleb M., Et Alt., Is Haemostasis Biological Screening Always Useful Before Performing A Neuraxial Blockade In Children? Paediatr Anaesth 2002; (12) 118-123.
12. Bonhomme, N. Ajzenberg, J.F. Shved, S. Molliex, C. M. Samama, For The French Anaesthetic And Intensive Care Committee On Evaluation Of Routine Preoperative Testing. Pre-Interventional Haemostatic Assessment. Guidelines From The French Society Of Anaesthesia And Intensive Care. Eur J Anaesthesiol 2013; (30) 142-162.
13. Castellano P., Lopez-Escamez Ja., American Society Of Anesthesiology Classification May Predict Severe Post- Tonsillectomy Haemorrhage In Children. J. Otolaryngol 2003; (32) 302-307.
14. Biss T.T., Blanchette VS, Clark JR., et alt., Quantitation of bleeding symptoms in children with von Willebrand disease: use of a standardized pediatric bleeding questionnaire. J. Thromb Haemost 2010; (8) 950-956
15. Biss T.T., Blanchette V.S., Clark D.S., Wakefield C.D., James P.D., Rand M.L., Use of a quantitative pediatric bleeding questionnaire to assess mucocutaneous bleedind symptoms in children with a platelet function disorder. J Thromb Haemost 2010; (8) 1416-1419.
16. Licameli GR, Jones DT, Santosuosso J, Lapp C, Brugnara C, Kenna MA. Use of a preoperative bleeding questionnaire in pediatric patients who undergo adnotonsillectomy. Otolaryngol Head Neck Surg 2008;139:546-550.
17. Wilkinson K A, Brennan L, Rollin A-M. Paediatric Anaesthesia services in Guidelines for the prevision of anaesthetic services. 2013
18. Smith I. Anaesthesia services for day surgery 2014 in Guidelines for the prevision of anaesthetic

services. 2014 25
19. Short J, Bew S. Paediatric day surgery. In: Smith I, McWhinnie D, Jackson I eds. Oxford specialist handbook of day surgery. Oxford University Press,2011:161-197.
20. Walther –Larsen s, Rasmussen L The former preterm infant and risk of post-operative apnoea:recommendations form management. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 2006;50:888-893
21. Davidson AJ et al. Apnea after awake regional and general anesthesia in infants. Anesthesiology 2015;123:38-54.
22. Cote CJ, Zaslavky A, Dowes JJ. Postoperative apnoea in former preterm infants after inguinal herniorraphy. A combined analysis. Anesthesiology 1995;82:809-22.
23. Issue in paediatric day surgery. BADS, London 2007 (www.daysurgeryuk.net/en/shop/handbooks/issues-in- paediatric-day-surgery)
24. Rolf N, Cotè CJ. Frequency and severity of desaturation events during general anesthesia in children with and without upper respiratory infections. J Clin Anesth 1992;4:200-3.
25. Parnis SJ, Barker DS, Van Der Walt JH. Clinical predictors of anaesthetic complications in children with respiratory tract infections. Paediatr Anaesth 2001;11:29-40.
26. Tait AR, Malviya S. Anesthesia for the child with an upper respiratory tract infection: still a dilemma? Anesth Analg 2005;100:59-65.
27. Tait AR, Malviya S, Voepel-Lewis T, et al. Risk factors for perioperative adverse respiratory events in children with upper respiratory tract infections. Anesthesiology 2001;95:299-306.
28. World Federation of Societies of Anaesthesiologist: Anesthesia Tutorial of the week. November 2010. www.totw.anaesthesiologists.org
29. Hernia survey of the Section on Surgery of the American Academy of Pediatrics. Journal Of Pediatric Surgery [J Pediatr Surg], ISSN: 0022-3468, 1996 Aug; Vol. 31 (8), pp. 1166-9; Publisher: Saunders;
30. Paediatric Surgery: Standards of Care. Published by the British Association ofPaediatric Surgeons, May 2002; editor D.A. Lloyd. Children's Surgery – A First Class Service Report of the Paediatric Forum of The Royal College of Surgeons of England May 2000 - Review date 2005
31. How much day surgery? Delphic predictions John Gabbay, Lesley Francis Oxford Regional Health BMJ Vol.297 :12, 1988
32. Increased rate of day surgery use for inguinal and femoral hernia repair in a decade of hospital admissions in the Veneto Region (north- east Italy):a record linkage study Saia et al. BMC Health Services Research 2013, 13:349
33. D. H. de Lange • M. Kreeft • G. H. van Ramshorst •et al, Inguinal hernia surgery in the Netherlands: are patients treated according to the guidelines? Hernia (2010) 14:143–148
34. Yeung YP; Cheng MS; Ho KL; Day-case inguinal herniotomy in Chinese children: retrospective study., Hong Kong Medical Journal ,2002 Aug; Vol. 8 (4), pp. 245-8; Publisher: Hong Kong Academy of Medicine Press;
35. M.Duff,R. Mofidi,S. J. Nixon. Routine laparoscopic repair of primary unilateral inguinal hernias - a viable alternative in the Day Surgery Unit? 2007 Surgeon 5, 209-12
36. Ozdemir T1, Arıkan A. Postoperative apnea after inguinal hernia repair in formerly premature infants: impacts of gestational age, postconceptional age and comorbidities. Pediatr Surg Int. 2013 Aug;29(8):801-4
37. Welborn LG; Greenspun Anesthesia and apnea. Perioperative considerations in the former preterm infant. JC, Pediatric Clinics Of North America [Pediatr Clin North Am, 1994 Feb; Vol. 41 (1), pp. 181-98;
38. Coté CJ; Zaslavsky A; Downes JJ; et al.,Postoperative apnea in former preterm infants after inguinal herniorrhaphy. A combined analysis. Anesthesiology [Anesthesiology], 1995 Apr; Vol. 82 (4), pp. 809-22; Publisher: Lippincott Williams & Wilkins
39. Ueno, S., Yokoyama, S., Hirakawa, H Pediatric patients with inguinal hernia can be good candidates for day surgery. Nippon Geka Gakkai,10:729-732,2010
40. K. Mattila, M. Hynynen, Day surgery in Finland: a prospective cohort study of 14 day-surgery units. Intensium Consortium Study Group Acta Anaesthesiol Scand 2009; 53: 455–463
41. Abdur-Rahman LO1, Kolawole IK, Adeniran JO, et al.Pediatric day case surgery: experience

from a tertiary health institution in Nigeria. Ann Afr Med. 2009 Jul-Sep;8(3):163-7
42. M.Letts,D. Davidson, P.Conway et al Analysis of the efficacy of pediatric day surgery.. Can.J.Surg. 44(3),193, 2001
43. Majholm1, J. Engbæk1, J. Bartholdy1, et al. Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures B. Acta Anaesthesiol Scand 2012; 56: 323–331
44. M. Segerdahl, M. Warré N-Stomberg, N. Rawal et al. Children in day surgery: clinical practice and routines.The results from a nation-wide survey Acta Anaesthesiologica Scandinavica 52: 821–828
45. IPEG Guidelines for Inguinal Hernia and Hydrocele. Journal Of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques Volume 20, Number 2, 2010
46. Pediatric inguinal hernia and hydrocele: an evidence-based review in the era of minimal access surgery. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20374016?dopt=Abstract&
47. Lao OB, Fitzgibbons RJ Jr, Cusick RA. Pediatric hernias, hydroceles, and undescended testicles. Surg Clin North Am. 2012 Jun;92(3):487-504
48. Wang K.. Assessment and Management of Inguinal Hernia in Infants. Pediatrics. 2012 Oct;130(4):768-73
49. Evi Comploj Diagnosis and Management of Cryptorchidism , Armin Pycha. European Urology Supp Lement S 11, 2-9 (2012)
50. S. H. Ein , A.Nasr, P. W. Wales, et al. Testicular atrophy after attempted pediatric orchidopexy for true undescended testis J. Ped. Surg.y 49 (2014) 317–322
51. Clark DA; Borzi PA Laparoscopic orchidopexy for the intra-abdominal testis. :Pediatr Surg Int, 1999; Vol. 15 (7), pp. 454-6;
52. Safwat AS; Hammouda HM; Kurkar AAet al.,Outcome of bilateral laparoscopic Fowler-Stephens orchidopexy for bilateral intra-abdominal testes. The Canadian Journal Of Urology 1195-9479, 2013 Oct; Vol. 20 (5), pp. 6951-5;
53. O.A. Sowandea, A.O. Takureb, A.A. Salakoa.et al. Day case urology in a dedicated day surgery case unit in a Nigerian teaching hospital Ambulatory Surgery 15.2 July 2009
54. Kaye JD; Palmer LS,Single setting bilateral laparoscopic orchiopexy for bilateral intra-abdominal testicles. Journal Of Urology 1527-3792, 2008 Oct; Vol. 180 (4 Suppl), pp. 1795-9
55. Canavese F; Lala R; Valfrè L. et al. Effectiveness of primary inguinal orchiopexy as treatment of non-palpable testes in the first two years of age. Minerva Pediatrica 2010 Jun; Vol. 62 (3), pp. 245-8
56. Koyle MA; Oottamasathien S; Barqawi A. et al. Laparoscopic Palomo varicocele ligation in children and adolescents: results of 103 cases. Journal Of Urology ; Vol. 172 (4 Pt 2), pp. 1749-52
57. Zanghí G; Di Stefano G; Furci M. et al Surgical treatment of varicocele in day-surgery: our experience. Il Giornale Di Chirurgia , 2004 Aug-Sep; Vol. 25 (8-9), pp. 287-9
58. O.A. Sowandea, A.O. Takureb, A.A. Salakoa, Day Case Urology in a Dedicated Day Case.Surgery Unit in a Nigerian Teaching Hospital. Ambulatory Surgery 15.2 July 2009
59. Santangelo M; Bossa F; Serra R.et al. Our experience with treatment of varicocele in a day-surgery protocol. Il Giornale Di Chirurgia , 2003 Jun-Jul; Vol. 24 (6-7), pp. 259-62;
60. Ammaturo C; Santoro M; Rossi R.et al. Day surgery management of varicocele with Doppler-assisted dissection at the external inguinal ring (subinguinal varicocelectomy). Chirurgia Italiana,, 2005 Sep-Oct; Vol. 57 (5), pp. 641-7
61. Donà B; Cantele P; Pianalto S.Laparoscopic surgery of varicocele. Role of total endovenous anesthesia in same-day discharge. Il Giornale Di Chirurgia , 2000 Oct; Vol. 21 (10), pp. 405-8
62. A. Marte, M.D.Sabatino, , M.Borrelli,et al. LigaSure Vessel Sealing System in Laparoscopic Palomo Varicocele Ligation in Children and Adolescents. J. LAP. & ADV. SURG. TEC. Volume 17, Number 2, 2007
63. Tagge EP; Hebra A; Overdyk F; et al, One-stop surgery: evolving approach to pediatric outpatient surgery. J Pediatr Surg], 1999 Jan; Vol. 34 (1):. 129-32
64. H. G. Gurnaney, L. G. Maxwell , F. W. Kraemer, et al. Prospective randomized observer-blinded study comparing the analgesic efficacy of ultrasound-guided rectus sheath block and local anaesthetic infiltration for umbilical .hernia repair. British Journal of Anaesthesia 107 (5): 790–5 (2011)

65. Burattini MF; Bussotti C; Scalercio V. et al.,Surgical treatment of umbilical hernia in children. Our experience. Minerva Chir., 2004 Vol. 59 (3)277-82;
66. Barnett SJ; Frischer JS; Gaskey JA; Ryckman FC. et al.Pediatric hernia repair: 1-stop shopping. J Pediatr.urg,2012 ,. 47 (1), 213-6
67. Seetharaman Hariharan Md, Deryk Chen Frca,Lorna Merritt-Charles Frca,et al. Performance of a pediatric ambulatory anesthesia program – a developing country experience ., Pediatric Anesthesia 2006 , 16: 388–393
68. American Academy of Pediatrics: Report of the Task Force on Circumcision. Pediatrics. 1989 Aug;84(2):388-91
69. Paediatric Surgery: Standards of Care. Published by the British Association ofPaediatric Surgeons, May 2002; editor D.A. Lloyd.
70. Children's Surgery – A First Class Service Report of the Paediatric Forum of The Royal College of Surgeons of England May 2000 - Review date 2005
71. John Gabbay, Lesley Francis. How much day surgery? Delphic predictions. BMJ Volume 297 12 November 1988
72. B. Majholm1, J. Engbæk1, J. Bartholdy1, et al. Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures Acta Anaesthesiol Scand 2012; **56:** 323–331
73. M. Segerdahl, M. Warre´N-Stomberg,N. Rawal, et al. Children in day surgery: clinical practice and routines.The results from a nation-wide survey. Acta Anaesthesiol Scand 2008; 52: 821–828
74. O.A. Sowandea, A.O. Takureb, A.A. Salakoa, Day Case Urology in a Dedicated Day Case.Surgery Unit in a Nigerian Teaching Hospital. Ambulatory Surgery 15.2 July 2009
75. Chin TW; Tsai HL; Liu CS, Modified prepuce unfurling for buried penis: A report of 12 years of experienceAsian Journal Of Surgery ISSN: 0219-3108, 2014 Jun 15;
76. Frenkl TL; Agarwal S; Caldamone AA Results of a simplified technique for buried penis repair., J. Urol., 2004 Feb; Vol. 171 pp. 826-8;
77. Senaylı A; Senaylı Y, Ther A novel operative technique for concealed penis secondary to penoscrotal web: a case report. Adv Urol. 2010 Oct; Vol. 2, pp. 215-8;
78. Paediatric Surgery: Standards of Care. Published by the British Association of Paediatric Surgeons, May 2002; editor D.A. Lloyd.
79. Children's Surgery – A First Class Service Report of the Paediatric Forum of The Royal College of Surgeons of England May 2000 - Review date 2005
80. J. Gray And V.E. Boston Glanular reconstruction and preputioplasty repair for distal hypospadias: a unique day-case method to avoid urethral stenting and preserve the prepuce BJU 2 0 0 3: 9 1 , 2 6 8 – 2 7 0
81. Alexander K. C. Leung, ,William L. M. Robson. Hypospadias: an update. Asian J Androl 2007 Jan; 9: 16–22
82. M.Prestipino,M.Bertozzi,N.Nardi. Outpatient department repair of urethrocutaneous fistulae using n-butyl-cyanoacrylate (NBCA) a single-centre experience 2011BJU international.108,1514–1517
83. G. Marrocco , S. Vallasciani , G. Fiocca et al Hypospadias surgery: a 10-year review. Pediatr Surg Int., 2004 20: 200–203
84. C. R. Ritch , A.M. Murphy, S. L. Woldu et al.,Overnight urethral stenting after tubularized incised plate urethroplasty for distal hypospadias . Pediatr Surg Int,2010 26:639–642
85. Burbige KA; Simplified postoperative management of hypospadias repair. Urology, 1994 , 43 (5), 719-21.
86. A.T. Hadidi, A.F.Azmy Hypospadias surgery. Springer-Verlag, Berlin, 2004
87. B. Majholm, J. Engbæk, J. Barthold, et al. Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures., Acta Anaesthesiol Scand 2012; 56: 323–331
88. Paediatric Surgery: Standards of Care. Published by the British Association ofPaediatric Surgeons, May 2002; editor D.A. Lloyd. Children's Surgery – A First Class Service Report of the Paediatric Forum of The Royal College of Surgeons of England May 2000 - Review date 2005
89. How much day surgery? Delphic predictions John Gabbay, Lesley Francis Oxford Regional Health BMJ Vol.297 :12, 1988
90. Abdur-Rahman LO1, Kolawole IK, Adeniran JO, et al. Pediatric day case surgery: experience from a tertiary health institution in Nigeria. Ann Afr Med. 2009 Jul-Sep;8(3):163-7

91. M. Segerdahl, M. Warre´N-Stomberg, N. Rawal, et al. Children in day surgery: clinical practice and routines.The results from a nation-wide survey Acta Anaesthesiol Scand 2008; 52: 821–828
92. M. Letts, D. Davidson, W. Splinter, et al. Analysis of the efficacy of pediatric dau surgery. Can. J. Surrg. 44(3):193, 2001
93. Li WY; Chaudhry O; Reinisch JF Guide to early surgical management of lip hemangiomas based on our experience of 214 cases.Plast Reconstr Surg, 2011 Nov; Vol. 128 (5), 1117-24;
94. Priebe CJ Jr, Outpatient management of pediatric surgical problems. Postgrad Med 1977 Nov; Vol. 62 (5), pp. 132-40
95. Isago T; Kono T; Nozaki M; et al. Ambulatory anesthesia for children undergoing laser treatment.:, Surg Today, 2006; Vol. 36 (9), 765-8;
96. McDaniel DH, Cutis, Cutaneous vascular disorders: advances in laser treatmen. 1990 May; Vol. 45 (5), pp. 339-41, 346-9, 354-60;
97. Babich II; Chepurnoĭ GI; Babich IV Treatment of hygroma in children., Khirurgiia 1989 Nov; (11), 79-82;
98. Onathan S. W Heeler, Phillip, Ok-432 And Lymphatic Malformations In Children: The Starship Children's Hospital Experience J et al.ANZ J. Surg.2004;74: 855–858
99. S. Chintapatla , N. Safarani ,S. Kumar,et al. Sacrococcygeal pilonidal sinus: historical review, pathological insight and surgical options Tech Coloproctol (2003) 7:3–8
100. Outpatient treatment of pilonidal disease CMA Journal/April 15, 1982/Vol. 126 941
101. Neola B; Capasso S; Caruso Let al. Scarless outpatient ablation of pilonidal sinus: a pilot study of a new minimally invasive treatment, Int Wound J, 2014 Aug 14;
102. Isbister WH; Prasad J Pilonidal disease,Aust N Z J Surg 1995 Aug; Vol. 65 (8), . 561-3
103. Solla JA; Rothenberger DA, Chronic pilonidal disease. An assessment of 150 cases: Dis Colon Rectum, 1990 Sep; Vol. 33 (9), . 758-61
104. Smith CM; Jones A; Dass D; Murthi G., Early experience of the use of fibrin sealant in the management of children with pilonidal sinus disease J Pediatr Surg, 2015 Feb; Vol. 50 (2), 320-2
105. Rose K;,Kasbekar AV; Flynn A; et al. Developing a nurse-delivered frenulotomy service. Otolaryngol Head Neck Surg 2015 ,152 (1),149-52
106. Toner D; Giordano T; Handler SD, Office frenotomy for neonates: resolving dysphagia, parental satisfaction and cost-effectiveness. ORL Head Neck Nurs, 2014 32 (2), 6-7
107. Sethi N; Smith D; Kortequee S; et al. Benefits of frenulotomy in infants with ankyloglossia. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 201, 77 (5), 762-5
108. Rosen H; Barrios LM; Reinisch JF; Outpatient cleft lip repair. et al. Plast Reconstr Surg., 2003 112 (2), 381-7
109. Arneja JS; Mitton C, Ambulatory cleft lip surgery: A value analysis. Can J Plast Surg, 2013 21 (4), 213-6
110. Sohail M; Khan FA; Mir ZA, J Ayub Comparison of ambulatory and inpatient cleft lip surgery for adults. Med Coll Abbottabad, 2010, 22 (2),71-4
111. Al-Thunyan AM; Aldekhayel SA; Al-Meshal O; et al Ambulatory cleft lip repair. Plast Reconstr Surg., 2009, 124 (6), 2048-53
112. Ugburo AO; Desalu I; Adekola AF; et al. Day case cleft lip surgery in Lagos, Nigeria Cleft Palate Craniofac J., 2009, 46 (6), 636-41
113. Kim TH; Rothkopf DM, Ambulatory surgery for cleft lip repair Ann Plast Surg., 1999, 42 (4), 442-4;
114. Eaton AC; Marsh JL; Pilgram TK, Does reduced hospital stay affect morbidity and mortality rates following cleft lip and palate repair in infancy? Plast Reconstr Surg, 1994, 94 (7), 911-5
115. Moir CR; Blair GK; Fraser GC; Marshall RH, The emerging pattern of pediatric day-care surgery J Pediatr Surg., 1987 22 (8), 743-5
116. I. Bratu ,J-M. Laberge. Day surgery for thyroglossal duct cyst excision: a safe alternative Pediatr Surg Int (2004) 20: 675–678
117. Geller KA, Cohen D, Koempel JA, Thyroglossal duct cyst and sinuses: a 20-year Los Angeles experience and lessons learned..Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014 78(2):264-7.
118. Hong P. Is drain placement necessary in pediatric patients who undergo the Sistrunk procedure? Am J Otolaryngol. 2014 May 4.(14)Epub ahead of print] PMID: 24888796

119. Frazee RC, Abernathy SW, Davis M.Outpatient laparoscopic appendectomy should be the standard of care for uncomplicated appendicitis. J Trauma Acute Care Surg., 2014 Jan; 76 (1), 79-82
120. W. Cross, G. C. Kowdley,. Laparoscopic Appendectomy for Acute Appendicitis: A Safe Same-day Surgery Procedure? The Am. Surg. 2013 , 79: 802-805
121. F. Alkhoury, C. Burnweit, L. Malvezzi,et al A prospective study of safety and satisfaction with same-day discharge after laparoscopic appendectomy for acute appendicitis. J. Ped.Surg.2012, 47, 313–316
122. F.Alkhoury, L. Malvezzi, C.G. Knight. Routine Same-Day Discharge After Acute or Interval Appendectomy in Children A Prospective Study. Arch Surg. 147 (5),443-446, 2012
123. Grewal H., Sweat J, Vazquez WD Laparoscopic appendectomy in children can be done as a fast-track or same-day surgery.. JSLS, 2004 8(2):151-4
124. Akkoyun I., Outpatient laparoscopic appendectomy in children: a single center experience with 92 cases. Surg.Laparosc.Endosc.Percut.Tech. 2013, 23(1):49-50
125. Henri Vuilleumier, Nermin Halkic, Laparoscopic Cholecystectomy as a Day Surgery Procedure: Implementation and Audit of 136 Consecutive Cases in a University Hospital. World J. Surg. 2004: 28, No. 8,
126. K. M. Harboe and L. Bardram .Nationwide quality improvement of cholecystectomy: results from a national database International Journal for Quality in Health Care 2011; 23, 5: 565–573
127. J. Psaila , S. Agrawal , U. Fountain et al. Day-Surgery Laparoscopic Cholecystectomy: Factors Influencing Same-Day Discharge. World J Surg (2008) 32:76–81
128. A. Goulart, M. Delgado, M. Antunes,Et Al 231 Colecistectomias Laparoscópicas em Ambulatório: Que Resultados? 231 Laparoscopic Cholecystectomy in Ambulatory: What Results?. Acta Med Port 2013 Sep-Oct;26(5):564-568
129. Agarwal P, Bagdi RK J. Day case laparoscopic cholecystectomy in children: A review of 11 cases. Indian Assoc Pediatr Surg. 2014 ;19(2):61-4
130. Harboe KM1, Bardram L The quality of cholecystectomy in Denmark: outcome and risk factors for 20,307 patients from the national database.. Surg.Endopsc. 2011 25(5):1630-41
131. Jawaheer G1, Evans K, Marcus R. Day-case laparoscopic cholecystectomy in childhood: outcomes from a clinical care pathway. Eur J Pediatr Surg. 2013 Feb;23(1):57-62
132. Gurusamy K, Junnarkar S, Farouk M, et al., Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of day-case laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg. 2008 Feb;95(2):161-8
133. Barthelsson C, Lützén K, Anderberg B,et al. Patients' experiences of laparoscopic cholecystectomy in day surgery J Clin Nurs 2003 12(2): 253-9
134. Vaughan J, Gurusamy KS, Davidson BR Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy (Review).Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
135. Gurusamy KS, Junnarkar S, Farouk M, et al. Day-case versus overnight stay in laparoscopic cholecystectomy. Update in Cochrane Database Syst Rev. 2008;(3)
136. Christophe Mariette • Patrick Pessaux Ambulatory laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease: a systematic review.. Surg Endosc (2011) 25:2859–2864
137. Agrawal S., Super P.Laparoscopic Heller myotomy for achalasia: changing trend toward "true" day-case procedure. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2008 , 18(6):785-8.
138. Behrouz Banieghbal, And Peter Beale, Day-Case Laparoscopic Nissen Fundoplication in Children. J. Lap. Adv.Surg. Tech. 17, 3, 2007
139. J. Boll, S. Daly,J. Smolevitz,, et al. Safety and Efficacy of Outpatient Percutaneous Endoscopic Gastrostomy for Patients with Head and Neck Cancer The American Surgeon 2015 Vol. 81 (2),215-216
140. S. Turial, , M. Schwind, , V. Engel,et al.Microlaparoscopic-Assisted Gastrostomy in Children: Early Experiences with Our Technique . J. Lap. Adv.Surg. Tech. 2009, 19(1), 229-231
141. Wilhelm SM; Ortega KA; Stellato TA, Guidelines for identification and management of outpatient percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement . .Am J Surg], 2010, 199 (3), 396-9
142. de Souza e Mello GF; Lukashok HP; Meine GC., et al Outpatient percutaneous endoscopic

gastrostomy in selected head and neck cancer patients. Surg Endosc.2009, 23 (7), 1487-93;
143. Best C; Hitchings H Day case gastrostomy placement for patients in the community. :, Br J Community Nurs. 2010 15 (6), . 272-8;
144. Srinivasan R; Irvine T; Dalzell Indications for percutaneous endoscopic gastrostomy and procedure-related outcome . M, J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2009 49 (5), 584-8
145. Mandal A; Steel A; Davidson AR;et al.Day-case percutaneous endoscopic gastrostomy: a viable proposition?, Postgrad Med J., 2000 76 (893), 157-9
146. Performance of open renal and bladder surgery at a freestanding pediatric surgery center. J Urol. 2011:186(1):252-6
147. Sprunger JK, Reese CT, Decter RM Can standard open pediatric urological procedures be performed on an outpatient basis? J Urol. 2001, 166(3):1062-4
148. Mohamed M, Hollins G, Eissa M Experience in performing pyelolithotomy and pyeloplasty in children on day-surgery basis.. Urology. 2004, 64(6):1220-22
149. Oberlin DT; McGuire BB; Pilecki M; et al Contemporary national surgical outcomes in the treatment of ureteropelvic junction obstruction.. Urology, 2015, 85 (2), 363-7
150. Ilie CP; Luscombe CJ; Smith I; Boddy J; et al. Routine day-case laparoscopic pyeloplasty: a paradigm shift? J Endourol], 2011 May; 25 (5), 797-801
151. Tekgul S., Dogan HS, Hoebeke Guidelines on pediatric Urology, et al. European Association of Urology, 2014 p 71.
152. Ilie CP, Luscombe CJ, Smith I, et al Day case laparoscopic nephrectomy.. J Endourol. 2011 ,25(4):631-4
153. Tradaguilla AR,Romero AR, Parente A. Fast-track in pediatric urologic surgery: pronephrectomy. Cir. Pediatr. 2013, 26(2), 81-5
154. Ilie CP, Luscombe CJ, Smith I., et al. Day case laparoscopic nephrectomy: initial experienceJ. Med.Life 2011Vol. 4,(1):36-39
155. Sprunger JK, Reese CT, Decter RM Can standard open pediatric urological procedures be performed on an outpatient basis? J Urol. 2001, 166(3):1062-4
156. Brady MC et al. Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children. The Cochrane Library 2009, Issue 4.
157. Schmidt AR et al. Gastric pH and residual volume after 1 vs 2 h fasting time for clear fluids in children. Br J Anaest 2014. Dec 13.pii: aeu399. Epub ahead of print.
158. Smith I et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol 2011;28(8):556-69.
159. Lambert E et al. Practice Guideline Recommendations on Perioperative Fasting: A Systematic Review. J Parenter Enteral Nutr 2015 Jan 9. pii: 0148607114567713
160. Ortiz AC et al. Intravenous versus inhalational anaesthesia for paediatric outpatient surgery (Review). The Cochrane Library 2014, Issue 2. 50
161. Eberhart LH et al. The development and validation of a risk score to predict the probability of postoperative vomiting in pediatric patients. Anesth Analg 2004; 99:1630-7.
162. Gan TJ et al. Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. Anesth Analg 2014;118(1):85-113.
163. Bosenberg A. Benefits of regional anesthesia in children. Pediatr Anesth 2012;22:10-18.
164. Polaner DM et al. Pediatric Regional Anesthesia Network (PRAN): a multi-institutional study of the use and incidence of complications of pediatric regional anesthesia. Anesth Analg 2012;115:1353-1364.
165. Ivani G at al. The European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy and American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Joint Committee Practice Advisory on controversial Topics in Pediatric Anesthesia. Reg Anesth Pain Med 2015;40:526-532.
166. Neal JM et al. ASRA Practice Advisory on local anesthetic systemic toxicity. Reg Anesth Pain Med 2010;35:152-161.
167. Ecoffey C et al. Epidemiology and morbity of regional anesthesia in children: a follow-up one-year prospective survey of the French-Language Society of Paediatric Anaesthesiologists (ADARPEF). Pediatric Anesthesia 2010;20:1061-1069.
168. Shanthanna H et al. A systemic review and meta-analysis of caudal block as compared to

noncaudal regional techniques for inguinal surgeries in children. BioMed Research International 2014. http://dx.doi.org/10.1155/2014/890626
169. www.jointcommissioninternation.org
170. Heather Ead. From Aldrete to PADSS: reviewing discharge criteria after ambulatory surgery. Journ of PeriAnesth Nurs 2006;21(4):259-267.
171. Biedermann S et al. Paediatric discharge score in ambulatory surgery. Annales Françaises d'Anestésie et de Réanimation 2014;33:330-334.
172. Moncel JB et al. Evaluation of the pediatric post anesthesia discharge scoring system in an ambulatory surgery unit. Paediatr Anaesth 2015 Jan 8. Doi 10.1111/pan.12612. Epub ahead of print.