BUONE PRATICHE CLINICO ASSISTENZIALI ORGANIZZATIVE

SIAARTI
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

S.I.C.A.D.S

Preparazione all'intervento chirurgico in pazienti ASA 1-2 in setting di chirurgia ambulatoriale e day surgery

Versione 1 del 18.09.2026

Società e associazioni partecipanti

acoi – Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani
ADOI – Associazione Dermatologi-Venereologi Ospedalieri Italiani e della Sanità Pubblica
AFI – Associazione Flebologica Italiana
AICO
AIMO – Associazione Italiana Medici Oculisti
ANMDO – Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere
Cittadinanzattiva
Collegio Italiano di Flebologia – Italian College of Phlebology
SCP – Società Italiana della Caviglia e del Piede
Società Italiana di Chirurgia – Italian Society of Surgery - ISS
SICM – Società Italiana di Chirurgia della Mano
SICVE – Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare
SIGO – Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia
SIO eChCF – Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Facciale
Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia
SOI – Società Oftalmologica Italiana

Consultazione pubblica

AOGOI – Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani
GISeG – Gruppo Italiano Salute e Genere
HCRM – Associazione Scientifica Hospital & Clinical Risk Managers
SIMG – Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie
Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica
SIT – Società Italiana Telemedicina

PANEL

Coordinatore

Roberta Monzani

Salvatore Massa

Metodologo

Andrea Cortegiani

Vincenzo F. Tripodi

Literature Search Specialist

Eleonora Balzani

Panel di esperti

Paola Aceto

Daniela Alampi

Carmine Antropoli

Elide Azzan

Alessandra Balestrazzi

Elena Giovanna Bignami

Costanza Bisordi

Laura Brunelli

Francesco Ceccarelli

Edoardo De Robertis

Chiara Ferrari

Marco Fiore

Sergio Intini

Enrico Isoppi

Laura Martini

Antonio Mazzotti

Stefano Michelagnoli

Fernando Muià

Paola Aceto, Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione Anestesia e Rianimazione; UOSD Anestesia della chirurgia robotica, Dipartimento di Scienze dell'Emergenza, Anestesiologiche e della Rianimazione, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS; Dipartimento di Scienze Biotecnologiche di Base, Cliniche Intensivogiche e Perioperatorie, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;

Daniela Alampi, Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione; U.O.C. Anestesia e terapie intensiva, Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea, Università di Roma Sapienza, Roma;

Carmine Antropoli, Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico; UOC Chirurgia Generale ad alta Specializzazione Gastroenterologica, AORN A.Cardarelli Napoli;

Elide Azzan, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia; Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva; Libero Professionista già Direttore Sanitario in diverse Strutture Sanitarie Pubbliche e Private della Regione Piemonte

Alessandra Balestrazzi, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Oftalmologia; UOC Oculistica ASL Roma 2, Ambulatorio per le Patologie Corneali, Roma;

Eleonora Balzani, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione; Università di Trento, Centro Interdipartimentale di Scienze Mediche (CisMed), Trento;

Elena G. Bignami, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione; UOC 2 Anestesia e Rianimazione – AOU Parma; Scuola di Specializzazione in Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva e del Dolore; Dipartimento di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Parma, Parma;

Costanza Bisordi, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Igiene e medicina preventiva; Direzione sanitaria di presidio, Ospedale Apuane, Massa (MS);

Laura Brunelli, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione - Clinical RisK Manager; Area Dipartimentale Qualità e Sicurezza delle Cure, Azienda Usl Toscana sud est;

Francesco Ceccarelli, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia; Clinica Ortopedica Università di Parma, Parma;

Andrea Cortegiani, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione; Dipartimento di Discipline di Medicina di Precisione in Area Medica Chirurgica e Critica. Università degli Studi di Palermo; UOC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva. AOU Policlinico Paolo Giaccone, Palermo;

Claudio Nazzaro
Tiziana Nicoletti
Ornella Piazza
Matteo Piovella
Pasquale Raimondo
Luca Seriau
Giampaolo Sozio
Davide Strippoli
Bernardino Tomei
Antonio Vallo
Erika Maria Viola
Enrico Vizza

Revisori esterni

Giansaverio Friolo
Gianpaola Monti
Maurizio Domenico Verga

Ufficio ricerca clinica

Cristina Cacciagrano

Consultazione pubblica

Davide Bizzoca
Antonio Capodicasa
Stefano Celotto
Ettore Dell'Anna
Giuseppe Disclafani
Pierangelo Lora Aprile
Anna Maria Moretti
Biagio Moretti
Stefano Palmucci
Maurizio Silvestri
Chiara Villani

Edoardo De Robertis, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione; Sezione di Anestesia, Analgesia e Terapia Intensiva, (Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Azienda Ospedaliera di Perugia; Scuola di Specializzazione in Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva e del Dolore, Università degli Studi di Perugia;

Chiara Ferrari, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione; Unità Operativa di Anestesia e Medicina Peri-Operatoria, Humanitas Research Hospital, Rozzano (MI);

Marco Fiore, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore; Dipartimento della Donna, del Bambino e di Chirurgia Generale e Specialistica, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli; UOC Anestesia e Rianimazione, AOU Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli;

Giansaverio Friolo, Laurea in Lettere, Master in Management Sanitario e Master in Hospital Risk; Relyens - Société Hospitaliére d'Assurance Mutuelles in qualità di Risk manager;

Sergio Giuseppe Intini, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Chirurgia Generale Clinica Chirurgica Dipartimento di Medicina Università degli studi di Udine;

Enrico Isoppi, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare e Urologia; Pensionato; Carrara;

Laura Martini, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Chirurgia della Mano; SOSD Chirurgia della Mano Azienda Usl Toscana Centro Firenze, Firenze;

Salvatore Massa, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia; Specializzazione in Chirurgia d'urgenza e di pronto soccorso; Unità Operativa Complessa (UOC) di Day Surgery Polispecialistica e Chirurgia a Ricovero Breve presso l'A.O.R.N. "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta;

Stefano Michelagnoli, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in chirurgia vascolare; S.O.C. Chirurgia Vascolare San Giovanni Dio, Azienda Usl Toscana Centro, Firenze;

Antonio Mazzotti, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Ortopedia e Traumatología; IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli - Università di Bologna, Bologna;

Gianpaola Monti, Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione e in Malattie dell'Apparato Respiratorio; UOC di Anestesia e Rianimazione Postchirurgica e dei Trapianti, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano;

Roberta Monzani, Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione; Department of Anaesthesia and Intensive Care Units Humanitas Research Hospital; Department of Biomedical Sciences Humanitas University, Milano;

Fernando Muià, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Otorinolaringoiatria, Patologia Cervico-Facciale ed Oncologia; A.F.T. specialistiche A.S.L. To5, Chieri (TO);

Claudio Nazzaro, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Chirurgia Generale; S.S.D. di Chirurgia Multidisciplinare a Ciclo Breve dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni, Terni;

Tiziana Nicoletti, Laurea Magistrale in Giurisprudenza, Abilitazione all'esercizio della professione di avvocato- Master di II livello Diritto del lavoro, Roma;

Ornella Piazza, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesiologia e Rianimazione; Università degli Studi di Salerno, Dipartimento di Medicina, Chirurgia, Odontoiatria: "Scuola Medica Salernitana", Salerno;

Matteo Piovella, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Clinica Oculistica; Global Center for Ophthalmology, Monza (MB)

Stefano Raimondo, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Chirurgia generale; SC Chirurgia Generale Gardone VT, ASST Spedali Civili Brescia, Brescia;

Luca Seriau, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Chirurgia Generale, Soc Senologia, Ospedale di Udine, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Udine;

Giampaolo Sozio, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva chirurgica, Chirurgia Vascolare; U.O.C. Chirurgia Generale e d'urgenza P.O. Alta val d'Elsa - Poggibonsi (SI);

Davide Luigi Strippoli, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Dermatologia e Venereologia; U.O.C. Dermatologia, Ospedale A. Manzoni, ASST Lecco;

Bernardino Tomei, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Classe LM/SNT1, Master II livello, Operating Room Management; UOC Assistenza Infermieristica Ospedaliera, ASL Roma 6, Albano Laziale (RM);

Vincenzo F. Tripodi, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica; Dipartimento di Patologia Umana dell'adulto e dell'età evolutiva, Università degli studi di Messina; UOC Servizio di Anestesia, Azienda Ospedaliera Universitaria "Gaetano Martino", Messina;

Antonio Vallo, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Chirurgia Generale; UOC Chirurgia Generale P.O. "San Timoteo", Termoli (CB);

Maurizio Domenico Verga, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Chirurgia generale e chirurgia toracica; già Responsabile

Unità Semplice Dipartimentale Day Surgery, ASST Santi Paolo e Carlo – Presidio San Paolo, Milano**;**

Erika Maria Viola, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia; UOC Ortopedia e Traumatologia, ASST Cremona, Ospedale di Cremona, Cremona;

Enrico Vizza, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia; Direttore UOC Ginecologia Oncologica IRCCS IFO-Regina Elena, Roma.

CONSULTAZIONE PUBBLICA

Davide Bizzoca, Laurea in Medicina e Chirurgia. Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia; AUO Consorziale Policlinico di Bari. UOSD Chirurgia Vertebrale;

Antonio Capodicasa, Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Malattie Infettive e Virologia; Clinical Risk Manager Aziendale, componente consiglio direttivo Associazione Scientifica Hospital and Clinical Risk Managers-HCRM, Palermo;

Stefano Celotto, Laurea in Medicina e Chirurgia con Formazione Specifica in Medicina Generale; Udine;

Ettore Dell'Anna, Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Otorinolaringoiatria e specializzaione in Audiologia; Servizio di Otorinolaringoiatria di BS Ambulatori Polispecialistici di Isernia, Napoli;

Giuseppe Disclafani Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Chirurgia Generale; Medico di Medicina Generale, Palermo;

Pierangelo Lora Aprile, Laurea in Medicina e Chirurgia, Giunta Esecutiva Nazionale SIMG, Desenzano del Garda (BS);

Anna Maria Moretti, Laurea in Medicina e Chirurgia. Specializzazione in Pneumologia Già Direttrice dell'UOC di Pneumologia dell'AOU Consorziale Policlinico di Bari, Bari;

Biagio Moretti, Laurea in Medicina e Chirurgia,Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia; Professore Ordinario in quiescenza Ortopedia e Traumatologia, Università degli Studi di Bari "A. Moro";

Stefano Palmucci, Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Radiodiagnostica; UOSD Imaging Polmonare e Tecniche Radiologiche Avanzate, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G. Rodolico-San Marco" di Catania, Dipartimento "GF Ingrassia" Università di Catania;

Maurizio Silvestri, Laurea in Medicina e chirurgia, Specializzazione in ostetricia e ginecologia, Specializzazione in oncologia medica; Responsabile SSD consultorio Spoleto-Valnerina;

Chiara Villani, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, corso di Formazione Specifica in Medicina Generale; Medico di Medicina Generale Asl Taranto.

ELENCO DEGLI STATEMENT

SCOPE	STATEMENT	REQUISITI MINIMI, INDICATORI E CONSENSO
1. Pianificazione del processo di prericovero	1.1 Il panel ritiene opportuno, nei pazienti a basso rischio (ASA 1 e 2) candidati a chirurgia minore, di organizzare il prericovero secondo modelli di triage efficienti, in cui la visita in presenza può essere preceduta o, nella popolazione a basso rischio, sostituita da questionari standardizzati di autovalutazione o da intervista telefonica condotta da personale infermieristico dedicato, all'interno di un percorso strutturato con criteri predefiniti di esclusione/escalation verso valutazione anestesiologica in presenza.	Mediana: 5 Agreement: 93,33% IQR: 4-5
	1.2 È appropriato, nei pazienti sani candidati a chirurgia a basso rischio e in linea con i principi del movimento "Choosing Wisely", eliminare dal percorso di prericovero i test di laboratorio, l'ECG e la radiografia del torace eseguiti in modo routinario.	Mediana: 5 Agreement: 93,33% IQR: 4-5
	1.3 Il panel ritiene appropriato riorganizzare il prericovero non solo come fase diagnostica, ma come momento cardine per l'ottimizzazione clinica e l'educazione del paziente all'interno di modelli integrati come la Perioperative Surgical Home (PSH) o i percorsi ERAS. Fornire istruzioni preoperatorie chiare (scritte e verbali) e pianificare la dimissione già in fase di prericovero sono elementi appropriati per favorire il successo della dimissione in giornata (Same-Day Discharge, SDD), migliorare la soddisfazione del paziente e ridurre i ricoveri non pianificati.	Mediana: 5 Agreement: 96,66% IQR: 4-5
2. Appropriatezza e ottimizzazione test preoperatori	2.1 È appropriato che, nei pazienti ASA 1–2 candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, la richiesta di test preoperatori non sia routinaria, ma guidata da anamnesi, esame obiettivo, farmaci in uso, integratori, comorbidità, tipo di procedura e tecnica anestesiologica prevista.	Mediana: 5 Agreement: 96,66% IQR: 4-5
	2.2 Il panel ritiene ragionevole non eseguire di routine esami standard, nei pazienti ASA 1–2 candidati a procedure a bassa o intermedia complessità, salvo specifiche indicazioni cliniche.	Mediana: 5 Agreement: 96,66% IQR: 4-5
	2.3 Il panel ritiene che sia opportuno adottare protocolli locali condivisi per l'appropriatezza dei test preoperatori, fondati su classe ASA, complessità chirurgica, rischio anestesiologico, condizioni cliniche individuali e disponibilità di esami recenti già eseguiti, evitando duplicazioni, falsi positivi e ritardi non necessari.	Mediana: 5 Agreement: 96,66% IQR: 4-5
	2.4 Il panel ritiene opportuno raccogliere un'anamnesi completa ed eseguire un esame obiettivo accurato ed approfondito al fine di individuare patologie significative.	Mediana: 5 Agreement: 96,66% IQR: 4-5

3. Logistica della preparazione e informazione al paziente	3.1 Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene appropriato adottare criteri di selezione espliciti, scritti e condivisi che integrino classe ASA, comorbidità, BMI, età, tipologia e durata prevista dell'intervento, tecnica anestesiologica prevista, contesto sociale e disponibilità di un caregiver, al fine di ridurre riammissioni non programmate e conversioni in ricovero.	Mediana: 5 Agreement: 93,33% IQR: 4-5
	3.2 Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire istruzioni uniformi e scritte sul digiuno preoperatorio adeguate alle linee guida internazionali (schema 6-4-2 per solidi, latte materno e liquidi chiari), evitando digiuni eccessivi non motivati da indicazioni cliniche o procedurali che richiedano condizioni più restrittive o specifiche.	Mediana: 5 Agreement: 96,66% IQR: 4-5
	3.3 Nelle strutture che erogano chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene ragionevole adottare modelli organizzativi protocollati e centralizzati di gestione del percorso perioperatorio (es. Perioperative Surgical Home), con responsabilità definite e con monitoraggio sistematico di indicatori di processo (rispetto del digiuno, cancellazioni, tempi di attesa) ed esito (riammissioni, complicanze, accessi non programmati al PS).	Mediana: 5 Agreement: 96,66% IQR: 4-5
	3.4 Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire un'informazione preoperatoria al paziente ed al caregiver – se presente – strutturata in fase di pre-ricovero, con linguaggio chiaro, comprensibile e tracciata in cartella, che includa tipo di intervento e tecnica anestesiologica prevista, digiuno preoperatorio, gestione della terapia domiciliare, controllo del dolore postoperatorio, criteri di dimissione, segnali di allarme e canali di contatto post-dimissione.	Mediana: 5 Agreement: 100% IQR: 4-5
	3.5 Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato di integrare nell'informazione preoperatoria un programma educazionale strutturato sulla gestione del dolore, che distingua esplicitamente il "dolore atteso" dalla "complicanza" e fornisca istruzioni dettagliate sulla gestione domiciliare dell'analgesia, al fine di ridurre il consumo di oppioidi, l'ansia preoperatoria e gli accessi impropri ai servizi sanitari.	Mediana: 5 Agreement: 96,66% IQR: 4-5
4. Gestione della politerapia farmacologica domiciliare	4.1 Il panel ritiene appropriata una ricognizione strutturata e documentata della terapia domiciliare e della terapia antalgica, con particolare attenzione ai farmaci ed agli integratori che possono influenzare la gestione peri-operatoria, nonché la consegna al paziente o a chi si prende cura del paziente, di indicazioni scritte sulla terapia da assumere prima e dopo l'intervento.	Mediana: 5 Agreement: 100% IQR: 4-5
	4.2 Il panel ritiene appropriata la modulazione della terapia antiaggregante/anticoagulante in base al profilo farmacocinetico del farmaco, al rischio tromboembolico individuale e al rischio emorragico della procedura in accordo con le vigenti linee guida internazionali e previa condivisione multidisciplinare**.	Mediana: 5 Agreement: 96,66% IQR: 4-5
	4.3 Il panel ritiene che, nei pazienti affetti da diabete mellito in trattamento domiciliare, la gestione peri-operatoria dei farmaci ipoglicemizzanti e dell'eventuale terapia insulinica debba essere definita esplicitamente prima della procedura chirurgica.	Mediana: 5 Agreement: 96,66% IQR: 4-5

5. Monitoraggio della qualità e riduzione del Rischio Clinico	5.1. Nella organizzazione del percorso diagnostico e terapeutico della chirurgia ambulatoriale e Day Surgery il panel ritiene appropriata la creazione di un set di indicatori di processo e di esito in grado di assicurare un monitoraggio continuo nel tempo della efficienza organizzativa, della qualità delle cure e degli esiti di salute.	Mediana: 5 Agreement: 96,66% IQR: 4-5
	5.2. Il panel ritiene che le procedure per il trattamento del dolore, della nausea e del vomito nella PACU (Unità di Terapia Intensiva Post-Anestesia) devono essere redatte per iscritto ed inserite formalmente nella documentazione del PDTA chirurgico. È opportuno che la valutazione del dolore comprenda l'intensità, la localizzazione, la qualità, la durata, l'insorgenza e l'efficacia del trattamento.	Mediana: 5 Agreement: 93,33% IQR: 4-5
	5.3. Il panel ritiene che l'adozione di protocolli formativi possa uniformare i comportamenti e favorire la omogeneità degli stessi.	Mediana: 5 Agreement: 96,66% IQR: 4-5
	5.4. Il panel ritiene appropriato che ciascun gruppo definisca una check-list chirurgica, in linea con quella proposta dalla WHO che venga discussa dal team (chirurgo, infermieri e anestesista) che esegue le procedure.	Mediana: 5 Agreement: 100% IQR: 4-5
	5.5 Il panel ritiene utile ed appropriato l'uso di un sistema elettronico che agevoli e snellisca la sorveglianza e la corretta compilazione della checklist Chirurgica.	Mediana: 5 Agreement: 96,66% IQR: 4-5
6. Teleconsulto	6.1 Nei pazienti adulti a basso rischio (ASA 1-2) candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene ragionevole utilizzare il teleconsulto preoperatorio strutturato con checklist predefinita per la valutazione di eleggibilità, comorbidità, terapia farmacologica, aspettative del paziente, informazione preoperatoria e raccolta del consenso, in alternativa o in integrazione alla visita in presenza prevista in caso di criticità procedurali cliniche e organizzative.	Mediana: 5 Agreement: 93,33% IQR: 4-5
	6.2 Nei pazienti adulti dimessi dopo chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato prevedere un follow-up telematico programmato entro 24-48 ore, eseguito secondo questionario strutturato, finalizzato a verificare la gestione del dolore, complicanze precoci, aderenza alle istruzioni di dimissione e necessità di rivalutazione clinica.	Mediana: 5 Agreement: 90% IQR: 4-5
	6.3 Nelle strutture che implementano sistemi di telemedicina nel percorso di chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato adottare un sistema strutturato di controllo della qualità del dato, monitoraggio della soddisfazione dell'utente, protezione dei dati personali e tracciabilità documentale, integrato con il sistema informativo aziendale e conforme ai requisiti normativi (GDPR, linee guida AGENAS sulla telemedicina).	Mediana: 5 Agreement: 90% IQR: 4-5

7. Gestione casi particolari	7.1. Per i pazienti affetti da diabete di tipo 2 in trattamento con farmaci antidiabetici orali che si sottopongono ad intervento chirurgico in setting di chirurgia ambulatoriale e Day Surgery, il panel ritiene appropriata l'inclusione controllo dei valori di HbA1c nel periodo preoperatorio.	Mediana: 5 Agreement: 93,33% IQR: 4-5
	7.2. Il panel ritiene appropriato che, nei pazienti adulti ASA 1-2 candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, si considerino casi particolari e pertanto necessitino di strategie dedicate quelle condizioni in cui sono presenti barriere comunicative e culturali (ad esempio: paziente non madre lingua italiana), disabilità sensoriali che interferiscono con la comunicazione (ad esempio il paziente sordo muto o cieco), fragilità sociale con inadeguatezza del supporto familiare o sociale, abitudini di vita a rischio.	Mediana: 5 Agreement: 100% IQR: 4-5
	7.3. Il panel ritiene auspicabile che nel paziente fragile (con fragilità si intende l'età, la situazione sociale complessa e le disabilità), seppur ASA1-2, si richieda una formazione specifica ed una forte collaborazione da parte del Caregiver.	Mediana: 5 Agreement: 100% IQR: 4-5
8. Gestione della documentazione sanitaria	8.1 Il panel ritiene appropriata l'integrazione di linguaggi infermieristici standardizzati (come il Perioperative Nursing Data Set - PNDS) all'interno della Cartella Clinica per garantire una progressione fluida delle cure, prevenire la duplicazione dei dati e consentire audit accurati sulla qualità del percorso. Una documentazione incoerente o mancante nei sistemi informatici può infatti alterare la percezione dell'efficacia dei protocolli clinici e dei tempi di dimissione.	Mediana: 5 Agreement: 93,33% IQR: 4-5
	8.2 Per i pazienti ASA 1 e 2, il panel ritiene appropriato includere nella documentazione pre-operatoria checklist di screening strutturate per identificare comorbidità (es. apnea notturna) e condizioni sociali che potrebbero controindicare la day surgery. La registrazione accurata dello stato ASA e della complessità chirurgica nel database ospedaliero è ritenuta opportuna per anticipare e ridurre il rischio di ammissioni impreviste.	Mediana: 5 Agreement: 96,66% IQR: 4-5
	8.3 Il panel ritiene ragionevole una gestione documentale completa che preveda la registrazione sistematica delle istruzioni preoperatorie fornite al paziente (es. protocolli ERAS, gestione del dolore) e l'integrazione di sistemi di monitoraggio postoperatorio (come app mobili o chiamate di follow-up) nel dossier sanitario. L'uso di strumenti digitali per il reporting dei sintomi consente di distinguere tra decorsi normali e complicanze, riducendo gli accessi non necessari al pronto soccorso.	Mediana: 5 Agreement: 93,33% IQR: 4-5

INDICE

PANEL 2
ELENCO STATEMENT 6
ELENCO ACRONIMI 12
PREMESSA 14
INTRODUZIONE 14
OBIETTIVI E AMBITI DI APPLICAZIONE DELLE BPCA-O 16
Obiettivi 15
Popolazione target 15
METODOLOGIA 18
Definizione e composizione del Gruppo di Sviluppo 18
Scoping workshop 18
Definizione degli scope del documento 19
Revisione della letteratura 19
Elaborazione di statement e razionali 20
Processo di consenso 20
Revisione esterna 21
Consultazione pubblica 22
RISULTATI 35
1. ORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO DI PRERICOVERO 35
2. APPROPRIATEZZA E OTTIMIZZAZIONE TEST PREOPERATORI 38
3. LOGISTICA DELLA PREPARAZIONE E INFORMAZIONE AL PAZIENTE 40
4. GESTIONE DELLA POLITERAPIA FARMACOLOGICA DOMICILIARE 44
5. MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO 46
6. TELECONSULTO 48
7. GESTIONE CASI PARTICOLARI 51
8. GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA 53
APPLICABILITÀ 56
AGGIORNAMENTO 56
INDIPENDENZA EDITORIALE E GESTIONE DEI CONFLITTI D'INTERESSE 56
BIBLIOGRAFIA 58
ALLEGATO 1 - PROTOCOLLO E REGOLAMENTO BPCAO 63
ALLEGATO 2- SEARCH STRATEGY E PRISMA FLOW 65
ALLEGATO 3 – TABELLA SINTESI DELLE EVIDENZE 69

ALLEGATO 4 – SINTESI ESITI PRIORITIZZAZIONE DEGLI SCOPE 108
ALLEGATO 5 – SINTESI ESITI VOTAZIONE STATEMENT E RAZIONALI 121
ALLEGATO 6 – CONSULTAZIONE PUBBLICA 128
ALLEGATO 7 – DICHIARAZIONE CONFORMITÀ NORMATIVE VIGENTI 159
ALLEGATO 8 – RIFERIMENTI NORMATIVI 160

ELENCO ACRONIMI

- ACOI: Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani
- ADOI: Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani
- AFI: Associazione Flebologica Italiana
- AGENAS: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
- AICO: Associazione Infermieri di Camera Operatoria
- AIMO: Associazione Italiana Medici Oculisti
- ANMDO: Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere
- ASA: American Society of Anesthesiologists (classe di rischio anestesiologico I–III citate)
- BMI: Body Mass Index
- CCE: Cartella Clinica Elettronica
- CIF: Collegio Italiano di Flebologia
- ECG: Elettrocardiogramma
- EPD: Electronic Patient Database
- ERAS: Enhanced Recovery After Surgery
- GDPR: Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione dei dati personali
- GdS: Gruppo di Sviluppo
- GIMBE: Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
- GMS: Gruppo Multisocietario
- GRADE: Metodologia di valutazione della qualità delle evidenze (citata come "ottica GRADE")
- HbA1c: Emoglobina glicata
- IC 95%: Intervallo di Confidenza al 95%
- IQR: Interquartile Range (scarto interquartile)
- LSS: Literature Search Specialist
- NICE: National Institute for Health and Care Excellence (linea guida NG45)
- OR: Odds Ratio
- PACU: Unità di Terapia Intensiva Post-Anestesia
- PDTA: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
- PNDS: Perioperative Nursing Data Set
- PNRR: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
- PSH: Perioperative Surgical Home
- RAPP: Applicazione elettronica per la valutazione quotidiana del recupero postoperatorio (nome proprio dello strumento, acronimo non sciolto nel testo)
- SDD: Same-Day Discharge (dimissione in giornata)
- SIAARTI: Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva
- SIC: Società Italiana di Chirurgia
- SICADS: Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery
- SICM: Società Scientifica della Mano
- SICP: Società Italiana della Caviglia e del Piede
- SICVE: Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare
- SIGO: Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia
- SIOECHCF: Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale
- SIOT: Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia

- SOI: Società Oftalmologica Italiana
- SwQoR: Questionario di valutazione della qualità del recupero postoperatorio impiegato nel trial di Jaensson (acronimo non sciolto nel testo fornito)
- WHO: World Health Organization (checklist chirurgica)

PREMESSA

Il presente documento nasce dall'esigenza di offrire indicazioni condivise ed evidence-based per la preparazione all'intervento chirurgico nei pazienti in classe ASA 1-2 candidati a chirurgia ambulatoriale e Day Surgery, un ambito assistenziale caratterizzato — come emerge dall'indagine multicentrica europea richiamata nella sezione 1 — da marcata eterogeneità organizzativa tra Paesi e tra singoli centri, sia per quanto riguarda tempi e modalità della valutazione preoperatoria, sia per le figure professionali coinvolte.
A questa variabilità organizzativa si associa una persistente disomogeneità nella richiesta di accertamenti preoperatori: nonostante raccomandazioni convergenti da parte di Choosing Wisely, NICE (NG45) e ASA, l'esecuzione ridondante di esami di laboratorio, ECG e radiografia del torace in pazienti sani a basso rischio chirurgico resta pratica diffusa, con costi diagnostici, tempi di attesa e rischio di cascate diagnostiche non giustificati dall'evidenza disponibile.

INTRODUZIONE

Il percorso di preparazione all'intervento chirurgico nel paziente ASA 1-2 candidato a chirurgia ambulatoriale o Day Surgery attraversa l'intero continuum perioperatorio, dalla fase di prericovero fino al follow-up post-dimissione, e coinvolge dimensioni cliniche, organizzative, comunicative e documentali tra loro interdipendenti.
L'evidenza mostra che nella popolazione a basso rischio la valutazione preoperatoria può essere efficacemente ridisegnata secondo modelli di stratificazione più snelli come questionari di autovalutazione, intervista infermieristica telefonica o teleconsulto strutturato; la visita anestesiologica in presenza andrebbe riservata a casi selezionati in concerto con il chirurgo.
L'esecuzione generalizzata dei test preoperatori ritenuti standard (emocromo, coagulazione, funzionalità renale, ECG, radiografia del torace) nei pazienti ASA 1-2 candidati a chirurgia a basso rischio non impatta significativamente sulla gestione anestesiologica; la rimodulazione degli esami preoperatori, invece, può ridurre i costi relativi alla diagnostica fino al 96,5% senza compromettere la sicurezza dei pazienti. Questi dati sono corroborati da studi monocentrici italiani e dall'esperienza multicentrica di quality improvement RITE-Size.
Il prericovero rappresenta lo snodo dell'intero percorso peri-operatorio nel quale si allineano ottimizzazione clinica, educazione del paziente/caregiver e pianificazione della dimissione, secondo i principi del modello Perioperative Surgical Home (PSH) e dei percorsi ERAS. PSH ed ERAS sono stabilmente associati a: riduzione della degenza, minore o assente fabbisogno di oppioidi nel postoperatorio e mancato ricorso a livelli di cura superiori non pianificati in precedenza. La letteratura evidenzia che la sicurezza della dimissione in giornata dipende in misura rilevante dalla selezione del paziente e dalla sua educazione, che comprende il coinvolgimento del caregiver, componenti essenziali di un'attenta pianificazione che si deve associare alla preparazione criteri di dimissibilità post-procedurali.
L'area comunicativa della gestione delle informazioni rappresenta una criticità. Una comunicazione sanitaria che non rispetti la bidirezionalità e il tempo necessario non garantisce l'esatta comprensione da parte del paziente e/o del caregiver.
Programmi educazionali dedicati alla gestione del dolore postoperatorio riducono in modo significativo il consumo di oppioidi e gli accessi impropri ai servizi sanitari se strutturati con precisione: ad esempio sottolineando la differenza fra "dolore atteso" e "complicanza".
Inoltre, evidenze scientifiche riportano un'elevata percentuale di pazienti (fino al 17%) disposti a mentire sul digiuno preoperatorio per paura di un rinvio dell'intervento.

L'equipe operatoria (anestesista-chirurgo) deve porre analoga attenzione alla gestione della terapia domiciliare per i farmaci oggetto di linee guida internazionali che forniscono un supporto decisionale strutturato (antiaggreganti/anticoagulanti, ipoglicemizzanti) perché le evidenze specifiche nel setting ambulatoriale rimangono ancora limitate e richiedono un approccio personalizzato e condiviso.
Il documento affronta anche la dimensione del governo clinico del percorso attraverso gli indicatori di processo ed esito, checklist chirurgica WHO e sua informatizzazione, teleconsulto e follow-up telematico post-dimissione, gestione dei casi con fragilità comunicativa o sociale e standardizzazione della documentazione sanitaria secondo linguaggi infermieristici strutturati definendoli come strumenti atti a garantire la tracciabilità, la qualità e la sicurezza dell'intero percorso, nel rispetto del quadro normativo vigente in materia di telemedicina (Linee guida AGENAS) e protezione dei dati personali (GDPR).
Infine, data l'evoluzione e la crescente rilevanza della medicina di genere nella pratica clinico-assistenziale, si è reso necessario, ove applicabile, includere nel documento anche un'analisi relativa alle differenze biologiche legate al sesso e alle variabili socio-relazionali legate al genere lungo l'intero percorso di preparazione all'intervento chirurgico in regime ambulatoriale e di Day Surgery, con particolare riguardo alla valutazione del rischio, alla prescrizione terapeutica e all'organizzazione dei percorsi di cura. Il Gruppo di Sviluppo ha condiviso tale principio generale e lo ha recepito, ove supportato da uno specifico razionale clinico o organizzativo, all'interno dei razionali dei singoli statement interessati.

OBIETTIVI E AMBITI DI APPLICAZIONE DELLE BPCA-O

OBIETTIVI

Il documento si propone di fornire indicazioni condivise sull'organizzazione del percorso di prericovero, orientando la scelta verso modelli di triage stratificati per livello di rischio in grado di orientare, nella popolazione a basso rischio, verso a strumenti alternativi alla visita anestesiologica in presenza quali questionari di autovalutazione, intervista telefonica infermieristica o teleconsulto strutturato.
Con questa premessa il documento intende inoltre definire criteri espliciti di appropriatezza per la richiesta di test preoperatori nei pazienti in classe ASA 1-2, in coerenza con i principi del movimento Choosing Wisely e con le raccomandazioni delle linee guida NICE ed ESAIC, al fine di superare la richiesta di esami clinici non giustificati dal profilo di rischio individuale.
La base di partenza è relativa criteri di selezione del paziente e delle modalità organizzative e logistiche del percorso. Questi includono la standardizzazione del modello informativo rivolto al paziente e, laddove presente, al caregiver, con particolare riferimento alla gestione del digiuno preoperatorio secondo le indicazioni internazionali e alla comunicazione del dolore atteso, distinto in maniera esplicita dalla complicanza.
Il documento si propone altresì di ottimizzare la gestione della terapia politerapia farmacologica domiciliare, includendo la modulazione perioperatoria della terapia antiaggregante e anticoagulante e la gestione dei farmaci ipoglicemizzanti nel paziente diabetico, in coerenza con le linee guida internazionali vigenti e nel rispetto di un approccio personalizzato e condiviso tra le figure professionali coinvolte.
Nell'ambito della selezione del paziente rientra l'identificazione di quelle condizioni che richiedono strategie assistenziali dedicate come barriere comunicative e culturali, le disabilità sensoriali, la fragilità sociale intesa nel senso più ampio, al fine di garantire equità e sicurezza del percorso anche nelle situazioni di maggiore complessità relazionale o assistenziale.
Fondamentale quindi la promozione dell'adozione di indicatori di processo e di esito, nonché di checklist chirurgiche standardizzate e supportate da strumenti informatizzati, quale strumento di monitoraggio continuo della qualità delle cure e di riduzione del rischio clinico lungo l'intero percorso.
Il documento intende inoltre definire il ruolo del teleconsulto preoperatorio e del follow-up telematico programmato dopo la dimissione, precisandone i requisiti di qualità del dato, di tutela della riservatezza e di conformità al quadro normativo vigente in materia di telemedicina e protezione dei dati personali.

POPOLAZIONE TARGET

Il documento si rivolge alla popolazione dei pazienti adulti in classe di rischio anestesiologico ASA 1-2 candidati a interventi di chirurgia ambulatoriale o Day Surgery a bassa o intermedia complessità procedurale, popolazione che costituisce l'ambito di applicazione trasversale di tutti gli statement elaborati.
All'interno di questa fascia di rischio, il documento identifica alcune sottopopolazioni che necessitano di indicazioni dedicate:

- i pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 in trattamento con farmaci antidiabetici orali e/o terapia insulinica, per i quali la gestione peri-operatoria della terapia ipoglicemizzante richiede una pianificazione esplicita e anticipata;
- pazienti che presentano barriere comunicative o culturali legate alla diversa madrelingua, a disabilità sensoriali, a fragilità sociale associata un supporto familiare o assistenziale inadeguato, oppure ad abitudini di vita a rischio;

- queste caratteristiche non modificano di per sé la classe ASA ma configurano la necessità di strategie assistenziali dedicate. Nel documento sono definiti "fragili" i pazienti con età avanzata, con situazione sociale complessa o affetti da disabilità, anche quando la classificazione ASA 1-2 resti invariata: per questi pazienti si ritiene auspicabile una formazione specifica e una collaborazione strutturata da parte del caregiver.

Si precisa che, trattandosi di una rapid review con funzione informativa e orientativa, i criteri di inclusione non hanno previsto restrizioni sulla classe ASA. Sono state pertanto considerate anche fonti che includono pazienti ASA 3, ritenute pertinenti per gli aspetti organizzativi e clinici trattati. Tali evidenze sono state utilizzate a supporto indiretto: la loro applicabilità alla popolazione target ASA 1-2 è da intendersi come plausibile ma non dimostrata, e le raccomandazioni si fondano sul consenso del Panel che comunque ha eventualmente considerato l'indirectness dell'evidenza ove presente.

UTILIZZATORI TARGET

Il documento di Buona Pratica Clinico-Assistenziale è rivolto, in primo luogo, all'anestesista-rianimatore, figura clinica centrale in tutte le fasi del percorso di preparazione all'intervento chirurgico nel paziente ASA 1-2 candidato a chirurgia ambulatoriale o Day Surgery. All'anestesista competono la valutazione preoperatoria selettiva e la decisione clinica basata su anamnesi ed esame obiettivo, l'individuazione dei casi da riservare a consulenza approfondita in presenza, la modulazione della terapia antiaggregante e anticoagulante in accordo con le linee guida internazionali e previa condivisione multidisciplinare, nonché il coordinamento clinico dei modelli di presa in carico integrata quali il Perioperative Surgical Home, che pone la regia dell'intero continuum perioperatorio sotto guida anestesiologica.
Il documento si rivolge altresì al chirurgo, chiamato in causa come corresponsabile della definizione dei criteri di selezione del paziente candidato al percorso ambulatoriale o di Day Surgery, e come componente del team multiprofessionale — insieme ad anestesista e personale infermieristico — nell'elaborazione e discussione della checklist chirurgica adottata dalla struttura.
Un ruolo trasversale e di particolare rilievo operativo è riconosciuto al personale infermieristico, coinvolto nella conduzione del triage telefonico e nella gestione dei questionari strutturati in fase di prericovero, nella compilazione e nel monitoraggio della checklist chirurgica, anche mediante strumenti elettronici a supporto dell'aderenza, nell'esecuzione del follow-up telefonico e telematico programmato dopo la dimissione, e nell'adozione di linguaggi documentali standardizzati, quale il Perioperative Nursing Data Set, all'interno della cartella clinica elettronica.
Sono utilizzatori del documento anche le figure con responsabilità organizzative e di governo clinico del percorso — coordinatori dei servizi di Day Surgery e chirurgia ambulatoriale, responsabili dei modelli Perioperative Surgical Home — a cui competono l'implementazione di indicatori di processo e di esito, la protocollazione centralizzata del percorso perioperatorio e l'adozione di sistemi di telemedicina conformi alle Linee guida AGENAS e al Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR).
Il documento individua, infine, nel caregiver un destinatario diretto delle proprie raccomandazioni, in particolare per quanto riguarda l'informazione preoperatoria strutturata e la formazione specifica richiesta nella gestione dei pazienti fragili, con l'obiettivo di favorire il rientro precoce al domicilio e ridurre il rischio di dimissione ritardata.

METODOLOGIA

Il protocollo metodologico, definito in coerenza con quanto stabilito da "Buone Pratiche Clinico-Assistenziali Organizzative – Indirizzi Metodologici" (Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale della Clinical Governance ed Eccellenza delle Cure, V. febbraio 2026)[1], è stato adottato come riferimento per l'intero processo di elaborazione della presente BPCA-O ed è riportato nella sua integralità in Allegato 1.

1. DEFINIZIONE E COMPOSIZIONE DEL GRUPPO DI SVILUPPO

Lo sviluppo del documento è stato promosso congiuntamente da SIAARTI e SICADS, che hanno costituito un Gruppo Multisocietario (GMS) con l'obiettivo di elaborare una raccomandazione condivisa e multidisciplinare sulla preparazione all'intervento chirurgico nel paziente ASA 1-2 candidato a chirurgia ambulatoriale e Day Surgery. Nello specifico, nel GMS, sono state coinvolte l'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI), l'Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani (ADOI), l'Associazione Flebologica Italiana (AFI), l'Associazione Infermieri di Camera Operatoria (AICO), l'Associazione Italiana Medici Oculisti (AIMO), l'Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere (ANMDO), il Collegio Italiano di Flebologia (CIF), la Società Italiana della Caviglia e del Piede (SICP), la Società Italiana di Chirurgia (SIC), la Società Italiana di Chirurgia della Mano (SICM), la Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare (SICVE), la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), la Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT), la Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale (SIOECHCF), la Società Oftalmologica Italiana (SOI) e CittadinanzAttiva.
Il GMS ha nominato due Coordinatori, il Dott. Salvatore Massa, Presidente SICADS, e la Dott.ssa Roberta Monzani, per SIAARTI, ai quali è stata affidata la supervisione dell'intero processo, la designazione degli altri componenti del Gruppo di Sviluppo (GdS), la pianificazione delle riunioni, la gestione del codice di riservatezza e dei conflitti di interesse. In coerenza con il proprio ruolo, i Coordinatori non hanno partecipato al processo di votazione.
Il ruolo di metodologo è stato affidato al Prof. Andrea Cortegiani, affiancato dal Dott. Vincenzo F. Tripodi in qualità di metodologo junior, con il compito di garantire l'aderenza dell'intero percorso ai metodi scientifici prestabiliti, definire la strategia di ricerca della letteratura, supervisionare l'interpretazione dei dati e gestire il processo di votazione. Anche il metodologo, come previsto dal manuale, non ha preso parte alle votazioni.
La ricerca bibliografica è stata condotta dal Dott. Vincenzo F. Tripodi e dalla Dott.ssa Eleonora Balzani, quest'ultima in qualità di Literature Search Specialist (LSS), sotto il coordinamento del metodologo senior; anche in questo caso, coerentemente con il ruolo, non è stata prevista la partecipazione al voto.
Il Panel di esperti è stato costituito secondo un criterio di rappresentatività multidisciplinare, con specifica competenza nell'ambito della chirurgia ambulatoriale e della Day Surgery.
In linea con la previsione del manuale circa il coinvolgimento della prospettiva dei cittadini/pazienti, ha partecipato al Panel anche un paziente esperto.
La revisione esterna del testo preliminare è stata affidata a tre revisori indipendenti, il Dott. Giansaverio Friolo (Risk Manager), la Dott.ssa Gianpaola Monti (Anestesista-rianimatore) e Dott Maurizio Domenico Verga (Chirurgo) selezionati dai Coordinatori sulla base di comprovata autorevolezza e competenza nell'ambito clinico-organizzativo trattato.

2. SCOPING WORKSHOP

In occasione della prima riunione, tutti i componenti del Gruppo di sviluppo hanno preso parte a una sessione di formazione iniziale, condotta dal Metodologo senior con il supporto dei Coordinatori, vertente sui principi e sugli standard minimi per lo sviluppo delle BPCA-O, sui ruoli e le responsabilità delle diverse figure del

Gruppo di Sviluppo, sul processo di prioritizzazione degli scope e di formulazione di statement e razionali, e sulla gestione del conflitto di interesse.
La medesima riunione ha ospitato lo Scoping Workshop, condotto secondo la tecnica del Nominal Group Technique (NGT) e facilitato dai Coordinatori e dal Metodologo senior. Il processo si è articolato in tre momenti: una fase di elaborazione individuale delle proposte tematiche da parte di ciascun partecipante, priva di condizionamenti reciproci; una fase di presentazione collegiale e ordinata dei contributi, con registrazione di tutte le proposte; una fase di discussione guidata, volta a chiarire il contenuto di ciascuna proposta e a distinguere gli ambiti sovrapponibili da quelli realmente distinti.

3. DEFINIZIONE DEGLI SCOPE DEL DOCUMENTO

Le proposte raccolte sono state sottoposte a un processo di prioritizzazione tramite form elettronico anonimo, a cui hanno partecipato 30 componenti del Panel, preceduto dalla compilazione di una scheda anagrafica dei votanti a fini di controllo di eventuali risposte mancanti o duplicate. La valutazione ha utilizzato una scala Likert a 9 punti (1–3 non prioritario; 4–6 incertezza; 7–9 prioritario); il consenso su ciascuna macroarea è stato considerato raggiunto quando almeno il 75% dei votanti, con esclusione di Coordinatori, Metodologo, Metodologo junior e LSS, si è collocato nel medesimo intervallo. Tutte le otto macroaree tematiche individuate hanno raggiunto la soglia di consenso prevista (agreement compreso tra 80,76% e 100%, IQR 7-9 per tutte), risultando confermate quali scope del documento e dando origine alla struttura in otto macroaree tematiche:

a) **Organizzazione del Percorso di Prericovero**
   - Interventi a bassa invasività
   - Interventi di media complessità
   - Comunicazione pre-ricovero

b) **Appropriatezza e Ottimizzazione dei Test Preoperatori in base al rischio clinico del paziente, in questo caso basso, correlato all'invasività chirurgica**
   - Chirurgia "superficiale" e d'organo (Dermatologia, Oculistica, Chirurgia Vascolare venosa)
   - Chirurgia con potenziale impatto emocoagulativo o sistemico (Ginecologia, Chirurgia Generale, Ortopedia)
   - Specificità per apparati

c) **Logistica della Preparazione e Informazione al Paziente**
   - Gestione del digiuno
   - Informazione specifica per la dimissione protetta

d) **Gestione della politerapia farmacologica domiciliare**

e) **Monitoraggio della Qualità e Riduzione del Rischio Clinico**
   - Gestione del "Patient Safety" perioperatorio (consenso informato presente, accoglienza/identificazione paziente)

f) **Teleconsulto**

g) **Gestione casi particolari**
   - sospensione dell'intervento;
   - rinuncia all'intervento da parte del paziente;
   - conversione del setting (sia ambulatoriale che di day surgery) per complicanze

h) **Gestione della documentazione sanitaria (cartella ambulatoriale, cartella clinica, etc.)**

4. REVISIONE DELLA LETTERATURA

La ricerca bibliografica è stata condotta dalla Literature Search Specialist, sotto il coordinamento del Metodologo mediante interrogazione dei database PubMed, Embase e Scopus, senza applicazione di filtri (Filter: NONE), con reporting impostato in conformità alle linee guida PRISMA.
In funzione degli scope, la ricerca era stata impostata come rapid review, prevedendo la successiva condivisione dei risultati con tutto il Panel per guidare le fasi successive.
La revisione ha avuto una funzione informativa e orientativa nella formulazione degli statement, con l'obiettivo di identificare le evidenze più pertinenti a supporto del consenso esperto, facilitare la valutazione della rilevanza clinica e definire aree di incertezza. Sono state implementate due strategie di ricerca indipendenti: una prima strategia che copriva interamente un arco temporalefino al 02/03/2026.
I criteri di inclusione hanno previsto: articoli originali, revisioni sistematiche, linee guida internazionali, revisioni narrative, consensus, buone pratiche cliniche, studi peer-reviewed in ambito adulto, condotti in setting assistenziali ospedalieri e territoriali; pubblicazioni in lingua inglese disponibili in full text.
Sono stati esclusi:

- articoli in lingue diverse dall'inglese;
- abstract privi di full text;
- ubblicazioni non sottoposte a revisione paritaria.

Il processo di selezione e valutazione degli articoli è stato effettuato collegialmente dal metodologo, dal metodologo junior e dal LSS al fine di garantire la coerenza dei contenuti con gli obiettivi degli statements.
In totale sono stati identificati 2.470 record, rispettivamente 1.450 su databse PubMed; 570 su Scopus e 450 su Embase. Dopo rimozione dei duplicati, screening su titolo e abstract e lettura del full text, sono stati inclusi nella revisione 75 articoli. Sono stati inoltre integrati ulteriori n. 6 contributi proposti dal gruppo di sviluppo (comprendenti anche documenti scientifici societari e riferimenti legislativi), non individuati tramite la ricerca della letteratura, ma ritenuti di elevata rilevanza scientifica e applicabilità clinica.
Le stringhe di ricerca complete e i diagrammi PRISMA 2020 sono riportati in Allegato 2 mentre la sintesi tabellare delle evidenze è riportata nell'Allegato 2 (tranne i documenti scientifici societari ed i riferimenti legislativi).
Per ciascun articolo incluso è stata raccolta una sintesi dettagliata delle caratteristiche metodologiche, del contesto di studio e dei principali risultati.

5. ELABORAZIONE DI STATEMENT E RAZIONALI

Completata la revisione della letteratura, il Panel si è organizzato in Gruppi di Lavoro multidisciplinari, ciascuno incaricato di sviluppare gli statement e i relativi razionali afferenti alle macroaree di propria competenza, attingendo sia alle evidenze reperite sia alla conoscenza esperta dei componenti. Gli statement sono stati formulati adottando un linguaggio neutro e non direttivo. Ciascuno statement è stato accompagnato da un razionale esplicito, fondato sulle evidenze reperite tramite la ricerca bibliografica e riportate tra le referenze.
I contenuti prodotti dai Gruppi di Lavoro sono stati sottoposti a verifica da parte di Coordinatori e Metodologo, con particolare attenzione alla coerenza metodologica e al wording, prima dell'inoltro al Panel per la votazione formale.

6. PROCESSO DI CONSENSO

Il set complessivo degli statement è stato sottoposto a votazione formale tramite scala Likert a 5 punti (1 massimo disaccordo; 5 massimo accordo), articolata in tre intervalli (1–2 non appropriato; 3 incertezza; 4–5

appropriato), la mediana del punteggio si trovava all'interno dello stesso range. Il consenso ("agreement") era stato considerato raggiunto quando almeno il 75% degli esperti, con esclusione di Coordinatore, Metodologo e LSS, esprimeva il proprio giudizio nell'intervallo 1–2 o 4–5.
Il tipo di consenso è stato determinato dal posizionamento della mediana. Non è stato necessario eseguire il secondo round di votazione, dato che tutti gli statements hanno raggiunto il consenso. I risultati delle votazioni sono riportati in forma tabulata nell'Allegato 5, che presenta anche la valutazione puntuale di ciascun commento pervenuto in fase di revisione — con l'indicazione del relativo esito (accettabile, non accettabile, già integrato) — e la modalità con cui è stato eventualmente integrato nel manoscritto, oppure il motivo del mancato accoglimento.
A seguito della votazione, è stato attivato un confronto asincrono via email tra i membri del panel, finalizzato a condividere le integrazioni e le revisioni proposte nei campi di commento, promuovere una riflessione condivisa e facilitare un'interpretazione collegiale dei risultati.

7. REVISIONE ESTERNA

La revisione esterna del documento è stata affidata a tre revisori indipendenti — uno specialista in chirurgia generale, un'anestesista-rianimatrice e un risk manager — in piena conformità con quanto previsto dal protocollo metodologico, che richiede la valutazione del testo preliminare da parte di almeno due revisori esterni indipendenti, selezionati sulla base di comprovata autorevolezza e competenza nell'ambito di riferimento, prima della finalizzazione del documento.
I revisori non hanno formulato proposte di revisione o modifiche al testo. I giudizi e i commenti pervenuti sono riportati in forma tabellare di seguito:

REVISORE	STATEMENT	COMMENTO	DECISIONE	MOTIVAZIONE	MODIFICA EFFETTUATA
Rev.1 – G.F.	Tutte le Raccomandazioni per la preparazione all'intervento chirurgico in pazienti ASA 1-2 in setting di chirurgia ambulatoriale e day surgery	Si ritiene che le Buone Pratiche Clinico-Assistenziali Organizzative siano esaustive in merito all'obbiettivo dichiarato	----	----	----
Rev. 2 – G.M.	Buone Pratiche Clinico-Assistenziali Organizzative - Raccomandazioni per la preparazione all'intervento chirurgico in pazienti ASA 1-2 in setting di chirurgia ambulatoriale e day surgery	L'impostazione data alla stratificazione del rischio preoperatorio e alla gestione della sicurezza in fase perioperatoria risulta pienamente centrata sulle reali esigenze clinico-anestesiologiche nei contesti di Day Surgery. Non si evidenziano osservazioni sostanziali sui razionali e sulle raccomandazioni formulate, che appaiono esaustive, adeguate e ampiamente condivisibili alla luce della forte eterogeneità organizzativa presente a livello nazionale.	----	----	----

Rev 3. M.D.V.	Tutti gli Statement e Razionali delle BPCA-O	Dal punto di vista specialistico chirurgico, il documento analizza in modo completo e pertinente l'intero percorso perioperatorio nei setting ambulatoriali e di Day Surgery. Non si evidenziano criticità o commenti sostanziali: i razionali clinico-organizzativi e le raccomandazioni formulate risultano esaurienti, realistiche e ampiamente condivisibili, fornendo un valido orientamento operativo anche alla luce della marcata eterogeneità delle realtà chirurgiche nazionali.	----	----	----

8. CONSULTAZIONE PUBBLICA

Al fine di garantire la massima trasparenza, favorire la condivisione intersocietaria e validare l'applicabilità clinica, organizzativa e assistenziale delle presenti raccomandazioni su scala nazionale, il documento è stato sottoposto a una fase di consultazione pubblica prima della sua approvazione definitiva, come da metodo. A tale scopo, è stato indirizzato un invito formale alle Presidenze delle società scientifiche potenzialmente interessate, chiedendo loro di darne diffusione e di invitare i propri soci a partecipare. Non è stato fissato alcun numero massimo di votazioni ammissibili, nell'ottica di rendere la consultazione quanto più inclusiva possibile. La votazione si è svolta tramite piattaforma online SurveyMonkey (https://it.eu.surveymonkey.com/r/JCWJGJF), aperta dal 4 agosto al 6 settembre 2026.

Ciascuno statement è stato sottoposto a valutazione tramite scala Likert a 5 punti (1-2 = non appropriato; 3 = incertezza; 4-5 = appropriato), con la possibilità di inserire un commento libero per ogni statement proposto a votazione. Il consenso è stato considerato raggiunto quando almeno il 75% dei rispondenti si collocava nel medesimo intervallo, con mediana coerente con tale intervallo — in coerenza con la soglia adottata nelle fasi precedenti del processo, come da protocollo riportato in Allegato 1.

Hanno partecipato alla consultazione pubblica 11 professionisti, in rappresentanza delle seguenti società scientifiche e associazioni: Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi), Gruppo Italiano Salute e Genere (GISEG), Hospital & Clinical Risk Managers (HCRM), Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG), Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica (SIRM), Società Italiana di Telemedicina (SIT).

Hanno raggiunto la soglia di consenso prevista gli statement 1.2, 1.3.a, 3.1, 4.1.b, 5.3, 5.4, 5.5, 6.2.b, 7.1 e 8.1. I restanti statement, pur mantenendo in tutti i casi una mediana pari a 4 o 5 (corrispondente, comunque, a un giudizio di accordo o pieno accordo da parte della maggioranza dei rispondenti), non hanno raggiunto la soglia del 75%, attestandosi in un intervallo compreso tra il 63,64% e il 72,73% di agreement.

I contributi, i commenti metodologici e le proposte di emendamento pervenuti durante il processo sono stati analizzati dal gruppo di scrittura e valutati collegialmente dal gruppo di esperti e dal metodologo per il loro recepimento nel testo finale. L'analisi dei commenti evidenzia due filoni distinti: il primo, quantitativamente prevalente, è costituito da un pacchetto coordinato di proposte di riformulazione presentato da tre rispondenti afferenti a GISEG — Gruppo Italiano Salute e Genere, Anna Maria Moretti, Biagio Moretti, Davide Bizzoca, i quali hanno riproposto in modo sistematico, per la quasi totalità degli statement, una riscrittura orientata all'esplicita integrazione della medicina di genere e di sesso; il secondo è costituito da osservazioni tecniche puntuali, di natura clinico-organizzativa, presentate individualmente da altri rispondenti.

Tutti i commenti sono stati discussi e valutati dal gruppo di lavoro previa analisi dei contenuti in modalità asincrona; le decisioni assunte sono riportate nella tabella seguente.

STATEMENT	REVISORE	COMMENTO	DECISIONE	MOTIVAZIONE
1.1	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	Si suggerisce di modificare il testo come segue: Il panel ritiene opportuno, nei pazienti a basso rischio (ASA 1 e 2) candidati a chirurgia minore, organizzare il prericovero secondo modelli di triage efficienti ed equi. In questo contesto, la visita in presenza può essere preceduta o, nella popolazione a basso rischio, sostituita da questionari standardizzati di autovalutazione (strutturati includendo indicatori specifici di sesso e genere) o da intervista telefonica condotta da personale infermieristico dedicato. Al fine di garantire l'accessibilità alle cure e mitigare il divario digitale (digital divide), l'adozione di piattaforme tecnologiche per l'autovalutazione deve sempre prevedere canali alternativi o supporto dedicato per i pazienti con limitato accesso o familiarità con la tecnologia. Il tutto deve avvenire all'interno di un percorso strutturato con criteri predefiniti di esclusione/ escalation verso la valutazione anestesiologica in presenza, valutando anche eventuali difficoltà di interazione con lo strumento da parte del paziente.	Accettato — integrazione in razionale	Inserito nel razionale dello statement 1.1: Nell'ottica di una crescente attenzione alla medicina di genere, gli strumenti di triage e di autovalutazione dovrebbero inoltre essere progettati tenendo conto delle differenze di genere nella percezione e nella comunicazione del rischio clinico. Inserito nell'introduzione: Infine, data l'evoluzione e la crescente rilevanza della medicina di genere nella pratica clinico-assistenziale, si è reso necessario, ove applicabile, includere nel documento anche un'analisi relativa alle differenze biologiche legate al sesso e alle variabili socio-relazionali legate al genere lungo l'intero percorso di preparazione all'intervento chirurgico in regime ambulatoriale e di Day Surgery, con particolare riguardo alla valutazione del rischio, alla prescrizione terapeutica e all'organizzazione dei percorsi di cura. Il Gruppo di Sviluppo ha condiviso tale principio generale e lo ha recepito, ove supportato da uno specifico razionale clinico o organizzativo, all'interno dei razionali dei singoli statement interessati.
1.1	Pierangelo Lora Aprile	Il questionario auto compilato oppure l'intervista telefonica, anche se eseguita da personale infermieristico, possono trascurare alcuni elementi rilevanti ai fini della valutazione del rischio: non si comprende come, avendo ogni cittadino un MMG, non si faccia riferimento ad esso, che può peraltro riferire le condizioni attuali del paziente e le indagini eventualmente in corso che il paziente non è in grado di riferire né sul questionario né durante l'intervista. Sarà poi l'anestesista che valuterà le risposte date dal medico curante.	Accettato — integrazione in razionale	Inserito nel razional "ove disponibile, l'integrazione delle informazioni fornite dal medico di medicina generale può arricchire l'accuratezza del triage telefonico o del questionario di autovalutazione, senza tuttavia costituire un prerequisito per l'attivazione del percorso."

STATEMENT	REVISORE	COMMENTO	DECISIONE	MOTIVAZIONE
1.3.a	Chiara Villani	Sostituirei "momento cardine" con "occasione per l'ottimizzazione clinica ecc."	Accettato — modifica diretta dello statement	Nessun impatto sostanziale, nessuna necessità di nuovo voto. Statement modificato con "1.3.a È appropriato riorganizzare il prericovero non solo come fase diagnostica, ma come occasione per l'ottimizzazione clinica e l'educazione del paziente come momento cardine per l'ottimizzazione clinica e l'educazione del paziente all'interno di modelli integrati come la Perioperative Surgical Home (PSH) o i percorsi ERAS. "
1.3.b	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	È appropriato fornire istruzioni preoperatorie chiare (scritte e verbali), personalizzate e sensibili alle differenze di genere e pianificare la dimissione già in fase di prericovero — valutando sia le specificità biologiche legate al sesso (es. profilassi personalizzata del dolore e del vomito post-operatorio), sia le variabili socio-relazionali di genere (es. disponibilità di supporto al domicilio, presenza di carichi di cura familiari o rischio di ripresa precoce delle attività domestiche) — al fine di favorire il successo della dimissione in giornata (SDD), migliorare la soddisfazione della persona assistita e ridurre i ricoveri non pianificati.	Accettato — integrazione in razionale	Inserito nl razionale "Nella pianificazione della dimissione è appropriato fornire istruzioni preoperatorie chiare (scritte e verbali), personalizzate e sensibili alle differenze di genere e pianificare la dimissione già in fase di prericovero — valutando sia le specificità biologiche legate al sesso (es. profilassi personalizzata del dolore e del vomito post-operatorio), sia le variabili socio-relazionali di genere (es. disponibilità di supporto al domicilio, presenza di carichi di cura familiari o rischio di ripresa precoce delle attività domestiche) — al fine di favorire il successo della dimissione in giornata (SDD), migliorare la soddisfazione della persona assistita e ridurre i ricoveri non pianificati."
2.1	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	È appropriato che, nei pazienti ASA 1-2 candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, la richiesta di test preoperatori non sia sistematica, ma stratificata in relazione agli indicatori di genere. La prescrizione deve essere guidata da un'anamnesi mirata, dall'esame obiettivo, dai farmaci in uso, dagli integratori, dalle comorbidità (considerandone l'incidenza, il rischio e la presentazione clinica genere-correlata), dal tipo di procedura e dalla tecnica anestesiologica prevista.	Accettato — modifica diretta dello statement	Statement modificato come segue: 2.1 È appropriato che, nei pazienti ASA 1–2 candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, la richiesta di test preoperatori non sia sistematica ma guidata La prescrizione deve essere guidata da anamnesi, esame obiettivo, farmaci in uso, integratori, comorbidità (considerandone l'incidenza, il rischio e la presentazione clinica genere-correlata), tipo di procedura e tecnica anestesiologica prevista e genere.

STATEMENT	REVISORE	COMMENTO	DECISIONE	MOTIVAZIONE
2.2	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	È ragionevole non eseguire di routine esami standard nei pazienti e nelle pazienti ASA 1-2 candidati/e a procedure a bassa o intermedia complessità, salvo specifiche indicazioni cliniche individualizzate. Tale valutazione deve includere i fattori di rischio sesso- e genere-specifici (es. indagini per differenze nei valori basali di emoglobina o altri valori emato-chimici, valutazione del rischio cardiovascolare e trombotico genere-correlato).	Accettato — integrazione in razionale	Inserito nel razionale "Tale valutazione dovrebbe inoltre considerare le differenze sesso-specifiche nei valori di riferimento ematochimici e nel rischio cardiovascolare, in coerenza con i principi della medicina di genere."
2.2	Pierangelo Lora Aprile	Dipende dal tipo di paziente: se si tratta di un paziente consapevole del suo stato di salute, ok. Ma se il paziente non ha eseguito esami generali standard ed è, per esempio, anziano in terapia, è opportuno "obbligare" all'esecuzione di alcuni test.	Accettato — integrazione in razionale	Integrato nel razionale: Si sottolinea che l'assenza di indicazione all'esecuzione routinaria di test non esclude la valutazione clinica individualizzata dell'opportunità di test mirati
2.3	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	È opportuno adottare protocolli locali condivisi per l'appropriatezza dei test preoperatori, fondati su classe ASA, complessità chirurgica, rischio anestesiologico, condizioni cliniche individuali — integrate sistematicamente con i determinanti di salute sesso- e genere-specifici (es. stato ormonale, fase riproduttiva, presentazione atipica del rischio cardiovascolare) — e disponibilità di esami recenti già eseguiti. Ciò al fine di evitare duplicazioni, ritardi non necessari e falsi positivi, questi ultimi prevenibili anche attraverso l'adozione di range di riferimento laboratoristici e parametri clinici appropriatamente differenziati per sesso.	Accettato — integrazione in razionale	Inserita frase" avvalendosi, ove disponibili, di parametri di riferimento laboratoristici differenziati per sesso, a ulteriore garanzia di appropriatezza. Tale selettività contribuisce inoltre a un uso appropriato delle risorse pubbliche, evitando sprechi associati a test non giustificati clinicamente."
2.3	Chiara Villani	Aggiungerei "evitando spreco di risorse pubbliche".	Accettato — integrazione in razionale	Inserita frase" avvalendosi, ove disponibili, di parametri di riferimento laboratoristici differenziati per sesso, a ulteriore garanzia di appropriatezza. Tale selettività contribuisce inoltre a un uso appropriato delle risorse pubbliche, evitando sprechi associati a test non giustificati clinicamente."

STATEMENT	REVISORE	COMMENTO	DECISIONE	MOTIVAZIONE
2.4	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	È opportuno raccogliere un'anamnesi completa ed eseguire un esame obiettivo mirato e proporzionato al rischio clinico, chirurgico e anestesiologico, integrando sistematicamente i determinanti biologici di sesso e le variabili socio-culturali di genere, con particolare attenzione al riconoscimento delle manifestazioni cliniche e dei sintomi atipici sesso-specifici.	Accettato — integrazione in razionale	Inserito nel razionale: Anamnesi ed esame obiettivo restano strumenti particolarmente rilevanti anche per il riconoscimento di manifestazioni cliniche e sintomi atipici sesso-specifici, un ambito su cui la medicina di genere richiama crescente attenzione.
3.1	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato adottare criteri di selezione espliciti, scritti e condivisi che integrino classe ASA, comorbidità, BMI, età, tipologia e durata prevista dell'intervento, tecnica anestesiologica prevista, contesto sociale e disponibilità di un caregiver, valutando sistematicamente i fattori di rischio sesso-specifici (es. elevata predisposizione alla nausea e vomito post-operatori, assetto e terapie ormonali) e le dinamiche socio-relazionali di genere (es. reale adeguatezza del supporto al domicilio, impatto dei carichi di cura familiari e ansia perioperatoria), al fine di ridurre riammissioni non programmate e conversioni in ricovero.	Accettato — integrazione in razionale	Inserito nel razionale: Tra i criteri di selezione rientrano inoltre i fattori di rischio sesso-specifici (es. maggiore predisposizione a nausea e vomito post-operatori) e le dinamiche socio-relazionali di genere legate alla reale disponibilità di supporto al domicilio.
3.2	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire istruzioni uniformi, scritte e personalizzate in ottica di medicina di genere sul digiuno preoperatorio, adeguate alle linee guida internazionali. È opportuno evitare digiuni eccessivi non motivati da indicazioni cliniche o procedurali, prestando particolare attenzione alle peculiarità fisiologiche sesso-specifiche (es. rallentato svuotamento gastrico legato alle variazioni dell'assetto ormonale, alla gravidanza o alla fase del ciclo mestruale) e alla differente suscettibilità di genere a ipoglicemia, disidratazione e ansia perioperatoria.	Accettato — integrazione in razionale	Inserito nel razionale: È inoltre opportuno considerare, nelle istruzioni sul digiuno, le peculiarità fisiologiche sesso-specifiche, quali le variazioni della motilità gastrica legate all'assetto ormonale o alla gravidanza.

STATEMENT	REVISORE	COMMENTO	DECISIONE	MOTIVAZIONE
3.3	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	Nelle strutture che erogano chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene ragionevole adottare approcci organizzativi strutturati e centralizzati di gestione del percorso perioperatorio (es. Perioperative Surgical Home), con responsabilità definite e con un monitoraggio sistematico degli indicatori di genere. Tale tracciamento deve riguardare sia gli indicatori di processo (rispetto del digiuno, cause di cancellazione o rinvio correlate a fragilità cliniche sesso-specifiche o carichi di cura sociali, tempi di attesa), sia gli indicatori di esito (riammissioni, complicanze differenziate per sesso, con particolare attenzione a nausea/vomito post-operatori e controllo del dolore, accessi non programmati al PS e valutazione della sostenibilità della dimissione al domicilio).	Accettato — integrazione in razionale	Inserito nel razionale: In tale prospettiva, il monitoraggio degli indicatori di processo ed esito può essere utilmente disaggregato per sesso, al fine di identificare eventuali differenze nei tassi di cancellazione, riammissione o complicanza.
3.4	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire un'informazione preoperatoria alla persona assistita ed all'eventuale caregiver strutturata in fase di prericovero, con linguaggio inclusivo, chiaro, personalizzato in ottica di medicina di genere e tracciata in cartella. L'informazione deve includere: tipo di intervento e tecnica anestesiologica prevista; indicazioni sul digiuno preoperatorio e sulla gestione mirata della terapia domiciliare (con specifica attenzione a contraccettivi orali, terapia ormonale sostitutiva e terapia d'affermazione di genere); piani per il controllo del dolore post-operatorio e per la prevenzione della nausea/vomito (PONV), adattati al profilo di suscettibilità e risposta farmacologica sesso-specifico; criteri di dimissione, segnali di allarme e manifestazioni sintomatologiche atipiche; canali di contatto post-dimissione e indicazioni sulla graduale ripresa delle attività, commisurate anche alla presenza di carichi di cura domestico-familiari e alla reale rete di supporto al domicilio.	Accettato — integrazione in razionale	Inserito nel razionale: È inoltre raccomandabile che l'informazione preoperatoria sia calibrata anche sulle esigenze specifiche legate al genere della persona assistita

STATEMENT	REVISORE	COMMENTO	DECISIONE	MOTIVAZIONE
3.5	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato integrare nell'informazione preoperatoria un programma educazionale strutturato sulla gestione del dolore orientato alla medicina di sesso e genere. Tale programma deve distinguere esplicitamente il "dolore atteso" dalla "complicanza", considerare la differente risposta biologica e farmacodinamica agli analgesici (inclusa la maggiore sensibilità/ suscettibilità agli oppioidi e ai relativi effetti collaterali come nausea e sedazione nella popolazione femminile), e superare eventuali stereotipi socio-culturali nell'espressione e nella valutazione del dolore. Deve inoltre fornire istruzioni dettagliate sulla gestione domiciliare dell'analgesia, tenendo conto dell'impatto dell'ansia e delle dinamiche socio-relazionali al domicilio, al fine di ottimizzare il controllo algico, ridurre il consumo inappropriato di oppioidi e contenere gli accessi impropri ai servizi sanitari.	Accettato — integrazione in razionale	Inserito nel razionale: Tale programma deve distinguere esplicitamente il "dolore atteso" dalla "complicanza", considerare la differente risposta biologica e farmacodinamica agli analgesici (inclusa la maggiore sensibilità suscettibilità agli oppioidi e ai relativi effetti collaterali come nausea e sedazione, nella popolazione femminile, e superare eventuali stereotipi socio-culturali nell'espressione e nella valutazione del dolore. Deve inoltre fornire istruzioni dettagliate sulla gestione domiciliare dell'analgesia, tenendo conto dell'impatto dell'ansia e delle dinamiche socio-relazionali al domicilio, al fine di ottimizzare il controllo algico, ridurre il consumo inappropriato di oppioidi e contenere gli accessi impropri ai servizi sanitari.
4.1.a	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	È appropriata una ricognizione strutturata e documentata della terapia domiciliare e della terapia antalgica in un'ottica sesso- e genere-specifica, con particolare attenzione ai farmaci e agli integratori che possono influenzare la farmacocinetica dei farmaci somministrati, il rischio tromboembolico/ emorragico e la gestione peri-operatoria.	Accettato — integrazione in razionale	Inserita frase: "La ricognizione terapeutica può inoltre avvalersi, ove necessario, della collaborazione del medico di medicina generale dell'assistito, e dovrebbe considerare le eventuali differenze di sesso nella farmacocinetica dei farmaci somministrati.
4.1.a	Chiara Villani	È appropriata una ricognizione strutturata e documentata della terapia domiciliare e della terapia antalgica, se necessario con l'aiuto del medico di famiglia dell'assistito.	Accettato — integrazione in razionale	Inserita frase: "La ricognizione terapeutica può inoltre avvalersi, ove necessario, della collaborazione del medico di medicina generale dell'assistito, e dovrebbe considerare le eventuali differenze di sesso nella farmacocinetica dei farmaci somministrati.

STATEMENT	REVISORE	COMMENTO	DECISIONE	MOTIVAZIONE
4.2	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	È appropriata la modulazione della terapia antiaggregante/ anticoagulante in base al profilo farmacocinetico del farmaco (considerando le differenze di sesso nel volume di distribuzione, nel metabolismo e nella clearance renale), al rischio tromboembolico individuale (inclusa la valutazione dell'assetto ormonale e l'uso di contraccettivi, Terapia Ormonale Sostitutiva o terapie per l'affermazione di genere) e al rischio emorragico della procedura (tenendo conto del maggior rischio intrinseco di sanguinamento sistemico e del rischio di menometrorragia iatrogena nella popolazione femminile), in accordo con le vigenti linee guida internazionali e previa condivisione multidisciplinare.	Accettato — integrazione in razionale	Inserita frase: "Nella valutazione del rischio tromboembolico individuale è opportuno considerare anche l'eventuale assunzione di contraccettivi ormonali o di terapia ormonale sostitutiva, così come, nella valutazione del rischio emorragico, la possibile insorgenza di sanguinamento uterino anomalo nella popolazione femminile in trattamento antiaggregante/ anticoagulante.
4.3	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	Nei pazienti affetti da diabete mellito in trattamento domiciliare, il panel ritiene che la gestione peri-operatoria dei farmaci ipoglicemizzanti e dell'eventuale terapia insulinica debba essere definita esplicitamente prima della procedura chirurgica, personalizzandola in base alle specificità biologiche di sesso e alle variabili di genere. Tale pianificazione deve valutare l'impatto delle fluttuazioni ormonali sulla sensibilità insulinica, la differente suscettibilità all'ipoglicemia da digiuno e i rischi specifici legati alle nuove classi di farmaci (es. rallentamento dello svuotamento gastrico da GLP-1 recettore agonisti e rischio di chetoacidosi euglicemica da SGLT2 inibitori), oltre a verificare l'adeguatezza del contesto socio-familiare per l'autogestione del piano terapeutico al domicilio.	Accettato — integrazione in razionale	Inserita frase: "Si richiama inoltre l'attenzione la gestione peri-operatoria dei farmaci ipoglicemizzanti e dell'eventuale terapia insulinica debba essere definita esplicitamente prima della procedura chirurgica, personalizzandola in base alle specificità biologiche di sesso e alle variabili di genere.

STATEMENT	REVISORE	COMMENTO	DECISIONE	MOTIVAZIONE
5.1	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	Nella organizzazione del percorso diagnostico e terapeutico della chirurgia ambulatoriale e Day Surgery, il panel ritiene appropriata la creazione di un set di indicatori di processo e di esito stratificati e disaggregati sistematicamente per sesso e per genere. Tale monitoraggio deve assicurare un controllo continuo nel tempo dell'efficienza organizzativa, della qualità delle cure e dell'equità di accesso, rilevando ed evidenziando tempestivamente eventuali disparità sesso- e genere-specifiche negli esiti di salute.	Accettato — integrazione in razionale	Inserita frase: "Ove possibile, si raccomanda che tali indicatori siano disaggregati anche per sesso, al fine di rilevare tempestivamente eventuali disparità negli esiti di salute."
5.2	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	Il panel ritiene che le procedure per il trattamento del dolore, della nausea e del vomito post-operatori (PONV) nella PACU debbano essere redatte per iscritto, incorporare algoritmi terapeutici sesso- e genere-specifici ed essere inserite formalmente nella documentazione del PDTA chirurgico. È opportuno che la valutazione del dolore e della PONV comprenda intensità, localizzazione, qualità, durata, insorgenza, efficacia del trattamento e misurazione degli effetti collaterali legati alla risposta farmacologica sesso-specifica, superando eventuali stereotipi d'espressione clinica nella rilevazione dei sintomi.	Accettato — integrazione in razionale	Inserita nel razionale " La distinzione del meccanismo patogenetico del dolore (nocicettivo, neuropatico, nociplastico) consente una scelta più razionale della terapia analgesica, evitando approcci indifferenziati; la valutazione dell'efficacia del trattamento deve inoltre comprendere la misurazione degli effetti collaterali legati alla risposta farmacologica sesso-specifica

STATEMENT	REVISORE	COMMENTO	DECISIONE	MOTIVAZIONE
5.2	Pierangelo Lora Aprile	Qualità del dolore è un termine ambiguo: cosa significa? È opportuno tipizzare il dolore in base al meccanismo patogenetico — nocicettivo (infiammatorio o meccanico), neuropatico o nociplastico — poiché questo è l'unico modo per scegliere in modo razionale i farmaci per il suo controllo.	Accettato — inserimento nel razionale	Statement integrato con: ".5.2. Il panel ritiene che le procedure per il trattamento del dolore, della nausea e del vomito nella PACU (Unità di Terapia Intensiva Post-Anestesia) devono essere redatte per iscritto ed inserite formalmente nella documentazione del PDTA chirurgico. È opportuno che la valutazione del dolore comprenda l'intensità, la localizzazione, le caratteristiche e la fisiopatologia, a qualità—, la durata, l'insorgenza e l'efficacia del trattamento." Aggiunto nel razionale "La distinzione del meccanismo patogenetico del dolore (nocicettivo, neuropatico, nociplastico) consente una scelta più razionale della terapia analgesica, evitando approcci indifferenziati; il monitoraggio sistematico della sua efficacia rappresenta inoltre un momento importante per validare il trasferimento del paziente o la sua dimissione a domicilio in piena sicurezza. "
6.1	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	Nei pazienti adulti a basso rischio (ASA 1-2) candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene ragionevole utilizzare il teleconsulto preoperatorio strutturato con checklist predefinita per la valutazione di eleggibilità, comorbidità, terapia farmacologica, aspettative del paziente, informazione preoperatoria e raccolta del consenso, in alternativa o in integrazione alla visita in presenza. L'adozione del teleconsulto deve integrare parametri sesso- e genere-specifici nella checklist predefinita, garantendo un accesso equo senza generare disuguaglianze dovute al digital divide, con criteri flessibili di conversione in visita in presenza in caso di barriere tecnologiche, linguistiche o relazionali.	Accettato — inserimento nel razionale	Inserito nel razionale "Il Panel precisa che il termine 'teleconsulto' individua qui la modalità di interazione a distanza medico-paziente, e non il teleconsulto tra professionisti sanitari; la relativa checklist predefinita può utilmente includere, tra i parametri raccolti, anche elementi rilevanti in ottica di genere (es. assetto ormonale, carichi di cura), garantendo comunque modalità di accesso alternative per mitigare il rischio di divario digitale."

STATEMENT	REVISORE	COMMENTO	DECISIONE	MOTIVAZIONE
6.1	Pierangelo Lora Aprile	Se teleconsulto (con MMG), completamente d'accordo; se televisita, parzialmente d'accordo: domanda ambigua.	Accettato — inserimento nel razionale	
6.2.a	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	Nei pazienti adulti dimessi dopo chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato prevedere un follow-up asincrono programmato entro 24-48 ore, eseguito mediante questionario strutturato orientato alla medicina di sesso e genere, finalizzato a verificare la gestione del dolore e della nausea/vomito, l'insorgenza di complicanze precoci, l'aderenza alle istruzioni di dimissione e l'effettiva possibilità di riposo al domicilio. Qualora l'invio del questionario avvenga tramite piattaforme digitali, è necessario garantire l'equità di accesso mitigando il digital divide, prevedendo un canale telefonico sostitutivo.	Accettato — inserimento nel razionale	Inserita nel razionale "Il follow-up strutturato può inoltre tenere conto della diversa risposta farmacologica e della suscettibilità biologica sesso-specifica nella valutazione di dolore e nausea/vomito post-operatori, ed essere condotto, in alternativa al questionario e ove la struttura disponga delle risorse organizzative necessarie, anche mediante teleconsulto infermieristico."
6.2.a	Chiara Villani	Io credo sarebbe più utile eseguire il follow up mediante teleconsulto eseguito da personale infermieristico piuttosto che questionario strutturato.	Accettato — inserimento nel razionale	
6.3	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	Nelle strutture che implementano sistemi di telemedicina, è appropriato adottare un sistema strutturato di controllo della qualità del dato e monitoraggio della soddisfazione dell'utente (valutato mediante indicatori PREMs/PROMs sensibili agli indicatori di genere), protezione dei dati personali e tracciabilità documentale, valutando continuativamente l'impatto del digital divide per prevenire disparità di genere o socio-economiche nell'accesso alle cure.	Accettato — inserimento nel razionale	Inserito nl razionale "Infine, si raccomanda che il sistema di monitoraggio della soddisfazione dell'utente valuti anche l'eventuale impatto del divario digitale su specifiche fasce di popolazione, comprese le disparità di genere e socio-economiche nell'accesso alle cure."
7.1	Pierangelo Lora Aprile	Evitare duplicazione di esami è doveroso in un sistema sanitario: basterebbe valutare dal MMG quando è stato eseguito l'ultimo esame.	Accettato — inserimento nel razionale	Razionale integrato con: "..Al fine di evitare duplicazioni diagnostiche, è opportuno verificare preliminarmente, anche tramite il medico di medicina generale, l'eventuale disponibilità di un valore di HbA1c recente."
7.1	Chiara Villani	Aggiungerei "se non già eseguito nei due-tre mesi precedenti".	Accettato — inserimento nel razionale	

STATEMENT	REVISORE	COMMENTO	DECISIONE	MOTIVAZIONE
7.2	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	Il panel ritiene appropriato che, nei pazienti adulti ASA 1-2candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, siano considerati casi particolari — e necessitino pertanto di strategie dedicate e personalizzate in ottica di sesso e genere — le condizioni caratterizzate da: barriere comunicative, linguistiche o culturali; disabilità sensoriali o neurodivergenze; fragilità sociale, grave vulnerabilità economica o abitativa, ed effettivo sovraccarico o inadeguatezza del supporto familiare; abitudini di vita a rischio e dipendenze (con specifica considerazione dei pattern di consumo sesso-specifici).	Rifiutato	Non appare in questo contesto necessario inserire queste indicazioni specifiche aggiuntive
7.3	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	Il panel ritiene auspicabile che nei pazienti ASA 1-2 con fragilità clinica, disabilità o vulnerabilità sociale sia previsto un percorso educativo strutturato, personalizzato in ottica di sesso e di genere, rivolto sia alla persona assistita sia al caregiver, con linguaggio inclusivo e accessibile (health literacy, digital divide), considerando l'impatto dei carichi di cura familiari e le peculiarità biologiche sesso-specifiche.	Rifiutato	Non appare in questo contesto necessario inserire queste indicazioni specifiche aggiuntive
8.2	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	Per i pazienti ASA 1 e 2, il panel ritiene appropriato includere nella documentazione pre-operatoria checklist di screening strutturate e calibrate in ottica di sesso e genere, finalizzate a identificare comorbidità e condizioni sociali che potrebbero controindicare la day surgery. Qualora tali checklist siano somministrate mediante strumenti digitali, deve essere garantita l'equità d'accesso attraverso canali alternativi.	Accettato — inserimento nel razionale	Inserito nel razionale "Tra le condizioni sociali da valutare è opportuno includere anche l'impatto dei carichi di cura familiari e le vulnerabilità socio-economiche, garantendo comunque canali di accesso alternativi a quelli digitali.."

STATEMENT	REVISORE	COMMENTO	DECISIONE	MOTIVAZIONE
8.2	Pierangelo Lora Aprile	Le check list meglio che le compili il medico curante.	Non accettato — chiarimento nel razionale	La compilazione da parte del MMG esula dal setting ambulatoriale/pre-ricovero oggetto del documento. Inserita comunque, a scopo di chiarimento: "La compilazione della checklist di screening è affidata al personale della struttura in fase di pre-ricovero, fermo restando che le informazioni cliniche fornite dal medico di medicina generale possono utilmente integrarne i contenuti. Tra le condizioni sociali da valutare è opportuno includere anche l'impatto dei carichi di cura familiari e le vulnerabilità socio-economiche, garantendo comunque canali di accesso alternativi a quelli digitali.."
8.3	Anna Maria Moretti; Biagio Moretti; Davide Bizzoca	Il panel ritiene ragionevole una gestione documentale completa che preveda la registrazione sistematica delle istruzioni preoperatorie fornite alla persona assistita ed all'eventuale caregiver, e l'integrazione di sistemi di monitoraggio post-operatorio nel dossier sanitario, con schemi di valutazione calibrati sulle specificità biologiche e cliniche genere-specifiche. Per evitare che l'adozione di e-health generi disuguaglianze dovute al digital divide, l'infrastruttura digitale deve sempre prevedere canali di reporting alternativi o assistiti da personale sanitario.	Accettato — inserimento nel razionale	Inserito nel razionale "Gli strumenti digitali di monitoraggio postoperatorio dovrebbero prevedere canali di reporting alternativi o assistiti da personale sanitario, al fine di prevenire disuguaglianze di accesso legate al divario digitale."

In sede di consultazione pubblica, per alcuni statement il grado di accordo è risultato inferiore alla soglia del 75% stabilita per il consenso, attestandosi tra il 63,64% e il 72,73%, con mediana pari a 4 o 5. Il metodologo ha ritenuto di non riproporre una nuova votazione, in quanto le osservazioni pervenute non erano di natura sostanziale e non hanno comportato modifiche al contenuto degli statement. Le osservazioni ritenute pertinenti sono state recepite e, ove applicabile, integrate nei razionali, come riportato nella tabella seguente. Non sono state accolte le proposte di riformulazione che, pur condivisibili nelle finalità, risultavano generiche, non supportate da un razionale specifico per lo statement di riferimento, già coperte dalla formulazione vigente (che rinvia alle condizioni cliniche individuali) o ridondanti rispetto ad altri statement del documento. Per ciascuna osservazione non accolta la motivazione è riportata nella tabella. Tale decisione è stata condivisa con tutto il gruppo di sviluppo.
Il dettaglio delle singole votazioni, punteggi e commenti attribuiti, sono riportati in forma tabellare nell'Allegato 6 del presente documento.

RISULTATI

1 ORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO DI PRERICOVERO

1.1 Il panel ritiene opportuno, nei pazienti a basso rischio (ASA 1 e 2) candidati a chirurgia minore, di organizzare il prericovero secondo modelli di triage efficienti, in cui la visita in presenza può essere preceduta o, nella popolazione a basso rischio, sostituita da questionari standardizzati di autovalutazione o da intervista telefonica condotta da personale infermieristico dedicato, all'interno di un percorso strutturato con criteri predefiniti di esclusione/escalation verso valutazione anestesiologica in presenza.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 93,33% (IQR 4-5)

L'organizzazione tradizionale della valutazione preoperatoria, costruita attorno a una visita anestesiologica in presenza per tutti i candidati chirurgici, mostra una variabilità marcata sia tra Paesi sia all'interno dei singoli sistemi sanitari. L'indagine europea condotta su otto Paesi documenta come tempi, modalità e figure professionali coinvolte nella valutazione preoperatoria differiscano sensibilmente: tale valutazione è svolta dall'anestesiologo in circa la metà dei centri e dall'infermiere in circa un terzo, mentre l'uso di questionari strutturati di autovalutazione del paziente risulta pratica diffusa nella maggioranza delle strutture[2]. Questa eterogeneità segnala l'assenza di un modello preoperatorio condiviso e l'opportunità di standardizzare il percorso di prericovero in funzione del rischio.

Il punto chiave, esplicitato nella discussione della stessa indagine, è che per l'ampia categoria di pazienti ASA 1-2 sottoposti a chirurgia minore o intermedia una visita preoperatoria dedicata in presenza può non essere necessaria: un questionario cartaceo strutturato o un'intervista telefonica condotta da personale infermieristico può risultare sufficiente a garantire la sicurezza nella popolazione a basso rischio[2]. Presupposto per l'applicabilità del percorso è una formazione specifica del personale infermieristico coinvolto. Strumenti di pre-screening preoperatorio computer-assistito si sono dimostrati efficaci nell'identificazione precoce dei fattori di rischio, supportando un triage anticipato[2]. Resta fermo il principio che la valutazione preoperatoria mantiene una funzione bidirezionale di scambio informativo con il paziente, e che la consulenza approfondita in presenza andrebbe riservata ai casi con comorbidità complessa o a chi richiede un colloquio dedicato[2].

Nell'ottica di una crescente attenzione alla medicina di genere, gli strumenti di triage e di autovalutazione dovrebbero inoltre essere progettati tenendo conto delle differenze di genere nella percezione e nella comunicazione del rischio clinico; ove disponibile, l'integrazione delle informazioni fornite dal medico di medicina generale può arricchire l'accuratezza del triage telefonico o del questionario di autovalutazione, senza tuttavia costituire un prerequisito per l'attivazione del percorso.

In particolare, nel paziente monocolo con sospetta scarsa collaborazione, previa valutazione, può essere appropriata una presa in carico diretta da parte dell'anestesista rianimatore già in fase di prericovero, in ragione delle maggiori implicazioni cliniche e medico-legali di un'eventuale complicanza intraoperatoria in questo sottogruppo.

Sul piano operativo, l'esperienza monocentrica italiana di riorganizzazione del prericovero illustra concretamente questo principio: separando il percorso preoperatorio dei casi minori (ASA 1-2) da quello intermedio/maggiore e affidando all'anestesiologo la decisione clinica basata su anamnesi ed esame obiettivo, si è ottenuta una drastica compressione dei tempi, con la rimozione del collo di bottiglia rappresentato dal completamento degli accertamenti prima della visita anestesiologica[3]. Tale approccio consente di identificare efficacemente i fattori di rischio, riservando la consulenza anestesiologica approfondita ai soli casi selezionati e riducendo i costi logistici e i tempi di attesa per il paziente.

1.2 È appropriato, nei pazienti sani candidati a chirurgia a basso rischio e in linea con i principi del movimento "Choosing Wisely", eliminare dal percorso di prericovero i test di laboratorio, l'ECG e la radiografia del torace eseguiti in modo routinario.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 93,33% (IQR 4-5)

L'esecuzione routinaria di esami preoperatori in pazienti sani candidati a chirurgia a basso rischio rappresenta un esempio paradigmatico di low-value care: gli accertamenti preoperatori indiscriminati non modificano la gestione clinica, non migliorano gli outcome e possono generare danno attraverso falsi positivi, cascate diagnostiche, ritardi e costi evitabili[3],[4]. Resta comunque facoltà del clinico richiedere accertamenti mirati in casi selezionati, sulla base del profilo di rischio individuale o della tipologia di intervento: il criterio discriminante non è la presenza o assenza del test in sé, ma la capacità del suo esito di modificare la gestione clinica o di apportare un valore aggiunto rispetto allo standard di cura — condizione che distingue l'appropriatezza selettiva dalla pratica routinaria e indiscriminata oggetto di de-implementazione. Una quota rilevante della spesa sanitaria è attribuibile a sprechi, e il testing preoperatorio ne costituisce una componente significativa; nonostante raccomandazioni convergenti di Choosing Wisely, NICE (NG45) e ASA, l'adozione resta disomogenea per inerzia istituzionale, medicina difensiva e set d'ordine automatici nella fase di prericovero[3],[4].

L'evidenza di efficacia della de-implementazione preoperatoria è duplice. Sul versante dell'impatto clinico-economico, lo studio pre-post condotto in un ospedale italiano ha riorganizzato il percorso preoperatorio per pazienti ASA 1-2 sottoposti a chirurgia minore eliminando i test automatici: l'esecuzione di esami di laboratorio è scesa dal 100% al 2,6%, l'ECG al 6,7% e la radiografia del torace allo 0,3%, con riduzione del costo diagnostico medio per paziente del 96,5% (da circa 44 € a circa 1,5 €)[3]. In modo cruciale, nessun intervento è stato cancellato per work-up preoperatorio insufficiente e non si sono verificati ricoveri postoperatori non pianificati, mentre i tempi di attesa sono scesi da settimane a meno di 7 giorni[3]. È opportuno qualificare questi dati come provenienti da singolo centro con disegno pre-post, soggetto a confondimento temporale residuo e a una variazione del case-mix[3].

Sul versante della trasferibilità e della fattibilità, lo studio multicentrico di quality improvement RITE-Size mostra che una strategia strutturata di de-implementazione del testing preoperatorio è eseguibile in contesti ospedalieri eterogenei, con elevata accettabilità e appropriatezza tra gli stakeholder e una riduzione significativa del testing (dal 68,0% al 40,3%)[4]. Tra gli ostacoli identificati figurano l'abitudine, i reminder automatici obsoleti e le difficoltà di coordinamento nei sistemi di grandi dimensioni; tra i facilitatori, i team coesi, l'integrazione nelle politiche aziendali e i sistemi di audit e feedback. Questi elementi forniscono una mappa operativa concreta per la riorganizzazione del prericovero[4]. L'evidenza mostra che l'esecuzione di accertamenti indiscriminati non modifica la gestione anestesiologica né migliora gli esiti in questa popolazione, mentre la loro rimozione può ridurre i costi diagnostici fino a circa il 96% e i tempi di attesa a meno di 7 giorni, senza compromettere la sicurezza clinica.

1.3.a È appropriato riorganizzare il prericovero non solo come fase diagnostica, ma come occasione per l'ottimizzazione clinica e l'educazione del pazientedel paziente all'interno di modelli integrati come la Perioperative Surgical Home (PSH) o i percorsi ERAS.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 96,66% (IQR 4-5)

1.3.b È appropriato fornire istruzioni preoperatorie chiare (scritte e verbali) e pianificare la dimissione già in fase di prericovero al fine di favorire il successo della dimissione in giornata (Same-Day Discharge, SDD), migliorare la soddisfazione del paziente e ridurre i ricoveri non pianificati.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 96,66% (IQR 4-5)

Il prericovero non andrebbe inteso come mera tappa di filtro diagnostico, ma come snodo dell'intero continuum perioperatorio in cui si attivano ottimizzazione clinica preoperatoria, educazione del paziente e pianificazione della dimissione. Questa visione è il fondamento del modello Perioperative Surgical Home (PSH), che integra le fasi preoperatoria, intraoperatoria e postoperatoria sotto un coordinamento unico a guida anestesiologica, incorporando lo shared decision-making e la pianificazione transizionale avviata già nella fase preoperatoria[5].. La logica del PSH è eliminare la frammentazione delle cure, fonte di errori, costi e variabilità, e la sua valutazione si articola su quattro assi: centralità del paziente, aderenza alle evidenze, qualità e sicurezza, valore[5]. Tra gli outcome di sicurezza che il modello mira a migliorare figurano mortalità, complicanze, failure-to-rescue, ricoveri in terapia intensiva e riammissioni; è in questo senso che una pianificazione precoce della transizione, avviata in fase preoperatoria, contribuisce a ridurre le ammissioni non pianificate[5].

Convergente è il messaggio della letteratura sulla dimissione in giornata (Same-Day Discharge, SDD), oggi estesa anche a procedure intermedie. I criteri classici di dimissibilità, cioè parametri vitali stabili, stato di vigilanza e orientamento, deambulazione autonoma, controllo di dolore e nausea/vomito con terapia orale, restano validi, ma il successo della SDD è favorito in misura rilevante dalla preparazione preoperatoria[6]. Selezione ed educazione del paziente e dei caregiver, ottimizzazione nutrizionale, gestione del digiuno e idratazione adeguata sono elementi che, predisposti in fase preoperatoria, condizionano l'esito[6]. È opportuno fornire istruzioni esplicite, sia orali sia scritte, su come gestire il decorso e le eventuali deviazioni, poiché il paziente può non aver pienamente recuperato la capacità cognitiva al momento della dimissione; il follow-up telefonico il giorno successivo e l'uso di app e telemonitoraggio rafforzano la transizione[6].

Nella pianificazione della dimissione è appropriato fornire istruzioni preoperatorie chiare (scritte e verbali), personalizzate e sensibili alle differenze di genere e pianificare la dimissione già in fase di prericovero - valutando sia le specificità biologiche legate al sesso (es. profilassi personalizzata del dolore e del vomito post-operatorio), sia le variabili socio-relazionali di genere (es. disponibilità di supporto al domicilio, presenza di carichi di cura familiari o rischio di ripresa precoce delle attività domestiche) - al fine di favorire il successo della dimissione in giornata (SDD), migliorare la soddisfazione della persona assistita e ridurre i ricoveri non pianificati.

Anche la letteratura sulla pratica quotidiana evidenzia che l'informazione scritta sulla gestione del dolore domiciliare è meno frequente di quella sulla procedura chirurgica, segnalando un'area di miglioramento sistematico già nella preparazione preoperatoria[3],[4].

2 APPROPRIATEZZA E OTTIMIZZAZIONE TEST PREOPERATORI

2.1 È appropriato che, nei pazienti ASA 1–2 candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, la richiesta di test preoperatori non sia sistematica, ma guidata da anamnesi, esame obiettivo, farmaci in uso, integratori, comorbidità (considerandone l'incidenza, il rischio e la presentazione clinica genere-correlata), tipo di procedura e tecnica anestesiologica prevista e genere

Esito: Mediana 5 - Agreement: 96,66% (IQR 4-5)

La preparazione preoperatoria del paziente ASA 1–2 candidato a chirurgia ambulatoriale o day surgery deve essere fondata su una valutazione clinica strutturata, selettiva e documentata, piuttosto che sull'esecuzione automatica di batterie di esami laboratoristici o strumentali. La valutazione preanestesiologica, ove prevista, comprende revisione della documentazione clinica, colloquio, esame obiettivo e, quando indicato, test mirati a identificare condizioni capaci di modificare la gestione anestesiologica, chirurgica o perioperatoria[7]. In questo contesto, il test preoperatorio non rappresenta uno screening generalizzato, ma uno strumento clinico da utilizzare quando il risultato possa realmente influenzare una decisione

2.2 È ragionevole non eseguire di routine esami standard, nei pazienti ASA 1–2 candidati a procedure a bassa o intermedia complessità, salvo specifiche indicazioni cliniche.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 96,66% (IQR 4-5)

Le linee guida NICE sui test preoperatori nella chirurgia elettiva hanno l'obiettivo esplicito di ridurre gli esami non necessari, modulando la richiesta in base a classe ASA, complessità chirurgica e comorbidità[2]. Nei pazienti ASA 1–2 sottoposti a chirurgia minore, emocromo, test di coagulazione, funzionalità renale, ECG e test respiratori non sono raccomandati di routine. Anche nella chirurgia intermedia, emocromo e test di coagulazione non sono indicati routinariamente nei pazienti ASA 1–2; ECG e funzionalità renale possono essere considerati solo in presenza di condizioni cliniche specifiche, quali comorbidità cardiovascolari, renali, diabete o rischio di danno renale acuto[8].
La sintesi italiana GIMBE delle raccomandazioni NICE ribadisce che i test preoperatori routinari sono costosi, impegnativi e di valore discutibile, poiché possono generare falsi positivi, ritardi, ulteriori accertamenti e duplicazioni non necessarie[9].
Tale impostazione è coerente con le linee guida della European Society of Anesthesiology, che valorizzano una valutazione preoperatoria individualizzata, comprendente condizioni cliniche, rischio procedurale, farmaci, capacità funzionale, fragilità e rischio anestesiologico[10]. Le stesse linee guida non raccomandano radiografia del torace o spirometria diagnostica di routine nei pazienti non cardio-toracici, poiché raramente modificano la gestione perioperatoria[10].
Il principio di appropriatezza è ulteriormente rafforzato dal documento Choosing Wisely/SIAARTI, secondo cui l'esecuzione routinaria e sistematica di esami ematochimici preoperatori non aggiunge valore alla stratificazione del rischio clinico, può determinare rinvii, annullamenti ed impatta significativamente sull'incremento dei costi[11]. La letteratura critica sull'argomento sottolinea inoltre come anamnesi ed esame obiettivo rimangano gli strumenti più efficienti per identificare morbilità clinicamente rilevanti, mentre lo screening indiscriminato produce spesso anomalie incidentali di dubbia utilità[12].
Si sottolinea che l'assenza di indicazione all'esecuzione routinaria di test non esclude, nei pazienti anziani in politerapia o privi di accertamenti recenti, la valutazione clinica individualizzata dell'opportunità di test mirati. Tale valutazione dovrebbe inoltre considerare le differenze sesso-specifiche nei valori di riferimento ematochimici e nel rischio cardiovascolare, in coerenza con i principi della medicina di genere.

2.3 È opportuno adottare protocolli locali condivisi per l'appropriatezza dei test preoperatori, fondati su classe ASA, complessità chirurgica, rischio anestesiologico, condizioni cliniche individuali e disponibilità di esami recenti già eseguiti, evitando duplicazioni, falsi positivi e ritardi non necessari.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 96,66% (IQR 4-5)

Nel setting ambulatoriale, la sicurezza del percorso dipende quindi non dall'aumento del numero di test, ma dalla corretta selezione del paziente, dalla stratificazione del rischio e dall'organizzazione del percorso peri-operatorio. In procedure a basso rischio, come dimostrato anche nell'esperienza sulla chirurgia ambulatoriale della cataratta, modelli con valutazione mirata e limitato workup preoperatorio possono essere sicuri se applicati a percorsi ben definiti e supportati da adeguati criteri clinico-organizzativi [13]. Pertanto, nei pazienti ASA 1–2 candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, l'ottimizzazione preoperatoria deve coincidere con una richiesta selettiva e ragionata dei soli test capaci di modificare il percorso anestesiologico, chirurgico o organizzativo avvalendosi, ove disponibili, di parametri di riferimento laboratoristici differenziati per sesso, a ulteriore garanzia di appropriatezza. Tale selettività contribuisce inoltre a un uso appropriato delle risorse pubbliche, evitando sprechi associati a test non giustificati clinicamente.

2.4 È opportuno raccogliere un'anamnesi completa ed eseguire un esame obiettivo mirato e proporzionato al rischio clinico, chirurgico e anestesiologico.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 96,66% (IQR 4-5)

La raccolta di una anamnesi completa rappresenta il metodo più sensibile per far emergere condizioni subcliniche latenti, comorbidità misconosciute o fattori di rischio specifici (es. familiarità per ipertermia maligna, diatesi emorragiche, reazioni avverse a precedenti anestesie o fattori predittori di vie aeree difficili) che potrebbero modificare l'idoneità al regime ambulatoriale o la scelta della tecnica anestesiologica[7],[10].
Parallelamente, l'esame obiettivo non deve essere una formalità, ma un atto clinico guidato dai riscontri anamnestici e dalle specificità della procedura chirurgica.
Sebbene facciamo riferimento a pazienti sani o con patologie sistemiche lievi e ben controllate (ASA 1 e ASA 2), una valutazione preoperatoria rigorosa rimane il cardine della stratificazione del rischio.
Anamnesi ed esame obiettivo restano strumenti particolarmente rilevanti anche per il riconoscimento di manifestazioni cliniche e sintomi atipici sesso-specifici, un ambito su cui la medicina di genere richiama crescente attenzione.

3 LOGISTICA DELLA PREPARAZIONE E INFORMAZIONE AL PAZIENTE

3.1 Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato adottare criteri di selezione espliciti, scritti e condivisi che integrino classe ASA, comorbidità, BMI, età, tipologia e durata prevista dell'intervento, tecnica anestesiologica prevista, contesto sociale e disponibilità di un caregiver, al fine di ridurre riammissioni non programmate e conversioni in ricovero.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 93,33% (IQR 4-5)

Lo studio multicentrico di Surve e colleghi, su 3162 sleeve gastrectomy ambulatoriali gestite con protocollo ERAS e regolate da criteri di arruolamento espliciti e restrittivi (soglie di età e BMI, esclusione delle classi ASA più elevate e delle procedure di durata prevista superiore alle due ore), ha riportato tassi molto contenuti di trasferimento ospedaliero (0,2%), riammissione a 30 giorni (0,6%) e mortalità nulla[14]. Gli Autori attribuiscono la bassa incidenza di eventi alla combinazione tra selezione accurata e percorso ERAS, pur in un disegno retrospettivo con dato comorbidità disponibile solo nel 65% della coorte[14].
Quanto alle singole variabili da integrare nei criteri, Wu e colleghi (641 colecistectomie laparoscopiche) hanno identificato ASA 1-2 e leucocitosi come predittori indipendenti di non dimissibilità, mentre sesso maschile, BMI elevato e PCR predicevano la durata operatoria prolungata, a sua volta associata alla mancata dimissione[15]. Ciò sostiene l'opportunità di considerare classe ASA, indici di comorbidità e flogosi, BMI, sesso e durata prevista dell'intervento; l'età, in assenza di instabilità clinica, non appare di per sé un criterio di esclusione[15]. Appare opportuno ipotizzare la predisposizione di un questionario di raccolta dati condiviso tra tutte le figure specialistiche coinvolte nel percorso, incluso il medico anestesista, al fine di uniformare la raccolta di tali variabili e renderle disponibili in fase decisionale. Coerentemente, lo strumento predittivo validato da Goltz e colleghi (5410 artroplastiche di spalla, C-index 0,762) conferma il valore di criteri strutturati e multidimensionali, evidenziando in particolare il peso del contesto sociale e della disponibilità di un caregiver, pur usando come outcome la degenza breve quale proxy dell'eleggibilità ambulatoriale[16]. Infine, l'audit di Jain e colleghi richiama, su casistica ridotta, l'opportunità di considerare l'età e il tipo di procedura in rapporto al dolore postoperatorio atteso[17]. Tra i criteri di selezione rientrano inoltre i fattori di rischio sesso-specifici (es. maggiore predisposizione a nausea e vomito post-operatori) e le dinamiche socio-relazionali di genere legate alla reale disponibilità di supporto al domicilio.

3.2 Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire istruzioni uniformi e scritte sul digiuno preoperatorio adeguate alle linee guida internazionali, evitando digiuni eccessivi non motivati da indicazioni cliniche o procedurali che richiedano condizioni più restrittive o specifiche.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 96,66% (IQR 4-5)

Sul piano fisiopatologico, Sutherland e colleghi (132 pazienti ambulatoriali) hanno mostrato che il digiuno notturno (circa 15 ore) non garantiva uno stomaco vuoto né riduceva l'acidità gastrica, pur associandosi a fame e sete da moderate a severe; né durata né sintomi correlavano con volume o pH gastrico[18]. Coerentemente, l'audit con ecografia gastrica di Degeeter et al ha documentato tempi di digiuno medi molto superiori alle

raccomandazioni (circa 13 ore per i solidi, 10 per i liquidi), in larga parte per ragioni organizzative e per una comunicazione non allineata; l'ecografia rilevava solo contenuto gastrico non significativo, mentre il digiuno prolungato si associava a deficit di fluidi e a rischio di ipoglicemia, insulino-resistenza, ipotensione e ritardato risveglio[19]. Gli autori, pur riconoscendo la difficoltà di applicare rigidamente lo schema per i solidi, ritengono opportuno consentire i liquidi chiari fino a 2 ore prima[19].
Sul versante degli esiti, il trial randomizzato di Bopp e colleghi in chirurgia oftalmologica day-stay ha mostrato che 200 mL di bevanda a base di carboidrati 2 ore prima dell'intervento riducevano fame e sete e miglioravano comfort e soddisfazione, senza eventi avversi né cancellazioni[20]. Infine, l'audit di Lim e colleghi (130 pazienti) evidenzia un'elevata aderenza nominale ma scarsa comprensione del razionale (44,6%) e una quota non trascurabile di digiuni oltre le 12 ore, sottolineando che la combinazione di istruzioni verbali e scritte è la strategia più efficace per aderenza e comprensione[21].
È inoltre opportuno considerare, nelle istruzioni sul digiuno, le peculiarità fisiologiche sesso-specifiche, quali le variazioni della motilità gastrica legate all'assetto ormonale o alla gravidanza.

3.3 Nelle strutture che erogano chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene ragionevole adottare approcci organizzativi strutturati e centralizzati di gestione del percorso perioperatorio (es. Perioperative Surgical Home), con responsabilità definite e con monitoraggio sistematico di indicatori di processo (rispetto del digiuno, cancellazioni, tempi di attesa) ed esito (riammissioni, complicanze, accessi non programmati al PS).

Esito: Mediana 5 - Agreement: 96,66% (IQR 4-5)

Il modello Perioperapriotive Surgical Home (PSH) è stato formalizzato come framework assistenziale coordinato e centrato sul paziente, nel quale un unico servizio assume la regia dell'intero continuum perioperatorio con responsabilità esplicite, protocolli standardizzati e pianificazione precoce della dimissione; lo stesso lavoro fondativo ha delineato la metodologia per la valutazione del modello attraverso indicatori predefiniti di processo, qualità, sicurezza e costo[5]. Le evidenze empiriche disponibili, sintetizzate in una revisione sistematica di 11 studi di implementazione, indicano che i programmi PSH si associano in modo consistente a riduzione della degenza, del fabbisogno di oppioidi postoperatori e del ricorso non pianificato a livelli di cura superiori, oltre che a miglioramenti di efficienza operativa (riduzione dei tempi di attesa preoperatori, aumento delle partenze puntuali); non emergono invece effetti significativi su riammissioni e costi, e la certezza complessiva delle evidenze è bassa per l'eterogeneità dei programmi e la prevalenza di disegni pre-post senza gruppo di controllo[22].
Due ulteriori osservazioni rafforzano la componente organizzativa dello statement. In primo luogo, modelli alternativi di assistenza postoperatoria in regime ambulatoriale (guest suite-based care) si sono dimostrati sicuri soltanto a fronte di criteri di selezione espliciti, protocolli operativi definiti e supervisione strutturata, a conferma che è la protocollazione del percorso, e non il setting in sé, a garantire la sicurezza[23]. In secondo luogo, percorsi preoperatori centralizzati e dedicati, come le preoperative anemia clinic, hanno prodotto benefici misurabili (riduzione della degenza del 36% e del fabbisogno trasfusionale in chirurgia ortopedica elettiva), illustrando come la presa in carico anticipata e standardizzata si traduca in esiti migliori e quantificabili[24].
Poiché non esiste un modello PSH univoco e replicabile, e poiché i benefici osservati dipendono fortemente dal contesto locale di implementazione, il panel ritiene ragionevole che le strutture adottino modelli organizzativi protocollati e centralizzati accompagnandoli sistematicamente alla misurazione di indicatori di processo (rispetto del digiuno, cancellazioni, tempi di attesa) e di esito (riammissioni, complicanze, accessi

non programmati al PS). Il monitoraggio non è un elemento accessorio ma parte integrante della buona pratica: data la bassa certezza delle evidenze, esso costituisce lo strumento con cui ciascuna struttura verifica e adatta localmente l'efficacia del proprio modello 1. Vetter TR, Ivankova NV, Goeddel LA, McGwin G Jr, Pittet JF; UAB Perioperative Surgical Home Group. An analysis of methodologies that can be used to validate if a perioperative surgical home improves the patient-centeredness, evidence-based practice, quality, safety, and value of patient care[22].
In tale prospettiva, il monitoraggio degli indicatori di processo ed esito può essere utilmente disaggregato per sesso, al fine di identificare eventuali differenze nei tassi di cancellazione, riammissione o complicanza.

3.4 Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire un'informazione preoperatoria al paziente ed al caregiver – se presente – strutturata in fase di pre-ricovero, con linguaggio chiaro, comprensibile e tracciata in cartella, che includa tipo di intervento e tecnica anestesiologica prevista, digiuno preoperatorio, gestione della terapia domiciliare, controllo del dolore postoperatorio, criteri di dimissione, segnali di allarme e canali di contatto post-dimissione.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Nel paziente adulto candidato a chirurgia ambulatoriale o day surgery, la preparazione preoperatoria e la gestione postoperatoria sono in larga parte affidate al paziente stesso e, quando presente, al caregiver: digiuno, gestione della terapia domiciliare, controllo del dolore e riconoscimento dei segnali di allarme avvengono al di fuori del controllo diretto del personale sanitario. L'informazione preoperatoria non è quindi un adempimento formale, ma un intervento assistenziale che condiziona la sicurezza dell'intero percorso.
Le evidenze indicano tuttavia che la semplice trasmissione di istruzioni non garantisce la comprensione. In una coorte di pazienti ammessi il giorno dell'intervento, a fronte di un'aderenza al digiuno del 98,5%, meno della metà conosceva il motivo per cui il digiuno era richiesto e quasi il 17% si dichiarava disposto a mentire sul proprio stato di digiuno pur di non veder rinviato l'intervento; la scarsa comprensione si associava a digiuni eccessivamente prolungati e al rischio di non aderenza involontaria[21]. L'informazione deve quindi essere strutturata, comprensibile e verificata, e la sua tracciatura in cartella garantisce la continuità informativa tra i professionisti.
L'efficacia di un'informazione strutturata è stata dimostrata sperimentalmente: in un trial randomizzato su chirurgia ambulatoriale della mano, un programma educazionale standardizzato sulla gestione del dolore ha più che dimezzato il consumo postoperatorio di oppioidi (mediana 2 vs 5 compresse), aumentato la quota di pazienti senza alcun oppioide (42% vs 25%) e migliorato la soddisfazione, a parità di dolore riferito[25].
Inoltre, l'informazione preoperatoria strutturata, orale e scritta, con canali di contatto attivi 24 ore su 24, si è dimostrata elemento abilitante per la gestione domiciliare dell'analgesia continua dopo chirurgia ambulatoriale, con elevata soddisfazione dei pazienti e fallimenti riconducibili in parte proprio a difetti di comprensione delle istruzioni[26]. In caso di necessità, al paziente deve essere fornito, nella lettera di dimissione, un recapito telefonico utile per la gestione di eventuali criticità nel periodo postoperatorio.
È inoltre raccomandabile che l'informazione preoperatoria sia calibrata anche sulle esigenze specifiche legate al genere della persona assistita, incluse eventuali informazioni su terapie ormonali in corso.

3.5 Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato di integrare nell'informazione preoperatoria un programma educazionale strutturato sulla gestione del dolore, che distingua esplicitamente il "dolore atteso" dalla "complicanza" e fornisca istruzioni dettagliate sulla gestione domiciliare dell'analgesia, al fine di ridurre il consumo di oppioidi, l'ansia preoperatoria e gli accessi impropri ai servizi sanitari.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 96,66% (IQR 4-5)

Il dolore postoperatorio è la principale criticità della chirurgia ambulatoriale e day surgery: la sua gestione avviene a domicilio, sotto la responsabilità del paziente, e la sua errata interpretazione è fonte sia di sotto-trattamento sia di accessi impropri ai servizi sanitari. In una casistica di chirurgia mammaria ambulatoriale, il dolore era il sintomo principale alla dimissione e il primo motivo di contatto telefonico con il medico curante o l'ospedale; paradossalmente, le pazienti che lamentavano dolore assumevano in media meno della metà degli analgesici prescritti, a conferma che la prescrizione, senza un'adeguata educazione all'uso, non garantisce un controllo efficace del sintomo[27].

La distinzione tra dolore atteso e complicanza è un nodo critico del recupero domiciliare. Uno studio qualitativo su pazienti di day surgery ha mostrato che i pazienti faticano a valutare la normalità del proprio decorso: cercano riferimenti su cosa aspettarsi per il proprio specifico intervento, sono incerti su tipo e intervalli di assunzione degli analgesici e, in assenza di queste informazioni, sviluppano insicurezza e ricorrono a contatti non programmati; la fase postoperatoria emerge come l'anello debole del percorso di day surgery, e il fabbisogno principale espresso dai pazienti è proprio la conoscenza del range normale di recupero e dell'autogestione[27].

L'efficacia di un programma educazionale strutturato sulla gestione del dolore è stata dimostrata in un trial randomizzato su chirurgia ambulatoriale della mano: un intervento standardizzato che illustrava il dolore atteso dopo l'intervento e un approccio a gradini all'analgesia (modalità non farmacologiche, poi analgesici non oppioidi, oppioidi solo come ultima risorsa) ha più che dimezzato il consumo postoperatorio di oppioidi (mediana 2 vs 5 compresse), aumentato la quota di pazienti senza alcun oppioide (42% vs 25%), ridotto le richieste di refill e migliorato la soddisfazione, a parità di dolore riferito[25].

Sulla base di queste considerazioni, il panel ritiene appropriato integrare nell'informazione preoperatoria un programma educazionale strutturato sulla gestione del dolore, che distingua esplicitamente il dolore atteso dalla complicanza e fornisca istruzioni dettagliate sulla gestione domiciliare dell'analgesia, al fine di ridurre il consumo di oppioidi, l'ansia preoperatoria e gli accessi impropri ai servizi sanitari[25],[27],[28] .

È inoltre opportuno considerare la maggiore sensibilità della popolazione femminile agli effetti collaterali degli oppioidi, quali nausea e sedazione, nella pianificazione dell'analgesia domiciliare.

4 GESTIONE DELLA POLITERAPIA FARMACOLOGICA DOMICILIARE

4.1.a È appropriata una ricognizione strutturata e documentata della terapia domiciliare e della terapia antalgica, con particolare attenzione ai farmaci ed agli integratori che possono influenzare la gestione peri-operatoria;

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100 % (IQR 4-5)

4.1.b È appropriato consegnare al paziente o a chi si prende cura del paziente, indicazioni scritte sulla terapia da assumere prima e dopo l'intervento.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

La gestione della terapia farmacologica domiciliare rappresenta un aspetto rilevante del percorso preoperatorio nei pazienti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, inclusi i soggetti a basso rischio anestesiologico (ASA 1-2). In questo setting, indicazioni incomplete o non adeguatamente comprese possono determinare sospensioni inappropriate o prosecuzioni non pianificate della terapia cronica, con possibili ripercussioni sul percorso assistenziale[29]. Sebbene i dati specifici sulla politerapia farmacologica in chirurgia ambulatoriale siano limitati, le evidenze disponibili supportano l'integrazione della gestione terapeutica nel percorso preoperatorio mediante una ricognizione strutturata della terapia domiciliare e la definizione anticipata delle eventuali modifiche farmacologiche. In particolare, l'impiego di istruzioni semplici, uniformi e, preferibilmente, scritte può migliorare l'aderenza del paziente, favorire la continuità assistenziale e ridurre il rischio di errori nella gestione autonoma della terapia[2]. Ulteriore supporto deriva dagli studi sui percorsi Enhanced Recovery After Surgery e sulla standardizzazione del percorso perioperatorio in day surgery, che mostrano come protocolli organizzativi condivisi e informazioni chiare e tempestive siano associati a una minore variabilità gestionale, a una riduzione dei ritardi o degli accessi non programmati e a una migliore esperienza del paziente[30],[31]. Nei percorsi di chirurgia ambulatoriale, il paziente diventa rapidamente responsabile della propria terapia analgesica domiciliare; un'educazione inadeguata può determinare dolore non adeguatamente controllato, scarsa aderenza alla terapia prescritta e riluttanza ad assumere analgesici per timore di dipendenza o per incertezze sulle modalità di utilizzo. Un counselling strutturato, eventualmente affiancato dalla condivisione di strategie di coping ed esperienze di altri pazienti, aumenta la fiducia e l'autonomia nella gestione del dolore. L'automedicazione appropriata con analgesici opioid-sparing si associa a un migliore controllo antalgico, a un minore ricorso all'analgesia rescue e a una migliore esperienza complessiva di cura[30],[31],[32].
La ricognizione terapeutica può inoltre avvalersi, ove necessario, della collaborazione del medico di medicina generale dell'assistito, e dovrebbe considerare le eventuali differenze di sesso nella farmacocinetica dei farmaci somministrati.

4.2 È appropriata la modulazione della terapia antiaggregante/anticoagulante in base al profilo farmacocinetico del farmaco, al rischio tromboembolico individuale e al rischio emorragico della procedura in accordo con le vigenti linee guida internazionali e previa condivisione multidisciplinare.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 96,66% (IQR 4-5)

Un altro aspetto rilevante riguarda la gestione della terapia antiaggregante e anticoagulante, per la quale le linee guida internazionali rappresentano un importante supporto decisionale[10],[33],[34].

Nei pazienti ASA 1-2 candidati a chirurgia ambulatoriale a basso rischio emorragico, la terapia antiaggregante con cardioaspirina a basse dosi dovrebbe generalmente essere mantenuta nel periodo perioperatorio, poiché la sospensione può aumentare il rischio di complicanze trombotiche[10].
Anche se per la monoterapia con clopidogrel le evidenze sono ancora più limitate, con prevalenza di studi retrospettivi , nelle procedure chirurgiche a basso rischio emorragico il clopidogrel può spesso essere mantenuto. (Team che prende in carico il paziente; collegamento con Timing pre-ricovero)[35],[36].
In accordo con le linee guida internazionali, la gestione della terapia anticoagulante perioperatoria è generalmente basata sul profilo farmacocinetico dell'anticoagulante, sul rischio tromboembolico individuale e su quello emorragico della procedura[10],[33],[34]. Nei pazienti in terapia con anticoagulanti orali diretti, è indicata una breve sospensione perioperatoria (24-48 ore prima), con ripresa precoce dopo adeguata emostasi. Il bridging con eparina a basso peso molecolare non è generalmente raccomandato nei pazienti a basso rischio di eventi tromboembolici, ad esempio nei pazienti con fibrillazione atriale stabile non valvolare.
Pertanto, sebbene siano disponibili linee guida internazionali sulla gestione perioperatoria della terapia antitrombotica nella chirurgia non cardiaca, le evidenze specifiche relative al setting ambulatoriale e ai pazienti ASA 1-2 rimangono limitate. Dunque, la gestione della terapia anticoagulante e/o antiaggregante deve essere necessariamente personalizzata e condivisa tra l'anestesista e il chirurgo.
Appare inoltre opportuno specificare che la responsabilità della gestione farmacologica perioperatoria sia condivisa anche con il medico prescrittore/medico di medicina generale, quale figura di riferimento sulla terapia cronica del paziente.
Nella valutazione del rischio tromboembolico individuale è opportuno considerare anche l'eventuale assunzione di contraccettivi ormonali o di terapia ormonale sostitutiva, così come, nella valutazione del rischio emorragico, la possibile insorgenza di sanguinamento uterino anomalo nella popolazione femminile in trattamento antiaggregante/anticoagulante.

4.3 Nei pazienti affetti da diabete mellito in trattamento domiciliare, Il panel ritiene che la gestione peri-operatoria dei farmaci ipoglicemizzanti e dell'eventuale terapia insulinica debba essere definita esplicitamente prima della procedura chirurgica.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 96,66 % (IQR 4-5)

Altre evidenze disponibili riguardano il diabete mellito e la gestione perioperatoria della terapia ipoglicemizzante in contesti di day surgery. In particolare, un trial randomizzato relativo alla prosecuzione versus sospensione degli ipoglicemizzanti orali nei pazienti con diabete tipo 2 e l'audit regionale inglese sulla gestione perioperatoria del diabete nella chirurgia urologica day-case sottolineano l'importanza di una pianificazione esplicita della terapia antidiabetica nel percorso perioperatorio al fine di ridurre il rischio di errori, rinvii procedurali e/o instabilità metabolica[37],[38].
Si richiama inoltre l'attenzione la gestione peri-operatoria dei farmaci ipoglicemizzanti e dell'eventuale terapia insulinica debba essere definita esplicitamente prima della procedura chirurgica, personalizzandola in base alle specificità biologiche di sesso e alle variabili di genere

5 MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

5.1. Nella organizzazione del percorso diagnostico e terapeutico della chirurgia ambulatoriale e Day Surgery il panel ritiene appropriata la creazione di un set di indicatori di processo e di esito in grado di assicurare un monitoraggio continuo nel tempo della efficienza organizzativa, della qualità delle cure e degli esiti di salute.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 96,66% (IQR 4-5)

La chirurgia ambulatoriale ed in day surgery si fondano su modelli organizzativi ad elevata complessità e rapido turnover, strutturati per garantire la massima efficienza senza mai compromettere la sicurezza del paziente. In questo contesto, la valutazione della performance richiede strumenti oggettivi, standardizzati e riproducibili per misurare l'appropriatezza e la sostenibilità dei percorsi clinici. L'adozione di un sistema dedicato di indicatori permette infatti una duplice sorveglianza:

A) Indicatori di processo: consentono di mappare la fluidità e l'efficienza delle tappe organizzative perioperatorie (Ad esempio: tempi di attesa il giorno dell'intervento, tasso di cancellazione dei pazienti all'ultimo momento, tempi di turnover delle sale operatorie, o tassi di dimissione protetta entro i tempi stabiliti). Monitorare questi parametri permette di individuare precocemente eventuali problemi ed ottimizzare le risorse.
B) Indicatori di esito: focalizzati sulla qualità clinica e sulla sicurezza delle cure (Ad esempio: tasso di ricovero imprevisto o non pianificato, frequenza di complicanze postoperatorie a breve termine, accessi in pronto soccorso entro 48-72 ore dalla dimissione, e soddisfazione del paziente)[39],[40],[41],[42] .

Ove possibile, si raccomanda che tali indicatori siano disaggregati anche per sesso, al fine di rilevare tempestivamente eventuali disparità negli esiti di salute.

5.2. Il panel ritiene che le procedure per il trattamento del dolore, della nausea e del vomito nella PACU (Unità di Terapia Intensiva Post-Anestesia) devono essere redatte per iscritto ed inserite formalmente nella documentazione del PDTA chirurgico. È opportuno che la valutazione del dolore comprenda l'intensità, la localizzazione, le caratteristiche e la fisiopatologia, — la durata, l'insorgenza e l'efficacia del trattamento.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 93,33% (IQR 4-5)

Il dolore postoperatorio, la nausea e il vomito (PONV) sono le principali cause di dimissione ritardata o ricovero imprevisto nei pazienti in day surgery. La realizzazione di protocolli condivisi riduce la variabilità clinica, accelera i tempi di intervento e garantisce trattamenti multimodali tempestivi e condivisi.
La valutazione multidimensionale del dolore (non limitata alla sola intensità) è importante per differenziare il normale decorso chirurgico da complicanze acute precoci (ad esempio: ematomi, ischemie). Inoltre, il monitoraggio sistematico dell'efficacia del trattamento antalgico rappresenta un momento importante per validare il trasferimento del paziente o la sua dimissione a domicilio in piena sicurezza. . La distinzione del meccanismo patogenetico del dolore (nocicettivo, neuropatico, nociplastico) consente una scelta più razionale della terapia analgesica, evitando approcci indifferenziati; la valutazione dell'efficacia del trattamento deve inoltre comprendere la misurazione degli effetti collaterali legati alla risposta farmacologica sesso-specifica, superando eventuali stereotipi d'espressione clinica nella rilevazione dei sintomi. Il monitoraggio sistematico

della sua efficacia rappresenta inoltre un momento importante per validare il trasferimento del paziente o la sua dimissione a domicilio in piena sicurezza.

5.3. Il panel ritiene appropriata l'adozione di protocolli formativi per uniformare i comportamenti e favorire la omogeneità degli stessi.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 96,66% (IQR 4-5)

La semplice adozione di Documenti (Ad esempio: PDTA, BPCAO) non è sufficiente a garantire il cambiamento della pratica clinica se non supportata da percorsi didattici dedicati. L'adozione di protocolli formativi standardizzati è lo strumento cardine per tradurre le raccomandazioni teoriche in comportamenti clinici omogenei e riproducibili da parte di tutta l'équipe (anestesisti, chirurghi, infermieri). In un settore ad alto turnover come la chirurgia ambulatoriale ed in day surgery, la formazione mirata e condivisa permette di consolidare la cultura della sicurezza e garantisce al paziente un elevato standard di cura[39],[40],[43].

5.4. Il panel ritiene appropriato che ciascun gruppo definisca una check-list chirurgica, in linea con quella proposta dalla WHO che venga discussa dal team che esegue le procedure.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

La checklist riduce significativamente le complicanze postoperatorie ed i possibili errori.. In alcune fasi si avvale della collaborazione dello stesso utente, che va informato sulla necessità e sulla efficacia di questi controlli onde evitare di aumentare il disagio dell'utente. Tra queste deve essere prevista la marcatura del sito chirurgico ove applicabile. La checklist, in tutte le procedure eseguite in day surgery ed ambulatoriali, deve prevedere il controllo di tutte le fasi della procedura,[44],[45],[46]; dal preoperatorio, alla fase intra operatoria ed in conclusione anche la postoperatoria. L'elaborazione della lista dei controlli effettuata dal team e personalizzata[44],[47],[48] si è dimostrata più efficace e ben accetta che quella imposta o semplicemente estratta dalla lista WHO[39],[40],[43],[45],[46],[49],[50],[51].

5.5 Il panel ritiene utile ed appropriato l'uso di un sistema elettronico che agevoli e snellisca la sorveglianza e la corretta compilazione della checklist Chirurgica.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 96,66% (IQR 4-5)

L'uso delle checklist elettroniche agevola la compilazione delle stesse aumentando l'aderenza fino a migliorarla dal 27% al 100%[41],[42],[52],[53],[54], riduce gli errori e la variabilità nella compilazione ed implementa la tracciabilità[41],[55],[56],[57],[58]
L'elemento chiave è una interfaccia ben congeniata e di facile lettura e compilazione[52][59].

NOTA DI CONTESTO:

Il panel prende atto della diversità organizzative e dotazioni strutturali delle diverse realtà sanitarie italiane, tuttavia ritiene ragionevole tendere, ove possibile, alla realizzazione del modello descritto

6 TELECONSULTO

6.1 Nei pazienti adulti a basso rischio (ASA 1-2) candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene ragionevole utilizzare il teleconsulto preoperatorio strutturato con checklist predefinita per la valutazione di eleggibilità, comorbidità, terapia farmacologica, aspettative del paziente, informazione preoperatoria e raccolta del consenso, in alternativa o in integrazione alla visita in presenza prevista per l'esecuzione di un esame obiettivo o qualsiasi valutazione clinica e/o strumentale che richiedono la visita in presenza.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 93,33% (IQR 4-5)

Le evidenze disponibili sono indirette ma convergenti. In ambito neurochirurgico ambulatoriale, il 92% dei pazienti si è dichiarato soddisfatto della visita in telemedicina e l'88% l'ha giudicata più conveniente di quella in presenza, mentre l'83% dei clinici l'ha considerata sicura ed efficace; il limite principale, l'esame obiettivo incompleto, risulta meno rilevante nella popolazione ASA 1-2[60]. Ampie casistiche di chirurgia ambulatoriale in anestesia locale documentano la sostenibilità di percorsi ad alto volume fondati su protocolli standardizzati di selezione e programmazione[61]. Infine, in chirurgia isteroscopica ambulatoriale con approccio "see-and-treat" è stata dimostrata la non inferiorità di un percorso a singolo accesso rispetto al percorso tradizionale a tre accessi in termini di efficacia, sicurezza e soddisfazione, con riduzione di tempi, costi e giornate lavorative perse: un modello replicabile mediante triage telematico preoperatorio[62].
In assenza di studi randomizzati di confronto diretto, il panel ritiene favorevole il bilancio tra benefici attesi (riduzione di accessi, tempi e costi; miglior gradimento) e rischi potenziali (mancato riconoscimento di criticità all'esame obiettivo), a condizione che il teleconsulto sia strutturato con checklist predefinita e che sia garantita la conversione alla valutazione in presenza ogniqualvolta emergano necessità cliniche, procedurali od organizzative.
Il teleconsulto supporta l'informazione preoperatoria e la documentazione del colloquio; il consenso va acquisito secondo la normativa vigente, con criteri chiari di invio alla visita in presenza.
Il Panel precisa che il termine 'teleconsulto' individua qui la modalità di interazione a distanza medico-paziente, e non il teleconsulto tra professionisti sanitari; la relativa checklist predefinita può utilmente includere, tra i parametri raccolti, anche elementi rilevanti in ottica di genere (es. assetto ormonale, carichi di cura), garantendo comunque modalità di accesso alternative per mitigare il rischio di divario digitale.

6.2.a Nei pazienti adulti dimessi dopo chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato prevedere un follow-up asincrono programmato entro 24-48 ore, eseguito secondo questionario strutturato, finalizzato a verificare la gestione del dolore, complicanze precoci, aderenza alle istruzioni di dimissione e necessità di rivalutazione clinica.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 90% (IQR 4-5)

6.2.b È appropriato individuare un referente/canale di escalation clinica in caso di complicanza rilevata al follow-up telematico.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 90% (IQR 4-5)

Le evidenze disponibili, pur eterogenee per contesto chirurgico e disegno, sono coerenti. In chirurgia filtrante del glaucoma, la sostituzione della visita in prima giornata con una chiamata infermieristica strutturata a

domanda standardizzata non ha comportato un incremento delle complicanze precoci né un peggioramento degli esiti a 21 giorni, e ha permesso di richiamare tempestivamente in valutazione i soli pazienti sintomatici (3,5%)[63]. Il dolore è il principale problema postoperatorio domiciliare e il motivo prevalente di contatto non programmato con i servizi: dopo chirurgia mammaria ambulatoriale, dove le chiamate erano lasciate all'iniziativa del paziente, le richieste di contatto riguardavano soprattutto il dolore, spesso associato a scarsa aderenza alla terapia analgesica prescritta[27]; analogamente, dopo day surgery generale circa un paziente su dodici contattava un sanitario entro 48 ore, e l'introduzione del controllo telefonico programmato il giorno successivo ha ridotto significativamente i contatti non pianificati con ospedale e servizi territoriali[64]. La chiamata strutturata in prima giornata si è dimostrata fattibile su larga scala (619 pazienti di chirurgia dell'avampiede, tasso di risposta 89%), capace di identificare criticità nella gestione analgesica domiciliare e percepita come rassicurante sia dai pazienti sia dai curanti[65]. Infine, dal punto di vista del paziente, il follow-up telefonico programmato è percepito come necessario e privo di svantaggi: aumenta il senso di sicurezza e di continuità delle cure, facilita la segnalazione di problemi che altrimenti verrebbero gestiti in autonomia e può ridurre il carico su pronto soccorso e medicina territoriale, a condizione che la chiamata sia annunciata e temporalmente concordata[66].
Il follow-up strutturato può inoltre tenere conto della diversa risposta farmacologica e della suscettibilità biologica sesso-specifica nella valutazione di dolore e nausea/vomito post-operatori, ed essere condotto, in alternativa al questionario e ove la struttura disponga delle risorse organizzative necessarie, anche mediante teleconsulto infermieristico.

6.3 Nelle strutture che implementano sistemi di telemedicina nel percorso di chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato adottare un sistema strutturato di controllo della qualità del dato, monitoraggio della soddisfazione dell'utente, protezione dei dati personali e tracciabilità documentale, integrato con il sistema informativo aziendale e conforme ai requisiti normativi.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 93,33% (IQR 4-5)

L'evidenza diretta è limitata, ma le esperienze pubblicate convergono nell'identificare la strutturazione del processo come elemento abilitante. Nella transizione rapida alla telemedicina di un servizio chirurgico ambulatoriale, l'adozione di survey strutturate e validate per pazienti e professionisti, gestite tramite piattaforme elettroniche di data capture, si è dimostrata lo strumento qualificante per misurare soddisfazione, individuare punti di debolezza (ad esempio le interruzioni tecniche, riferite dal 71% dei pazienti insoddisfatti) e orientare il miglioramento del servizio[60]. Analogamente, nell'estensione al domicilio dell'analgesia postoperatoria continua dopo chirurgia ambulatoriale, la valutazione formalizzata mediante score dedicato ha mostrato che le criticità non risiedevano nella tecnica, quasi sempre efficace, ma nell'organizzazione della rete ospedale-territorio: la formazione incompleta del personale domiciliare e la mancata tracciatura dei contatti previsti sono state le principali fonti di malfunzionamento, corrette solo dopo l'introduzione di percorsi formativi sistematici[26]. Sul piano dei principi, la letteratura metodologica sui modelli di presa in carico perioperatoria indica che ogni innovazione organizzativa deve essere accompagnata da un sistema predefinito di misurazione di esiti centrati sul paziente, indicatori di qualità e sicurezza e dati di processo, integrato con i flussi informativi esistenti, quale condizione per valutarne efficacia e valore[29].
A questi elementi si aggiunge il quadro normativo vincolante: in Italia i servizi di telemedicina devono essere progettati in conformità alle Linee guida AGENAS recepite con decreto interministeriale, che stabiliscono requisiti funzionali, livelli di servizio e integrazione con i sistemi informativi regionali e nazionali nell'ambito dell'investimento PNRR dedicato[67], e il trattamento dei dati sanitari deve rispettare il Regolamento UE

2016/679, che impone tra l'altro misure di sicurezza adeguate, minimizzazione e tracciabilità del trattamento[68]. Il panel ritiene pertanto che, nelle strutture che adottano la telemedicina nel percorso di chirurgia ambulatoriale, il bilancio sia chiaramente favorevole all'implementazione di un sistema strutturato di controllo della qualità del dato, monitoraggio della soddisfazione, protezione dei dati e tracciabilità documentale: i costi organizzativi sono contenuti e in larga parte già imposti dal quadro regolatorio, mentre l'assenza di tali presidi espone a rischi clinici, informativi e legali non giustificabili.

BOX INFORMATIVO

Ai sensi della L. 22 dicembre 2017, n. 219 (art. 1, commi 1, 2, 3, 4 e 8), il consenso informato costituisce presupposto di liceità dell'atto sanitario e si colloca nell'ambito della relazione di cura e fiducia tra il paziente e il medico, cui contribuisce, secondo le rispettive competenze, l'équipe sanitaria; esso deve essere documentato in forma scritta, mediante videoregistrazione o, per la persona con disabilità, tramite dispositivi idonei, "nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente".

La legge non impone pertanto un'unica modalità tecnica di acquisizione, ma richiede che esso sia acquisito e documentato secondo le modalità previste dalla legge. La sottoscrizione del consenso può avvenire anche il giorno dell'intervento, purché rappresenti la formalizzazione di un percorso informativo già svolto, che abbia consentito al paziente di assumere una decisione libera e consapevole e che rispetti il principio secondo cui il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

Infine, si raccomanda che il sistema di monitoraggio della soddisfazione dell'utente valuti anche l'eventuale impatto del divario digitale su specifiche fasce di popolazione, comprese le disparità di genere e socio-economiche nell'accesso alle cure.

7 GESTIONE CASI PARTICOLARI

7.1. Per i pazienti affetti da diabete di tipo 2 in trattamento con farmaci antidiabetici orali che si sottopongono ad intervento chirurgico in setting di chirurgia ambulatoriale e Day Surgery, il panel ritiene appropriata l'inclusione controllo dei valori di HbA1c nel periodo preoperatorio.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 93,33% (IQR 4-5)

Nei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la misurazione dell'emoglobina glicata (HbA1c) nel preoperatorio rappresenta il gold standard per valutare il controllo glicemico negli ultimi 2-3 mesi. A differenza della glicemia estemporanea, influenzata dallo stress o dal digiuno perioperatorio, l'HbA1c permette di stratificare accuratamente il rischio di complicanze infettive e cardiovascolari, nonché di ritardi nella guarigione delle ferite. In un setting a degenza ridotta come la day surgery, identificare un diabete scompensato prima dell'intervento è cruciale per programmare eventuali ottimizzazioni terapeutiche, modulare la gestione peri-operatoria dei farmaci orali e ridurre drasticamente i tassi di cancellazione chirurgica last-minute o di ricoveri imprevisti dovuti a instabilità metabolica post-operatoria.
Al fine di evitare duplicazioni diagnostiche, è opportuno verificare preliminarmente, anche tramite il medico di medicina generale, l'eventuale disponibilità di un valore di HbA1c recente.

7.2. Il panel ritiene appropriato che, nei pazienti adulti ASA 1-2 candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, siano considerati casi particolari - e necessitino pertanto di strategie dedicate- le condizioni caratterizzate da barriere comunicative o culturali, disabilità sensoriali che interferiscono con la comunicazione, fragilità sociale con inadeguatezza del supporto familiare o sociale, e abitudini di vita a rischio.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Il successo clinico e organizzativo della chirurgia ambulatoriale ed in day surgery si basa molto sulla compliance del paziente e sulla sua capacità di autogestione a domicilio (es. rispetto del digiuno preoperatoria, assunzione della terapia farmacologica, monitoraggio dei segnali di allarme). Pertanto, lo screening preoperatorio non può limitarsi alla sfera biologica, ma deve intercettare i fattori di rischio relazionali e sociali che potrebbero compromettere la sicurezza del percorso.
Le barriere linguistiche (ad esempio il paziente non madrelingua italiana), culturali o sensoriali (ad esempio il paziente sordo muto o cieco) incrementano il rischio di eventi avversi o cancellazioni evitabili. Allo stesso modo, l'assenza di un caregiver idoneo nelle prime 24 ore postoperatorie (fragilità sociale, con inadeguatezza del supporto familiare o sociale)o la presenza di abitudini di vita a rischio richiedono una rimodulazione del setting assistenziale. Implementare strategie dedicate per questi "casi particolari" (Ad esempio mediatori, percorsi assistenziali protetti, fogli informativi multilingua o semplificati) è indispensabile per garantire l'equità delle cure e prevenire ricoveri imprevisti o accessi in Pronto Soccorso[69],[70].
Tra le condizioni che richiedono strategie dedicate rientrano anche i pattern di consumo sesso-specifici di sostanze (alcol, tabacco, psicofarmaci) e l'uso non prescritto di terapie steroidee/ormonali.

7.3. Il panel ritiene auspicabile che nei pazienti ASA 1-2 con fragilità clinica/disabilità/vulnerabilità sociale sia previsto un percorso educativo strutturato sia per il paziente che per il caregiver.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

La formazione del Caregiver lo prepara al rientro precoce al domicilio del paziente ottenendo l'aiuto necessario nelle varie fasi della procedura in particolare nell'identificazione del sito chirurgico e nell'immediato post-operatorio[69],[71] ; riduce anche il rischio di dimissione ritardata e conseguente aumento dei costi[69] . L'aiuto del Caregiver potrebbe essere utile anche nel caso di soggetti particolarmente ansiosi[72],[73]. Particolare da non sottovalutare è l'effetto psicologico che le complicanze, nella chirurgia elettiva e programmata, hanno sull'equipe peri-operatoria che tenderà a rifugiarsi in cambiamenti difensivi. Pertanto, la riduzione delle complicanze è un vantaggio per tutta l'equipe[69],[70],[74].

Il percorso educativo dedicato al paziente fragile e al caregiver dovrebbe essere calibrato anche sulle peculiarità biologiche sesso-specifiche e sui livelli di alfabetizzazione sanitaria e tecnologica (health literacy, digital divide).

8 GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

8.1 Il panel ritiene appropriata l'integrazione di linguaggi infermieristici standardizzati all'interno della Cartella Clinica per garantire una progressione fluida delle cure, prevenire la duplicazione dei dati e consentire audit accurati sulla qualità del percorso. Una documentazione incoerente o mancante può infatti alterare la percezione dell'efficacia dei protocolli clinici e dei tempi di dimissione.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 93,33% (IQR 4-5)

La qualità e la standardizzazione della documentazione sanitaria costituiscono un prerequisito trasversale a tutte le fasi del percorso di chirurgia ambulatoriale e day surgery, indipendentemente dal supporto adottato dalla singola struttura, informatizzato, cartaceo o ibrido. Ciò che il panel ritiene irrinunciabile non è lo strumento di registrazione, bensì l'adozione di un linguaggio clinico e infermieristico comune, riconosciuto e omogeneo tra le figure professionali coinvolte, tale da rendere la documentazione tracciabile, condivisibile e verificabile a prescindere dal mezzo impiegato per registrarla.L'integrazione di linguaggi clinici ed infermieristici standardizzati all'interno della Cartella Clinica rappresenta un presupposto rilevante per una documentazione tracciabile, verificabile e idonea ad alimentare audit di qualità affidabili. A livello nazionale, la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) ha recentemente individuato nelle tassonomie NANDA-I, NIC e NOC il riferimento per un linguaggio infermieristico standardizzato e condiviso, applicabile a prescindere dal supporto documentale in uso[75]. Il Perioperative Nursing Data Set (PNDS), descritto nel documento di indirizzo AORN come vocabolario infermieristico standardizzato ed empiricamente validato, è esplicitamente concepito per essere collegato al sistema documentale in uso, elettronico, ove disponibile, o cartaceo e impiegato in progetti di performance improvement e benchmarking doi: 10.1016/S0001-2092(06)60367-0. Lo stesso documento raccomanda un sistema documentale completo, finalizzato a prevenire la duplicazione delle informazioni e a garantire una progressione fluida delle cure tra le fasi I, II e III del recupero post-anestesiologico, privilegiando una registrazione strutturata a checklist rispetto alla nota narrativa e riservando le annotazioni descrittive alle deviazioni dagli esiti attesi[76] . In quest'ottica, il panel individua nelle tassonomie infermieristiche NANDA-I, NIC e NOC, integrate per l'ambito perioperatorio dal Perioperative Nursing Data Set (PNDS), il riferimento condiviso per la standardizzazione del linguaggio nella documentazione clinica, indipendentemente dal fatto che questa sia tenuta su supporto elettronico, cartaceo o ibrido.

8.2 Per i pazienti ASA 1 e 2, il panel ritiene appropriato includere nella documentazione pre-operatoria checklist di screening strutturate per identificare comorbidità (es. apnea notturna) e condizioni sociali che potrebbero controindicare la day surgery.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 96,66% (IQR 4-5)

Per la popolazione candidata a day surgery, e in particolare per i pazienti ASA 1 e 2, l'idoneità al percorso day surgery dipende da una valutazione pre-operatoria sistematica e formalmente documentata, capace di intercettare sia le comorbidità sia le condizioni sociali potenzialmente controindicanti. L'esperienza prospettica di Vuilleumier e Halkic sulla colecistectomia laparoscopica in regime ambulatoriale descrive con chiarezza questo modello documentale: i candidati venivano invitati a compilare una checklist di screening

espressamente disegnata per identificare condizioni di comorbilità e fattori sociali in grado di controindicare l'intervento, e solo i pazienti appartenenti alle classi di rischio ASA 1 e 2 venivano ammessi al percorso[77]. La selezione integrava test di funzionalità epatica ed ecografia secondo protocollo prestabilito e si concludeva con la consegna di istruzioni pre-operatorie scritte e con la calendarizzazione dell'intervento[77]. Gli autori sottolineano come una selezione accuratamente documentata riduca gli errori di arruolamento responsabili di cancellazioni e ospedalizzazioni non programmate, attribuendo alla visita pre-operatoria un valore di garanzia di sicurezza[77].

Il valore predittivo della registrazione strutturata dello stato ASA e della complessità del caso nel database clinico è dimostrato dallo studio di coorte retrospettivo di Van Caelenberg e colleghi, condotto attraverso l'Electronic Patient Database (EPD) che raccoglieva sistematicamente classe ASA, durata e tipo di intervento, sito ospedaliero e severity of illness score[78]. La registrazione accurata dello stato ASA e della complessità chirurgica nel database ospedaliero è ritenuta opportuna per anticipare e ridurre il rischio di ammissioni impreviste. Il principio resta valido anche in assenza di un database elettronico dedicato, a condizione che classe ASA e complessità chirurgica siano registrate in modo strutturato e sistematico nel supporto documentale disponibile, cartaceo o informatizzato.

Su 5156 procedure, l'incidenza di ammissione non programmata è risultata del 2,89%; all'analisi di regressione logistica multivariabile la classe ASA si è confermata fattore predittivo indipendente, con un odds ratio di 1,61 (IC 95% 1,06–2,44) per la classe II e di 2,19 (IC 95% 1,10–4,34) per la classe III[78]. Analogamente, un punteggio di gravità maggiore incrementava marcatamente il rischio di ricovero imprevisto (OR 7,85; IC 95% 2,31–26,62) . Gli autori evidenziano che molti dei fattori associati al rischio potrebbero essere anticipati proprio in sede di valutazione pre-operatoria documentata[78].

Va integrato un caveat metodologico esplicitamente segnalato dallo stesso lavoro: la registrazione dei dati nell'EPD dipende dall'inserimento manuale da parte degli operatori, con conseguente rischio di codifica errata o incompleta; nello studio, peraltro, 1927 soggetti su 5156 sono stati esclusi dall'analisi a causa di dati mancanti, con effetto negativo sulla validità del modello[78]. Appare quindi opportuno che una documentazione pre-operatoria strutturata si accompagni a meccanismi di controllo della qualità del dato inserito.

La compilazione della checklist di screening è affidata al personale della struttura in fase di pre-ricovero, fermo restando che le informazioni cliniche fornite dal medico di medicina generale possono utilmente integrarne i contenuti. Tra le condizioni sociali da valutare è opportuno includere anche l'impatto dei carichi di cura familiari e le vulnerabilità socio-economiche, garantendo comunque canali di accesso alternativi a quelli digitali

8.3 Il panel ritiene ragionevole una gestione documentale completa che preveda la registrazione sistematica delle istruzioni preoperatorie fornite al paziente e l'integrazione di sistemi di monitoraggio postoperatorio nel dossier sanitario. L'uso di strumenti digitali per il reporting dei sintomi consente di distinguere tra decorsi normali e complicanze, riducendo gli accessi non necessari al pronto soccorso.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 93,33% (IQR 4-5)

Una gestione documentale completa del percorso day surgery presuppone che gran parte delle informazioni destinate a governare il decorso post-operatorio, in particolare lo schema di gestione del dolore (es. protocolli ERAS), venga predisposta, consegnata e spiegata al paziente già in fase di pre-ricovero, e che di tale erogazione resti traccia verificabile nel dossier. La preparazione documentata non riguarda quindi

soltanto l'idoneità all'intervento, ma anche l'anticipazione strutturata di ciò che il paziente dovrà riconoscere e gestire a domicilio dopo la dimissione. Il progetto di implementazione ERAS in chirurgia pediatrica di Noble mostra come l'educazione pre-operatoria al paziente, ossia l'informazione sul dolore, lo schema multimodale e le indicazioni comportamentali, costituisca un criterio di audit a sé stante, erogato e tracciato prima della procedura, e come la mancata trasmissione di materiale aggiornato rappresenti una barriera concreta all'aderenza[79]. In modo emblematico, l'Autrice riferisce che la persistenza di istruzioni obsolete (ad esempio sul digiuno) fornite a monte da personale non allineato al protocollo ha compromesso la coerenza del messaggio educativo, dimostrando che è proprio nel pre-ricovero che si determina la qualità della preparazione successiva e rendendo opportuno documentare in modo verificabile l'avvenuta e corretta informazione[79]. Coerentemente, Vuilleumier e Halkic descrivono un percorso in cui le istruzioni scritte consegnate al paziente, la prescrizione analgesica anticipata e la programmazione del contatto telefonico di controllo erano definite e formalmente tracciate già in sede di preparazione, così da fornire al paziente l'analgesia per le prime 24 ore senza necessità di passaggi successivi e da pianificare in anticipo la sorveglianza del decorso[77].

La preparazione documentata in fase pre-operatoria trova poi il suo completamento operativo nella attivazione di un monitoraggio strutturato post-dimissione (es. app mobili, chiamate di follow-up), che dà continuità nel dossier alle istruzioni già impartite e consente di verificare l'andamento dei sintomi educati al paziente prima dell'intervento. Lo studio di coorte di Simon e colleghi fornisce l'evidenza più solida in questo senso: il Recovery Tracker, questionario elettronico somministrato quotidianamente tramite il portale paziente con soglie di alert automatiche, si è associato a una riduzione del 22% delle probabilità di accesso non programmato in urgent care senza ricovero (OR 0,78; IC 95% 0,60-1,00), con beneficio più marcato tra i rispondenti (OR 0,58; IC 95% 0,39-0,87)[80]. È metodologicamente rilevante che non si osservasse alcuna variazione del rischio di riammissione, a indicare che il sistema non genera un falso senso di sicurezza ritardando il trattamento di problemi reali, ma aiuta il paziente, già preparato in fase pre-operatoria, a distinguere i sintomi attesi da quelli che richiedono intervento; il beneficio comportava un incremento contenuto del carico infermieristico (più 0,86 chiamate per paziente, pari al 34%)[80]. A conferma indipendente, il trial randomizzato multicentrico di Jaensson e colleghi ha mostrato che la misurazione quotidiana del recupero tramite l'applicazione RAPP (questionario SwQoR) si associava a punteggi significativamente migliori in diversi item, tra cui il dolore della ferita chirurgica, rispetto allo standard care, concludendo che l'e-assessment sistematico può aumentare la qualità del recupero e individuare aree prioritarie di miglioramento[81].

Nei contesti privi di strumenti digitali di monitoraggio, il medesimo principio di verifica strutturata del decorso postoperatorio può essere garantito tramite chiamate telefoniche di follow-up pianificate e tracciate secondo uno schema predefinito.

Resta da segnalare, come limite documentale, un tasso di non risposta di circa il 30%, che richiama l'esigenza di prevedere fin dalla fase di pre-ricovero le strategie informative e organizzative necessarie a sostenere l'aderenza alla compilazione[81].

Gli strumenti digitali di monitoraggio postoperatorio dovrebbero prevedere canali di reporting alternativi o assistiti da personale sanitario, al fine di prevenire disuguaglianze di accesso legate al divario digitale.

APPLICABILITÀ

Le raccomandazioni contenute nel documento sono concepite per essere applicabili nei contesti operativi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con la consapevolezza che l'organizzazione dei servizi e la disponibilità di risorse possono variare tra strutture e livelli di cura. In questo senso, l'applicabilità è intesa come capacità delle raccomandazioni di orientare percorsi e processi clinico-assistenziali adattabili al contesto locale, mantenendo invariati i principi di appropriatezza, proporzionalità e integrazione multidisciplinare. L'obiettivo operativo è favorire l'adozione di soluzioni organizzative praticabili, coerenti con i flussi assistenziali reali e con i bisogni dei pazienti, riducendo la variabilità non giustificata e facilitando decisioni condivise nei momenti critici del percorso.

AGGIORNAMENTO

I contenuti di questo documento saranno sottoposti a revisione entro un arco temporale massimo di tre anni dalla data di pubblicazione, al fine di garantirne la costante attualità e coerenza con l'evoluzione delle evidenze scientifiche. Tuttavia, qualora emergano nuove conoscenze rilevanti, significativi cambiamenti normativi o innovazioni nella pratica clinica, l'aggiornamento potrà essere effettuato anche in via anticipata. Il processo di revisione sarà affidato a un gruppo di lavoro opportunamente selezionato, che potrà includere sia membri del panel originario sia nuovi esperti individuati sulla base delle competenze maturate nel settore, con l'obiettivo di preservare un elevato livello di validità metodologica e una concreta applicabilità nel SSN.

INDIPENDENZA EDITORIALE E GESTIONE DEI CONFLITTI D'INTERESSE

Il processo di elaborazione delle Raccomandazioni si è svolto in piena autonomia e indipendenza editoriale. Non è stato ricevuto alcun finanziamento, diretto o indiretto, da aziende farmaceutiche o da altri soggetti portatori di interesse commerciale; i membri del panel hanno partecipato ai lavori a titolo volontario, sulla base della propria competenza scientifica, clinica e metodologica.

La gestione dei conflitti di interesse è stata prevista come parte integrante del processo metodologico. A tal fine, a tutti i componenti del gruppo di sviluppo è stata richiesta la compilazione di una dichiarazione formale di eventuali conflitti di interesse, finanziari e non finanziari, attuali o potenziali, sia all'inizio sia al termine dei lavori, mediante modulistica cartacea.

Nel corso dello sviluppo delle Raccomandazioni, in occasione delle riunioni online e all'inizio delle principali fasi metodologiche (discussione degli ambiti tematici, formulazione degli statement, votazioni e stesura del documento), il metodologo ha inoltre richiesto ai membri del gruppo di segnalare tempestivamente eventuali modifiche intervenute rispetto alle dichiarazioni precedentemente rese o l'insorgenza di nuovi potenziali conflitti di interesse.

Tutte le dichiarazioni sono state raccolte e valutate dal metodologo responsabile del processo. Nel corso dei lavori, nessun membro del gruppo di sviluppo ha dichiarato conflitti di interesse rilevanti in relazione ai contenuti delle Raccomandazioni.

In via preventiva, era comunque previsto che eventuali conflitti di interesse dichiarati fossero oggetto di

valutazione da parte del metodologo e, qualora ritenuti rilevanti, gestiti mediante misure appropriate e proporzionate, quali limitazioni alla partecipazione alle discussioni, esclusione dalle fasi decisionali o dalle votazioni su specifici quesiti.
Il documento finale riflette esclusivamente l'opinione del panel degli esperti ed è basato sulla revisione della letteratura disponibile e su un processo di consenso strutturato, condotto nel rispetto dei principi di trasparenza, indipendenza e integrità scientifica.

BIBLIOGRAFIA

1. "Buone Pratiche Clinico-Assistenziali Organizzative Elenco Allegati."
2. M. W. Stomberg, M. Brattwall, and J. G. Jakobsson, "Day surgery, variations in routines and practices a questionnaire survey," International Journal of Surgery, vol. 11, no. 2, pp. 178–182, 2013, doi: 10.1016/j.ijsu.2012.12.017.
3. L. Tessitore et al., "Reducing unnecessary preoperative testing in Day Surgery: a Choosing Wisely-based quality improvement study," Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care, vol. 6, no. 1, p. 56, Mar. 2026, doi: 10.1186/s44158-026-00376-w.
4. N. M. Mott et al., "Right-Sizing Testing Before Elective Surgery for Patients With Low Risk," JAMA Netw. Open, vol. 8, no. 10, p. e2535750, Oct. 2025, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2025.35750.
5. M. Kawaguchi, Y. Tanaka, and H. Furuya, "Improving the safety and quality of surgical patient care: what can we learn from quality management of industries?," J. Anesth., vol. 29, no. 4, pp. 485–486, Aug. 2015, doi: 10.1007/s00540-014-1930-7.
6. A. Rohi, M. E. T. Olofsson, and J. G. Jakobsson, "Ambulatory anesthesia and discharge: an update around guidelines and trends," Curr. Opin. Anaesthesiol., vol. 35, no. 6, pp. 691–697, Dec. 2022, doi: 10.1097/ACO.0000000000001194.
7. "Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation," Anesthesiology, vol. 116, no. 3, pp. 522–538, Mar. 2012, doi: 10.1097/ALN.0b013e31823c1067.
8. NICE guideline, "Routine preoperative tests for elective surgery," https://www.nice.org.uk/guidance/ng45 .
9. A. Cartabellotta and G. M. Anzellotti, "Linee guida per la richiesta appropriata dei test pre-operatori nella chirurgia elettiva," 2017. [Online]. Available: www.evidence.it
10. S. De Hert et al., "Pre-operative evaluation of adults undergoing elective noncardiac surgery," Eur. J. Anaesthesiol., vol. 35, no. 6, pp. 407–465, Jun. 2018, doi: 10.1097/EJA.0000000000000817.
11. S. Choosing wisely Italy, "5 raccomandazioni sulla ANESTESIA GREEN," Feb. 03, 2025.
12. A. A. Klein and J. E. Arrowsmith, "Should routine pre-operative testing be abandoned?," Anaesthesia, vol. 65, no. 10, pp. 974–976, Oct. 2010, doi: 10.1111/j.1365-2044.2010.06503.x.
13. J. Koolwijk et al., "Outpatient cataract surgery: Incident and procedural risk analysis do not support current clinical ophthalmology guidelines," Ophthalmology, vol. 122, no. 2, pp. 281–287, Feb. 2015, doi: 10.1016/j.ophtha.2014.08.030.
14. A. Surve et al., "Does the future of laparoscopic sleeve gastrectomy lie in the outpatient surgery center? A retrospective study of the safety of 3162 outpatient sleeve gastrectomies," Surgery for Obesity and Related Diseases, vol. 14, no. 10, pp. 1442–1447, Oct. 2018, doi: 10.1016/j.soard.2018.05.027.
15. Q. Wu et al., "Risk factors for patient selection in ambulatory laparoscopic cholecystectomy: A Single-centre experience," J. Minim. Access Surg., vol. 18, no. 2, pp. 302–307, Apr. 2022, doi: 10.4103/jmas.JMAS_25_21.
16. D. E. Goltz et al., "Appropriate patient selection for outpatient shoulder arthroplasty: a risk prediction tool," J. Shoulder Elbow Surg., vol. 31, no. 2, pp. 235–244, Feb. 2022, doi: 10.1016/j.jse.2021.08.023.
17. N. P. M. Jain, L. Ogonda, and N. P. Trimmings, "Age as a predictive factor for in-patient admission following day-case shoulder arthroscopic sub-acromial decompression - A district general hospital audit," Ann. R. Coll. Surg. Engl., vol. 90, no. 1, pp. 62–64, Jan. 2008, doi: 10.1308/003588408X242132.
18. A. D. Sutherland, J. G. Stock, and J. M. Davies, "Effects of preoperative fasting on morbidity and gastric contents in patients undergoing day-stay surgery," Br. J. Anaesth., vol. 58, no. 8, pp. 876–878, 1986, doi: 10.1093/bja/58.8.876.

19. [T. Degeeter, B. Demey, E. Van Caelenberg, L. De Baerdemaeker, and M. Coppens, "Prospective audit on fasting status of elective ambulatory surgery patients, correlated to gastric ultrasound," Acta Chir. Belg., vol. 123, no. 1, pp. 43–48, Jan. 2023, doi: 10.1080/00015458.2021.1940438.

20. C. Bopp, S. Hofer, A. Klein, M. A. Weigand, E. Martin, and R. Gust, "A liberal preoperative fasting regimen improves patient comfort and satisfaction with anesthesia care in day-stay minor surgery," 2011.

21. H. Lim, H. Lee, and L. Ti, "An audit of preoperative fasting compliance at a major tertiary referral hospital in Singapore," Singapore Med. J., vol. 55, no. 01, Jan. 2014, doi: 10.11622/smedj.2014005.

22. K. M. Cline, V. Clement, J. Rock-Klotz, B. A. Kash, C. Steel, and T. R. Miller, "Improving the cost, quality, and safety of perioperative care: A systematic review of the literature on implementation of the perioperative surgical home," J. Clin. Anesth., vol. 63, p. 109760, Aug. 2020, doi: 10.1016/j.jclinane.2020.109760.

23. R. E. Hein et al., "An alternative outpatient care model: Postoperative guest suite-based care," Aesthet. Surg. J., vol. 34, no. 8, pp. 1225–1231, Nov. 2014, doi: 10.1177/1090820X14546161.

24. P. Letendre, E. Coberly, K. Dettenwanger, and K. Huang, "Patient Blood Management: Implementation of a Preoperative Anemia Clinic for Elective Orthopedic Surgical Patients," Blood, vol. 132, no. Supplement 1, pp. 2547–2547, Nov. 2018, doi: 10.1182/blood-2018-99-113591.

25. J. G. Stepan, H. A. Sacks, C. I. Verret, L. E. Wessel, K. Kumar, and D. T. Fufa, "Standardized Perioperative Patient Education Decreases Opioid Use after Hand Surgery: A Randomized Controlled Trial," Plast. Reconstr. Surg., vol. 147, no. 2, pp. 409–418, Feb. 2021, doi: 10.1097/PRS.0000000000007574.

26. M. C. Pourtales, H. Kuntzmann, F. Bertrand, T. Pottecher, S. Gouzou, and P. Liverneaux, "Continuous at-home postoperative analgesia using a catheter in the case of hand surgery: Preliminary study about 40 cases," Chir. Main, vol. 29, no. 2, pp. 82–87, Apr. 2010, doi: 10.1016/j.main.2010.01.002.

27. F. Marchal et al., "Post-operative care and patient satisfaction after ambulatory surgery for breast cancer patients," European Journal of Surgical Oncology, vol. 31, no. 5, pp. 495–499, Jun. 2005, doi: 10.1016/j.ejso.2005.01.014.

28. K. Berg, K. Årestedt, and K. Kjellgren, "Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: A phenomenographic study," Int. J. Nurs. Stud., vol. 50, no. 12, pp. 1630–1638, Dec. 2013, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.002.

29. T. R. Vetter, N. V. Ivankova, L. A. Goeddel, G. McGwin, and J.-F. Pittet, "An Analysis of Methodologies That Can Be Used to Validate if a Perioperative Surgical Home Improves the Patient-centeredness, Evidence-based Practice, Quality, Safety, and Value of Patient Care," Anesthesiology, vol. 119, no. 6, pp. 1261–1274, Dec. 2013, doi: 10.1097/ALN.0b013e3182a8e9e6.

30. M. E. Rezaee et al., "Results From the ERAS for Ambulatory TURBT: Enhancing Bladder Cancer Care (EMBRACE) Randomized Controlled Trial," Journal of Urology, vol. 215, no. 6, pp. 670–678, Jun. 2026, doi: 10.1097/JU.0000000000004983.

31. S. Stahl, A. Santos Stahl, Y. S. Feng, A. Estler, F. Buiculescu, and A. C. Seabra Robalo Gomes Jorge, "Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Pathways for Aesthetic Breast Surgery: A Prospective Cohort Study on Patient-Reported Outcomes," Aesthetic Plast. Surg., vol. 48, no. 2, pp. 84–94, Jan. 2024, doi: 10.1007/s00266-023-03392-1.

32. A. Hardy, J. Gervais-Hupé, F. Desmeules, A. Hudon, K. Perreault, and P. A. Vendittoli, "Comparing ERAS-outpatient versus standard-inpatient hip and knee replacements: a mixed methods study exploring the experience of patients who underwent both," BMC Musculoskelet. Disord., vol. 22, no. 1, Dec. 2021, doi: 10.1186/s12891-021-04847-9.

33. J. D. Douketis et al., "Perioperative Management of Antithrombotic Therapy," Chest, vol. 162, no. 5, pp. e207–e243, Nov. 2022, doi: 10.1016/j.chest.2022.07.025.

34. S. Halvorsen et al., "2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery," Eur. Heart J., vol. 43, no. 39, pp. 3826–3924, Oct. 2022, doi: 10.1093/eurheartj/ehac270.

35. D. G. Brown, E. C. Wilkerson, and W. E. Love, "A review of traditional and novel oral anticoagulant and antiplatelet therapy for dermatologists and dermatologic surgeons," J. Am. Acad. Dermatol., vol. 72, no. 3, pp. 524–534, Mar. 2015, doi: 10.1016/j.jaad.2014.10.027.

36. E. W. Chu, A. Chernoguz, and C. M. Divino, "The evaluation of clopidogrel use in perioperative general surgery patients: a prospective randomized controlled trial," The American Journal of Surgery, vol. 211, no. 6, pp. 1019–1025, Jun. 2016, doi: 10.1016/j.amjsurg.2015.05.036.

37. I. Gasanova, J. Meng, A. Minhajuddin, E. Melikman, J. C. Alexander, and G. P. Joshi, "Preoperative Continuation Versus Interruption of Oral Hypoglycemics in Type 2 Diabetic Patients Undergoing Ambulatory Surgery: A Randomized Controlled Trial," Anesth. Analg., vol. 127, no. 4, pp. E54–E56, Oct. 2018, doi: 10.1213/ANE.0000000000003675.

38. N. Thakare, R. Mukherjee, A. M. Sinclair, S. Elsobky, and I. Pearce, "The Assessment and Peri-Operative Management of Diabetes Mellitus in Urological Day Case Surgery—Outcomes of the North West of England Regional Audit," Br. J. Med. Surg. Urol., vol. 5, no. 2, pp. 78–83, Mar. 2012, doi: 10.1016/j.bjmsu.2011.08.001.

39. T. A. Porcari, P. C. F. Cavalari, A. N. C. P. Roscani, A. R. de S. O. Kumakura, and R. C. Gasparino, "Safe surgeries: elaboration and validation of a checklist for outpatient surgical procedures," Rev. Gaucha Enferm., vol. 41, 2020, doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190321.

40. K. S. M. Purim et al., "Checklist de segurança no ensino de cirurgia ambulatorial," Rev. Col. Bras. Cir., vol. 46, no. 3, 2019, doi: 10.1590/0100-6991e-20192197.

41. L. H. Carr et al., "Improving Compliance with a Rounding Checklist through Low- and High-technology Interventions: A Quality Improvement Initiative," Pediatr. Qual. Saf., vol. 6, no. 4, p. e437, Jul. 2021, doi: 10.1097/pq9.0000000000000437.

42. K. M. Conroy, D. Elliott, and A. R. Burrell, "Testing the implementation of an electronic process-of-care checklist for use during morning medical rounds in a tertiary intensive care unit: a prospective before–after study," Ann. Intensive Care, vol. 5, no. 1, p. 20, 2015, doi: 10.1186/s13613-015-0060-1.

43. B. Perea-Pérez, A. Santiago-Sáez, F. García-Marín, and E. Labajo González, "Proposal for a 'surgical checklist' for ambulatory oral surgery," Int. J. Oral Maxillofac. Surg., vol. 40, no. 9, pp. 949–954, Sep. 2011, doi: 10.1016/j.ijom.2011.04.004.

44. A. Borchard, D. L. B. Schwappach, A. Barbir, and P. Bezzola, "A Systematic Review of the Effectiveness, Compliance, and Critical Factors for Implementation of Safety Checklists in Surgery," Ann. Surg., vol. 256, no. 6, pp. 925–933, Dec. 2012, doi: 10.1097/SLA.0b013e3182682f27.

45. D. M. Conley, S. J. Singer, L. Edmondson, W. R. Berry, and A. A. Gawande, "Effective Surgical Safety Checklist Implementation," J. Am. Coll. Surg., vol. 212, no. 5, pp. 873–879, May 2011, doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2011.01.052.

46. R. J. Fernando, F. E. Shapiro, and R. D. Urman, "Survey Analysis of an Ambulatory Surgical Checklist for Patient Use," AORN J., vol. 102, no. 3, Sep. 2015, doi: 10.1016/j.aorn.2015.07.013.

47. N. Jayasuriya, B. Munasinghe, N. Subramaniam, S. P. Lokuliyana, D. Withanage, and K. Ravihari, "Enhancing Surgical Safety: Evaluating Compliance With the WHO Checklist in a Peripheral Hospital in Sri Lanka," Cureus, Feb. 2025, doi: 10.7759/cureus.79615.

48. H. Kilbane, C. Oxtoby, and M. S. Tivers, "Staff attitudes to and compliance with the use of a surgical safety checklist," Journal of Small Animal Practice, vol. 61, no. 6, pp. 332–337, Jun. 2020, doi: 10.1111/jsap.13131.

49. B. M. Gillespie and A. Marshall, "Implementation of safety checklists in surgery: a realist synthesis of evidence," Implementation Science, vol. 10, no. 1, p. 137, Dec. 2015, doi: 10.1186/s13012-015-0319-9.

50. J. D. Newkirk, "Preventing Surgical Mishaps," Clin. Plast. Surg., vol. 40, no. 3, pp. 475–487, Jul. 2013, doi: 10.1016/j.cps.2013.04.011.

51. C. Paterson, A. Mckie, M. Turner, and V. Kaak, "Barriers and facilitators associated with the implementation of surgical safety checklists: A qualitative systematic review," J. Adv. Nurs., vol. 80, no. 2, pp. 465–483, Feb. 2024, doi: 10.1111/jan.15841.

52. M. Alfred, L. H. Barg-Walkow, J. R. Keebler, and A. Chaparro, "Checking all the boxes: a checklist for when and how to use checklists effectively," BMJ Qual. Saf., vol. 33, no. 10, pp. 673–681, Oct. 2024, doi: 10.1136/bmjqs-2023-016934.

53. B. M. Hales and P. J. Pronovost, "The checklist—a tool for error management and performance improvement," J. Crit. Care, vol. 21, no. 3, pp. 231–235, Sep. 2006, doi: 10.1016/j.jcrc.2006.06.002.

54. S. L. Berry, K. P. Tierney, S. Elguindi, and J. G. Mechalakos, "Five years' experience with a customized electronic checklist for radiation therapy planning quality assurance in a multicampus institution," Pract. Radiat. Oncol., vol. 8, no. 4, pp. 279–286, Jul. 2018, doi: 10.1016/j.prro.2017.12.009.

55. C. K. Collazo, N. Tena, and E. A. Duffy, "Facilitating and Implementing a Process for the Delivery of Pediatric Oncology New Diagnosis Education Among Nursing Staff Through the Electronic Medical Record," Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing, vol. 40, no. 2, pp. 133–138, Mar. 2023, doi: 10.1177/27527530211073873.

56. A. Lastrucci et al., "Enhancing patient safety in radiotherapy: Implementation of a customized electronic checklist for radiation therapists," Tech. Innov. Patient Support Radiat. Oncol., vol. 31, p. 100255, Sep. 2024, doi: 10.1016/j.tipsro.2024.100255.

57. A. B. Pati, T. S. Mishra, P. Chappity, M. Venkateshan, and J. S. K. Pillai, "Use of Technology to Improve the Adherence to Surgical Safety Checklists in the Operating Room," The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, vol. 49, no. 10, pp. 572–576, Oct. 2023, doi: 10.1016/j.jcjq.2023.04.005.

58. Nan Shan, De Bie Ashley, Zhang Sicui, Korsten Hendrikus, Lu Xudong, and Duan Huilong, "Identify Facilitators and Challenges in Computerized Checklist Implementation," 2019. doi: 10.3233/SHTI190623.

59. T. E. Fuller et al., "Interactive Digital Health Tools to Engage Patients and Caregivers in Discharge Preparation: Implementation Study," J. Med. Internet Res., vol. 22, no. 4, p. e15573, Apr. 2020, doi: 10.2196/15573.

60. A. Mohanty et al., "Ambulatory neurosurgery in the COVID-19 era: Patient and provider satisfaction with telemedicine," Neurosurg. Focus, vol. 49, no. 6, pp. 1–8, Dec. 2020, doi: 10.3171/2020.9.FOCUS20596.

61. D. Jokić et al., "Ambulatory oral surgery: 1-year experience with 11 680 patients from Zagreb district, Croatia," Croat. Med. J., vol. 54, no. 1, pp. 49–54, Feb. 2013, doi: 10.3325/cmj.2013.54.49.

62. F. G. Martire et al., "Approach to abnormal uterine bleeding in presence of endometrial polyps with new hysteroscopic devices," Arch. Gynecol. Obstet., vol. 312, no. 1, pp. 257–265, Jul. 2025, doi: 10.1007/s00404-025-08005-7.

63. A.-L. Jeancolas, J.-B. Conart, F. Tréchot, J.-P. Berrod, K. Angioi-Duprez, and T. Maalouf, "Prise en charge ambulatoire sans contrôle clinique à j1 de patients opérés d'une chirurgie filtrante non compliquée en peropératoire," J. Fr. Ophtalmol., vol. 40, no. 10, pp. 853–859, Dec. 2017, doi: 10.1016/j.jfo.2017.04.013.

64. S. Ghosh and S. Sallam, "Patient satisfaction and postoperative demands on hospital and community services after day surgery," Journal of British Surgery, vol. 81, no. 11, pp. 1635–1638, Nov. 1994, doi: 10.1002/bjs.1800811124.

65. A. Mouton, V. Le Strat, D. Medevielle, Y. Kerroumi, and W. Graff, "Patient's satisfaction after outpatient forefoot surgery: Study of 619 cases," Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research, vol. 101, no. 6, pp. S217–S220, May 2015, doi: 10.1016/j.otsr.2015.06.004.

66. M. Rajala, M. Kääriäinen, A. Tanhua, and P. Kaakinen, "Patients' Perspectives on Postoperative Follow-Up Calls in Day Surgery: A Qualitative Study," Scand. J. Caring Sci., vol. 39, no. 3, Sep. 2025, doi: 10.1111/scs.70077.

67. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), "Linee guida per i servizi di telemedicina: requisiti funzionali e livelli di servizio."

68. "Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (GDPR). Gazzetta ufficiale dell'Unione europea L 119, 4 maggio 2016."

69. D. Arad, A. Finkelstein, R. Rozenblum, and R. Magnezi, "Patient safety and staff psychological safety: A mixed methods study on aspects of teamwork in the operating room," Front. Public Health, vol. 10, Dec. 2022, doi: 10.3389/fpubh.2022.1060473.

70. C. Rydenfält, G. Johansson, P. A. Larsson, K. Åkerman, and P. Odenrick, "Social structures in the operating theatre: how contradicting rationalities and trust affect work," J. Adv. Nurs., vol. 68, no. 4, pp. 783–795, Apr. 2012, doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05779.x.

71. E.-L. Aveling, J. Stone, T. Sundt, C. Wright, F. Gino, and S. Singer, "Factors Influencing Team Behaviors in Surgery: A Qualitative Study to Inform Teamwork Interventions," Ann. Thorac. Surg., vol. 106, no. 1, pp. 115–120, Jul. 2018, doi: 10.1016/j.athoracsur.2017.12.045.

72. M. L. Bellani, "Psychological aspects in day-case surgery," International Journal of Surgery, vol. 6, pp. S44–S46, 2008, doi: 10.1016/j.ijsu.2008.12.019.

73. E. S. Brennan et al., "Human factors application, decision making, team working and leadership in Surgical Oncology," European Journal of Surgical Oncology, vol. 51, no. 6, p. 109679, Jun. 2025, doi: 10.1016/j.ejso.2025.109679.

74. A. Pasquer, S. Ducarroz, J. C. Lifante, S. Skinner, G. Poncet, and A. Duclos, "Operating room organization and surgical performance: a systematic review," Patient Saf. Surg., vol. 18, no. 1, p. 5, Jan. 2024, doi: 10.1186/s13037-023-00388-3.

75. Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI)., "Linguaggio infermieristico, FNOPI individua in NANDA-I, NIC e NOC il riferimento nazionale [Internet]. Roma: FNOPI; 18 luglio 2026 [consultato il 20 luglio 2026]. ," Jul. 18, 2026.

76. "AORN Guidance Statement: Postoperative Patient Care in the Ambulatory Surgery Setting," AORN J., vol. 81, no. 4, pp. 881–888, Apr. 2005, doi: 10.1016/S0001-2092(06)60367-0.

77. H. Vuilleumier and N. Halkic, "Laparoscopic cholecystectomy as a day surgery procedure: Implementation and audit of 136 consecutive cases in a university hospital," World J. Surg., vol. 28, no. 8, pp. 737–740, Aug. 2004, doi: 10.1007/s00268-004-7376-6.

78. E. Van Caelenberg, M. De Regge, K. Eeckloo, and M. Coppens, "Analysis of failed discharge after ambulatory surgery: unanticipated admission," Acta Chir. Belg., vol. 119, no. 3, pp. 139–145, May 2019, doi: 10.1080/00015458.2018.1477488.

79. K. A. Noble, "Put PEP in your step with a Podiatric Enhanced Recovery After Surgery Protocol in the outpatient adult population: a best practice implementation project," JBI Evid. Implement., vol. 19, no. 1, pp. 39–55, Mar. 2021, doi: 10.1097/XEB.0000000000000250.

80. B. A. Simon et al., "Association Between Electronic Patient Symptom Reporting With Alerts and Potentially Avoidable Urgent Care Visits After Ambulatory Cancer Surgery," JAMA Surg., vol. 156, no. 8, p. 740, Aug. 2021, doi: 10.1001/jamasurg.2021.1798.

81. M. Jaensson, K. Dahlberg, M. Eriksson, and U. Nilsson, "Evaluation of postoperative recovery in day surgery patients using a mobile phone application: A multicentre randomized trial," Br. J. Anaesth., vol. 119, no. 5, pp. 1030–1038, Nov. 2017, doi: 10.1093/bja/aex331.

ALLEGATO 1 - PROTOCOLLO E REGOLAMENTO BPCAO

PROTOCOLLO BPCA-O RACCOMANDAZIONI PER LA PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO IN PAZIENTI ASA 1-2 IN SETTING DI CHIRURGIA AMBULATORIALE E DAY SURGERY								
SEZIONE	**FASE**	**OBIETTIVO**	**METODO / MODALITÀ**	**PARTECI-PANTI**	**STRU-MENTI**	**SCALA / CRITERI**	**SOGLIA CONSENSO**	**OUTPUT**
Governance	Costituzione GdS	Garantire multidisci-plinarità	Nomina formale membri attraverso inviti alle presidenze	Società scientifiche e associazioni			Massimo 2 reminder in 30 giorni	Elenco GdS
Governa-nace	Preparazio-ne docu-mentazione	Fornire al GdS il ma-teriale utile all'elabora-zione della BPCA-O	Condivisio-ne via email	Coordi-natore, Metodologo, Segreteria Tecnica				Condivisione via email al Panel di esperti
Governance	Avvio pro-getto	Definire cornice me-todologica	Presenta-zione meto-do BPCA-O ISS	Coordinato-re, Metodo-logo, GMS	Riunione plenaria			Verbale di avvio
Scoping workshop	Raccolta scope	Identifica-re ambiti prioritari	Nominal Group Tech-nique (NGT)	Panel esperti	Sessione facilitata			Lista scope grezzi
Scoping workshop e prioritizza-zione item	Prioritizza-zione scope	Seleziona-re scope rilevanti	Votazione anonima	Panel (esclusi Co-ordinatore, Metodologo, LSS)	Form elettro-nico	Likert 1–9	≥75% nel range 7–9	Scope sele-zionati
Ricerca delle evi-denze	Ricerca bibliografi-ca, revisione letteratura e sintesi delle evidenze	Supportare statement	Revisione sistemati-ca / rapid review	LSS + Meto-dologo	PubMed, eventuale secondo database, PRISMA	Criteri inclusione/ esclusione concordati		Sintesi evi-denze
Formula-zione di statement e razionali	Elabo-razione statement e razionali	Definire raccoman-dazioni	Scrittura collegiale	Gruppo di scrittura	Docu-menti condivisi			Statement + razionali
Processo di consenso	1 o 2 round di votazione	Raggiunge-re consenso sulla formu-lazione di statement e razionali	Votazione anonima	Panel (esclusi Co-ordinatore, Metodologo, LSS)	Form elet-tronico anonimo	Likert 1–5 (1–2 no / 3 incerto / 4–5 sì)	≥75% voti nello stesso intervallo + mediana coerente. Nel primo round possibilità di inserire commenti in fase di voto	Statement approvati

PROTOCOLLO BPCA-O RACCOMANDAZIONI PER LA PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO IN PAZIENTI ASA 1-2 IN SETTING DI CHIRURGIA AMBULATORIALE E DAY SURGERY								
SEZIONE	**FASE**	**OBIETTIVO**	**METODO / MODALITÀ**	**PARTECI-PANTI**	**STRU-MENTI**	**SCALA / CRITERI**	**SOGLIA CONSENSO**	**OUTPUT**
Esiti votazione consenso-gestoone commenti e dissenso	Gestione commenti	Discussione circa i commenti pervenuti per eventuale modifica o integrazione	Discussione asincrona	Tutti	Email			Versione finale statement
Revisione esterna	Peer review	Validazione indipendente	Revisione esterna	almeno n.2 revisori indipendenti	Invio del manoscritto con richiesta di fornire revisione entro 20 giorni			Discussione sincrona o asincrona con tutti i membri del panel per decidere se accettare o meno le revisioni. Gli output della revisione vengono riportati nel manoscritto (cmmento-decisione- motivazione- mod. effettuata)
Consultazione pubblica	Peer review d aprte di altre società scinetifiche	Validazione indipendente	Consultazione pubblica	Società scientifiche, stakeholder della salute, pazienti, altre categorie	Form elettronico	Likert 1–5 (1–2 no / 3 incerto / 4–5 sì)	≥75% voti nello stesso intervallo + mediana coerente con possibilità di inserire commenti in fase di voto	Discussione sincrona o asincrona con tutti i membri del panel per decidere se accettare o meno le revisioni. I risultati in chiaro vengono riportati in allegtao al documento
Finale	Approvazione	Validazione documento	Delibera finale	Coordinatore, metodologo, gruppo di esperti	Riunione conclusiva oppure asincrona			Documento BPCA-O finale
Aggiornamento ogni 3 anni	Manutenzione	Garantire attualità	Monitoraggio evidenze	Coordinatore e metodologo	Revisione periodica- ogni 3 anni salvo modifica delle evidenze			Aggiornamento BPCA-O

ALLEGATO 2- SEARCH STRATEGY E PRISMA FLOW

2.1 PubMed — 02/03/2026 — Filtro: nessuno

("ambulant surgery"[tiab] OR "ambulatory surgical procedures"[tiab] OR "day surgery"[tiab] OR "outpatient surgery"[tiab] OR "surgery ambulatory"[tiab] OR "ambulatory surgery"[tiab] OR "Ambulatory Surgical Procedures"[MeSH Terms] OR "Surgicenters"[MeSH Terms] OR "Outpatients"[MeSH Terms]) AND ("peri-operative monitoring"[tiab] OR "perioperative patient monitoring"[tiab] OR "perisurgical monitoring"[tiab] OR "perioperative monitoring"[tiab] OR "peri-operative care"[tiab] OR "peri-surgical care"[tiab] OR "perisurgical care"[tiab] OR "perioperative care"[tiab] OR "Perioperative Care"[MeSH Terms] OR "Monitoring, Intraoperative"[MeSH Terms] OR "Perioperative Nursing"[MeSH Terms] OR "clinical risk factor"[tiab] OR "clinical risk"[tiab] OR "clinical risk index"[tiab] OR "Risk Assessment"[MeSH Terms] OR "Risk Factors"[MeSH Terms] OR "minor surgical procedure"[tiab] OR "minor surgical procedures"[tiab] OR "minor surgery"[tiab] OR "surgery minor"[tiab] OR "surgical procedures minor"[tiab] OR "dermato-surgery"[tiab] OR "dermato-surgical intervention"[tiab] OR "dermato-surgical procedure"[tiab] OR "dermato-surgical therapy"[tiab] OR "dermato-surgical treatment"[tiab] OR "dermatologic surgery"[tiab] OR "dermatologic surgical procedures"[tiab] OR "dermatosurgery"[tiab] OR "dermatosurgical approach"[tiab] OR "dermatosurgical intervention"[tiab] OR "dermatosurgical procedure"[tiab] OR "dermatosurgical therapy"[tiab] OR "dermatosurgical treatment"[tiab] OR "dermo-surgery"[tiab] OR "dermosurgery"[tiab] OR "dermosurgical therapy"[tiab] OR "dermosurgical treatment"[tiab] OR "skin surgery"[tiab] OR "Dermatologic Surgical Procedures"[MeSH Terms] OR "handsurgery"[tiab] OR "hand surgery"[tiab] OR "surgery hand"[tiab] OR "Hand"[MeSH Terms] OR "foot surgery"[tiab] OR "surgery foot"[tiab] OR "Foot"[MeSH Terms] OR "varicectomy"[tiab] OR "Varicose Veins"[MeSH Terms] OR "gall bladder dissection"[tiab] OR "gall bladder excision"[tiab] OR "gall bladder extirpation"[tiab] OR "gall bladder removal"[tiab] OR "gall bladder resection"[tiab] OR "gallbladder dissection"[tiab] OR "gallbladder excision"[tiab] OR "gallbladder extirpation"[tiab] OR "gallbladder removal"[tiab] OR "gallbladder resection"[tiab] OR "cholecystectomy"[tiab] OR "Cholecystectomy"[MeSH Terms] OR "Cholecystectomy, Laparoscopic"[MeSH Terms] OR "hernia-plasty"[tiab] OR "herniaplastic surgery"[tiab] OR "hernio-plasty"[tiab] OR "hernioplastic surgery"[tiab] OR "hernioplasty procedure"[tiab] OR "herniaplasty"[tiab] OR "Herniorrhaphy"[MeSH Terms] OR "hysteroscopic imaging"[tiab] OR "hysteroscopic resection"[tiab] OR "hysteroscopy"[tiab] OR "Hysteroscopy"[MeSH Terms] OR "cataract"[tiab] OR "cataracta"[tiab] OR "cataractous lens"[tiab] OR "lens cataract"[tiab] OR "lens clouding"[tiab] OR "lens opacification"[tiab] OR "lens opacity"[tiab] OR "lenticular cataract"[tiab] OR "lenticular opacification"[tiab] OR "posterior capsule opacification"[tiab] OR "total cataract"[tiab] OR "eye lens opacity"[tiab] OR "Cataract"[MeSH Terms] OR "Cataract Extraction"[MeSH Terms] OR "Phacoemulsification"[MeSH Terms] OR "informed consent"[tiab] OR "informed patient consent"[tiab] OR "informed participant consent"[tiab] OR "informed patients consent"[tiab] OR "informed subject consent"[tiab] OR "consent informed"[tiab] OR "Informed Consent"[MeSH Terms] OR "dental record"[tiab] OR "dental records"[tiab] OR "diet records"[tiab] OR "forms and records control"[tiab] OR "health records personal"[tiab] OR "history morbid"[tiab] OR "hospital record"[tiab] OR "hospital records"[tiab] OR "medical archive"[tiab] OR "medical data storage"[tiab] OR "medical record linkage"[tiab] OR "medical records"[tiab] OR "medical record"[tiab] OR "medical secret"[tiab] OR "medical transcription"[tiab] OR "morbid history"[tiab] OR "morbid record"[tiab] OR "nursing records"[tiab] OR "patient discharge summaries"[tiab] OR "patient discharge summary"[tiab] OR "patient generated health data"[tiab] OR "patient portals"[tiab] OR "patient record"[tiab] OR "personal health record"[tiab] OR "personal health records"[tiab] OR "psychiatric record"[tiab] OR "record dental"[tiab] OR "record medical"[tiab] OR "tele medicine"[tiab] OR "virtual medicine"[tiab] OR "telemedicine"[tiab] OR "Medical Records"[MeSH Terms] OR "Electronic Health

Records"[MeSH Terms] OR "Patient Discharge Summaries"[MeSH Terms] OR "Personal Health Records"[MeSH Terms] OR "Telemedicine"[MeSH Terms]) AND ("peri-operative period"[tiab] OR "peri-surgery period"[tiab] OR "peri-surgical period"[tiab] OR "perisurgery period"[tiab] OR "perisurgical period"[tiab] OR "perioperative period"[tiab] OR "enhanced post-operative recovery"[tiab] OR "enhanced postoperative recovery"[tiab] OR "enhanced recovery after surgery"[tiab] OR "ERAS"[tiab] OR "food abstinence"[tiab] OR "fasting"[tiab] OR "Perioperative Period"[MeSH Terms] OR "Postoperative Care"[MeSH Terms] OR "Recovery of Function"[MeSH Terms] OR "Enhanced Recovery After Surgery"[MeSH Terms] OR "Preoperative Fasting"[MeSH Terms] OR "Fasting"[MeSH Terms])
Record recuperati: 1450

2.2 Embase — 02/03/2026 — Filtro: nessuno

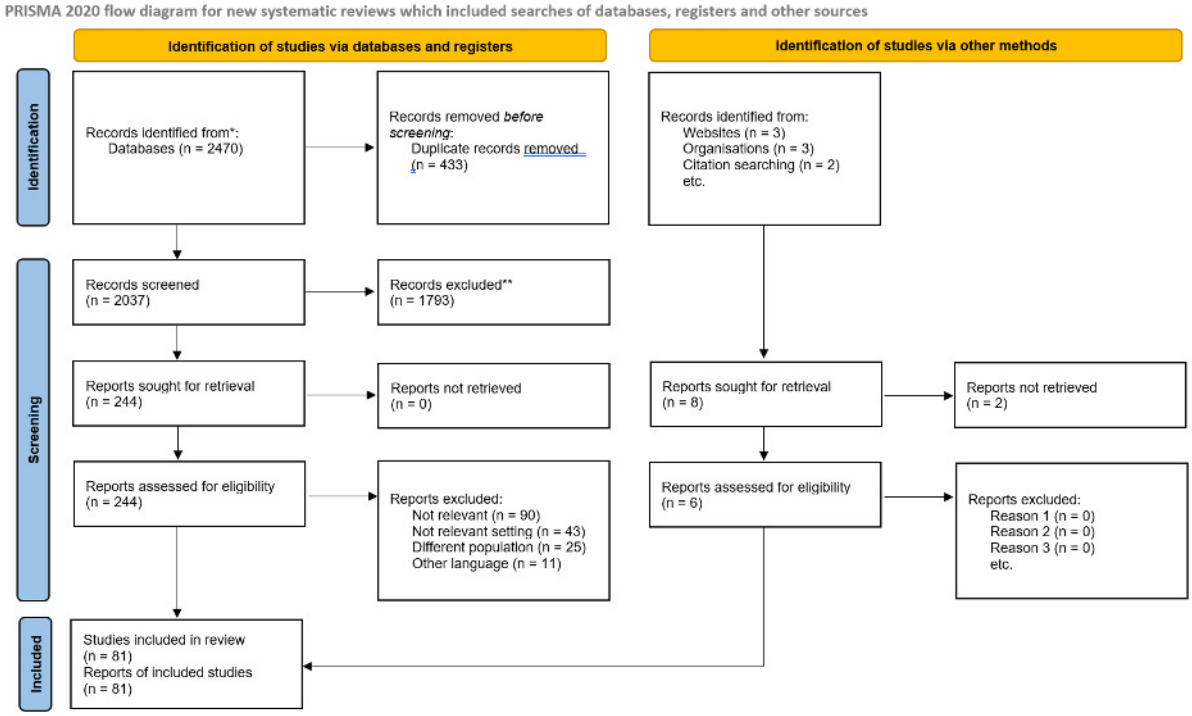
('ambulant surgery' OR 'ambulatory surgical procedures' OR 'day surgery' OR 'outpatient surgery' OR 'surgery, ambulatory' OR 'ambulatory surgery') AND ('peri-operative monitoring' OR 'perioperative patient monitoring' OR 'perisurgical monitoring' OR 'perioperative monitoring' OR 'peri-operative care' OR 'peri-surgical care' OR 'perisurgical care' OR 'perioperative care' OR 'clinical risk factor' OR 'clinical risk' OR 'clinical risk index' OR 'minor surgical procedure' OR 'minor surgical procedures' OR 'surgery, minor' OR 'surgical procedures, minor' OR 'minor surgery' OR 'dermato-surgery' OR 'dermato-surgical intervention' OR 'dermato-surgical procedure' OR 'dermato-surgical therapy' OR 'dermato-surgical treatment' OR 'dermatologic surgery' OR 'dermatologic surgical procedures' OR 'dermatosurgery' OR 'dermatosurgical approach' OR 'dermatosurgical intervention' OR 'dermatosurgical procedure' OR 'dermatosurgical therapy' OR 'dermatosurgical treatment' OR 'dermo-surgery' OR 'dermosurgery' OR 'dermosurgical therapy' OR 'dermosurgical treatment' OR 'skin surgery' OR 'handsurgery' OR 'surgery, hand' OR 'hand surgery' OR 'surgery, foot' OR 'foot surgery' OR 'varicectomy'/exp OR 'gall bladder dissection' OR 'gall bladder excision' OR 'gall bladder extirpation' OR 'gall bladder removal' OR 'gall bladder resection' OR 'gallbladder dissection' OR 'gallbladder excision' OR 'gallbladder extirpation' OR 'gallbladder removal' OR 'gallbladder resection' OR 'cholecystectomy' OR 'hernia-plasty' OR 'herniaplastic surgery' OR 'hernio-plasty' OR 'hernioplastic surgery' OR 'hernioplasty procedure' OR 'herniaplasty' OR 'hysteroscopic imaging' OR 'hysteroscopic resection' OR 'hysteroscopy' OR 'cataract, lens' OR 'cataract, lenticular' OR 'cataract, total' OR 'cataracta' OR 'cataractous lens' OR 'eye lens opacity' OR 'lens cataract' OR 'lens clouding' OR 'lens opacification' OR 'lens opacity' OR 'lenticular cataract' OR 'lenticular opacification' OR 'opacification, posterior capsule' OR 'opacity, lens' OR 'posterior capsule opacification' OR 'total cataract' OR 'cataract' OR 'consent, informed' OR 'informed participant consent' OR 'informed patient consent' OR 'informed patient`s consent' OR 'informed patients consent' OR 'informed subject consent' OR 'informed consent' OR 'dental record' OR 'dental records' OR 'diet records' OR 'forms and records control' OR 'health records, personal' OR 'history, morbid' OR 'hospital record' OR 'hospital records' OR 'medical archive' OR 'medical data storage' OR 'medical record linkage' OR 'medical records' OR 'medical secret' OR 'medical transcription' OR 'morbid history' OR 'morbid record' OR 'nursing records' OR 'patient discharge summaries' OR 'patient discharge summary' OR 'patient generated health data' OR 'patient portals' OR 'patient record' OR 'personal health record' OR 'personal health records' OR 'psychiatric record' OR 'record, dental' OR 'record, medical' OR 'medical record' OR 'tele medicine' OR 'virtual medicine' OR 'telemedicine') AND ('peri-operative period' OR 'peri-surgery period' OR 'peri-surgical period' OR 'perisurgery period' OR 'perisurgical period' OR 'perioperative period' OR 'enhanced post-operative recovery' OR 'enhanced postoperative recovery' OR 'eras (enhanced recovery after surgery)' OR 'enhanced recovery after surgery' OR 'food abstinence' OR 'fasting')
Record recuperati: 450

2.3 Scopus — 02/03/2026 — Filtro: nessuno

(TITLE-ABS-KEY (“ambulant surgery” OR “ambulatory surgical procedures” OR “day surgery” OR “outpatient surgery” OR “surgery ambulatory” OR “ambulatory surgery”) AND TITLE-ABS-KEY (“peri-operative monitoring” OR “perioperative patient monitoring” OR “perisurgical monitoring” OR “perioperative monitoring” OR “peri-operative care” OR “peri-surgical care” OR “perisurgical care” OR “perioperative care” OR “clinical risk factor” OR “clinical risk” OR “clinical risk index”) OR TITLE-ABS-KEY (“minor surgical procedure” OR “minor surgical procedures” OR “minor surgery” OR “surgery minor” OR “surgical procedures minor” OR “dermato-surgery” OR “dermato-surgical intervention” OR “dermato-surgical procedure” OR “dermato-surgical therapy” OR “dermato-surgical treatment” OR “dermatologic surgery” OR “dermatologic surgical procedures” OR “dermatosurgery” OR “dermatosurgical approach” OR “dermatosurgical intervention” OR “dermatosurgical procedure” OR “dermatosurgical therapy” OR “dermatosurgical treatment” OR “dermo-surgery” OR “dermosurgery” OR “dermosurgical therapy” OR “dermosurgical treatment” OR “skin surgery”) OR TITLE-ABS-KEY (“handsurgery” OR “surgery hand” OR “hand surgery” OR “surgery foot” OR “foot surgery” OR “varicectomy” OR “gall bladder dissection” OR “gall bladder excision” OR “gall bladder extirpation” OR “gall bladder removal” OR “gall bladder resection” OR “gallbladder dissection” OR “gallbladder excision” OR “gallbladder extirpation” OR “gallbladder removal” OR “gallbladder resection” OR “cholecystectomy” OR “hernia-plasty” OR “herniaplastic surgery” OR “hernio-plasty” OR “hernioplastic surgery” OR “hernioplasty procedure” OR “herniaplasty” OR “hysteroscopic imaging” OR “hysteroscopic resection” OR “hysteroscopy” OR “cataract” OR “cataracta” OR “cataractous lens” OR “lens cataract” OR “lens clouding” OR “lens opacification” OR “lens opacity” OR “lenticular cataract” OR “lenticular opacification” OR “posterior capsule opacification” OR “total cataract” OR “eye lens opacity” OR “opacity lens” OR “opacification posterior capsule”) OR TITLE-ABS-KEY (“informed consent” OR “informed patient consent” OR “informed participant consent” OR “informed patients consent” OR “informed subject consent” OR “consent informed” OR “dental record” OR “dental records” OR “diet records” OR “forms and records control” OR “health records personal” OR “history morbid” OR “hospital record” OR “hospital records” OR “medical archive” OR “medical data storage” OR “medical record linkage” OR “medical records” OR “medical record” OR “medical secret” OR “medical transcription” OR “morbid history” OR “morbid record” OR “nursing records” OR “patient discharge summaries” OR “patient discharge summary” OR “patient generated health data” OR “patient portals” OR “patient record” OR “personal health record” OR “personal health records” OR “psychiatric record” OR “record dental” OR “record medical” OR “tele medicine” OR “virtual medicine” OR “telemedicine”) AND TITLE-ABS-KEY (“peri-operative period” OR “peri-surgery period” OR “peri-surgical period” OR “perisurgery period” OR “perisurgical period” OR “perioperative period” OR “enhanced post-operative recovery” OR “enhanced postoperative recovery” OR “enhanced recovery after surgery” OR “eras” OR “food abstinence” OR “fasting”))

Record recuperati: 570

Nel SearchLog completo sono documentati anche gli step preliminari di sviluppo della stringa (PubMed, versione Emtree-derivata: 5.137 record; Embase, step 1 con blocco ASA: 20 record), non utilizzati per il conteggio finale.



ALLEGATO 3 – TABELLA SINTESI DELLE EVIDENZE

First Author	Warren Stomberg
Publication Year	2013
DOI	10.1016/j.ijsu.2012.12.017
Authors	Warren Stomberg M, Brattwall M, Jakobsson JG
Title	Day surgery, variations in routines and practices a questionnaire survey
Journal/Book	International Journal of Surgery
Article type	Survey
Population	70 ospedali/unita di day surgery in 8 paesi europei (responsabili di anestesia).
Intervention	Questionario web (34 domande) su routine e pratiche perioperatorie in day surgery.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Variabilita delle routine di valutazione preoperatoria (quando, come, da chi), limiti di eta/BMI, scoring PONV.
Secondary Outcome	Pratiche di premedicazione, analgesia, tecnica anestesiologica, criteri di dimissione ed escort; cause di ammissione non pianificata.
Statement(s)	1.1, 4.1.b

First Author	Tessitore
Publication Year	2026
DOI	10.1186/s44158-026-00376-w
Authors	Tessitore L, Sciacca G, Aprea M, De Crescenzo O, Mucciarone M, Valerio T, Di Pilla A, Tritapepe L
Title	Reducing unnecessary preoperative testing in Day Surgery: a Choosing Wisely-based quality improvement study
Journal/Book	Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care
Article type	Before-after / implementation study
Population	2849 pazienti adulti ASA I-III sottoposti a chirurgia minore in Day Surgery, ospedale accademico italiano (1059 pre, 1790 post).
Intervention	Percorso preoperatorio ridisegnato secondo Choosing Wisely: test diagnostici solo se clinicamente indicati dopo valutazione anestesiologica.
Comparison	Percorso pre-intervento con test preoperatori di routine per tutti (100%).
Primary Outcome	Tasso di esami (laboratorio 2.6%, ECG 6.7%, Rx torace 0.3%); cancellazioni/rinvii chirurgici (nessuno).
Secondary Outcome	Ammissioni postoperatorie non pianificate (nessuna), tempo visita-intervento (<7 giorni), risparmio stimato ~44.000 euro/anno.
Statement(s)	1.1, 1.2, 1.3.b

First Author	Mott
Publication Year	2025
DOI	10.1001/jamanetworkopen.2025.35750
Authors	Mott NM, Greene D Jr, Kim E, Mefford V, Cuttitta A, Jacobson-Davies F, et al.
Title	Right-Sizing Testing Before Elective Surgery for Patients With Low Risk
Journal/Book	JAMA Network Open
Article type	Before-after / implementation study
Population	203 adulti sani sottoposti a colecistectomia laparoscopica, ernioplastica inguinale o lumpectomia mammaria elettive, 3 ospedali del Michigan.
Intervention	Strategia di deimplementazione RITE-Size (visite in sede, coaching, revisione dati, processi di consenso, strumenti di supporto decisionale) per ridurre test preoperatori non necessari.
Comparison	Tassi di test basali pre-intervento.
Primary Outcome	Fattibilita: completamento delle milestone (tutte raggiunte in tempo).
Secondary Outcome	Accettabilita/appropriatezza (AIM/IAM), barriere/facilitatori, riduzione tassi di test dal 68.0% al 40.3% (P=.001).
Statement(s)	1.2, 1.3.b

First Author	Kawaguchi
Publication Year	2015
DOI	10.1007/s00540-014-1930-7
Authors	Kawaguchi M, Tanaka Y, Furuya H
Title	Improving the safety and quality of surgical patient care: what can we learn from quality management of industries?
Journal/Book	Journal of Anesthesia
Article type	Narrative review
Population	Gestione perioperatoria dei pazienti chirurgici (contesto anestesiologico).
Intervention	Metodologie di quality improvement di derivazione industriale (Lean Six Sigma) e modello Perioperative Surgical Home.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Applicabilita delle metodologie di quality management industriale al miglioramento della sicurezza e qualita chirurgica.
Secondary Outcome	Ruolo dell'anestesista come 'perioperativist' nella standardizzazione delle cure e riduzione della variabilita.
Statement(s)	1.3.b, 3.3

First Author	Apfelbaum
Publication Year	2012
DOI	10.1097/ALN.0b013e31823c1067
Authors	Apfelbaum JL, Connis RT, Nickinovich DG (ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation)
Title	Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation
Journal/Book	Anesthesiology
Article type	Expert consensus/Practice advisory
Population	Pazienti sottoposti a valutazione preanestesiologica prima di chirurgia e procedure non chirurgiche.
Intervention	Raccomandazioni sui contenuti e tempistica della valutazione preanestesiologica (anamnesi, esame obiettivo, test).
Comparison	N/A
Primary Outcome	Definizione dei contenuti appropriati della valutazione preanestesiologica e selezione mirata dei test preoperatori.
Secondary Outcome	Riduzione dei test non necessari; ottimizzazione dei tempi e degli esiti perioperatori.
Statement(s)	2.1, 2.4

First Author	De Hert
Publication Year	2018
DOI	10.1097/EJA.0000000000000817
Authors	De Hert S, Staender S, Fritsch G, Hinkelbein J, Afshari A, Bettelli G, et al.
Title	Pre-operative evaluation of adults undergoing elective noncardiac surgery: Updated guideline from the European Society of Anaesthesiology
Journal/Book	European Journal of Anaesthesiology
Article type	Clinical practice guideline
Population	Ambito: adulti candidati a chirurgia elettiva non cardiaca.
Intervention	Tema: valutazione preoperatoria (anamnesi, test, indici di rischio, ottimizzazione) basata su evidenze e GRADE.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Raccomandazioni su valutazione cardiaca, respiratoria e sistemica preoperatoria e su test appropriati/da evitare.
Secondary Outcome	Gestione della terapia farmacologica perioperatoria e stratificazione del rischio.
Statement(s)	2.2, 2.4, 4.2

First Author	Klein et al.
Publication Year	2010
DOI	10.1111/j.1365-2044.2010.06503.x
Authors	Klein AA; Arrowsmith JE
Title	Should routine pre-operative testing be abandoned?
Journal/Book	Anaesthesia
Article type	Narrative review
Population	Pazienti chirurgici elettivi, in particolare in day-case/chirurgia ambulatoriale (editoriale).
Intervention	Discussione sull'abbandono degli esami preoperatori di routine a favore di anamnesi ed esame obiettivo.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Valore/costo-efficacia degli esami preoperatori di routine e loro impatto sugli esiti.
Secondary Outcome	Scarso valore predittivo dei test, superiorita di anamnesi ed esame clinico, costi elevati.
Statement(s)	2.2

First Author	Cartabellotta
Publication Year	2017
DOI	10.4470/E1000160
Authors	Cartabellotta A, Anzellotti GM
Title	Linee guida per la richiesta appropriata dei test pre-operatori nella chirurgia elettiva
Journal/Book	Evidence (Fondazione GIMBE)
Article type	Clinical practice guideline
Population	Pazienti >16 anni candidati a chirurgia elettiva (minore/intermedia/maggiore), classificati per classe ASA e complessita chirurgica.
Intervention	Richiesta appropriata dei test pre-operatori nel percorso di pre-ricovero (sintesi della LG NICE NG45).
Comparison	N/A
Primary Outcome	Raccomandazioni su quali test eseguire/non eseguire per classe ASA e complessita dell'intervento.
Secondary Outcome	Riduzione dei test inappropriati, comunicazione tra cure primarie e secondarie, priorita di ricerca futura.
Statement(s)	2.2

First Author	Koolwijk J
Publication Year	2015
DOI	10.1016/j.ophtha.2014.08.030
Authors	Koolwijk J, Fick M, Selles C, Turgut G, Noordergraaf JIM, Tukkers FS, et al.
Title	Outpatient Cataract Surgery: Incident and Procedural Risk Analysis Do Not Support Current Clinical Ophthalmology Guidelines
Journal/Book	Ophthalmology
Article type	Retrospective cohort study
Population	6961 casi (4347 pazienti) di facoemulsificazione elettiva con anestesia topica in unita oftalmica ambulatoriale.
Intervention	Percorso ambulatoriale guidato dall'oftalmologo senza supporto anestesiologico e con monitoraggio limitato.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Incidenza di eventi avversi che richiedono intervento del Medical Emergency Team (0.04%).
Secondary Outcome	Complicanze oculari chirurgiche, uso di sedativi orali, motivi di esecuzione in sala operatoria classica.
Statement(s)	2.3

First Author	Goltz
Publication Year	2022
DOI	10.1016/j.jse.2021.08.023
Authors	Goltz DE, Burnett RA, Levin JM, Wickman JR, Belay ES, Howell CB, et al.
Title	Appropriate patient selection for outpatient shoulder arthroplasty: a risk prediction tool
Journal/Book	Journal of Shoulder and Elbow Surgery
Article type	Retrospective cohort study
Population	Coorte multicentrica di 5410 artroplastiche di spalla (anatomiche e inverse) da due sistemi sanitari ad alto volume.
Intervention	Sviluppo e validazione interna di un modello predittivo (13 variabili) per degenza breve (dimissione entro giornata 1) come proxy di idoneita a chirurgia ambulatoriale.
Comparison	Pazienti con degenza prolungata (dimissione oltre la giornata 1).
Primary Outcome	Degenza breve (dimissione in giornata 0 o 1); accuratezza del modello (AUC 0,762).
Secondary Outcome	Tasso di riammissione a 90 giorni tra degenza breve ed estesa.
Statement(s)	3.1

First Author	Surve
Publication Year	2018
DOI	10.1016/j.soard.2018.05.027
Authors	Surve A, Cottam D, Zaveri H, Cottam A, Belnap L, Richards C, et al.
Title	Does the Future of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy Lie in the Outpatient Surgery Center? A Retrospective Study of the Safety of 3,162 Outpatient Sleeve Gastrectomies
Journal/Book	Surgery for Obesity and Related Diseases
Article type	Retrospective cohort study
Population	3162 pazienti sottoposti a sleeve gastrectomy laparoscopica primaria da 21 chirurghi in 9 centri di chirurgia ambulatoriale (esclusi ASA >=IV, eta >55, BMI >=55).
Intervention	Sleeve gastrectomy in regime ambulatoriale con dimissione in giornata e protocollo ERAS.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Sicurezza a 30 giorni: mortalita, morbidita, riammissione, reintervento, re-intervento.
Secondary Outcome	Complicanze intra e postoperatorie, trasferimenti in ospedale, visite al pronto soccorso.
Statement(s)	3.1

First Author	Jain et al.
Publication Year	2008
DOI	10.1308/003588408X242132
Authors	Jain NPM; Ogonda L; Trimmings NP
Title	Age as a predictive factor for in-patient admission following day-case shoulder arthroscopic sub-acromial decompression - a district general hospital audit
Journal/Book	Annals of the Royal College of Surgeons of England
Article type	Audit / quality improvement
Population	27 pazienti (18 rispondenti) sottoposti a decompressione sub-acromiale artroscopica della spalla in day surgery.
Intervention	Analisi dell'eta come fattore predittivo di ricovero (questionario postale su dolore postoperatorio).
Comparison	Pazienti <55 anni vs >=55 anni
Primary Outcome	Percezione della necessita di ricovero notturno per dolore postoperatorio in base all'eta.
Secondary Outcome	Punteggio del dolore (scala analogica visiva); soddisfazione per la procedura in day-case.
Statement(s)	3.1

First Author	Wu
Publication Year	2022
DOI	10.4103/jmas.JMAS_25_21
Authors	Wu Q, Fu N, Chen W, Jin X, He L, Mo C, et al.
Title	Risk factors for patient selection in ambulatory laparoscopic cholecystectomy: A single-centre experience
Journal/Book	Journal of Minimal Access Surgery
Article type	Prospective observational study
Population	641 pazienti consecutivi sottoposti a colecistectomia laparoscopica in un singolo centro nel 2019.
Intervention	Valutazione dell'idoneità alla dimissione ambulatoriale (Post-Anaesthetic Discharge Scoring System a 8 h) e analisi dei fattori di rischio pre-operatori.
Comparison	Pazienti idonei alla dimissione vs non idonei (analisi uni- e multivariata).
Primary Outcome	Fattori predittivi dell'idoneità alla dimissione ambulatoriale: classe ASA III e conta leucocitaria.
Secondary Outcome	Predittori di intervento prolungato (>55 min): sesso maschile, BMI, leucociti, PCR.
Statement(s)	3.1

First Author	Degeeter
Publication Year	2023
DOI	10.1080/00015458.2021.1940438
Authors	Degeeter T, Demey B, Van Caelenberg E, De Baerdemaeker L, Coppens M
Title	Prospective audit on fasting status of elective ambulatory surgery patients, correlated to gastric ultrasound
Journal/Book	Acta Chirurgica Belgica
Article type	Prospective observational study
Population	100 pazienti sottoposti a chirurgia ambulatoriale elettiva in anestesia generale (Ospedale Universitario di Ghent).
Intervention	Audit prospettico dello stato di digiuno preoperatorio correlato a ecografia gastrica.
Comparison	N/A (confronto tra digiuno effettivo e linee guida 6-4-2).
Primary Outcome	Durata del digiuno molto superiore alle raccomandazioni (13h29 solidi, 9h51 liquidi); solo 48% conosce le linee guida corrette; contenuto gastrico ecografico insignificante.
Secondary Outcome	Elevato deficit di fluidi, disagio (fame/sete) e fonti di informazione preoperatoria (telefonata preoperatoria la più frequente).
Statement(s)	3.2

First Author	Sutherland et al.
Publication Year	1986
DOI	10.1093/bja/58.8.876
Authors	Sutherland AD; Stock JG; Davies JM
Title	Effects of preoperative fasting on morbidity and gastric contents in patients undergoing day-stay surgery
Journal/Book	British Journal of Anaesthesia
Article type	Prospective observational study
Population	132 pazienti donne outpatient in day-stay surgery (66 aborto terapeutico I trimestre vs 66 chirurgia ginecologica minore)
Intervention	Digiuno preoperatorio notturno (15+-3 h)
Comparison	Confronto tra i due gruppi (aborto vs chirurgia ginecologica minore) e in base alla durata del digiuno
Primary Outcome	Contenuto gastrico (volume e pH) e morbidita (nausea/vomito preoperatori)
Secondary Outcome	Sintomi di fame e sete; correlazione tra durata del digiuno e volume/pH gastrico
Statement(s)	3.2

First Author	Lim et al.
Publication Year	2014
DOI	10.11622/smedj.2014005
Authors	Lim HJ; Lee H; Ti LK
Title	An audit of preoperative fasting compliance at a major tertiary referral hospital in Singapore
Journal/Book	Singapore Medical Journal
Article type	Cross-sectional study
Population	130 pazienti in day surgery o same-day admission surgery in anestesia generale/regionale a Singapore.
Intervention	Survey (questionario a 18 item) su compliance, conoscenza e atteggiamenti verso il digiuno preoperatorio.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Tasso di compliance al digiuno preoperatorio (98,5% ha digiunato).
Secondary Outcome	Conoscenza della ragione del digiuno, percezione dell'importanza, disponibilita a mentire sul digiuno.
Statement(s)	3.2, 3.4

First Author	Cline KM
Publication Year	2020
DOI	10.1016/j.jclinane.2020.109760
Authors	Cline KM, Clement V, Rock-Klotz J, Kash BA, Steel C, Miller TR
Title	Improving the cost, quality, and safety of perioperative care: A systematic review of the literature on implementation of the perioperative surgical home
Journal/Book	Journal of Clinical Anesthesia
Article type	Systematic review
Population	Pazienti chirurgici di varie eta e classi ASA in ospedali accademici e comunitari statunitensi (11 studi).
Intervention	Implementazione di programmi di Perioperative Surgical Home (PSH) che coordinano pre-, intra- e post-operatorio.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Durata della degenza, recupero post-operatorio, tassi di riammissione, destinazione alla dimissione.
Secondary Outcome	Riduzione uso oppioidi/ICU e maggiore dimissione a domicilio; effetti su costi variabili; riammissioni non ridotte.
Statement(s)	3.3

First Author	Hein et al.
Publication Year	2014
DOI	10.1177/1090820X14546161
Authors	Hein RE; Constantine RS; Cortez R; Miller T; Anigian K; Lysikowski J; et al.
Title	An Alternative Outpatient Care Model: Postoperative Guest Suite-Based Care
Journal/Book	Aesthetic Surgery Journal
Article type	Retrospective observational study
Population	246 pazienti sottoposti a body contouring maggiore con pernottamento in guest suite con assistenza infermieristica (modello ambulatoriale alternativo).
Intervention	Modello di assistenza post-operatoria in "guest suite" attigua con personale infermieristico ed educazione del paziente, alternativo al ricovero ospedaliero.
Comparison	Tassi di complicanza per le medesime procedure riportati in letteratura (confronto indiretto).
Primary Outcome	Sicurezza/morbilità: tasso complicanze maggiori+minori 25,20%; infezione sito chirurgico 8,13%; nessun decesso/TVP/EP.
Secondary Outcome	Riduzione significativa del tromboembolismo venoso rispetto alla letteratura; ruolo dell'educazione post-operatoria e dell'elevato rapporto infermiere/paziente.
Statement(s)	3.3

First Author	Letendre
Publication Year	2018
DOI	10.1182/blood-2018-99-113591
Authors	Letendre P, Coberly E, Dettenwanger K, Huang K
Title	Patient Blood Management: Implementation of a Preoperative Anemia Clinic for Elective Orthopedic Surgical Patients
Journal/Book	Blood (ASH Annual Meeting Abstracts)
Article type	Before-after / implementation study
Population	Pazienti anemici (Hb <11 g/dl) in chirurgia ortopedica elettiva; 21% dei pazienti chirurgici anemici consuma ~67% del sangue trasfuso.
Intervention	Implementazione di una clinica preoperatoria dell'anemia (ordine di consulto in cartella elettronica; ferro EV, ESA, vitamina B12).
Comparison	Pratica pre-implementazione (senza clinica dedicata dell'anemia).
Primary Outcome	Numero di unita di globuli rossi trasfuse durante la degenza e durata media della degenza (LOS).
Secondary Outcome	Riduzione target del 25% delle trasfusioni; stewardship del sangue e costi.
Statement(s)	3.3

First Author	Pourtales MC
Publication Year	2010
DOI	10.1016/j.main.2010.01.002
Authors	Pourtales MC, Kuntzmann H, Bertrand F, Pottecher T, Gouzou S, Liverneaux P
Title	Continuous at-home postoperative analgesia using a catheter in the case of hand surgery: Preliminary study about 40 cases
Journal/Book	Chirurgie de la Main
Article type	Prospective observational study
Population	40 pazienti (ASA 1 n=24; ASA 2 n=16) sottoposti a chirurgia della mano in regime ambulatoriale.
Intervention	Analgesia postoperatoria continua a domicilio tramite catetere perinervoso ascellare con pompa elastomerica.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Fattibilita valutata con punteggio CPA (0-10) su qualita analgesica e organizzazione della rete (score globale 1.85).
Secondary Outcome	Incidenti/fallimenti analgesici, effetti collaterali del trattamento orale, soddisfazione del paziente.
Statement(s)	3.4, 6.3

First Author	Stepan et al.
Publication Year	2021
DOI	10.1097/PRS.0000000000007574
Authors	Stepan JG; Sacks HA; Verret CI; Wessel LE; Kumar K; Fufa DT
Title	Standardized Perioperative Patient Education Decreases Opioid Use after Hand Surgery: A Randomized Controlled Trial
Journal/Book	Plastic and Reconstructive Surgery
Article type	Randomized controlled trial
Population	191 pazienti adulti sottoposti a chirurgia ambulatoriale (non minore) della mano in un centro accademico.
Intervention	Programma standardizzato di educazione perioperatoria sulla gestione del dolore (webinar + scheda educativa) oltre alla cura standard.
Comparison	Sola cura standard (counseling presurgico di routine)
Primary Outcome	Numero di compresse di oppioidi consumate e proporzione di pazienti che non hanno usato oppioidi in 2 settimane.
Secondary Outcome	Equivalenti di morfina orale, dolore settimana 1, uso di FANS/paracetamolo, necessita di refill, soddisfazione.
Statement(s)	3.4, 3.5

First Author	Marchal
Publication Year	2005
DOI	10.1016/j.ejso.2005.01.014
Authors	Marchal F, Dravet F, Classe JM, Campion L, François T, Labbe D, et al.
Title	Post-operative care and patient satisfaction after ambulatory surgery for breast cancer patients
Journal/Book	European Journal of Surgical Oncology (EJSO)
Article type	Prospective observational study
Population	236 pazienti con carcinoma mammario sottoposte a chirurgia conservativa ambulatoriale (esclusi ASA III-IV); su 219 questionario compilato.
Intervention	Chirurgia mammaria in regime di day surgery con informazione peri-operatoria e gestione domiciliare dei sintomi.
Comparison	Escissione locale ampia (WLE) vs WLE + linfoadenectomia ascellare.
Primary Outcome	Soddisfazione della paziente (punteggio medio 8,97/10) e gestione dei sintomi post-operatori (dolore).
Secondary Outcome	Dolore al momento della dimissione e nella prima settimana, uso di analgesici, complicanze, riammissioni (nessuna), telefonate a MMG/ospedale.
Statement(s)	3.5, 6.2.b

First Author	Berg et al.
Publication Year	2013
DOI	10.1016/j.ijnurstu.2013.05.002
Authors	Berg K; Arestedt K; Kjellgren K
Title	Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: A phenomenographic study
Journal/Book	International Journal of Nursing Studies
Article type	Cross-sectional study
Population	31 pazienti sottoposti a chirurgia ambulatoriale (ortopedica, generale, urologica)
Intervention	Recupero postoperatorio a domicilio dopo day surgery (studio qualitativo fenomenografico delle percezioni)
Comparison	N/A
Primary Outcome	Percezioni dei pazienti sul processo di recupero postoperatorio dopo day surgery
Secondary Outcome	Bisogni di informazione e supporto, gestione dell'autocura a domicilio
Statement(s)	3.5

First Author	Stahl
Publication Year	2024
DOI	10.1007/s00266-023-03392-1
Authors	Stahl S, Santos Stahl A, Feng YS, Estler A, Buiculescu F, Seabra Robalo Gomes Jorge AC
Title	Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Pathways for Aesthetic Breast Surgery: A Prospective Cohort Study on Patient-Reported Outcomes
Journal/Book	Aesthetic Plastic Surgery
Article type	Prospective observational study
Population	48 pazienti (eta mediana 30 anni) sottoposti a chirurgia estetica mammaria (single-center).
Intervention	Protocollo ERAS peri-operatorio (>20 misure pre-, intra- e post-operatorie) in setting ambulatoriale.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Ansia, aspettative e soddisfazione riferite dal paziente dopo ERAS (alta soddisfazione).
Secondary Outcome	Tempo di recupero/ritorno alle attivita quotidiane (entro 5 giorni; 88% piu veloce del previsto), riduzione della paura dell'anestesia.
Statement(s)	4.1.b

First Author	Vetter et al.
Publication Year	2013
DOI	10.1097/ALN.0b013e3182a8e9e6
Authors	Vetter TR; Ivankova NV; Goeddel LA; McGwin G; Pittet JF
Title	An Analysis of Methodologies That Can Be Used to Validate if a Perioperative Surgical Home Improves the Patient-centeredness, Evidence-based Practice, Quality, Safety, and Value of Patient Care
Journal/Book	Anesthesiology
Article type	Narrative review
Population	Ambito: pazienti chirurgici perioperatori nel modello Perioperative Surgical Home (PSH)
Intervention	Modello di cura perioperatoria Perioperative Surgical Home (PSH) e metodologie per validarlo
Comparison	N/A
Primary Outcome	Proposta di obiettivi e disegni di studio (comparative effectiveness research) per validare l'efficacia del PSH
Secondary Outcome	Impatto del PSH su patient-centeredness, evidence-based practice, qualita, sicurezza e valore delle cure
Statement(s)	4.1.b, 6.3

First Author	Rezaee
Publication Year	2024
DOI	10.1097/JU.0000000000004983
Authors	Rezaee ME, Higgins MI, Su ZT, et al.
Title	Results From the ERAS for Ambulatory TURBT: Enhancing Bladder Cancer Care (EMBRACE) Randomized Controlled Trial
Journal/Book	The Journal of Urology
Article type	Randomized controlled trial
Population	Pazienti sottoposti a resezione transuretrale di tumore vescicale (TURBT) ambulatoriale.
Intervention	Percorso ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) perioperatorio.
Comparison	Cure usuali (usual care).
Primary Outcome	Qualita del recupero (QoR-15) il giorno dell'intervento e in giornata 1.
Secondary Outcome	Sintomi urinari, dolore uretrale/genitale, disuria e incontinenza postoperatoria.
Statement(s)	4.1.b

First Author	Hardy
Publication Year	2021
DOI	10.1186/s12891-021-04847-9
Authors	Hardy A, Gervais-Hupe J, Desmeules F, Hudon A, Perreault K, Vendittoli PA
Title	Comparing ERAS-outpatient versus standard-inpatient hip and knee replacements: a mixed methods study exploring the experience of patients who underwent both
Journal/Book	BMC Musculoskeletal Disorders
Article type	Mixed methods study
Population	48 pazienti sottoposti sia a protocollo standard-ricovero sia a ERAS-ambulatoriale per artroprotesi d'anca/ginocchio (controlaterale).
Intervention	Programma ERAS-outpatient (day surgery) per THA/TKA.
Comparison	Programma standard-inpatient (ricovero tradizionale).
Primary Outcome	Esperienza del paziente: temi qualitativi (il supporto fa la differenza; minor disagio; casa; recupero funzionale).
Secondary Outcome	Correlazioni tra esperienza e soddisfazione per gestione dolore, degenza, recupero, assistenza domiciliare.
Statement(s)	4.1.b

First Author	Chu et al.
Publication Year	2016
DOI	10.1016/j.amjsurg.2015.05.036
Authors	Chu EW; Chernoguz A; Divino CM
Title	The evaluation of clopidogrel use in perioperative general surgery patients: a prospective randomized controlled trial
Journal/Book	The American Journal of Surgery
Article type	Randomized controlled trial
Population	39 pazienti (43 procedure) in terapia con clopidogrel sottoposti a chirurgia generale elettiva (ASA 2-4).
Intervention	Continuazione del clopidogrel fino all'intervento (gruppo B).
Comparison	Sospensione del clopidogrel almeno 7 giorni prima dell'intervento (gruppo A)
Primary Outcome	Sanguinamento perioperatorio con necessita di trasfusione e riospedalizzazione/reintervento/mortalita entro 90 giorni.
Secondary Outcome	Infarto miocardico o accidente cerebrovascolare entro 90 giorni.
Statement(s)	4.2

First Author	Douketis JD
Publication Year	2022
DOI	10.1016/j.chest.2022.07.025
Authors	Douketis JD, Spyropoulos AC, Murad MH, Arcelus JI, Dager WE, Dunn AS, et al.
Title	Perioperative Management of Antithrombotic Therapy: An American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline
Journal/Book	CHEST
Article type	Clinical practice guideline
Population	Pazienti in terapia cronica con anticoagulanti orali o antiaggreganti candidati a chirurgia/procedura elettiva.
Intervention	Gestione perioperatoria di VKA, bridging con eparina, DOAC e antiaggreganti (44 raccomandazioni, metodo GRADE).
Comparison	N/A
Primary Outcome	Raccomandazioni su interruzione/continuazione della terapia antitrombotica e bridging perioperatorio.
Secondary Outcome	Gestione in procedure minori (dentali, dermatologiche, oftalmiche, pacemaker/ICD, endoscopiche).
Statement(s)	4.2

First Author	Brown et al.
Publication Year	2015
DOI	10.1016/j.jaad.2014.10.027
Authors	Brown DG; Wilkerson EC; Love WE
Title	A review of traditional and novel oral anticoagulant and antiplatelet therapy for dermatologists and dermatologic surgeons
Journal/Book	Journal of the American Academy of Dermatology
Article type	Narrative review
Population	Ambito: pazienti sottoposti a chirurgia dermatologica in terapia con anticoagulanti/antiaggreganti orali
Intervention	Gestione perioperatoria delle terapie anticoagulanti e antiaggreganti orali tradizionali e nuove (e integratori)
Comparison	N/A
Primary Outcome	Farmacocinetica, farmacodinamica ed effetti collaterali dei farmaci; rischio emorragico perioperatorio
Secondary Outcome	Efficacia comparativa dei nuovi anticoagulanti (dabigatran, rivaroxaban, apixaban) vs warfarin; rischio di prasugrel/ticagrelor
Statement(s)	4.2

First Author	Halvorsen
Publication Year	2022
DOI	10.1093/eurheartj/ehac270
Authors	Halvorsen S, Mehilli J, Cassese S, Hall TS, Abdelhamid M, Barbato E, et al.
Title	2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery
Journal/Book	European Heart Journal
Article type	Clinical practice guideline
Population	Pazienti sottoposti a chirurgia non cardiaca, con focus sulla valutazione e gestione cardiovascolare perioperatoria.
Intervention	Raccomandazioni per la valutazione e gestione cardiovascolare pre-, intra- e postoperatoria.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Riduzione delle complicanze cardiovascolari perioperatorie tramite stratificazione del rischio e valutazione preoperatoria.
Secondary Outcome	Gestione dei farmaci, delle comorbidità e stratificazione secondo rischio chirurgico (basso/intermedio/alto).
Statement(s)	4.2

First Author	Thakare
Publication Year	2012
DOI	10.1016/j.bjmsu.2011.08.001
Authors	Thakare N, Mukherjee R, Sinclair AM, Elsobky S, Pearce I
Title	The assessment and peri-operative management of diabetes mellitus in urological day case surgery - Outcomes of the North West of England Regional Audit
Journal/Book	British Journal of Medical and Surgical Urology
Article type	Audit / quality improvement
Population	84 pazienti diabetici (7 tipo 1, 77 tipo 2) sottoposti a chirurgia urologica in day case, 14 unita NHS del Nord-Ovest Inghilterra.
Intervention	Audit della gestione preoperatoria, perioperatoria e alla dimissione rispetto alle linee guida BADS per il paziente diabetico.
Comparison	Standard delle linee guida BADS (British Association of Day Surgery).
Primary Outcome	Aderenza alle linee guida: HbA1c documentata (71%), glicemia perioperatoria <10 mmol/l (69%), infusione GKI negli insulino-trattati (91%).
Secondary Outcome	Advice alla dimissione carente (<25% informazioni scritte); necessita di protocolli dedicati e migliore documentazione.
Statement(s)	4.3

First Author	Gasanova
Publication Year	2018
DOI	10.1213/ANE.0000000000003675
Authors	Gasanova I, Meng J, Minhajuddin A, Melikman E, Alexander JC, Joshi GP
Title	Preoperative Continuation Versus Interruption of Oral Hypoglycemics in Type 2 Diabetic Patients Undergoing Ambulatory Surgery: A Randomized Controlled Trial
Journal/Book	Anesthesia & Analgesia
Article type	Randomized controlled trial
Population	160 pazienti randomizzati (142 analizzati) con diabete tipo 2 in trattamento con ipoglicemizzanti orali (metformina e/o sulfonilurea), sottoposti a chirurgia ambulatoriale.
Intervention	Continuare gli ipoglicemizzanti orali il giorno dell'intervento (n=69).
Comparison	Sospendere gli ipoglicemizzanti orali il giorno dell'intervento (n=73).
Primary Outcome	Livelli peri-operatori di glicemia (log-trasformati): significativamente più bassi nel gruppo continuazione (138 vs 156 mg/dL; P<0,001).
Secondary Outcome	Incidenza di iperglicemia (>180 mg/dL) e ipoglicemia (<70 mg/dL; nessun caso in entrambi i gruppi).
Statement(s)	4.3

First Author	Carr
Publication Year	2021
DOI	10.1097/pq9.0000000000000437
Authors	Carr LH, Padula M, Chuo J, Cunningham M, Flibotte J, O'Connor T, et al.
Title	Improving Compliance with a Rounding Checklist through Low- and High-technology Interventions: A Quality Improvement Initiative
Journal/Book	Pediatric Quality & Safety
Article type	Audit / quality improvement
Population	Team di reparto (medici, infermieri, PA) di una terapia intensiva neonatale (NICU) di 102 posti letto in un ospedale universitario terziario.
Intervention	Interventi basati sui fattori umani: ridisegno del checklist cartaceo (low-tech) e strumento di supporto decisionale nell'EHR (high-tech).
Comparison	Compliance pre-intervento (31%) vs post-intervento (serie temporale con carte SPC).
Primary Outcome	Percentuale di compliance con il completamento del checklist (da 31% a ~80%).
Secondary Outcome	Tempo di completamento (da 46 a 11 secondi); percezione di rilevanza delle domande e carico di lavoro del personale.
Statement(s)	5.1, 5.5

First Author	Conroy
Publication Year	2015
DOI	10.1186/s13613-015-0060-1
Authors	Conroy KM, Elliott D, Burrell AR
Title	Testing the implementation of an electronic process-of-care checklist for use during morning medical rounds in a tertiary intensive care unit: a prospective before-after study
Journal/Book	Annals of Intensive Care
Article type	Before-after / implementation study
Population	Pazienti ricoverati in una terapia intensiva generale di 19 letti di un ospedale terziario.
Intervention	Checklist elettronica dei processi di cura compilata dai medici senior durante il giro visita mattutino.
Comparison	Periodo baseline con audit post-giro visita da parte di infermieri di ricerca (prima dell'intervento).
Primary Outcome	Compliance con i componenti essenziali di cura (es. gestione del dolore, glicemia, elevazione testata del letto) nel tempo.
Secondary Outcome	Concordanza tra risposte del medico e dell'auditor (validita della checklist).
Statement(s)	5.1, 5.5

First Author	Purim
Publication Year	2019
DOI	10.1590/0100-6991e-20192197
Authors	Purim KSM, Gonçalves CG, Binotto L, Groth AK, Aranha Júnior AA, Chibata M, Claus CMP, Tsumanuma FK
Title	Safety checklist in outpatient surgery teaching
Journal/Book	Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Article type	Narrative review
Population	Studenti di medicina nella disciplina di chirurgia ambulatoriale in un ospedale universitario (Curitiba, Brasile).
Intervention	Proposta di un modello di checklist di sicurezza chirurgica per l'insegnamento della chirurgia ambulatoriale.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Sviluppo della cultura della sicurezza del paziente e standardizzazione delle procedure nell'ambulatorio didattico.
Secondary Outcome	Ostacoli all'adesione al checklist e valutazione dello studente tramite scala Likert.
Statement(s)	5.1, 5.3, 5.4

First Author	Porcari
Publication Year	2020
DOI	10.1590/1983-1447.2020.20190321
Authors	Porcari TA, Cavalari PCF, Roscani ANCP, Kumakura ARSO, Gasparino RC
Title	Cirurgia segura: construção e validação de um checklist para procedimento cirúrgico ambulatorial (Safe surgeries: elaboration and validation of a checklist for outpatient surgical procedures)
Journal/Book	Revista Gaúcha de Enfermagem
Article type	Cross-sectional study
Population	Cinque giudici esperti per la validazione di contenuto e 17 infermieri di un centro chirurgico ambulatoriale per il pre-test.
Intervention	Costruzione e validazione di contenuto (tecnica Delphi, Content Validity Index) di una checklist di sicurezza per procedure chirurgiche ambulatoriali.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Validazione del contenuto della checklist (IVC >0,9; versione finale con 43 item in 5 sezioni).
Secondary Outcome	Comprensibilità e usabilità dello strumento valutate nel pre-test dagli infermieri.
Statement(s)	5.1, 5.3, 5.4

First Author	Perea-Perez
Publication Year	2011
DOI	10.1016/j.ijom.2011.04.004
Authors	Perea-Perez B, Santiago-Saez A, Garcia-Marin F, Labajo Gonzalez E
Title	Proposal for a 'surgical checklist' for ambulatory oral surgery
Journal/Book	International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery
Article type	Expert consensus/Practice advisory
Population	Chirurgia orale ambulatoriale (studi odontoiatrici e centri pubblici/privati).
Intervention	Proposta di una checklist di sicurezza chirurgica a 18 item adattata dalla WHO Surgical Safety Checklist.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Struttura della checklist (verifiche pre e post procedura) per aumentare la sicurezza del paziente.
Secondary Outcome	Semplicita d'uso, tracciabilita nella cartella clinica, aderenza alle istruzioni pre/post-operatorie.
Statement(s)	5.3, 5.4

First Author	Fernando
Publication Year	2015
DOI	10.1016/j.aorn.2015.07.013
Authors	Fernando RJ, Shapiro FE, Urman RD
Title	Survey Analysis of an Ambulatory Surgical Checklist for Patient Use
Journal/Book	AORN Journal
Article type	Cross-sectional study
Population	35 pazienti e 52 operatori sanitari nell'ambito della chirurgia ambulatoriale.
Intervention	Indagine trasversale (survey) sull'utilità di una checklist chirurgica ambulatoriale ad uso del paziente.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Percezione del beneficio della checklist (94% dei pazienti e 83% degli operatori la ritengono utile).
Secondary Outcome	Barriere all'implementazione (37% operatori); potenziale su educazione, partecipazione, soddisfazione e ansia del paziente.
Statement(s)	5.4

First Author	Newkirk
Publication Year	2013
DOI	10.1016/j.cps.2013.04.011
Authors	Newkirk JD
Title	Preventing Surgical Mishaps Using Surgical Checklists
Journal/Book	Clinics in Plastic Surgery
Article type	Narrative review
Population	Ambito chirurgico (uso delle checklist di sicurezza in sala operatoria).
Intervention	Revisione dell'uso delle checklist chirurgiche per prevenire errori ed eventi avversi ("surgical mishaps").
Comparison	N/A
Primary Outcome	Razionale ed efficacia delle checklist nel ridurre complicanze, mortalità e morbilità perioperatorie.
Secondary Outcome	Origine del concetto (industria aeronautica), fattori umani e aspetti pratici di implementazione delle checklist.
Statement(s)	5.4

First Author	Conley
Publication Year	2011
DOI	10.1016/j.jamcollsurg.2011.01.052
Authors	Conley DM, Singer SJ, Edmondson L, Berry WR, Gawande AA
Title	Effective Surgical Safety Checklist Implementation
Journal/Book	Journal of the American College of Surgeons
Article type	Qualitative interview study
Population	5 ospedali dello stato di Washington; interviste a leader dell'implementazione e chirurghi.
Intervention	Analisi qualitativa (interviste semi-strutturate) dei processi di implementazione della checklist di sicurezza chirurgica.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Fattori che distinguono l'implementazione efficace (spiegare il perche e mostrare il come).
Secondary Outcome	Ruolo di leadership, formazione, coaching in tempo reale e feedback nell'adozione della checklist.
Statement(s)	5.4

First Author	Borchard et al.
Publication Year	2012
DOI	10.1097/sla.0b013e3182682f27
Authors	Borchard A; Schwappach DLB; Barbir A; Bezzola P
Title	A Systematic Review of the Effectiveness, Compliance, and Critical Factors for Implementation of Safety Checklists in Surgery
Journal/Book	Annals of Surgery
Article type	Systematic review and meta-analysis
Population	22 studi inclusi su checklist di sicurezza in chirurgia (ambito chirurgico ospedaliero).
Intervention	Uso di checklist di sicurezza in chirurgia; valutazione di efficacia, conformita e fattori critici di implementazione.
Comparison	Assenza di checklist / cura pre-implementazione
Primary Outcome	Efficacia: rischio relativo di mortalita 0,57 (IC95% 0,42-0,76) e di qualsiasi complicanza 0,63 (IC95% 0,58-0,67).
Secondary Outcome	Tasso di conformita (media 75%; Time Out media 91%); atteggiamenti e fattori critici per l'implementazione.
Statement(s)	5.4

First Author	Paterson
Publication Year	2024
DOI	10.1111/jan.15841
Authors	Paterson C, Mckie A, Turner M, Kaak V
Title	Barriers and facilitators associated with the implementation of surgical safety checklists: A qualitative systematic review
Journal/Book	Journal of Advanced Nursing
Article type	Systematic review
Population	Setting perioperatori; 34 studi qualitativi inclusi (CINAHL, Medline, Scopus).
Intervention	Implementazione e aderenza alla checklist di sicurezza chirurgica WHO.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Barriere all'aderenza e all'implementazione (partecipazione del chirurgo, cultura gerarchica, compiacenza, duplicazione).
Secondary Outcome	Facilitatori: leadership efficace, formazione, audit e feedback, champion locali, adattamenti locali della checklist.
Statement(s)	5.4

First Author	Kilbane et al.
Publication Year	2020
DOI	10.1111/jsap.13131
Authors	Kilbane H; Oxtoby C; Tivers MS
Title	Staff attitudes to and compliance with the use of a surgical safety checklist
Journal/Book	Journal of Small Animal Practice
Article type	Survey
Population	36 operatori di sala operatoria veterinaria (piccoli animali) e audit di 984 checklist
Intervention	Checklist di sicurezza chirurgica (questionario sugli atteggiamenti + audit retrospettivo di compliance)
Comparison	N/A
Primary Outcome	Atteggiamenti del personale verso la checklist e tasso di completamento/compliance (solo 8,4% completate)
Secondary Outcome	Barriere all'uso (gerarchia, teamwork, mancanza di formazione)
Statement(s)	5.4

First Author	Gillespie
Publication Year	2015
DOI	10.1186/s13012-015-0319-9
Authors	Gillespie BM, Marshall A
Title	Implementation of safety checklists in surgery: a realist synthesis of evidence
Journal/Book	Implementation Science
Article type	Systematic review
Population	Ambito: implementazione e aderenza alle checklist di sicurezza chirurgica in sala operatoria.
Intervention	Tema: interventi di implementazione per migliorare l'uso e la sostenibilita delle checklist di sicurezza (sintesi realista).
Comparison	N/A
Primary Outcome	Uso sostenuto delle checklist e disciplina-specifico; maggiore successo con coinvolgimento e leadership dei medici.
Secondary Outcome	Adattamento della checklist al contesto e riflessione/valutazione favoriscono partecipazione e ownership.
Statement(s)	5.4

First Author	Jayasuriya et al.
Publication Year	2025
DOI	10.7759/cureus.79615
Authors	Jayasuriya NJASS; Munasinghe BM; Subramaniam N; Lokuliyana SP; Withanage DMP; Ravihari KAL
Title	Enhancing Surgical Safety: Evaluating Compliance With the WHO Checklist in a Peripheral Hospital in Sri Lanka
Journal/Book	Cureus
Article type	Audit / quality improvement
Population	102 casi chirurgici (elettivi e non elettivi) in un ospedale periferico dello Sri Lanka.
Intervention	Audit prospettico dell'aderenza alla WHO Surgical Safety Checklist (attaccamento, completamento, timing, partecipazione dello staff).
Comparison	Standard WHO e dati internazionali
Primary Outcome	Tasso di conformita alla checklist (completamento completo 34,31%; completamento con timing corretto 13,73%).
Secondary Outcome	Partecipazione dello staff per ruolo; barriere alla conformita.
Statement(s)	5.4

First Author	Pati et al.
Publication Year	2023
DOI	10.1016/j.jcjq.2023.04.005
Authors	Pati AB; Mishra TS; Chappity P; Venkateshan M; Pillai JSK
Title	Use of Technology to Improve the Adherence to Surgical Safety Checklists in the Operating Room
Journal/Book	The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety
Article type	Before-after / quality improvement study
Population	Pazienti operati in sala operatoria (284 pazienti), AIIMS Bhubaneswar (India); confronto checklist manuale vs elettronica.
Intervention	Introduzione di una checklist di sicurezza chirurgica elettronica "smart" (app + forcing function via Bluetooth all'elettrobisturi) per aumentarne l'aderenza.
Comparison	Checklist cartacea/manuale tradizionale.
Primary Outcome	Frequenza d'uso e completezza della checklist (uso 100% elettronica vs 97,9% manuale; completezza del sign-out nettamente superiore con l'elettronica vs 37% manuale).
Secondary Outcome	Fattibilità del forcing function; miglioramento significativo della compliance ai singoli item della checklist.
Statement(s)	5.5

First Author	Hales
Publication Year	2006
DOI	10.1016/j.jcrc.2006.06.002
Authors	Hales BM, Pronovost PJ
Title	The checklist - a tool for error management and performance improvement
Journal/Book	Journal of Critical Care
Article type	Narrative review
Population	Ambito: gestione dell'errore e sicurezza in aviazione, industria manifatturiera e sanita/terapia intensiva.
Intervention	Tema: uso delle checklist come strumento per la gestione dell'errore e il miglioramento delle performance.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Evoluzione, benefici e barriere all'implementazione delle checklist in medicina e critical care.
Secondary Outcome	Rischi dell'uso eccessivo (checklist fatigue) e dipendenza dallo strumento.
Statement(s)	5.5

First Author	Berry SL
Publication Year	2018
DOI	10.1016/j.prro.2017.12.009
Authors	Berry SL, Tierney KP, Elguindi S, Mechalakos JG
Title	Five years' experience with a customized electronic checklist for radiation therapy planning quality assurance in a multicampus institution
Journal/Book	Practical Radiation Oncology
Article type	Audit / quality improvement
Population	Pianificatori e fisici della radioterapia a fasci esterni in istituzione multicampus (24 LINAC, 6 sedi).
Intervention	Checklist elettronica dinamica (SmartChecklist) per il controllo qualita della pianificazione.
Comparison	Confronto pre/post modifiche della checklist tramite eventi del sistema di incident learning.
Primary Outcome	Numero di item disponibili vs mostrati; ricorrenza di errori/near-miss riportati nell'ILS.
Secondary Outcome	Adattabilita della checklist a nuove tecnologie e transizioni tra sistemi di pianificazione.
Statement(s)	5.5

First Author	Lastrucci et al.
Publication Year	2024
DOI	10.1016/j.tipsro.2024.100255
Authors	Lastrucci A; Esposito M; Serventi E; Marrazzo L; Francolini G; Simontacchi G; et al.
Title	Enhancing patient safety in radiotherapy: Implementation of a customized electronic checklist for radiation therapists
Journal/Book	Technical Innovations & Patient Support in Radiation Oncology
Article type	Before-after / implementation study
Population	Radioterapisti (RTT) di un reparto di radioterapia e relativi pazienti in trattamento
Intervention	Checklist elettronica personalizzata per la revisione della cartella pre-trattamento, integrata nel Record and Verify System
Comparison	Pratica precedente senza checklist elettronica strutturata (before-after)
Primary Outcome	Rilevazione e correzione degli errori prima dell'inizio del trattamento (sicurezza del paziente)
Secondary Outcome	Tasso di compilazione/revisione della checklist, percezione, soddisfazione e carico di lavoro degli RTT
Statement(s)	5.5

First Author	Alfred
Publication Year	2024
DOI	10.1136/bmjqs-2023-016934
Authors	Alfred M, Barg-Walkow LH, Keebler JR, Chaparro A
Title	Checking all the boxes: a checklist for when and how to use checklists effectively
Journal/Book	BMJ Quality & Safety
Article type	Narrative review
Population	Contesti sanitari che impiegano checklist come ausili cognitivi per la sicurezza.
Intervention	Sintesi della letteratura e algoritmo in due parti su quando usare e come progettare le checklist.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Guida per determinare quando una checklist è appropriata e quale tipo scegliere in base all'esperienza dell'utente.
Secondary Outcome	Tassonomie delle checklist e degli errori; considerazioni su sviluppo, formazione, implementazione e manutenzione.
Statement(s)	5.5

First Author	Collazo
Publication Year	2023
DOI	10.1177/27527530211073873
Authors	Collazo CK, Tena N, Duffy EA
Title	Facilitating and Implementing a Process for the Delivery of Pediatric Oncology New Diagnosis Education Among Nursing Staff Through the Electronic Medical Record
Journal/Book	Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing
Article type	Audit / quality improvement
Population	Personale infermieristico e advanced practitioner di oncoematologia pediatrica (setting inpatient/outpatient); 26 nuovi pazienti oncologici pediatrici.
Intervention	Checklist elettronica standardizzata (SmartPhrase Epic) per l'educazione alla nuova diagnosi documentata nella cartella EMR.
Comparison	Documentazione pre-implementazione vs post-implementazione (disegno survey pre-post).
Primary Outcome	Completamento/documentazione dei topic secondari di educazione (aumento del 26% post-implementazione).
Secondary Outcome	Accettazione e intenzione di uso continuativo del template da parte del personale infermieristico.
Statement(s)	5.5

First Author	Fuller et al.
Publication Year	2020
DOI	10.2196/15573
Authors	Fuller TE; Pong DD; Piniella N; Pardo M; Bessa N; Yoon C; et al.
Title	Interactive Digital Health Tools to Engage Patients and Caregivers in Discharge Preparation: Implementation Study
Journal/Book	Journal of Medical Internet Research
Article type	Before-after / implementation study
Population	Pazienti ricoverati e caregiver (752 ammissioni) in un centro medico accademico, con team clinico.
Intervention	Suite di strumenti digitali integrati con la cartella elettronica (video, checklist di dimissione, messaggistica post-dimissione) per preparare la dimissione.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Fattibilita e adozione degli strumenti (reach, effectiveness, adoption, implementation, maintenance - RE-AIM).
Secondary Outcome	Preoccupazioni segnalate dai pazienti, uso del cruscotto di sicurezza dai clinici, accettabilita percepita.
Statement(s)	5.5

First Author	Nan
Publication Year	2019
DOI	10.3233/shti190623
Authors	Nan S, De Bie A, Zhang S, Korsten H, Lu X, Duan H
Title	Identify Facilitators and Challenges in Computerized Checklist Implementation
Journal/Book	Studies in Health Technology and Informatics (MEDINFO 2019)
Article type	Qualitative study
Population	Due implementazioni di checklist di sicurezza computerizzate in due ospedali (ICU olandese; PCI perioperatorio, Cina).
Intervention	Sviluppo e implementazione di checklist computerizzate dinamiche integrate con la cartella clinica elettronica; analisi dei commenti degli utenti.
Comparison	Checklist cartacee statiche vs checklist computerizzate dinamiche.
Primary Outcome	Facilitatori dell'implementazione (uso standard locale, dinamicita, valore aggiunto, riuso dei sistemi informativi).
Secondary Outcome	Sfide (percezione/cultura medica, variabilita dei processi, costo dell'acquisizione della conoscenza).
Statement(s)	5.5

First Author	Martire FG
Publication Year	2025
DOI	10.1007/s00404-025-08005-7
Authors	Martire FG, Schettini G, Costantini E, d'Abate C, Sorrenti G, Centini G, et al.
Title	Approach to abnormal uterine bleeding in presence of endometrial polyps with new hysteroscopic devices
Journal/Book	Archives of Gynecology and Obstetrics
Article type	Prospective observational study
Population	180 donne con sanguinamento uterino anomalo e sospetti polipi endometriali.
Intervention	Isteroscopia con morcellatore in regime ambulatoriale senza anestesia ('see-and-treat').
Comparison	Resettoscopia in sala operatoria con sedazione; morcellazione in sala operatoria con sedazione.
Primary Outcome	Tasso di completamento della procedura, tempo operatorio, soddisfazione, dolore (VAS).
Secondary Outcome	Esiti istologici, complicanze peri/post-operatorie, costi e numero di accessi ospedalieri.
Statement(s)	6.1

First Author	Mohanty et al.
Publication Year	2020
DOI	10.3171/2020.9.FOCUS20596
Authors	Mohanty A; Srinivasan VM; Burkhardt JK; Johnson J; Patel AJ; Sheth SA; et al.
Title	Ambulatory neurosurgery in the COVID-19 era: patient and provider satisfaction with telemedicine
Journal/Book	Neurosurgical Focus
Article type	Audit / quality improvement
Population	Pazienti (122) e operatori (40) di una clinica ambulatoriale di neurochirurgia durante la pandemia COVID-19.
Intervention	Visite ambulatoriali in telemedicina (video/telefono) in sostituzione delle visite in presenza.
Comparison	Visite in presenza (riferite dai partecipanti)
Primary Outcome	Soddisfazione di pazienti e operatori per la telemedicina (scala Likert a 5 punti).
Secondary Outcome	Convenienza, preferenze future, adeguatezza dell'esame clinico e della spiegazione dei referti radiologici.
Statement(s)	6.1, 6.3

First Author	Jokić
Publication Year	2013
DOI	10.3325/cmj.2013.54.49
Authors	Jokić D, Macan D, Perić B, Tadić M, Biočić J, Đanić P, Brajdić D
Title	Ambulatory oral surgery: 1-year experience with 11 680 patients from Zagreb district, Croatia
Journal/Book	Croatian Medical Journal
Article type	Retrospective cohort study
Population	11 680 pazienti ambulatoriali di chirurgia orale trattati nel 2011 a Zagabria, Croazia.
Intervention	Analisi retrospettiva di tipi e frequenze di diagnosi e trattamenti chirurgici orali ambulatoriali in anestesia locale.
Comparison	Confronto per sesso, età e luogo di residenza.
Primary Outcome	Frequenza di diagnosi e procedure: estrazione dentaria la più comune (37,67%), alveolectomia la più comune in sala operatoria (57,25%).
Secondary Outcome	Differenze significative per sesso (più estrazioni/incisioni negli uomini) e maggiore prevalenza di malattia parodontale in area urbana.
Statement(s)	6.1

First Author	Ghosh
Publication Year	1994
DOI	10.1002/bjs.1800811124
Authors	Ghosh S, Sallam S
Title	Patient satisfaction and postoperative demands on hospital and community services after day surgery
Journal/Book	British Journal of Surgery (BJS)
Article type	Cross-sectional study
Population	953 pazienti sottoposti a day surgery; 557 (58,4%) hanno risposto al questionario auto-compilato.
Intervention	Indagine di soddisfazione e di ricorso ai servizi ospedalieri/territoriali nelle 48 h dopo la dimissione.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Soddisfazione complessiva dopo day surgery (molto elevata).
Secondary Outcome	Contatti con ospedale (2,5% entro 24 h) e servizi territoriali (MMG 4,3%, infermiere 1,4%); motivo principale gestione del dolore.
Statement(s)	6.2.b

First Author	Jeancolas
Publication Year	2017
DOI	10.1016/j.jfo.2017.04.013
Authors	Jeancolas AL, Conart JB, Trechot F, Berrod JP, Angioi-Duprez K, Maalouf T
Title	Prise en charge ambulatoire sans controle clinique a j1 de patients operes d'une chirurgie filtrante non compliquee en peroperatoire
Journal/Book	Journal francais d'ophtalmologie
Article type	Retrospective cohort study
Population	126 pazienti (144 occhi) operati di prima chirurgia filtrante per glaucoma primario ad angolo aperto non complicata, in regime ambulatoriale.
Intervention	Gestione ambulatoriale senza controllo clinico in giornata 1, sostituito da chiamata telefonica infermieristica con questionario standardizzato; controlli a j5 e j21.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Frequenza delle complicanze postoperatorie e necessita di consultazione anticipata prima di j5.
Secondary Outcome	Risultati pressori (PIO) e modifiche terapeutiche a j5 e j21; tasso di successo a j21.
Statement(s)	6.2.b

First Author	Mouton et al.
Publication Year	2015
DOI	10.1016/j.otsr.2015.06.004
Authors	Mouton A; Le Strat V; Medevielle D; Kerroumi Y; Graff W
Title	Patient's satisfaction after outpatient forefoot surgery: Study of 619 cases
Journal/Book	Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research (OTSR)
Article type	Prospective observational study
Population	619 pazienti sottoposti a chirurgia ambulatoriale (day surgery) dell'avampiede
Intervention	Chirurgia ambulatoriale dell'avampiede con questionario telefonico di follow-up il giorno dopo l'intervento
Comparison	N/A
Primary Outcome	Esperienza e soddisfazione complessiva del paziente (punteggio 9,4/10)
Secondary Outcome	Dolore (VAS), nausea, vomito, sanguinamento, qualita del sonno; relazione tra tipo di procedura e complicanze
Statement(s)	6.2.b

First Author	Rajala
Publication Year	2025
DOI	10.1111/scs.70077
Authors	Rajala M, Kaariainen M, Tanhua A, Kaakinen P
Title	Patients' Perspectives on Postoperative Follow-Up Calls in Day Surgery: A Qualitative Study
Journal/Book	Scandinavian Journal of Caring Sciences
Article type	Qualitative study
Population	31 pazienti di day surgery di varie specialita chirurgiche di un ospedale universitario (Finlandia).
Intervention	Interviste tematiche sulle prospettive dei pazienti riguardo alle telefonate di follow-up postoperatorio.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Percezione dei pazienti sulle telefonate di follow-up (quattro categorie: pianificazione, benefici per paziente, benefici per il sistema, contenuti attesi).
Secondary Outcome	Supporto all'autocura, continuita delle cure, sicurezza a domicilio dopo la dimissione.
Statement(s)	6.2.b

First Author	Rydenfält
Publication Year	2012
DOI	10.1111/j.1365-2648.2011.05779.x
Authors	Rydenfält C, Johansson G, Larsson PA, Åkerman K, Odenrick P
Title	Social structures in the operating theatre: how contradicting rationalities and trust affect work
Journal/Book	Journal of Advanced Nursing (JAN)
Article type	Qualitative study
Population	15 professionisti sanitari di tutte le categorie del team chirurgico (studio qualitativo con interviste semi-strutturate).
Intervention	Analisi di come il contesto sociale, culturale e organizzativo influenza l'orientamento al compito comune in sala operatoria.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Descrizione delle strutture sociali, delle razionalità contrastanti e del ruolo della fiducia sul lavoro del team.
Secondary Outcome	Fattori che spiegano i fallimenti di comunicazione e la scarsa coesione dei team chirurgici.
Statement(s)	7.2, 7.3

First Author	Arad
Publication Year	2022
DOI	10.3389/fpubh.2022.1060473
Authors	Arad D, Finkelstein A, Rozenblum R, Magnezi R
Title	Patient safety and staff psychological safety: A mixed methods study on aspects of teamwork in the operating room
Journal/Book	Frontiers in Public Health
Article type	Prospective observational study
Population	Personale di sala operatoria (clinici e risk manager) in 29 ospedali; 2.184 osservazioni di interventi e 25 interviste.
Intervention	Esecuzione degli standard di sicurezza preoperatori (checklist di sicurezza chirurgica e conta chirurgica) e teamwork interprofessionale.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Entita del teamwork intraoperatorio predetta dal teamwork nelle fasi preoperatorie di sign-in e time-out.
Secondary Outcome	Fattori che influenzano la patient safety e la sicurezza psicologica del personale (presenza costante, turnover, comunicazione).
Statement(s)	7.2, 7.3

First Author	Aveling EL
Publication Year	2018
DOI	10.1016/j.athoracsur.2017.12.045
Authors	Aveling EL, Stone J, Sundt T, Wright C, Gino F, Singer S
Title	Factors Influencing Team Behaviors in Surgery: A Qualitative Study to Inform Teamwork Interventions
Journal/Book	The Annals of Thoracic Surgery
Article type	Cross-sectional study
Population	34 membri di equipe di cardiochirurgia in un grande ospedale universitario statunitense.
Intervention	Interviste semi-strutturate con analisi tematica dei fattori che influenzano i comportamenti del team.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Modelli mentali di teamwork ideale e fattori contestuali/organizzativi che li plasmano.
Secondary Outcome	Cultura organizzativa locale, competenza tecnica, adeguatezza organizzativa influenzano i comportamenti del team.
Statement(s)	7.3

First Author	Brennan
Publication Year	2025
DOI	10.1016/j.ejso.2025.109679
Authors	Brennan ES, Rehman U, Sarwar MS, Bekker KA, Cowen J, Bekker J, et al.
Title	Human factors application, decision making, team working and leadership in Surgical Oncology
Journal/Book	European Journal of Surgical Oncology (EJSO)
Article type	Narrative review
Population	Ambito della sala operatoria e dei team chirurgici in oncologia (esperienza NHS britannico).
Intervention	Applicazione dei fattori umani (human factors): decision making, comunicazione, leadership, cultura giusta.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Riduzione dell'errore medico e miglioramento della sicurezza del paziente attraverso i fattori umani.
Secondary Outcome	Impatto di fatica, idratazione/nutrizione, stress, personalità del chirurgo, situation awareness e burnout sulla performance.
Statement(s)	7.3

First Author	Bellani
Publication Year	2008
DOI	10.1016/j.ijsu.2008.12.019
Authors	Bellani ML
Title	Psychological aspects in day-case surgery
Journal/Book	International Journal of Surgery
Article type	Narrative review
Population	Pazienti adulti sottoposti a day surgery (aspetti psicologici).
Intervention	Analisi degli aspetti psicologici in day surgery: ansia preoperatoria, gestione dell'informazione e del supporto al paziente.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Cause e grado di ansia nei pazienti in day surgery e importanza di informazione/supporto adeguati e documentati.
Secondary Outcome	Strategie di gestione dell'ansia (informazione strutturata, preparazione psicologica) per migliorare esperienza e recupero.
Statement(s)	7.3

First Author	Pasquer A
Publication Year	2024
DOI	10.1186/s13037-023-00388-3
Authors	Pasquer A, Ducarroz S, Lifante JC, Skinner S, Poncet G, Duclos A
Title	Operating room organization and surgical performance: a systematic review
Journal/Book	Patient Safety in Surgery
Article type	Systematic review
Population	Studi originali (76) su procedure chirurgiche reali in sala operatoria, qualsiasi specialita.
Intervention	Fattori organizzativi della sala operatoria (composizione, stabilita del team, teamwork, scheduling, elementi di disturbo).
Comparison	N/A
Primary Outcome	Performance chirurgica: tempo operatorio, sicurezza del paziente, consumo di risorse economiche.
Secondary Outcome	Team specializzati/stabili e sale dedicate migliorano gli esiti; disturbi e comunicazione carente li peggiorano.
Statement(s)	7.3

First Author	AORN
Publication Year	2005
DOI	10.1016/S0001-2092(06)60367-0
Authors	AORN (Association of periOperative Registered Nurses)
Title	AORN Guidance Statement: Postoperative Patient Care in the Ambulatory Surgery Setting
Journal/Book	AORN Journal
Article type	Guidance statement / Practice guideline
Population	Personale sanitario e infermieristico delle strutture di chirurgia ambulatoriale (assistenza postoperatoria).
Intervention	Framework per sviluppo e implementazione di politiche/procedure per l'assistenza postoperatoria (fasi PACU I-II-III) in day surgery.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Raccomandazioni per l'assistenza postoperatoria in day surgery: transizione dall'anestesia, preparazione all'autocura, criteri di dimissione.
Secondary Outcome	Definizione delle fasi di recupero perianestesiologiche (Phase I/II/III), ruolo infermieristico e continuità assistenziale fino alla risoluzione delle sequele.
Statement(s)	8.1

First Author	Vuilleumier
Publication Year	2004
DOI	10.1007/s00268-004-7376-6
Authors	Vuilleumier H, Halkic N
Title	Laparoscopic Cholecystectomy as a Day Surgery Procedure: Implementation and Audit of 136 Consecutive Cases in a University Hospital
Journal/Book	World Journal of Surgery
Article type	Prospective observational study
Population	136 pazienti ASA 1-2motivati sottoposti a colecistectomia laparoscopica in day surgery, ospedale universitario (Svizzera).
Intervention	Colecistectomia laparoscopica ambulatoriale con selezione preoperatoria, valutazione anestesiologica e analgesia postoperatoria pianificata.
Comparison	Ricovero tradizionale (2 giorni) / dimissione in giornata vs pernottamento (<24h), confronto costi degenza-ambulatoriale.
Primary Outcome	Sicurezza e fattibilita: tasso di ammissioni non pianificate (2%), complicanze, riammissioni.
Secondary Outcome	Soddisfazione dei pazienti (97%), controllo del dolore (VAS), nausea, costi.
Statement(s)	8.2, 8.3

First Author	Van Caelenberg et al.
Publication Year	2019
DOI	10.1080/00015458.2018.1477488
Authors	Van Caelenberg E; De Regge M; Eeckloo K; Coppens M
Title	Analysis of failed discharge after ambulatory surgery: unanticipated admission
Journal/Book	Acta Chirurgica Belgica
Article type	Retrospective cohort study
Population	Pazienti adulti sottoposti a chirurgia ambulatoriale (5156 procedure): 145 con ricovero non pianificato vs 4980 dimessi in giornata; ospedale universitario di Gent (Belgio).
Intervention	Analisi dei fattori associati al fallimento della dimissione in giornata (dati demografici/organizzativi, tipo di anestesia, disciplina, durata procedura, classe ASA, severità).
Comparison	Pazienti con ricovero non pianificato vs pazienti dimessi in giornata.
Primary Outcome	Incidenza di ricovero non pianificato dopo day surgery (2,89%) e fattori predittivi (durata chirurgia 1-3 h: OR 2,05; IC95% ~1,3-3,2).
Secondary Outcome	Cause di ricovero (organizzative 45,5%; orario di fine intervento 38,6%; motivi sociali/chirurgici); ricovero non pianificato come indicatore di qualità.
Statement(s)	8.2

First Author	Simon
Publication Year	2021
DOI	10.1001/jamasurg.2021.1798
Authors	Simon BA, Assel MJ, Tin AL, Desai P, Stabile C, Baron RH, et al.
Title	Association Between Electronic Patient Symptom Reporting With Alerts and Potentially Avoidable Urgent Care Visits After Ambulatory Cancer Surgery
Journal/Book	JAMA Surgery
Article type	Retrospective cohort study
Population	7165 pazienti sottoposti a chirurgia oncologica ambulatoriale (prostatectomia, nefrectomia, mastectomia, isterectomia, tiroidectomia) in un centro di chirurgia ambulatoriale.
Intervention	Reporting elettronico dei sintomi (Recovery Tracker) per 10 giorni dopo l'intervento con alert clinici e follow-up infermieristico.
Comparison	Coorte pre-implementazione del Recovery Tracker.
Primary Outcome	Visite al pronto soccorso/urgent care potenzialmente evitabili (senza ricovero) entro 30 giorni.
Secondary Outcome	Riammissioni a 30 giorni e carico di lavoro infermieristico (chiamate/messaggi).
Statement(s)	8.3

First Author	Jaensson
Publication Year	2017
DOI	10.1093/bja/aex331
Authors	Jaensson M, Dahlberg K, Eriksson M, Nilsson U
Title	Evaluation of postoperative recovery in day surgery patients using a mobile phone application: a multicentre randomized trial
Journal/Book	British Journal of Anaesthesia
Article type	Randomized controlled trial
Population	997 pazienti adulti (>17 anni, prevalentemente ASA I-II) sottoposti a day surgery in 4 unità svedesi.
Intervention	Follow-up postoperatorio sistematico tramite app per smartphone (RAPP, questionario SwQoR).
Comparison	Cure standard con valutazione su questionario cartaceo.
Primary Outcome	Qualità del recupero postoperatorio (SwQoR) a 7 e 14 giorni; gruppo RAPP con minor disagio in vari sintomi.
Secondary Outcome	Differenze di recupero tra donne e uomini.
Statement(s)	8.3

First Author	Noble
Publication Year	2021
DOI	10.1097/XEB.0000000000000250
Authors	Noble KA
Title	Put PEP in your step with a Podiatric Enhanced Recovery After Surgery Protocol in the outpatient adult population: a best practice implementation project
Journal/Book	JBI Evidence Implementation
Article type	Before-after / implementation study
Population	Pazienti adulti di chirurgia podiatrica ambulatoriale (day surgery) in un sistema sanitario urbano USA.
Intervention	Implementazione di un protocollo ERAS podiatrico (PEP) multimodale con educazione degli stakeholder e cicli di audit/feedback (strumenti JBI GRIP e PACES).
Comparison	Dati basali pre-implementazione (luglio 2019) vs cicli post-implementazione.
Primary Outcome	Punteggi di dolore postoperatorio e durata della degenza (LOS).
Secondary Outcome	Compliance alle raccomandazioni di best practice; sostenibilita dei miglioramenti nei cicli di audit.
Statement(s)	8.3

First Author	Bopp
Publication Year	2011
DOI	PMID: 19190563
Authors	Bopp, Hofer, Klein, Weigand, Martin, Gust
Title	A liberal preoperative fasting regimen improves patient comfort and satisfaction with anesthesia care in day-stay minor surgery
Journal/Book	Minerva Anestesiologica
Article type	Randomized controlled trial
Population	Pazienti sottoposti a chirurgia oftalmica in anestesia generale o anestesia locale
Intervention	Somministrazione di 200 mL di una bevanda a base di carboidrati 2 ore prima dell'intervento
Comparison	nil per os (nulla per bocca) dopo mezzanotte
Primary Outcome	La soddisfazione del paziente per l'assistenza anestesiologica
Secondary Outcome	I parametri di comfort e benessere perioperatorio del paziente, valutati nelle varie fasi attraverso questionari dedicati:
Statement(s)	3.2

First Author	Rohi
Publication Year	2022
DOI	10.1097/ACO.0000000000001194.
Authors	A. Rohi, M. E. T. Olofsson, J. G. Jakobsson
Title	Ambulatory anesthesia and discharge: an update around guidelines and trends
Journal/Book	Curr. Opin. Anaesthesiol
Article type	Narrative review
Population	Pazienti sottoposti a chirurgia ed anestesia ambulatoriale e dimessi in giornata.
Intervention	Evoluzione dei criteri e delle score di dimissione nella chirurgia ambulatoriale.
Comparison	N/A
Primary Outcome	Le strategie perioperatorie per ottimizzare il Same-Day Discharge (SDD).
Secondary Outcome	La sicurezza e le nuove tecnologie di follow-up a domicilio.
Statement(s)	1.3

First Author	NICE
Publication Year	2016
DOI	10.1111/bju.14079
Authors	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
Title	Preoperative Tests: Routine Preoperative Tests for Elective Surgery
Journal/Book	https://www.nice.org.uk/guidance/ng45
Article type	Guidance statement / Practice guideline
Population	Pazienti con score ASA 1-2 sottopostI a chirurgia elettiva
Intervention	Le linee guida raccomandano di evitare l'esecuzione routinaria di test di laboratorio e strumentali preoperatori per interventi di chirurgia elettiva nei pazienti sani o con patologie stabili, al fine di ridurre esami non necessari, costi e ansia per il paziente
Comparison	N/A
Primary Outcome	N/A
Secondary Outcome	N/A
Statement(s)	2.2

First Author	Choosing Wisely
Publication Year	2025
DOI	N/A
Authors	Choosing Wisely
Title	5 raccomandazioni sulla ANESTESIA GREEN
Journal/Book	https://choosingwiselyitaly.org/
Article type	Guidance statement / Practice guideline
Population	Pazienti con score ASA 1-2 sottopostl a chirurgia elettiva
Intervention	Ridurre l'impatto ambientale delle sale operatorie limitando l'uso di gas inalatori inquinanti e promuovendo pratiche cliniche sostenibili
Comparison	N/A
Primary Outcome	N/A
Secondary Outcome	N/A
Statement(s)	1.2; 2.2

ALLEGATO 4 – SINTESI ESITI PRIORITIZZAZIONE DEGLI SCOPE

Le chiediamo di indicare il suo grado di accordo rispetto a ciascuno degli Statement proposti. È obbligatorio esprimere una valutazione per tutti gli Statement. Può farlo utilizzando una scala Likert da 1 a 5, dove 1 indica il massimo disaccordo e 5 il massimo accordo.Per ogni Statement, ha inoltre la possibilità di lasciare un commento libero. La invitiamo caldamente a farlo, soprattutto se ha assegnato un punteggio da 1 a 3, così da poter motivare la sua valutazione.

1. ORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO DI PRERICOVERO				
Rispondente	1.1 Il panel ritiene opportuno, nei pazienti a basso rischio (ASA 1 e 2) candidati a chirurgia minore, di organizzare il prericovero secondo modelli di triage snelli, in cui la visita in presenza può essere preceduta o, nella popolazione a basso rischio, sostituita da questionari standardizzati di autovalutazione o da intervista telefonica condotta da personale infermieristico. Tale approccio consente di identificare efficacemente i fattori di rischio, riservando la consulenza anestesiologica approfondita ai soli casi selezionati e riducendo i costi logistici e i tempi di attesa per il paziente.	1.2 Il panel ritiene appropriato, nei pazienti sani candidati a chirurgia a basso rischio e in linea con i principi del movimento "Choosing Wisely", eliminare dal percorso di prericovero i test di laboratorio, l'ECG e la radiografia del torace eseguiti in modo routinario. L'evidenza mostra che l'esecuzione di accertamenti indiscriminati non modifica la gestione anestesiologica né migliora gli esiti in questa popolazione, mentre la loro rimozione può ridurre i costi diagnostici fino a circa il 96% e i tempi di attesa a meno di 7 giorni, senza compromettere la sicurezza clinica.	1.3 Il panel ritiene appropriato riorganizzare il prericovero non solo come fase diagnostica, ma come momento cardine per l'ottimizzazione clinica e l'educazione del paziente all'interno di modelli integrati come la Perioperative Surgical Home (PSH) o i percorsi ERAS. Fornire istruzioni preoperatorie chiare (scritte e verbali) e pianificare la dimissione già in fase di prericovero sono elementi appropriati per favorire il successo della dimissione in giornata (Same-Day Discharge, SDD), migliorare la soddisfazione del paziente e ridurre i ricoveri non pianificati.	Inserisci qui un commento se hai votato tra 1 e 3
#1	5	5	5	
#2	5	4	4	
#3	5	5	5	
#4	5	5	5	
#5	4	4	5	
#6	5	5	5	
#7	5	5	5	
#8	5	4	5	
#9	4	5	4	
#10	5	5	5	
#11	5	5	5	
#12	4	5	5	Concordo con lo statement. Suggerirei solo di esplicitare che la sostituzione della visita in presenza deve avvenire all'interno di un percorso strutturato, con questionari validati, criteri di esclusione/escalation e possibilità di valutazione anestesiologica in presenza nei casi selezionati.
#13	4	5	5	
#14	5	5	5	
#15	4	4	5	
#16	5	5	5	
#17	5	5	5	
#18	4	5	5	
#19	3	5	5	Presupposto essenziale perchè risulti applicabile il punto 1.1 è una adeguata e specifica formazione del personale infermieristico dedicato al prericovero
#20	4	4	5	
#21	4	5	5	

1. ORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO DI PRERICOVERO				
#22	1	1	3	Inefficacia valutazioni eseguite da personale non idoneo privo della necessaria autorizzazione capacità e competenza Gli esami di laboratorio e ECG sono elemento indispensabile di legge per presa in carico del paziente da sottoporre ad intervento di cataratta da parte del medico anestesista.L'anestesia topica anestesia di superficie non permette controllo motilità oculare e non esercita alcuna azione per il contenimento del dolore presente statisticamente in oltre il 50% dei pazienti che si sottopongono ad intervento di cataratta. L'intervento di cataratta è un intervento maggiore. È necessario utilizzo di farmaci che per legge sono competenza specifica del medico specialista in anestesia e rianimazione.Nel paziente monocolo le complicazioni intraoperatorie possono produrre una invalidità del 100% la più costosa a carico dello Stato. Quanto al punto 1.3 non esiste a livello modello organizzativo ambulatoriale organizzazione idonea dedicata in oculistica. Il modello organizzativo ambulatoriale è utilizzato nel nostro Paese nel 94% dei 700.000 interventi di cataratta eseguiti ogni anno
#23	5	5	4	
#24	5	5	5	
#25	5	3	5	nel punto 1.2 utile lasciare la possibilità per interventi o pazienti selezionati di eseguire test di laboratorio come emocromo e test per la coagulazione
#26	5	5	4	
#27	5	5	5	
#28	5	5	5	
#29	5	5	5	
#30	4	5	5	
Minimo	1	1	3	
Quartile 1	4	5	5	
Mediana	**5**	**5**	**5**	
Quartile 3	5	5	5	
Massimo	5	5	5	
ANDAMENTO DEL CONSENSO NEL RANGE INTERQUARTILE (7-9)	93,33%	93,33%	96,67%	

2. APPROPRIATEZZA E OTTIMIZZAZIONE TEST PREOPERATORI					
Rispondente	2.1 È appropriato che, nei pazienti ASA 1–2 candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, la richiesta di test preoperatori non sia routinaria, ma guidata da anamnesi, esame obiettivo, farmaci in uso, integratori, comorbidità, tipo di procedura e tecnica anestesiologica prevista.	2.2 Il panel ritiene ragionevole non eseguire di routine esami standard, nei pazienti ASA 1–2 candidati a procedure a bassa o intermedia complessità, salvo specifiche indicazioni cliniche.	2.3 Il panel ritiene che sia opportuno adottare protocolli locali condivisi per l'appropriatezza dei test preoperatori, fondati su classe ASA, complessità chirurgica, rischio anestesiologico, condizioni cliniche individuali e disponibilità di esami recenti già eseguiti, evitando duplicazioni, falsi positivi e ritardi non necessari.	2.4 Il panel ritiene opportuno raccogliere un'anamnesi completa ed eseguire un esame obiettivo accurato ed approfondito al fine di individuare patologie significative.	Inserisci qui un commento se hai votato tra 1 e 3
#1	5	5	5	5	
#2	5	5	4	5	
#3	5	5	5	5	
#4	5	5	5	5	
#5	5	5	5	5	
#6	5	5	5	5	
#7	5	5	5	5	
#8	5	5	5	5	
#9	4	5	5	5	
#10	5	5	5	5	
#11	5	5	5	4	
#12	5	5	5	4	Concordo con lo statement. Suggerirei di sostituire "esame obiettivo accurato ed approfondito" con "esame obiettivo mirato e proporzionato al rischio clinico-anestesiologico", per renderlo più coerente con il principio di appropriatezza e con il setting ambulatoriale/day surgery
#13	5	5	5	5	
#14	5	5	5	5	
#15	5	4	5	5	
#16	5	5	5	5	
#17	5	5	5	5	
#18	5	5	5	5	
#19	5	5	5	5	
#20	5	4	4	5	
#21	5	4	5	5	
#22	1	1	1	3	Test preoperatori obbligatori nella chirurgia della cataratta per poter utilizzare propriamente i farmaci anestesiologici necessari La chirurgia della cataratta è intervento chirurgico ad alta complessità riconosciuto in tutto il mondo. Solo incompetenza e ignoranza sostengono posizioni differenziate. Il capo chirurgo ha la responsabilità legale della composizione dell'equipe chirurgica Gli esami per gli interventi chirurgici in molte regioni hanno scadenza dopo 30 giorni. L'esame obiettivo accurato e approfondito pre operatorio è compito specifico del medico anestesista che valuta possibilità in tubazione e gestione farmacologica complicazioni intraoperatorie
#23	5	5	5	5	
#24	5	5	5	4	
#25	5	5	5	5	
#26	4	5	4	4	
#27	5	5	5	5	
#28	5	5	5	5	
#29	5	5	4	5	
#30	5	4	5	5	
Minimo	1	1	1	3	
Quartile 1	5	5	5	5	
Mediana	**5**	**5**	**5**	**5**	
Quartile 3	5	5	5	5	
Massimo	5	5	5	5	
ANDAMENTO DEL CONSENSO NEL RANGE INTERQUARTILE (7-9)	96,67%	96,67%	96,67%	96,67%	

3 LOGISTICA DELLA PREPARAZIONE E INFORMAZIONE AL PAZIENTE						
Rispondente	3.1 Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene appropriato adottare criteri di selezione espliciti, scritti e condivisi che integrino classe ASA, comorbidità, BMI, età, tipologia e durata prevista dell'intervento, tecnica anestesiologica prevista, contesto sociale e disponibilità di un caregiver, al fine di ridurre riammissioni non programmate e conversioni in ricovero.	3.2 Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire istruzioni uniformi e scritte sul digiuno preoperatorio adeguate alle linee guida internazionali (schema 6-4-2 per solidi, latte materno e liquidi chiari), evitando digiuni eccessivi non motivati da indicazioni cliniche o procedurali che richiedano condizioni più restrittive o specifiche.	3.3 Nelle strutture che erogano chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene ragionevole adottare modelli organizzativi protocollati e centralizzati di gestione del percorso perioperatorio (es. Perioperative Surgical Home), con responsabilità definite e con monitoraggio sistematico di indicatori di processo (rispetto del digiuno, cancellazioni, tempi di attesa) ed esito (riammissioni, complicanze, accessi non programmati al PS).	3.4 Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire un'informazione preoperatoria al paziente ed al caregiver – se presente – strutturata in fase di pre-ricovero, con linguaggio chiaro, comprensibile e tracciata in cartella, che includa tipo di intervento e tecnica anestesiologica prevista, digiuno preoperatorio, gestione della terapia domiciliare, controllo del dolore postoperatorio, criteri di dimissione, segnali di allarme e canali di contatto post-dimissione.	3.5 Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato di integrare nell'informazione preoperatoria un programma educazionale strutturato sulla gestione del dolore, che distingua esplicitamente il "dolore atteso" dalla "complicanza" e fornisca istruzioni dettagliate sulla gestione domiciliare dell'analgesia, al fine di ridurre il consumo di oppioidi, l'ansia preoperatoria e gli accessi impropri ai servizi sanitari.	Inserisci qui un commento se hai votato tra 1 e 3
#1	5	5	5	5	5	
#2	4	4	4	5	5	
#3	5	5	5	5	5	
#4	5	5	5	5	5	
#5	3	4	4	5	4	I questionari devono essere preparati per la parte anestesiologica e internistica dai medici specialisti del settore con responsabilità ben definite , toglierei il BMI o introdurrei sistemi di calcolo automatici
#6	5	5	5	5	5	
#7	5	5	5	5	5	
#8	5	5	5	5	5	
#9	4	5	4	5	5	
#10	5	5	5	5	5	
#11	5	5	5	5	5	
#12	5	4	5	5	5	In riferimento allo statement 3.2, concordo con il principio generale, ma suggerisco una riformulazione perché il riferimento al "latte materno" appare non pertinente in uno statement rivolto a pazienti adulti. Proposta: "Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire istruzioni uniformi e scritte sul digiuno preoperatorio, coerenti con le linee guida internazionali, evitando digiuni eccessivi non motivati da specifiche indicazioni cliniche o procedurali. In generale, nei pazienti adulti a basso rischio, possono essere consentiti liquidi chiari fino a 2 ore prima dell'anestesia e alimenti solidi/pasti leggeri fino a 6 ore prima, salvo indicazioni più restrittive."
#13	5	5	5	5	5	
#14	5	5	5	5	5	
#15	5	5	5	5	5	
#16	5	5	5	5	5	
#17	5	5	5	5	5	
#18	5	5	5	5	5	
#19	5	5	5	5	5	
#20	4	5	4	5	5	
#21	5	5	4	5	5	
#22	1	3	3	5	1	Il protocollo deve essere personalizzato per ogni paziente Rischio di indicazioni sul digiuno preoperatorio che impediscono utilizzo farmaci anestesiologici in caso di complicazione Il dolore in chirurgia della cataratta priva di complicazioni intraoperatorie non è presente nel postoperatorio e quindi deve essere motivazione per sottoporsi a valutazione medica senza perdita di tempo .Per questo è obbligatorio reperibilità h 24 il primo giorno postop
#23	5	5	5	5	5	
#24	5	5	5	5	5	

3 LOGISTICA DELLA PREPARAZIONE E INFORMAZIONE AL PAZIENTE						
#25	5	5	5	5	5	
#26	5	5	4	5	5	
#27	5	5	5	5	5	
#28	4	5	5	5	5	
#29	5	5	4	5	5	
#30	5	5	5	5	5	
Minimo	1	3	3	5	1	
Quartile 1	5	5	4,25	5	5	
Mediana	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	
Quartile 3	5	5	5	5	5	
Massimo	5	5	5	5	5	
ANDAMENTO DEL CONSENSO NEL RANGE INTERQUARTILE (7-9)	93,33%	96,67%	96,67%	100,00%	96,67%	

4 GESTIONE DELLA POLITERAPIA FARMACOLOGICA DOMICILIARE				
Rispondente	4.1 Il panel ritiene appropriata una ricognizione strutturata e documentata della terapia domiciliare e della terapia antalgica, con particolare attenzione ai farmaci ed agli integratori che possono influenzare la gestione peri-operatoria, nonché la consegna al paziente o a chi si prende cura del paziente, di indicazioni scritte sulla terapia da assumere prima e dopo l'intervento.	4.2 Il panel ritiene appropriata la modulazione della terapia antiaggregante/anticoagulante in base al profilo farmacocinetico del farmaco, al rischio tromboembolico individuale e al rischio emorragico della procedura in accordo con le vigenti linee guida internazionali e previa condivisione multidisciplinare**.	4.3 Il panel ritiene che, nei pazienti affetti da diabete mellito in trattamento domiciliare, la gestione peri-operatoria dei farmaci ipoglicemizzanti e dell'eventuale terapia insulinica debba essere definita esplicitamente prima della procedura chirurgica.	Inserisci qui un commento se hai votato tra 1 e 3
#1	5	5	5	
#2	5	5	5	
#3	5	5	5	
#4	5	5	5	
#5	4	4	4	Definire bene chi si occuperà di questa gestione farmacologica
#6	5	5	5	
#7	5	5	5	
#8	5	5	5	
#9	5	5	3	4.3: ....anche se definito tutto prima, nei pazienti diabetici o comunque in pazienti con altre patologie che necessitano di terapie domiciliari personali e' fondamentale responsabilizzare anche il medico di medicina generale che oltretutto dovrebbe conoscere meglio lo stato del suo paziente
#10	5	5	5	
#11	5	5	5	
#12	5	5	5	
#13	5	5	5	
#14	5	5	5	
#15	5	5	5	
#16	5	5	5	
#17	5	5	5	
#18	5	5	4	
#19	5	5	5	
#20	5	4	4	
#21	5	5	5	
#22	5	3	5	Linee guida internazionali controverse e in contrapposizione per indicazioni La chirurgia della cataratta avviene normalmente senza interessare tessuti vascolarizzati
#23	5	5	5	
#24	5	5	5	
#25	5	5	5	
#26	5	5	4	
#27	5	5	5	
#28	5	5	5	
#29	5	5	5	
#30	4	5	4	
Minimo	4	3	3	
Quartile 1	5	5	5	
Mediana	**5**	**5**	**5**	
Quartile 3	5	5	5	
Massimo	5	5	5	
ANDAMENTO DEL CONSENSO NEL RANGE INTERQUARTILE (7-9)	100,00%	96,67%	96,67%	

5.MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO						
Rispondente	5.1. Nella organizzazione del percorso diagnostico e terapeutico della chirurgia ambulatoriale e Day Surgery il panel ritiene appropriata la creazione di un set di indicatori di processo e di esito in grado di assicurare un monitoraggio continuo nel tempo della efficienza organizzativa, della qualità delle cure e degli esiti di salute.	5.2. Il panel ritiene che le procedure per il trattamento del dolore, della nausea e del vomito nella PACU (Unità di Terapia Intensiva Post-Anestesia) devono essere redatte per iscritto ed inserite formalmente nella documentazione del PDTA chirurgico. È opportuno che la valutazione del dolore comprenda l'intensità, la localizzazione, la qualità, la durata, l'insorgenza e l'efficacia del trattamento.	5.3. Il panel ritiene che l'adozione di protocolli formativi possa uniformare i comportamenti e favorire la omogeneità degli stessi.	5.4. Il panel ritiene appropriato che ciascun gruppo definisca una check-list chirurgica, in linea con quella proposta dalla WHO che venga discussa dal team (chirurgo, infermieri e anestesista) che esegue le procedure.	5.5 Il panel ritiene utile ed appropriato l'uso di un sistema elettronico che agevoli e snellisca la sorveglianza e la corretta compilazione della checklist Chirurgica.	Inserisci qui un commento se hai votato tra 1 e 3
#1	5	5	5	5	5	
#2	4	5	5	5	5	
#3	5	5	5	5	5	
#4	5	5	5	5	5	
#5	4	3	4	4	4	
#6	5	5	5	5	5	
#7	5	5	5	5	5	
#8	5	5	5	5	5	
#9	5	4	5	4	4	
#10	4	4	5	5	4	
#11	5	5	5	5	5	
#12	5	5	4	5	5	Concordo con il principio dello statement. Suggerirei tuttavia di riformulare "protocolli formativi" in "programmi formativi strutturati, periodici e multidisciplinari", finalizzati a uniformare i comportamenti del team e migliorare l'aderenza ai percorsi di sicurezza.
#13	5	5	5	5	5	
#14	5	5	5	5	4	
#15	5	5	5	5	5	
#16	5	5	5	5	5	
#17	5	5	5	5	5	
#18	5	5	4	4	4	
#19	5	5	5	5	5	
#20	5	5	5	4	4	
#21	4	5	4	5	5	
#22	1	3	3	5	3	Oggi non proponibile in chirurgia ambulatoriale.Totalmente disatteso Dolore non significativo in chirurgia della cataratta Attualmente non si è riusciti a creare in oculistica protocolli omogenei Sistema elettronico non presente nel 95% delle strutture ambulatoriali
#23	5	5	4	5	5	
#24	5	5	5	5	5	
#25	5	5	5	5	5	
#26	4	4	4	5	5	
#27	5	5	5	5	5	
#28	5	5	5	5	5	
#29	5	4	5	5	5	
#30	4	4	4	4	5	
Minimo	1	3	3	4	3	
Quartile 1	5	5	4,25	5	5	
Mediana	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	
Quartile 3	5	5	5	5	5	
Massimo	5	5	5	5	5	
ANDAMENTO DEL CONSENSO NEL RANGE INTER-QUARTILE (7-9)	96,67%	93,33%	96,67%	100,00%	96,67%	

6. TELECONSULTO				
Rispondente	6.1 Nei pazienti adulti a basso rischio (ASA 1-2) candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene ragionevole utilizzare il teleconsulto preoperatorio strutturato con checklist predefinita per la valutazione di eleggibilità, comorbidità, terapia farmacologica, aspettative del paziente, informazione preoperatoria e raccolta del consenso, in alternativa o in integrazione alla visita in presenza prevista in caso di criticità procedurali cliniche e organizzative.	6.2 Nei pazienti adulti dimessi dopo chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato prevedere un follow-up telematico programmato entro 24-48 ore, eseguito secondo questionario strutturato, finalizzato a verificare la gestione del dolore, complicanze precoci, aderenza alle istruzioni di dimissione e necessità di rivalutazione clinica.	6.3 Nelle strutture che implementano sistemi di telemedicina nel percorso di chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato adottare un sistema strutturato di controllo della qualità del dato, monitoraggio della soddisfazione dell'utente, protezione dei dati personali e tracciabilità documentale, integrato con il sistema informativo aziendale e conforme ai requisiti normativi (GDPR, linee guida AGENAS sulla telemedicina).	Inserisci qui un commento se hai votato tra 1 e 3
#1	5	5	5	
#2	4	5	5	
#3	4	5	5	
#4	5	5	5	
#5	4	3	3	Potrebbe crearsi un aumento delle incombenze burocratiche e un aumento della complessità del percorso
#6	5	5	5	
#7	5	5	5	
#8	5	5	5	
#9	2	2	4	6.1: non capisco come il paziente possa firmare il consenso in caso di teleconsulto in alternativa alla presenza 6.2: chi controlla il follow up telematico in caso di complicanza precoce al domicilio e neccessità di intervento immediato?
#10	5	4	4	
#11	5	5	5	condivido i punti e chiederei solo di chiarire meglio, come in altro statement, che il teleconsulto potrebbe essere eseguito da infermiere e in particolare la raccolta del consenso scritto potrebbe poi dover avvenire direttamente il giorno dell'intervento (se la struttura non prevede sistema di firma digitale da remoto)
#12	4	5	5	Concordo con lo statement. Suggerirei solo di precisare che il teleconsulto supporta l'informazione preoperatoria e la documentazione del colloquio, mentre l'acquisizione del consenso deve avvenire secondo la normativa vigente e le procedure aziendali, con criteri chiari di invio alla visita in presenza quando necessario.
#13	5	5	5	
#14	4	4	5	
#15	5	5	5	
#16	5	5	5	
#17	4	4	5	
#18	4	5	5	
#19	3	5	5	Definire il ruoli e profili di responsabilità esatti del professionista che effettua il teleconsulto (anestesista? Chirurgo?)
#20	4	4	5	
#21	5	5	5	
#22	4	1	1	In oculistica non attuabile Necessaria valutazione lampada a fessura Attualmente inesistente perché non operativo
#23	5	5	5	
#24	5	5	5	
#25	5	5	5	
#26	5	5	4	

6. TELECONSULTO				
#27	5	5	5	
#28	5	5	5	
#29	5	5	5	
#30	4	4	4	
Minimo	2	1	1	
Quartile 1	4	4,25	5	
Mediana	**5**	**5**	**5**	
Quartile 3	5	5	5	
Massimo	5	5	5	
ANDAMENTO DEL CONSENSO NEL RANGE INTERQUARTILE (7-9)	93,33%	90,00%	93,33%	

7. GESTIONE CASI PARTICOLARI				
Rispondente	7.1. Per i pazienti affetti da diabete di tipo 2 in trattamento con farmaci antidiabetici orali che si sottopongono ad intervento chirurgico in setting di chirurgia ambulatoriale e Day Surgery, il panel ritiene appropriata l'inclusione controllo dei valori di HbA1c nel periodo preoperatorio.	7.2. Il panel ritiene appropriato che, nei pazienti adulti ASA 1-2 candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, si considerino casi particolari e pertanto necessitino di strategie dedicate quelle condizioni in cui sono presenti barriere comunicative e culturali (ad esempio: paziente non madre lingua italiana), disabilità sensoriali che interferiscono con la comunicazione (ad esempio il paziente sordo muto o cieco), fragilità sociale con inadeguatezza del supporto familiare o sociale, abitudini di vita a rischio.	7.3. Il panel ritiene auspicabile che nel paziente fragile (con fragilità si intende l'età, la situazione sociale complessa e le disabilità), seppur ASA1-2, si richieda una formazione specifica ed una forte collaborazione da parte del Caregiver.	Inserisci qui un commento se hai votato tra 1 e 3
#1	5	5	5	
#2	4	4	5	
#3	5	5	5	
#4	5	5	5	
#5	3	4	4	
#6	5	5	5	
#7	5	5	5	
#8	5	5	5	
#9	5	5	5	
#10	5	5	5	
#11	3	4	5	attenzione che da LG per alcune chirurgie ambulatoriali (es Cataratta) non è nemmeno richiesto il valore della glicemia perchè non impatta su outcome (a meno che quadri disastrosamente scompensati), chiediamo quindi la glicata perchè? In teoria se il pz diabetico produce in visita o teleconsulto resoconto delle prorpie glicemie potrebbe non essere necessario chiedere altro.
#12	5	5	4	Come riformulazione dello statement 7.3, proporrei: Nei pazienti adulti ASA 1–2 candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery che presentino fragilità clinica, disabilità, vulnerabilità sociale o supporto domiciliare complesso, il panel ritiene auspicabile un percorso educativo strutturato rivolto al paziente e al caregiver, finalizzato alla corretta comprensione delle istruzioni perioperatorie, dei criteri di dimissione, dei segni di allarme e delle modalità di accesso ai servizi sanitari dopo la dimissione. Questa versione renderebbe più operativo il ruolo del caregiver.
#13	4	5	5	
#14	4	4	5	
#15	5	5	4	
#16	5	5	5	
#17	4	5	5	
#18	4	5	5	
#19	5	5	5	
#20	4	5	5	
#21	4	5	5	
#22	4	5	5	
#23	4	5	5	
#24	4	5	5	
#25	5	5	5	

7. GESTIONE CASI PARTICOLARI				
#26	4	4	5	
#27	5	5	5	
#28	4	5	4	
#29	5	5	5	
#30	4	4	4	
Minimo	3	4	4	
Quartile 1	4	5	5	
Mediana	**4,5**	**5**	**5**	
Quartile 3	5	5	5	
Massimo	5	5	5	
ANDAMENTO DEL CONSENSO NEL RANGE INTERQUARTILE (7-9)	93,33%	100,00%	100,00%	

8. GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA				
Rispondente	8.1 Il panel ritiene appropriata l'integrazione di linguaggi infermieristici standardizzati (come il Perioperative Nursing Data Set - PNDS) all'interno della Cartella Clinica per garantire una progressione fluida delle cure, prevenire la duplicazione dei dati e consentire audit accurati sulla qualità del percorso. Una documentazione incoerente o mancante nei sistemi informatici può infatti alterare la percezione dell'efficacia dei protocolli clinici e dei tempi di dimissione.	8.2 Per i pazienti ASA 1 e 2, il panel ritiene appropriato includere nella documentazione pre-operatoria checklist di screening strutturate per identificare comorbidità (es. apnea notturna) e condizioni sociali che potrebbero controindicare la day surgery. La registrazione accurata dello stato ASA e della complessità chirurgica nel database ospedaliero è ritenuta opportuna per anticipare e ridurre il rischio di ammissioni impreviste.	8.3 Il panel ritiene ragionevole una gestione documentale completa che preveda la registrazione sistematica delle istruzioni preoperatorie fornite al paziente (es. protocolli ERAS, gestione del dolore) e l'integrazione di sistemi di monitoraggio postoperatorio (come app mobili o chiamate di follow-up) nel dossier sanitario. L'uso di strumenti digitali per il reporting dei sintomi consente di distinguere tra decorsi normali e complicanze, riducendo gli accessi non necessari al pronto soccorso.	Inserisci qui un commento se hai votato tra 1 e 3
#1	5	5	5	
#2	5	5	5	
#3	5	5	5	
#4	5	5	5	
#5	3	3	3	Chi se ne occuperebbe? Da definire a cura di specialisti del settore
#6	5	5	5	Si fa riferimento esclusivamnte alla cartella clinica informatizzata. E chi non c l'ha?
#7	5	5	5	
#8	5	5	5	
#9	5	5	4	
#10	5	5	5	
#11	5	5	5	
#12	5	5	5	
#13	5	4	5	
#14	5	5	5	
#15	5	5	5	
#16	5	5	5	
#17	5	5	5	
#18	5	5	5	
#19	5	5	5	
#20	5	4	4	
#21	5	4	4	
#22	1	4	1	Non esistenti in oculistica Inappicabile
#23	5	5	5	
#24	4	5	5	
#25	4	5	5	
#26	4	4	4	
#27	4	5	5	come già fatto in fase di stesura torno a ricordare che relativamente al contesto nazionale si stanno già adottando linguaggi standardizzati diversi dai PDNS e che quindi questo sarà eventualmente un ITEM da armonizzare rispetto ad altri documenti.
#28	5	5	5	
#29	5	5	5	
#30	4	5	4	

8. GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA				
Minimo	1	3	1	
Quartile 1	5	5	5	
Mediana	**5**	**5**	**5**	
Quartile 3	5	5	5	
Massimo	5	5	5	
ANDAMENTO DEL CONSENSO NEL RANGE INTERQUARTILE (7-9)	93,33%	96,67%	93,33%	

ALLEGATO 5 – SINTESI ESITI VOTAZIONE STATEMENT E RAZIONALI

SEZIONE	STATEMENT	COMMENTO RICEVUTO	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	APPLICABILITÀ	PROPOSTA DI RIFORMULAZIONE O INTEGRAZIONE
1. Prericovero	1.1	Concordo con lo statement. Suggerirei solo di esplicitare che la sostituzione della visita in presenza deve avvenire all'interno di un percorso strutturato, con questionari validati, criteri di esclusione/escalation e possibilità di valutazione anestesiologica in presenza nei casi selezionati.	N/A	Applicabile	"...sostituita da questionari standardizzati e validati di autovalutazione o da intervista telefonica condotta da personale infermieristico dedicato, all'interno di un percorso strutturato con criteri predefiniti di esclusione/escalation verso valutazione anestesiologica in presenza."
	1.1	Presupposto essenziale perchè risulti applicabile il punto 1.1 è una adeguata e specifica formazione del personale infermieristico dedicato al prericovero	N/A	Applicabile	Aggiunto nel razionale"Presupposto per l'applicabilità del percorso è una formazione specifica del personale infermieristico coinvolto."
	1.1 / 1.2	Inefficacia valutazioni eseguite da personale non idoneo privo della necessaria autorizzazione capacità e competenza Gli esami di laboratorio e ECG sono elemento indispensabile di legge per presa in carico del paziente da sottoporre ad intervento di cataratta da parte del medico anestesista.L'anestesia topica anestesia di superficie non permette controllo motilità oculare e non esercita alcuna azione per il contenimento del dolore presente statisticamente in oltre il 50% dei pazienti che si sottopongono ad intervento di cataratta.	N/A	Non applicabile	Non risulta una norma nazionale specifica che renda obbligatori esami ematochimici/ECG per la sola cataratta. La responsabilità è in capo all'équipe ma non è pertinente al tema degli esami di laboratorio e circa l'appropriatezza. La scadenza degli esami riguarda validità temporale, non l'appropriatezza clinica.
		L'intervento di cataratta è un intervento maggiore. È necessario utilizzo di farmaci che per legge sono competenza specifica del medico specialista in anestesia e rianimazione.			Se la chirurgia è stata già stata classificata come una chirurgia ambulatoriale con un percorso semplificato di poche ore non è possibile applicare il modello ERAS
		Nel paziente monocolo le complicazioni intraoperatorie possono produrre una invalidità del 100% la più costosa a carico dello Stato.	N/A	Applicabile	Inserito nel razionale: In particolare, nel paziente monocolo con sospetta scarsa collaborazione, previa valutazione, può essere appropriata una presa in carico diretta da parte dell'anestesista rianimatore già in fase di prericovero, in ragione delle maggiori implicazioni cliniche e medico-legali di un'eventuale complicanza intraoperatoria in questo sottogruppo.
	1.2	nel punto 1.2 utile lasciare la possibilità per interventi o pazienti selezionati di eseguire test di laboratorio come emocromo e test per la coagulazione	N/A	Applicabile	Aggiunto nel razionale "Resta comunque facoltà del clinico richiedere accertamenti mirati (ad esempio emocromo o coagulazione) in casi selezionati, sulla base del profilo di rischio individuale o della tipologia di intervento: il criterio discriminante non è la presenza o assenza del test in sé, ma la capacità del suo esito di modificare la gestione clinica o di apportare un valore aggiunto rispetto allo standard di cura — condizione che distingue l'appropriatezza selettiva dalla pratica routinaria e indiscriminata oggetto di de-implementazione."

SEZIONE	STATEMENT	COMMENTO RICEVUTO	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	APPLICABILITÀ	PROPOSTA DI RIFORMULAZIONE O INTEGRAZIONE
1. Prericovero	1.3	Quanto al punto 1.3 non esiste a livello modello organizzativo ambulatoriale organizzazione idonea dedicata in oculistica. Il modello organizzativo ambulatoriale è utilizzato nel nostro Paese nel 94% dei 700.000 interventi di cataratta eseguiti ogni anno	N/A	Non applicabile	Il gold stardard è la chirurgia cataratta è clasificata a livello regionale una chirurgia ambulatoriale pertanto, per definizione, non rientra nella definizione di una filosofia clinica ERAS con ricovero differenziato. Se la chirurgia è stata già stata classificata come una chirurgia ambulatoriale con un percorso semplificato di poche ore non è possibile applicare il modello ERAS
2. Appropriatezza test preoperatori	2.4	Concordo con lo statement. Suggerirei di sostituire "esame obiettivo accurato ed approfondito" con "esame obiettivo mirato e proporzionato al rischio clinico-anestesiologico", per renderlo più coerente con il principio di appropriatezza e con il setting ambulatoriale/day surgery	N/A	Applicabile	Accogliere la riformulazione come proposta dal revisore.
	2.4	Test preoperatori obbligatori nella chirurgia della cataratta per poter utilizzare propriamente i farmaci anestesiologici necessari La chirurgia della cataratta è intervento chirurgico ad alta complessità riconosciuto in tutto il mondo. Solo incompetenza e ignoranza sostengono posizioni differenziate. Il capo chirurgo ha la responsabilità legale della composizione dell'equipe chirurgica Gli esami per gli interventi chirurgici in molte regioni hanno scadenza dopo 30 giorni. L'esame obiettivo accurato e approfondito pre operatorio è compito specifico del medico anestesista che valuta possibilità in tubazione e gestione farmacologica complicazioni intraoperatorie	N/A	Non applicabile	Questa osservazione non è applicabile al contesto di elezione ma solo in caso di complicanza emergnza urgenza, durante l'esecuzione dell'intervento, dove l'anestesista garantisce il suo intervento.

SEZIONE	STATEMENT	COMMENTO RICEVUTO	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	APPLICABILITÀ	PROPOSTA DI RIFORMULAZIONE O INTEGRAZIONE
3. Logistica e informazione al paziente	3.1-3.5	Il protocollo deve essere personalizzato per ogni paziente Rischio di indicazioni sul digiuno preoperatorio che impediscono utilizzo farmaci anestesiologici in caso di complicazione Il dolore in chirurgia della cataratta priva di complicazioni intraoperatorie non è presente nel postoperatorio e quindi deve essere motivazione per sottoporsi a valutazione medica senza perdita di tempo .Per questo è obbligatorio reperibilità h 24 il primo giorno postop	N/A	Già coperto	Nessuna modifica necessaria: il principio è già presente nell'impostazione generale del documento.
	3.1	I questionari devono essere preparati per la parte anestesiologica e internistica dai medici specialisti del settore con responsabilità ben definite , toglierei il BMI o introdurrei sistemi di calcolo automatici	N/A	Parzialmente applicabile	Inserito nel razionale: Appare opportuno ipotizzare la predisposizione di un questionario di raccolta dati condiviso tra tutte le figure specialistiche coinvolte nel percorso, incluso il medico anestesista, al fine di uniformare la raccolta di tali variabili e renderle disponibili in fase decisionale.
	3.2	In riferimento allo statement 3.2, concordo con il principio generale, ma suggerisco una riformulazione perché il riferimento al "latte materno" appare non pertinente in uno statement rivolto a pazienti adulti. Proposta: "Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire istruzioni uniformi e scritte sul digiuno preoperatorio, coerenti con le linee guida internazionali, evitando digiuni eccessivi non motivati da specifiche indicazioni cliniche o procedurali. In generale, nei pazienti adulti a basso rischio, possono essere consentiti liquidi chiari fino a 2 ore prima dell'anestesia e alimenti solidi/pasti leggeri fino a 6 ore prima, salvo indicazioni più restrittive."	N/A	Applicabile	Modifica apportata nella raccomandazione e inserita tabella riassuntiva su schema
	3.4 / 3.5	Per questo è obbligatorio reperibilità h 24 il primo giorno postop	N/A	Già coperto	Già presente nel razionale: "canali di contatto attivi 24 ore su 24, si è dimostrata elemento abilitante per la gestione domiciliare dell'analgesia continua dopo chirurgia ambulatoriale, con elevata soddisfazione dei pazienti e fallimenti riconducibili in parte proprio a difetti di comprensione delle istruzioni. E' stato tuttavia specificato nel razionale che "In caso di necessità, al paziente deve essere fornito nella lettera di dimissione un recapito telefonico utile. "

SEZIONE	STATEMENT	COMMENTO RICEVUTO	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	APPLICABILITÀ	PROPOSTA DI RIFORMULAZIONE O INTEGRAZIONE
4. Politerapia farmacologica domiciliare	4.2	Linee guida internazionali controverse e in contrapposizione per indicazioni La chirurgia della cataratta avviene normalmente senza interessare tessuti vascolarizzati	N/A	Già coperto	Vero per la cataratta in anestesia topica, ma lo statement 4.2 è generale per la chirurgia ambulatoriale/ day surgery; già coperto da "rischio emorragico della procedura" nel testo attual,e pertanto nessuna modifica necessaria: il concetto è già coperto dal riferimento al rischio emorragico specifico della procedura.
	4.2	Definire bene chi si occuperà della gestione farmacologica.	N/A	Applicabile	Inserito nel razionale "Appare inoltre opportuno specificare che la responsabilità della gestione farmacologica perioperatoria sia condivisa anche con il medico prescrittore/medico di medicina generale, quale igura di riferimento sulla terapia cronica del paziente."
	4.3	....anche se definito tutto prima, nei pazienti diabetici o comunque in pazienti con altre patologie che necessitano di terapie domiciliari personali e' fondamentale responsabilizzare anche il medico di medicina generale che oltretutto dovrebbe conoscere meglio lo stato del suo paziente	N/A	Applicabile	Inserito nel razionale "Appare inoltre opportuno specificare che la responsabilità della gestione farmacologica perioperatoria sia condivisa anche con il medico prescrittore/medico di medicina generale, quale igura di riferimento sulla terapia cronica del paziente."
5. Monitoraggio qualità e rischio clinico	5.1-5.5	Oggi non proponibile in chirurgia ambulatoriale.Totalmente disatteso Dolore non significativo in chirurgia della cataratta Attualmente non si è riusciti a creare in oculistica protocolli omogenei Sistema elettronico non presente nel 95% delle strutture ambulatoriali	N/A	Non applicabile come modifica di merito / applicabile come nota di contesto	"Inserita NOTA DI CONTESTO: Il panel prende atto della diversità organizzative e dotazioni strutturali delle diverse realtà sanitarie italiane, tuttavia ritiene ragionevole tendere, ove possibile, alla realizzazione del modello descritto."

SEZIONE	STATEMENT	COMMENTO RICEVUTO	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	APPLICABILITÀ	PROPOSTA DI RIFORMULAZIONE O INTEGRAZIONE
6. Teleconsulto	6.1	In oculistica non attuabile: necessaria valutazione con lampada a fessura, attualmente non operativo.	Eccezione specialità-specifica reale (esame diretto necessario in oftalmologia); non invalida lo statement generale.	Applicabile come eccezione specifica	Aggiungere: statement midificato come segue: integrazione alla visita in presenza prevista in caso di criticità procedurali cliniche e organizzative. per l'esecuzione di un esame obiettivo o qualsiasi valutazione clinica e/o strumentale che richiedono la visita in presenza.
	6.1-6.3	Concordo con lo statement. Suggerirei solo di precisare che il teleconsulto supporta l'informazione preoperatoria e la documentazione del colloquio, mentre l'acquisizione del consenso deve avvenire secondo la normativa vigente e le procedure aziendali, con criteri chiari di invio alla visita in presenza quando necessario.	N/A	Applicabile	Accolta l'integrazione come proposta dal revisore.
	6.1	condivido i punti e chiederei solo di chiarire meglio, come in altro statement, che il teleconsulto potrebbe essere eseguito da infermiere e in particolare la raccolta del consenso scritto potrebbe poi dover avvenire direttamente il giorno dell'intervento (se la struttura non prevede sistema di firma digitale da remoto)	Verificato: la L. 219/2017 sul consenso informato richiede che il consenso sia raccolto dal medico/ team curante che esegue l'atto, con acquisizione formale; in assenza di infrastruttura di firma digitale remota è prassi corretta rimandare la sottoscrizione al giorno dell'intervento.	Applicabile e fondata	Inserito un box informativo
	6.1-6.3	Potrebbe crearsi un aumento delle incombenze burocratiche e un aumento della complessità del percorso		Già presente	I limiti e i benifici sono riportati nel seguente passaggio del razionale: "Il panel ritiene pertanto che, nelle strutture che adottano la telemedicina nel percorso di chirurgia ambulatoriale, il bilancio sia chiaramente favorevole all'implementazione di un sistema strutturato di controllo della qualità del dato, monitoraggio della soddisfazione, protezione dei dati e tracciabilità documentale: i costi organizzativi sono contenuti e in larga parte già imposti dal quadro regolatorio, mentre l'assenza di tali presidi espone a rischi clinici, informativi e legali non giustificabili." non essendoci obbligatorietà.

SEZIONE	STATEMENT	COMMENTO RICEVUTO	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	APPLICABILITÀ	PROPOSTA DI RIFORMULAZIONE O INTEGRAZIONE
6. Teleconsulto	6.1	Non è chiaro come il paziente possa firmare il consenso in caso di teleconsulto in alternativa alla visita in presenza.	Vedi verifica su L. 219/2017 nella riga dedicata sopra: necessaria esplicitazione della modalità operativa.	Applicabile	Inserito un box informativo
	6.2	Chi controlla il follow-up telematico in caso di complicanza precoce al domicilio con necessità di intervento immediato?	N/A	Applicabile	Satement modificato così Nei pazienti adulti dimessi dopo chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato prevedere un follow-up asincrono programmato entro 24-48 ore, eseguito secondo questionario strutturato, finalizzato a verificare la gestione del dolore, complicanze precoci, aderenza alle istruzioni di dimissione e necessità di rivalutazione clinica. È appropriato individuare un referente/canale di escalation clinica in caso di complicanza rilevata al follow-up telematico.
7. Paziente fragile	7.3	Come riformulazione dello statement 7.3, proporrei: Nei pazienti adulti ASA 1–2 candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery che presentino fragilità clinica, disabilità, vulnerabilità sociale o supporto domiciliare complesso, il panel ritiene auspicabile un percorso educativo strutturato rivolto al paziente e al caregiver, finalizzato alla corretta comprensione delle istruzioni perioperatorie, dei criteri di dimissione, dei segni di allarme e delle modalità di accesso ai servizi sanitari dopo la dimissione. Questa versione renderebbe più operativo il ruolo del caregiver.	N/A	Applicabile	Modificato: Il panel ritiene auspicabile che nei pazienti ASA 1-2 con fragilità clinica/disabilità/vulnerabilità sociale sia previsto un percorso educativo strutturato sia per il paziente che per il caregiver.
	7.3	Attenzione che da LG per alcune chirurgie ambulatoriali (es Cataratta) non è nemmeno richiesto il valore della glicemia perchè non impatta su outcome (a meno che quadri disastrosamente scompensati), chiediamo quindi la glicata perchè? In teoria se il pz diabetico produce in visita o teleconsulto resoconto delle prorpie glicemie potrebbe non essere necessario chiedere altro.		Non applicabile	Non è la glicemia che guida la gravità di patologia ma l'emoglobina glicata.

SEZIONE	STATEMENT	COMMENTO RICEVUTO	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	APPLICABILITÀ	PROPOSTA DI RIFORMULAZIONE O INTEGRAZIONE
8. Gestione documentazione sanitaria	8	Chi se ne occuperebbe? Da definire a cura di specialisti del settore.	N/A	Non applicabile	Tutte le figure professionali coinvolte nel percorso di cura sono responsabili del reporting in cartella clinica delel informazioni di propria comptena. Pertanto non è possibile inserire maggiori dettagli nel razionale.
	8	Si fa riferimento esclusivamnte alla cartella clinica informatizzata. E chi non ce l'ha?		Applicabile	Corretto, apportate modifiche
	8	A livello nazionale si stanno adottando linguaggi standardizzati diversi dai PDNS; da armonizzare rispetto ad altri documenti.	Verificato e molto attuale: il 18 luglio 2026 la FNOPI ha ufficialmente indicato le tassonomie NANDA-I, NIC, NOC come riferimento nazionale per il linguaggio infermieristico standardizzato, superando altri modelli locali.	Applicabile	Inserito nel razionale

ALLEGATO 6 – CONSULTAZIONE PUBBLICA

Riferimento tabella	Nome	Cognome	Associazione di riferimento	Laurea e specializzazione per esteso	Affiliazione
#1	**Ettore**	**Dell'Anna**	SIT - Già Dirigente Medico Ospedaliero	Spec.sta Orl - Spec. sta Audiologia	Napoli
#2	**Maurizio**	**Silvestri**	Aogoi	Medicina e chirurgia; specializzazione ostetricia e ginecologia , oncologia medica	Responsabile SSD consultorio Spoleto-Valnerina
#3	**Antonio**	**Capodicasa**	Hospital & Clinical Risk Managers (HCRM)	Medicina e Chirurgia pscializzazione in Malattie Infettive e Virologia	palermo
#4	**Pierangelo**	**Lora Aprile**	SIMG	MEDICINA E CHIRURGIA	SEGRETARIO SCIENTIFICO SIMG
#5	**Giuseppe**	**Disclafani**	SIMG	Medicina e Chirurgia Specialista in Chirurgia Generale	Medicina Generale Palermo
#6	**Chiara**	**Villani**	SIMG	Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, corso di Formazione Specifica in Medicina Generale	SIMG, Asl Taranto
#7	**Stefano**	**Palmucci**	SIRM	Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Radiodiagnostica	UOSD Imaging Polmonare e Tecniche Radiologiche Avanzate, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G. Rodolico-San Marco" di Catania, Dipartimento "GF Ingrassia" Università di Catania
#8	**Stefano**	**Celotto**	SIMG	Medico Chirurgo con Formazione Specifica in Medicina Generale	SIMG, Udine
#9	**Anna Maria**	**Moretti**	GISEG (Presidente GISEG)	Laurea in Medicina e Chirurgia. Specializzazione in Pneumologia	Già Direttrice dell'UOC di Pneumologia dell'AOU Consorziale Policlinico di Bari
#10	**Biagio**	**Moretti**	GISEG	Laurea in Medicina e Chirurgia. Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia	Professore Ordinario in quiescenza Ortopedia e Traumatologia. Università degli Studi di Bari "A. Moro".
#11	**Davide**	**Bizzoca**	GISEG	Laurea in Medicina e Chirurgia. Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia	AUO Consorziale Policlinico di Bari. UOSD Chirurgia Vertebrale.

1.1 Il panel ritiene opportuno, nei pazienti a basso rischio (ASA 1 e 2) candidati a chirurgia minore, di organizzare il prericovero secondo modelli di triage efficienti, in cui la visita in presenza può essere preceduta o, nella popolazione a basso rischio, sostituita da questionari standardizzati di autovalutazione o da intervista telefonica condotta da personale infermieristico dedicato, all'interno di un percorso strutturato con criteri predefiniti di esclusione/escalation verso valutazione anestesiologica in presenza.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 93,33% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	4	
#4	3	Il questionario auto compilato oppure l'intervista telefonica anche se eseguita da personale infermieristico possono trascurare alcuni elementi rilevanti ai fini della valutazione del rischio: non si comprende come avendo ogni cittadino un MMG non si faccia riferimento ad esso che può peraltro rieferire le condizioni attuali del paziente, le inagni eventulmente in corso che il paziente non è in grado diriferire ne sul questionatio ne durante l'intervista. Sarà poi l'anestesista che valuterà le risposte date dal medico curante
#5	4	
#6	5	
#7	4	
#8	5	
#9	3	Il panel ritiene opportuno, nei pazienti a basso rischio (ASA 1 e 2) candidati a chirurgia minore, organizzare il prericovero secondo modelli di triage efficienti ed equi. In questo contesto, la visita in presenza può essere preceduta o, nella popolazione a basso rischio, sostituita da questionari standardizzati di autovalutazione (strutturati includendo indicatori specifici di sesso e genere) o da intervista telefonica condotta da personale infermieristico dedicato. Al fine di garantire l'accessibilità alle cure e mitigare il divario digitale (digital divide), l'adozione di piattaforme tecnologiche per l'autovalutazione deve sempre prevedere canali alternativi o supporto dedicato per i pazienti con limitato accesso o familiarità con la tecnologia. Il tutto deve avvenire all'interno di un percorso strutturato con criteri predefiniti di esclusione/escalation verso la valutazione anestesiologica in presenza, valutando anche eventuali difficoltà di interazione con lo strumento da parte del paziente.
#10	2	Il panel ritiene opportuno, nei pazienti a basso rischio (ASA 1 e 2) candidati a chirurgia minore, organizzare il prericovero secondo modelli di triage efficienti ed equi. In questo contesto, la visita in presenza può essere preceduta o, nella popolazione a basso rischio, sostituita da questionari standardizzati di autovalutazione (strutturati includendo indicatori specifici di sesso e genere) o da intervista telefonica condotta da personale infermieristico dedicato. Al fine di garantire l'accessibilità alle cure e mitigare il divario digitale (digital divide), l'adozione di piattaforme tecnologiche per l'autovalutazione deve sempre prevedere canali alternativi o supporto dedicato per i pazienti con limitato accesso o familiarità con la tecnologia. Il tutto deve avvenire all'interno di un percorso strutturato con criteri predefiniti di esclusione/escalation verso la valutazione anestesiologica in presenza, valutando anche eventuali difficoltà di interazione con lo strumento da parte del paziente.
#11	3	Si suggerisce di modificare il testo come segue: Il panel ritiene opportuno, nei pazienti a basso rischio (ASA 1 e 2) candidati a chirurgia minore, organizzare il prericovero secondo modelli di triage efficienti ed equi. In questo contesto, la visita in presenza può essere preceduta o, nella popolazione a basso rischio, sostituita da questionari standardizzati di autovalutazione (strutturati includendo indicatori specifici di sesso e genere) o da intervista telefonica condotta da personale infermieristico dedicato. Al fine di garantire l'accessibilità alle cure e mitigare il divario digitale (digital divide), l'adozione di piattaforme tecnologiche per l'autovalutazione deve sempre prevedere canali alternativi o supporto dedicato per i pazienti con limitato accesso o familiarità con la tecnologia. Il tutto deve avvenire all'interno di un percorso strutturato con criteri predefiniti di esclusione/escalation verso la valutazione anestesiologica in presenza, valutando anche eventuali difficoltà di interazione con lo strumento da parte del paziente.
Minimo	2	
Quartile 1	3	
Mediana	4	
Quartile 3	4,5	
Massimo	5	
Accordo	63,64%	

1.2 È appropriato, nei pazienti sani candidati a chirurgia a basso rischio e in linea con i principi del movimento "Choosing Wisely", eliminare dal percorso di prericovero i test di laboratorio, l'ECG e la radiografia del torace eseguiti in modo routinario.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 93,33% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	4	
#4	5	
#5	5	
#6	5	
#7	5	
#8	5	
#9	5	
#10	5	
#11	5	
Minimo	4	
Quartile 1	5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	100,00%	

1.3.a È appropriato riorganizzare il prericovero non solo come fase diagnostica, ma come momento cardine per l'ottimizzazione clinica e l'educazione del paziente all'interno di modelli integrati come la Perioperative Surgical Home (PSH) o i percorsi ERAS.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 96,66% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	4	
#6	4	Sostituirei "momento cardine" con "occasione per l'ottimizzazione clinica ecc"
#7	5	
#8	5	
#9	5	
#10	5	
#11	5	
Minimo	4	
Quartile 1	4,5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	100,00%	

1.3.b È appropriato fornire istruzioni preoperatorie chiare (scritte e verbali) e pianificare la dimissione già in fase di prericovero al fine di favorire il successo della dimissione in giornata (Same-Day Discharge, SDD), migliorare la soddisfazione del paziente e ridurre i ricoveri non pianificati.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 96,66% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	5	
#6	5	
#7	5	
#8	5	
#9	3	Il panel ritiene opportuno, nei pazienti a basso rischio (ASA 1 e 2) candidati a chirurgia minore, organizzare il prericovero secondo modelli di triage efficienti ed equi. In questo contesto, la visita in presenza può essere preceduta o, nella popolazione a basso rischio, sostituita da questionari standardizzati di autovalutazione (strutturati includendo indicatori specifici di sesso e genere) o da intervista telefonica condotta da personale infermieristico dedicato. Al fine di garantire l'accessibilità alle cure e mitigare il divario digitale (digital divide), l'adozione di piattaforme tecnologiche per l'autovalutazione deve sempre prevedere canali alternativi o supporto dedicato per i pazienti con limitato accesso o familiarità con la tecnologia. Il tutto deve avvenire all'interno di un percorso strutturato con criteri predefiniti di esclusione/escalation verso la valutazione anestesiologica in presenza, valutando anche eventuali difficoltà di interazione con lo strumento da parte del paziente.
#10	2	È appropriato fornire istruzioni preoperatorie chiare(scritte e verbali), personalizzate e sensibili alle differenze di genere e pianificare la dimissione già in fase di prericovero — valutando sia le specificità biologiche legate al sesso (es. profilassi personalizzata del dolore e del vomito post-operatorio), sia le variabili socio-relazionali di genere (es. disponibilità di supporto al domicilio, presenza di carichi di cura familiari o rischio di ripresa precoce delle attività domestiche) — al fine di favorire il successo della dimissione in giornata (Same-Day Discharge, SDD), migliorare la soddisfazione della persona assistita e ridurre i ricoveri non pianificati.
#11	3	È appropriato fornire istruzioni preoperatorie chiare(scritte e verbali), personalizzate e sensibili alle differenze di genere e pianificare la dimissione già in fase di prericovero — valutando sia le specificità biologiche legate al sesso (es. profilassi personalizzata del dolore e del vomito post-operatorio), sia le variabili socio-relazionali di genere (es. disponibilità di supporto al domicilio, presenza di carichi di cura familiari o rischio di ripresa precoce delle attività domestiche) — al fine di favorire il successo della dimissione in giornata (Same-Day Discharge, SDD), migliorare la soddisfazione della persona assistita e ridurre i ricoveri non pianificati.
Minimo	2	
Quartile 1	3,5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

2.1 È appropriato che, nei pazienti ASA 1-2 candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, la richiesta di test preoperatori non sia sistematica, ma guidata da anamnesi, esame obiettivo, farmaci in uso, integratori, comorbidità, tipo di procedura e tecnica anestesiologica prevista.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 96,66% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	4	
#6	5	
#7	5	
#8	5	
#9	3	È appropriato che, nei pazienti ASA 1-2 candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, la richiesta di test preoperatori non sia sistematica, ma stratifica in relazione agli indicatori di genere. La prescrizione deve essere guidata da un'anamnesi mirata, dall'esame obiettivo, dai farmaci in uso, dagli integratori, dalle comorbidità (considerandone l'incidenza, il rischio e la presentazione clinica genere-correlata), dal tipo di procedura e dalla tecnica anestesiologica prevista.
#10	2	È appropriato che, nei pazienti ASA 1-2 candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, la richiesta di test preoperatori non sia sistematica, ma stratifica in relazione agli indicatori di genere. La prescrizione deve essere guidata da un'anamnesi mirata, dall'esame obiettivo, dai farmaci in uso, dagli integratori, dalle comorbidità (considerandone l'incidenza, il rischio e la presentazione clinica genere-correlata), dal tipo di procedura e dalla tecnica anestesiologica prevista.
#11	2	È appropriato che, nei pazienti ASA 1-2 candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, la richiesta di test preoperatori non sia sistematica, ma stratifica in relazione agli indicatori di genere. La prescrizione deve essere guidata da un'anamnesi mirata, dall'esame obiettivo, dai farmaci in uso, dagli integratori, dalle comorbidità (considerandone l'incidenza, il rischio e la presentazione clinica genere-correlata), dal tipo di procedura e dalla tecnica anestesiologica prevista.
Minimo	2	
Quartile 1	3,5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

2.2 È ragionevole non eseguire di routine esami standard, nei pazienti ASA 1-2 candidati a procedure a bassa o intermedia complessità, salvo specifiche indicazioni cliniche.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 96,66% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	3	dipende dal tipo di paziente: se si tratta di un paziente consapevole del suo stato di salute: ok. Ma se il paziente non ha eseguito esami generali standard ed è per esempio anziano in terapia è opportuno "obbligare" alla esecuzione di alcuni test
#5	5	
#6	5	
#7	5	
#8	5	
#9	3	È ragionevole non eseguire di routine esami standard nei pazienti e nelle pazienti ASA 1-2 candidati/e a procedure a bassa o intermedia complessità, salvo specifiche indicazioni cliniche individualizzate. Tale valutazione deve includere i fattori di rischio sesso- e genere-specifici (es. indagini per differenze nei valori basali di emoglobina o altri valori emato-chimici, valutazione del rischio cardiovascolare e trombotico genere-correlato).
#10	3	È ragionevole non eseguire di routine esami standard nei pazienti e nelle pazienti ASA 1-2 candidati/e a procedure a bassa o intermedia complessità, salvo specifiche indicazioni cliniche individualizzate. Tale valutazione deve includere i fattori di rischio sesso- e genere-specifici (es. indagini per differenze nei valori basali di emoglobina o altri valori emato-chimici, valutazione del rischio cardiovascolare e trombotico genere-correlato).
#11	2	È ragionevole non eseguire di routine esami standard nei pazienti e nelle pazienti ASA 1-2 candidati/e a procedure a bassa o intermedia complessità, salvo specifiche indicazioni cliniche individualizzate. Tale valutazione deve includere i fattori di rischio sesso- e genere-specifici (es. indagini per differenze nei valori basali di emoglobina o altri valori emato-chimici, valutazione del rischio cardiovascolare e trombotico genere-correlato).
Minimo	2	
Quartile 1	3,5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

2.3 È opportuno adottare protocolli locali condivisi per l'appropriatezza dei test preoperatori, fondati su classe ASA, complessità chirurgica, rischio anestesiologico, condizioni cliniche individuali e disponibilità di esami recenti già eseguiti, evitando duplicazioni, falsi positivi e ritardi non necessari.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 96,66% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	5	
#6	4	aggiungerei "evitando spreco di risorse pubbliche"
#7	5	
#8	5	
#9	3	È opportuno adottare protocolli locali condivisi per l'appropriatezza dei test preoperatori, fondati su classe ASA, complessità chirurgica, rischio anestesiologico, condizioni cliniche individuali — integrate sistematicamente con i determinanti di salute sesso- e genere-specifici (es. stato ormonale, fase riproduttiva, presentazione atipica del rischio cardiovascolare) — e disponibilità di esami recenti già eseguiti. Ciò al fine di evitare duplicazioni, ritardi non necessari e falsi positivi, questi ultimi prevenibili anche attraverso l'adozione di range di riferimento laboratoristici e parametri clinici appropriatamente differenziati per sesso.
#10	3	È opportuno adottare protocolli locali condivisi per l'appropriatezza dei test preoperatori, fondati su classe ASA, complessità chirurgica, rischio anestesiologico, condizioni cliniche individuali — integrate sistematicamente con i determinanti di salute sesso- e genere-specifici (es. stato ormonale, fase riproduttiva, presentazione atipica del rischio cardiovascolare) — e disponibilità di esami recenti già eseguiti. Ciò al fine di evitare duplicazioni, ritardi non necessari e falsi positivi, questi ultimi prevenibili anche attraverso l'adozione di range di riferimento laboratoristici e parametri clinici appropriatamente differenziati per sesso.
#11	3	"È opportuno adottare protocolli locali condivisi per l'appropriatezza dei test preoperatori, fondati su classe ASA, complessità chirurgica, rischio anestesiologico, condizioni cliniche individuali — integrate sistematicamente con i determinanti di salute sesso- e genere-specifici (es. stato ormonale, fase riproduttiva, presentazione atipica del rischio cardiovascolare) — e disponibilità di esami recenti già eseguiti. Ciò al fine di evitare duplicazioni, ritardi non necessari e falsi positivi, questi ultimi prevenibili anche attraverso l'adozione di range di riferimento laboratoristici e parametri clinici appropriatamente differenziati per sesso".
Minimo	3	
Quartile 1	3,5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

2.4 È opportuno raccogliere un'anamnesi completa ed eseguire un esame obiettivo mirato e proporzionato al rischio clinico, chirurgico e anestesiologico.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 96,66% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	5	
#6	5	
#7	5	
#8	5	
#9	2	È opportuno raccogliere un'anamnesi completa ed eseguire un esame obiettivo mirato e proporzionato al rischio clinico, chirurgico e anestesiologico, integrando sistematicamente i determinanti biologici di sesso e le variabili socio-culturali di genere, con particolare attenzione al riconoscimento delle manifestazioni cliniche e dei sintomi atipici sesso-specifici.
#10	3	È opportuno raccogliere un'anamnesi completa ed eseguire un esame obiettivo mirato e proporzionato al rischio clinico, chirurgico e anestesiologico, integrando sistematicamente i determinanti biologici di sesso e le variabili socio-culturali di genere, con particolare attenzione al riconoscimento delle manifestazioni cliniche e dei sintomi atipici sesso-specifici.
#11	3	"È opportuno raccogliere un'anamnesi completa ed eseguire un esame obiettivo mirato e proporzionato al rischio clinico, chirurgico e anestesiologico, integrando sistematicamente i determinanti biologici di sesso e le variabili socio-culturali di genere, con particolare attenzione al riconoscimento delle manifestazioni cliniche e dei sintomi atipici sesso-specifici."
Minimo	2	
Quartile 1	3,5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

3.1 Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato adottare criteri di selezione espliciti, scritti e condivisi che integrino classe ASA, comorbidità, BMI, età, tipologia e durata prevista dell'intervento, tecnica anestesiologica prevista, contesto sociale e disponibilità di un caregiver, al fine di ridurre riammissioni non programmate e conversioni in ricovero.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 93,33% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	5	
#6	5	
#7	5	
#8	5	
#9	3	
#10	3	
#11	Altro (specificare)	Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato adottare criteri di selezione espliciti, scritti e condivisi che integrino classe ASA, comorbidità, BMI, età, tipologia e durata prevista dell'intervento, tecnica anestesiologica prevista, contesto sociale e disponibilità di un caregiver, valutando sistematicamente i fattori di rischio sesso-specifici (es. elevata predisposizione alla nausea e vomito post-operatori, assetto e terapie ormonali) e le dinamiche socio-relazionali di genere (es. reale adeguatezza del supporto al domicilio, impatto dei carichi di cura familiari e ansia perioperatoria), al fine di ridurre riammissioni non programmate e conversioni in ricovero.
Minimo	3	
Quartile 1	4,25	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

3.2 Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire istruzioni uniformi e scritte sul digiuno preoperatorio adeguate alle linee guida internazionali, evitando digiuni eccessivi non motivati da indicazioni cliniche o procedurali che richiedano condizioni più restrittive o specifiche.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 96,66% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	5	
#6	5	
#7	5	
#8	5	
#9	3	Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire istruzioni uniformi, scritte e personalizzate in ottica di medicina di genere sul digiuno preoperatorio, adeguate alle linee guida internazionali. È opportuno evitare digiuni eccessivi non motivati da indicazioni cliniche o procedurali, prestando particolare attenzione alle peculiarità fisiologiche sesso-specifiche (es. rallentato svuotamento gastrico legato alle variazioni dell'assetto ormonale, alla gravidanza o alla fase del ciclo mestruale) e alla differente suscettibilità di genere a ipoglicemia, disidratazione e ansia perioperatoria.
#10	2	Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire istruzioni uniformi, scritte e personalizzate in ottica di medicina di genere sul digiuno preoperatorio, adeguate alle linee guida internazionali. È opportuno evitare digiuni eccessivi non motivati da indicazioni cliniche o procedurali, prestando particolare attenzione alle peculiarità fisiologiche sesso-specifiche (es. rallentato svuotamento gastrico legato alle variazioni dell'assetto ormonale, alla gravidanza o alla fase del ciclo mestruale) e alla differente suscettibilità di genere a ipoglicemia, disidratazione e ansia perioperatoria.
#11	3	Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire istruzioni uniformi, scritte e personalizzate in ottica di medicina di genere sul digiuno preoperatorio, adeguate alle linee guida internazionali. È opportuno evitare digiuni eccessivi non motivati da indicazioni cliniche o procedurali, prestando particolare attenzione alle peculiarità fisiologiche sesso-specifiche (es. rallentato svuotamento gastrico legato alle variazioni dell'assetto ormonale, alla gravidanza o alla fase del ciclo mestruale) e alla differente suscettibilità di genere a ipoglicemia, disidratazione e ansia perioperatoria.
Minimo	2	
Quartile 1	3,5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

3.3 Nelle strutture che erogano chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene ragionevole adottare approcci organizzativi strutturati e centralizzati di gestione del percorso perioperatorio (es. Perioperative Surgical Home), con responsabilità definite e con monitoraggio sistematico di indicatori di processo (rispetto del digiuno, cancellazioni, tempi di attesa) ed esito (riammissioni, complicanze, accessi non programmati al PS).Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 96,66% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	5	
#6	4	
#7	5	
#8	5	
#9	3	Nelle strutture che erogano chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene ragionevole adottare approcci organizzativi strutturati e centralizzati di gestione del percorso perioperatorio (es. Perioperative Surgical Home), con responsabilità definite e con un monitoraggio sistematico degli indicatori di genere. Tale tracciamento deve riguardare sia gli indicatori di processo (rispetto del digiuno, cause di cancellazione o rinvio correlate a fragilità cliniche sesso-specifiche o carichi di cura sociali, tempi di attesa), sia gli indicatori di esito (riammissioni, complicanze differenziate per sesso, con particolare attenzione a nausea/vomito post-operatori e controllo del dolore, accessi non programmati al PS e valutazione della sostenibilità della dimissione al domicilio).
#10	3	Nelle strutture che erogano chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene ragionevole adottare approcci organizzativi strutturati e centralizzati di gestione del percorso perioperatorio (es. Perioperative Surgical Home), con responsabilità definite e con un monitoraggio sistematico degli indicatori di genere. Tale tracciamento deve riguardare sia gli indicatori di processo (rispetto del digiuno, cause di cancellazione o rinvio correlate a fragilità cliniche sesso-specifiche o carichi di cura sociali, tempi di attesa), sia gli indicatori di esito (riammissioni, complicanze differenziate per sesso, con particolare attenzione a nausea/vomito post-operatori e controllo del dolore, accessi non programmati al PS e valutazione della sostenibilità della dimissione al domicilio).
#11	3	Nelle strutture che erogano chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene ragionevole adottare approcci organizzativi strutturati e centralizzati di gestione del percorso perioperatorio (es. Perioperative Surgical Home), con responsabilità definite e con un monitoraggio sistematico degli indicatori di genere. Tale tracciamento deve riguardare sia gli indicatori di processo (rispetto del digiuno, cause di cancellazione o rinvio correlate a fragilità cliniche sesso-specifiche o carichi di cura sociali, tempi di attesa), sia gli indicatori di esito (riammissioni, complicanze differenziate per sesso, con particolare attenzione a nausea/vomito post-operatori e controllo del dolore, accessi non programmati al PS e valutazione della sostenibilità della dimissione al domicilio).
Minimo	3	
Quartile 1	3,5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

3.4 Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire un'informazione preoperatoria al paziente ed al caregiver -- se presente -- strutturata in fase di pre-ricovero, con linguaggio chiaro, comprensibile e tracciata in cartella, che includa tipo di intervento e tecnica anestesiologica prevista, digiuno preoperatorio, gestione della terapia domiciliare, controllo del dolore postoperatorio, criteri di dimissione, segnali di allarme e canali di contatto post-dimissione.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 100% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	5	
#6	4	
#7	5	
#8	5	
#9	3	Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire un'informazione preoperatoria alla persona assistita ed all'eventuale caregiver strutturata in fase di prericovero, con linguaggio inclusivo, chiaro, personalizzato in ottica di medicina di genere e tracciata in cartella. L'informazione deve includere: • tipo di intervento e tecnica anestesiologica prevista; • indicazioni sul digiuno preoperatorio e sulla gestione mirata della terapia domiciliare (con specifica attenzione a contraccettivi orali, terapia ormonale sostitutiva e terapia d'affermazione di genere); • piani per il controllo del dolore post-operatorio e per la prevenzione della nausea/vomito (PONV), adattati al profilo di suscettibilità e risposta farmacologica sesso-specifico; • criteri di dimissione, segnali di allarme e manifestazioni sintomatologiche atipiche; • canali di contatto post-dimissione e indicazioni sulla graduale ripresa delle attività, commisurate anche alla presenza di carichi di cura domestico-familiari e alla reale rete di supporto al domicilio.
#10	3	Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire un'informazione preoperatoria alla persona assistita ed all'eventuale caregiver strutturata in fase di prericovero, con linguaggio inclusivo, chiaro, personalizzato in ottica di medicina di genere e tracciata in cartella. L'informazione deve includere: •tipo di intervento e tecnica anestesiologica prevista; •indicazioni sul digiuno preoperatorio e sulla gestione mirata della terapia domiciliare (con specifica attenzione a contraccettivi orali, terapia ormonale sostitutiva e terapia d'affermazione di genere); •piani per il controllo del dolore post-operatorio e per la prevenzione della nausea/vomito (PONV), adattati al profilo di suscettibilità e risposta farmacologica sesso-specifico; •criteri di dimissione, segnali di allarme e manifestazioni sintomatologiche atipiche; •canali di contatto post-dimissione e indicazioni sulla graduale ripresa delle attività, commisurate anche alla presenza di carichi di cura domestico-familiari e alla reale rete di supporto al domicilio.
#11	3	Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato fornire un'informazione preoperatoria alla persona assistita ed all'eventuale caregiver strutturata in fase di prericovero, con linguaggio inclusivo, chiaro, personalizzato in ottica di medicina di genere e tracciata in cartella. L'informazione deve includere: • tipo di intervento e tecnica anestesiologica prevista; • indicazioni sul digiuno preoperatorio e sulla gestione mirata della terapia domiciliare (con specifica attenzione a contraccettivi orali, terapia ormonale sostitutiva e terapia d'affermazione di genere); • piani per il controllo del dolore post-operatorio e per la prevenzione della nausea/vomito (PONV), adattati al profilo di suscettibilità e risposta farmacologica sesso-specifico; • criteri di dimissione, segnali di allarme e manifestazioni sintomatologiche atipiche; • canali di contatto post-dimissione e indicazioni sulla graduale ripresa delle attività, commisurate anche alla presenza di carichi di cura domestico-familiari e alla reale rete di supporto al domicilio.
Minimo	3	
Quartile 1	3,5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

3.5 Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato integrare nell'informazione preoperatoria un programma educazionale strutturato sulla gestione del dolore, che distingua esplicitamente il "dolore atteso" dalla "complicanza" e fornisca istruzioni dettagliate sulla gestione domiciliare dell'analgesia, al fine di ridurre il consumo di oppioidi, l'ansia preoperatoria e gli accessi impropri ai servizi sanitari.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 96,66% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	5	
#6	5	
#7	5	
#8	5	
#9	3	Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato integrare nell'informazione preoperatoria un programma educazionale strutturato sulla gestione del dolore orientato alla medicina di sesso e genere. Tale programma deve distinguere esplicitamente il 'dolore atteso' dalla 'complicanza', considerare la differente risposta biologica e farmacodinamica agli analgesici (inclusa la maggiore sensibilità/suscettibilità agli oppioidi e ai relativi effetti collaterali come nausea e sedazione nella popolazione femminile), e superare eventuali stereotipi socio-culturali nell'espressione e nella valutazione del dolore. Deve inoltre fornire istruzioni dettagliate sulla gestione domiciliare dell'analgesia, tenendo conto dell'impatto dell'ansia e delle dinamiche socio-relazionali al domicilio (es. aderenza agli orari dei farmaci e reale possibilità di riposo rispetto ai carichi di cura), al fine di ottimizzare il controllo algico, ridurre il consumo inappropriato di oppioidi e contenere gli accessi impropri ai servizi sanitari.
#10	3	Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato integrare nell'informazione preoperatoria un programma educazionale strutturato sulla gestione del dolore orientato alla medicina di sesso e genere. Tale programma deve distinguere esplicitamente il 'dolore atteso' dalla 'complicanza', considerare la differente risposta biologica e farmacodinamica agli analgesici (inclusa la maggiore sensibilità/suscettibilità agli oppioidi e ai relativi effetti collaterali come nausea e sedazione nella popolazione femminile), e superare eventuali stereotipi socio-culturali nell'espressione e nella valutazione del dolore. Deve inoltre fornire istruzioni dettagliate sulla gestione domiciliare dell'analgesia, tenendo conto dell'impatto dell'ansia e delle dinamiche socio-relazionali al domicilio (es. aderenza agli orari dei farmaci e reale possibilità di riposo rispetto ai carichi di cura), al fine di ottimizzare il controllo algico, ridurre il consumo inappropriato di oppioidi e contenere gli accessi impropri ai servizi sanitari.
#11	3	Nei pazienti adulti candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato integrare nell'informazione preoperatoria un programma educazionale strutturato sulla gestione del dolore orientato alla medicina di sesso e genere. Tale programma deve distinguere esplicitamente il 'dolore atteso' dalla 'complicanza', considerare la differente risposta biologica e farmacodinamica agli analgesici (inclusa la maggiore sensibilità/suscettibilità agli oppioidi e ai relativi effetti collaterali come nausea e sedazione nella popolazione femminile), e superare eventuali stereotipi socio-culturali nell'espressione e nella valutazione del dolore. Deve inoltre fornire istruzioni dettagliate sulla gestione domiciliare dell'analgesia, tenendo conto dell'impatto dell'ansia e delle dinamiche socio-relazionali al domicilio (es. aderenza agli orari dei farmaci e reale possibilità di riposo rispetto ai carichi di cura), al fine di ottimizzare il controllo algico, ridurre il consumo inappropriato di oppioidi e contenere gli accessi impropri ai servizi sanitari.
Minimo	3	
Quartile 1	3,5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

4.1.a È appropriata una ricognizione strutturata e documentata della terapia domiciliare e della terapia antalgica, con particolare attenzione ai farmaci ed agli integratori che possono influenzare la gestione peri-operatoria.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 100% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	5	
#6	4	"È appropriata una ricognizione strutturata e documentata della terapia domiciliare e della terapia antalgica, se necessario con l'aiuto del medico di famiglia dell'assistito"
#7	5	
#8	5	
#9	3	È appropriata una ricognizione strutturata e documentata della terapia domiciliare e della terapia antalgica in un'ottica sesso- e genere-specifica, con particolare attenzione ai farmaci e agli integratori che possono influenzare la farmacocinetica dei farmaci somministrati, il rischio tromboembolico/emorragico e la gestione peri-operatoria.
#10	3	VÈ appropriata una ricognizione strutturata e documentata della terapia domiciliare e della terapia antalgica in un'ottica sesso- e genere-specifica, con particolare attenzione ai farmaci e agli integratori che possono influenzare la farmacocinetica dei farmaci somministrati, il rischio tromboembolico/emorragico e la gestione peri-operatoria.
#11	3	È appropriata una ricognizione strutturata e documentata della terapia domiciliare e della terapia antalgica in un'ottica sesso- e genere-specifica, con particolare attenzione ai farmaci e agli integratori che possono influenzare la farmacocinetica dei farmaci somministrati, il rischio tromboembolico/emorragico e la gestione peri-operatoria.
Minimo	3	
Quartile 1	3,5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

4.1.b È appropriato consegnare al paziente o a chi si prende cura del paziente, indicazioni scritte sulla terapia da assumere prima e dopo l'intervento.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 100% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	5	
#6	5	
#7	5	
#8	5	
#9	5	
#10	5	
#11	5	
Minimo	4	
Quartile 1	5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	100,00%	

4.2 È appropriata la modulazione della terapia antiaggregante/anticoagulante in base al profilo farmacocinetico del farmaco, al rischio tromboembolico individuale e al rischio emorragico della procedura in accordo con le vigenti linee guida internazionali e previa condivisione multidisciplinare.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 96,66% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	5	
#6	5	
#7	4	
#8	5	
#9	2	È appropriata la modulazione della terapia antiaggregante/anticoagulante in base al profilo farmacocinetico del farmaco (considerando le differenze di sesso nel volume di distribuzione, nel metabolismo e nella clearance renale), al rischio tromboembolico individuale (inclusa la valutazione dell'assetto ormonale e l'uso di contraccettivi, Terapia Ormonale Sostitutiva o terapie per l'affermazione di genere) e al rischio emorragico della procedura (tenendo conto del maggior rischio intrinseco di sanguinamento sistemico e del rischio di menometrorragia iatrogena nella popolazione femminile), in accordo con le vigenti linee guida internazionali e previa condivisione multidisciplinare.
#10	3	È appropriata la modulazione della terapia antiaggregante/anticoagulante in base al profilo farmacocinetico del farmaco (considerando le differenze di sesso nel volume di distribuzione, nel metabolismo e nella clearance renale), al rischio tromboembolico individuale (inclusa la valutazione dell'assetto ormonale e l'uso di contraccettivi, Terapia Ormonale Sostitutiva o terapie per l'affermazione di genere) e al rischio emorragico della procedura (tenendo conto del maggior rischio intrinseco di sanguinamento sistemico e del rischio di menometrorragia iatrogena nella popolazione femminile), in accordo con le vigenti linee guida internazionali e previa condivisione multidisciplinare.
#11	2	È appropriata la modulazione della terapia antiaggregante/anticoagulante in base al profilo farmacocinetico del farmaco (considerando le differenze di sesso nel volume di distribuzione, nel metabolismo e nella clearance renale), al rischio tromboembolico individuale (inclusa la valutazione dell'assetto ormonale e l'uso di contraccettivi, Terapia Ormonale Sostitutiva o terapie per l'affermazione di genere) e al rischio emorragico della procedura (tenendo conto del maggior rischio intrinseco di sanguinamento sistemico e del rischio di menometrorragia iatrogena nella popolazione femminile), in accordo con le vigenti linee guida internazionali e previa condivisione multidisciplinare.
Minimo	2	
Quartile 1	3,5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

4.3 Nei pazienti affetti da diabete mellito in trattamento domiciliare, il panel ritiene che la gestione peri-operatoria dei farmaci ipoglicemizzanti e dell'eventuale terapia insulinica debba essere definita esplicitamente prima della procedura chirurgica.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 96,66% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	5	
#6	5	
#7	4	
#8	5	
#9	2	Nei pazienti affetti da diabete mellito in trattamento domiciliare, il panel ritiene che la gestione peri-operatoria dei farmaci ipoglicemizzanti e dell'eventuale terapia insulinica debba essere definita esplicitamente prima della procedura chirurgica, personalizzandola in base alle specificità biologiche di sesso e alle variabili di genere. Tale pianificazione deve valutare l'impatto delle fluttuazioni ormonali sulla sensibilità insulinica, la differente suscettibilità all'ipoglicemia da digiuno e i rischi specifici legati alle nuove classi di farmaci (es. rallentamento dello svuotamento gastrico da GLP-1 recettore agonisti e rischio di chetoacidosi euglicemica da SGLT2 inibitori), oltre a verificare l'adeguatezza del contesto socio-familiare per l'autogestione del piano terapeutico al domicilio.
#10	3	Nei pazienti affetti da diabete mellito in trattamento domiciliare, il panel ritiene che la gestione peri-operatoria dei farmaci ipoglicemizzanti e dell'eventuale terapia insulinica debba essere definita esplicitamente prima della procedura chirurgica, personalizzandola in base alle specificità biologiche di sesso e alle variabili di genere. Tale pianificazione deve valutare l'impatto delle fluttuazioni ormonali sulla sensibilità insulinica, la differente suscettibilità all'ipoglicemia da digiuno e i rischi specifici legati alle nuove classi di farmaci (es. rallentamento dello svuotamento gastrico da GLP-1 recettore agonisti e rischio di chetoacidosi euglicemica da SGLT2 inibitori), oltre a verificare l'adeguatezza del contesto socio-familiare per l'autogestione del piano terapeutico al domicilio.
#11	3	Nei pazienti affetti da diabete mellito in trattamento domiciliare, il panel ritiene che la gestione peri-operatoria dei farmaci ipoglicemizzanti e dell'eventuale terapia insulinica debba essere definita esplicitamente prima della procedura chirurgica, personalizzandola in base alle specificità biologiche di sesso e alle variabili di genere. Tale pianificazione deve valutare l'impatto delle fluttuazioni ormonali sulla sensibilità insulinica, la differente suscettibilità all'ipoglicemia da digiuno e i rischi specifici legati alle nuove classi di farmaci (es. rallentamento dello svuotamento gastrico da GLP-1 recettore agonisti e rischio di chetoacidosi euglicemica da SGLT2 inibitori), oltre a verificare l'adeguatezza del contesto socio-familiare per l'autogestione del piano terapeutico al domicilio.
Minimo	2	
Quartile 1	3,5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

5.1 Nella organizzazione del percorso diagnostico e terapeutico della chirurgia ambulatoriale e Day Surgery il panel ritiene appropriata la creazione di un set di indicatori di processo e di esito in grado di assicurare un monitoraggio continuo nel tempo della efficienza organizzativa, della qualità delle cure e degli esiti di salute. Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 96,66% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	5	
#6	5	
#7	5	
#8	5	
#9	3	Nella organizzazione del percorso diagnostico e terapeutico della chirurgia ambulatoriale e Day Surgery, il panel ritiene appropriata la creazione di un set di indicatori di processo e di esito stratificati e disaggregati sistematicamente per sesso e per genere. Tale monitoraggio deve assicurare un controllo continuo nel tempo dell'efficienza organizzativa, della qualità delle cure e dell'equità di accesso, rilevando ed evidenziando tempestivamente eventuali disparità sesso- e genere-specifiche negli esiti di salute.
#10	3	Nella organizzazione del percorso diagnostico e terapeutico della chirurgia ambulatoriale e Day Surgery, il panel ritiene appropriata la creazione di un set di indicatori di processo e di esito stratificati e disaggregati sistematicamente per sesso e per genere. Tale monitoraggio deve assicurare un controllo continuo nel tempo dell'efficienza organizzativa, della qualità delle cure e dell'equità di accesso, rilevando ed evidenziando tempestivamente eventuali disparità sesso- e genere-specifiche negli esiti di salute.
#11	3	Nella organizzazione del percorso diagnostico e terapeutico della chirurgia ambulatoriale e Day Surgery, il panel ritiene appropriata la creazione di un set di indicatori di processo e di esito stratificati e disaggregati sistematicamente per sesso e per genere. Tale monitoraggio deve assicurare un controllo continuo nel tempo dell'efficienza organizzativa, della qualità delle cure e dell'equità di accesso, rilevando ed evidenziando tempestivamente eventuali disparità sesso- e genere-specifiche negli esiti di salute.
Minimo	3	
Quartile 1	3,5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

5.2 Il panel ritiene che le procedure per il trattamento del dolore, della nausea e del vomito nella PACU (Unità di Terapia Intensiva Post-Anestesia) devono essere redatte per iscritto ed inserite formalmente nella documentazione del PDTA chirurgico. È opportuno che la valutazione del dolore comprenda l'intensità, la localizzazione, la qualità, la durata, l'insorgenza e l'efficacia del trattamento.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 93,33% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	3	qualità del dolore è un termine ambiguo: cosa significa? E' opportuni tipizzare il dolore in base al meccanismo patogenetico: nocicettivo (infiammatorio o meccanico), neuropatico o nociplastico, poichè questo è lunico modo per scegliere in modo razionale i farmaci per il suo controllo
#5	5	
#6	4	
#7	5	
#8	5	
#9	3	Il panel ritiene che le procedure per il trattamento del dolore, della nausea e del vomito post-operatori (PONV) nella PACU (Unità di Cura Post-Anestesia) debbano essere redatte per iscritto, incorporare algoritmi terapeutici sesso- e genere-specifici ed essere inserite formalmente nella documentazione del PDTA chirurgico. È opportuno che la valutazione del dolore e della PONV comprenda l'intensità, la localizzazione, la qualità, la durata, l'insorgenza, l'efficacia del trattamento e la misurazione degli effetti collaterali legati alla risposta farmacologica sesso-specifica, superando eventuali stereotipi d'espressione clinica nella rilevazione dei sintomi e adeguando la profilassi e la terapia alla maggiore suscettibilità biologica femminile per la PONV e per le fluttuazioni della soglia algica.
#10	3	Il panel ritiene che le procedure per il trattamento del dolore, della nausea e del vomito post-operatori (PONV) nella PACU (Unità di Cura Post-Anestesia) debbano essere redatte per iscritto, incorporare algoritmi terapeutici sesso- e genere-specifici ed essere inserite formalmente nella documentazione del PDTA chirurgico. È opportuno che la valutazione del dolore e della PONV comprenda l'intensità, la localizzazione, la qualità, la durata, l'insorgenza, l'efficacia del trattamento e la misurazione degli effetti collaterali legati alla risposta farmacologica sesso-specifica, superando eventuali stereotipi d'espressione clinica nella rilevazione dei sintomi e adeguando la profilassi e la terapia alla maggiore suscettibilità biologica femminile per la PONV e per le fluttuazioni della soglia algica.
#11	3	Il panel ritiene che le procedure per il trattamento del dolore, della nausea e del vomito post-operatori (PONV) nella PACU (Unità di Cura Post-Anestesia) debbano essere redatte per iscritto, incorporare algoritmi terapeutici sesso- e genere-specifici ed essere inserite formalmente nella documentazione del PDTA chirurgico. È opportuno che la valutazione del dolore e della PONV comprenda l'intensità, la localizzazione, la qualità, la durata, l'insorgenza, l'efficacia del trattamento e la misurazione degli effetti collaterali legati alla risposta farmacologica sesso-specifica, superando eventuali stereotipi d'espressione clinica nella rilevazione dei sintomi e adeguando la profilassi e la terapia alla maggiore suscettibilità biologica femminile per la PONV e per le fluttuazioni della soglia algica.
Minimo	3	
Quartile 1	3	
Mediana	4	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	63,64%	

5.3 Il panel ritiene appropriata l'adozione di protocolli formativi per uniformare i comportamenti e favorire la omogeneità degli stessi.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 96,66% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	5	
#6	5	
#7	5	
#8	5	
#9	5	
#10	5	
#11	5	
Minimo	4	
Quartile 1	5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	100,00%	

5.4 Il panel ritiene appropriato che ciascun gruppo definisca una check-list chirurgica, in linea con quella proposta dalla WHO che venga discussa dal team che esegue le procedure.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 100% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	5	
#6	4	
#7	5	
#8	5	
#9	5	
#10	5	
#11	5	
Minimo	4	
Quartile 1	5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	100,00%	

5.5 Il panel ritiene utile ed appropriato l'uso di un sistema elettronico che agevoli e snellisca la sorveglianza e la corretta compilazione della checklist Chirurgica.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 96,66% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	4	
#6	5	
#7	5	
#8	5	
#9	5	
#10	5	
#11	5	
Minimo	4	
Quartile 1	5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	100,00%	

6.1 Nei pazienti adulti a basso rischio (ASA 1-2) candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene ragionevole utilizzare il teleconsulto preoperatorio strutturato con checklist predefinita per la valutazione di eleggibilità, comorbidità, terapia farmacologica, aspettative del paziente, informazione preoperatoria e raccolta del consenso, in alternativa o in integrazione alla visita in presenza prevista per l'esecuzione di un esame obiettivo o qualsiasi valutazione clinica e/o strumentale che richiedono la visita in presenza.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 93,33% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	3	se teleconsulto (con MMG) completamente te d'accordo, se Televisita parzilamente d'accordo: domanda ammbigua
#5	4	
#6	4	
#7	4	
#8	5	
#9	3	Nei pazienti adulti a basso rischio (ASA 1-2) candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene ragionevole utilizzare il teleconsulto preoperatorio strutturato con checklist predefinita per la valutazione di eleggibilità, comorbidità, terapia farmacologica, aspettative del paziente, informazione preoperatoria e raccolta del consenso, in alternativa o in integrazione alla visita in presenza prevista per l'esecuzione di un esame obiettivo o qualsiasi valutazione clinica e/o strumentale che richiedono la visita in presenza. L'adozione del teleconsulto deve integrare parametri sesso- e genere-specifici nella checklist predefinita (es. assetto ormonale, impatto dei carichi di cura e valutazione del rischio di nausea/vomito post-operatorio e dolore acuto). Al contempo, il modello digitale deve garantire un accesso equo senza generare disuguaglianze dovute al digital divide (maggiormente accentuato tra donne anziane o in contesti socio-economici fragili), prevedendo criteri flessibili di conversione in visita in presenza in caso di barriere tecnologiche, barriere linguistiche o necessità di supporto relazionale.
#10	3	Nei pazienti adulti a basso rischio (ASA 1-2) candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene ragionevole utilizzare il teleconsulto preoperatorio strutturato con checklist predefinita per la valutazione di eleggibilità, comorbidità, terapia farmacologica, aspettative del paziente, informazione preoperatoria e raccolta del consenso, in alternativa o in integrazione alla visita in presenza prevista per l'esecuzione di un esame obiettivo o qualsiasi valutazione clinica e/o strumentale che richiedono la visita in presenza. L'adozione del teleconsulto deve integrare parametri sesso- e genere-specifici nella checklist predefinita (es. assetto ormonale, impatto dei carichi di cura e valutazione del rischio di nausea/vomito post-operatorio e dolore acuto). Al contempo, il modello digitale deve garantire un accesso equo senza generare disuguaglianze dovute al digital divide (maggiormente accentuato tra donne anziane o in contesti socio-economici fragili), prevedendo criteri flessibili di conversione in visita in presenza in caso di barriere tecnologiche, barriere linguistiche o necessità di supporto relazionale.
#11	2	Nei pazienti adulti a basso rischio (ASA 1-2) candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, il panel ritiene ragionevole utilizzare il teleconsulto preoperatorio strutturato con checklist predefinita per la valutazione di eleggibilità, comorbidità, terapia farmacologica, aspettative del paziente, informazione preoperatoria e raccolta del consenso, in alternativa o in integrazione alla visita in presenza prevista per l'esecuzione di un esame obiettivo o qualsiasi valutazione clinica e/o strumentale che richiedono la visita in presenza. L'adozione del teleconsulto deve integrare parametri sesso- e genere-specifici nella checklist predefinita (es. assetto ormonale, impatto dei carichi di cura e valutazione del rischio di nausea/vomito post-operatorio e dolore acuto). Al contempo, il modello digitale deve garantire un accesso equo senza generare disuguaglianze dovute al digital divide (maggiormente accentuato tra donne anziane o in contesti socio-economici fragili), prevedendo criteri flessibili di conversione in visita in presenza in caso di barriere tecnologiche, barriere linguistiche o necessità di supporto relazionale.
Minimo	2	
Quartile 1	3	
Mediana	4	
Quartile 3	4,5	
Massimo	5	
Accordo	63,64%	

6.2.a Nei pazienti adulti dimessi dopo chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato prevedere un follow-up asincrono programmato entro 24-48 ore, eseguito secondo questionario strutturato, finalizzato a verificare la gestione del dolore, complicanze precoci, aderenza alle istruzioni di dimissione e necessità di rivalutazione clinica.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 90% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	4	
#4	5	
#5	5	
#6	3	io credo sarebbe più utile eseguire il follow up mediante teleconsulto eseguito da personale infermieristico piuttosto che questionario strutturato
#7	4	
#8	5	
#9	3	Nei pazienti adulti dimessi dopo chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato prevedere un follow-up asincrono programmato entro 24-48 ore, eseguito mediante questionario strutturato orientato alla medicina di sesso e genere, finalizzato a verificare la gestione del dolore e della nausea/vomito (tenendo conto della diversa risposta farmacologica e della suscettibilità biologica sesso-specifica), l'insorgenza di complicanze precoci (inclusi i segnali di allarme atipici), l'aderenza alle istruzioni di dimissione e l'effettiva possibilità di riposo al domicilio rispetto all'eventuale presenza di carichi di cura familiari. Qualora l'invio del questionario avvenga tramite piattaforme digitali (es. app o portali web), è necessario garantire l'equità di accesso mitigando il digital divide, prevedendo un canale telefonico sostitutivo guidato da personale sanitario per i pazienti con limitata familiarità o disponibilità di strumenti tecnologici.
#10	3	Nei pazienti adulti dimessi dopo chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato prevedere un follow-up asincrono programmato entro 24-48 ore, eseguito mediante questionario strutturato orientato alla medicina di sesso e genere, finalizzato a verificare la gestione del dolore e della nausea/vomito (tenendo conto della diversa risposta farmacologica e della suscettibilità biologica sesso-specifica), l'insorgenza di complicanze precoci (inclusi i segnali di allarme atipici), l'aderenza alle istruzioni di dimissione e l'effettiva possibilità di riposo al domicilio rispetto all'eventuale presenza di carichi di cura familiari. Qualora l'invio del questionario avvenga tramite piattaforme digitali (es. app o portali web), è necessario garantire l'equità di accesso mitigando il digital divide, prevedendo un canale telefonico sostitutivo guidato da personale sanitario per i pazienti con limitata familiarità o disponibilità di strumenti tecnologici.
#11	3	Nei pazienti adulti dimessi dopo chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato prevedere un follow-up asincrono programmato entro 24-48 ore, eseguito mediante questionario strutturato orientato alla medicina di sesso e genere, finalizzato a verificare la gestione del dolore e della nausea/vomito (tenendo conto della diversa risposta farmacologica e della suscettibilità biologica sesso-specifica), l'insorgenza di complicanze precoci (inclusi i segnali di allarme atipici), l'aderenza alle istruzioni di dimissione e l'effettiva possibilità di riposo al domicilio rispetto all'eventuale presenza di carichi di cura familiari. Qualora l'invio del questionario avvenga tramite piattaforme digitali (es. app o portali web), è necessario garantire l'equità di accesso mitigando il digital divide, prevedendo un canale telefonico sostitutivo guidato da personale sanitario per i pazienti con limitata familiarità o disponibilità di strumenti tecnologici.
Minimo	3	
Quartile 1	3	
Mediana	4	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	63,64%	

6.2.b È appropriato individuare un referente/canale di escalation clinica in caso di complicanza rilevata al follow-up telematico.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 90% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	4	
#4	5	
#5	5	
#6	4	
#7	4	
#8	5	
#9	5	
#10	5	
#11	5	
Minimo	4	
Quartile 1	4	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	100,00%	

6.3 Nelle strutture che implementano sistemi di telemedicina nel percorso di chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato adottare un sistema strutturato di controllo della qualità del dato, monitoraggio della soddisfazione dell'utente, protezione dei dati personali e tracciabilità documentale, integrato con il sistema informativo aziendale e conforme ai requisiti normativi.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 93,33% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	4	
#4	5	
#5	4	
#6	4	
#7	5	
#8	5	
#9	3	Nelle strutture che implementano sistemi di telemedicina nel percorso di chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato adottare un sistema strutturato di controllo della qualità del dato monitoraggio della soddisfazione dell'utente (valutato mediante indicatori PREMs/PROMs sensibili agli indicatori di genere), protezione dei dati personali e tracciabilità documentale, integrato con il sistema informativo aziendale e conforme ai requisiti normativi, valutando continuativamente l'impatto del digital divide per prevenire disparità di genere o socio-economiche nell'accesso alle cure.
#10	3	Nelle strutture che implementano sistemi di telemedicina nel percorso di chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato adottare un sistema strutturato di controllo della qualità del dato monitoraggio della soddisfazione dell'utente (valutato mediante indicatori PREMs/PROMs sensibili agli indicatori di genere), protezione dei dati personali e tracciabilità documentale, integrato con il sistema informativo aziendale e conforme ai requisiti normativi, valutando continuativamente l'impatto del digital divide per prevenire disparità di genere o socio-economiche nell'accesso alle cure.
#11	3	Nelle strutture che implementano sistemi di telemedicina nel percorso di chirurgia ambulatoriale o day surgery, è appropriato adottare un sistema strutturato di controllo della qualità del dato monitoraggio della soddisfazione dell'utente (valutato mediante indicatori PREMs/PROMs sensibili agli indicatori di genere), protezione dei dati personali e tracciabilità documentale, integrato con il sistema informativo aziendale e conforme ai requisiti normativi, valutando continuativamente l'impatto del digital divide per prevenire disparità di genere o socio-economiche nell'accesso alle cure.
Minimo	3	
Quartile 1	3,5	
Mediana	4	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

7.1 Per i pazienti affetti da diabete di tipo 2 in trattamento con farmaci antidiabetici orali che si sottopongono ad intervento chirurgico in setting di chirurgia ambulatoriale e Day Surgery, il panel ritiene appropriata l'inclusione controllo dei valori di HbA1c nel periodo preoperatorio.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 93,33% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	3	evitare duplicazione di esami e doveroso in un sistema sanitario : basterebbe valutare dal MMG quando è stata eseguita ultimo esame !
#5	4	
#6	4	Aggiungerei "se non già eseguito nei due-tre mesi precedenti
#7	5	
#8	5	
#9	5	
#10	5	
#11	5	
Minimo	3	
Quartile 1	4	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	90,91%	

7.2 Il panel ritiene appropriato che, nei pazienti adulti ASA 1-2candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, siano considerati casi particolari -- e necessitino pertanto di strategie dedicate -- le condizioni caratterizzate da barriere comunicative o culturali, disabilità sensoriali che interferiscono con la comunicazione, fragilità sociale con inadeguatezza del supporto familiare o sociale, e abitudini di vita a rischio.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 100% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	4	
#4	5	
#5	4	
#6	4	
#7	5	
#8	5	
#9	3	Il panel ritiene appropriato che, nei pazienti adulti ASA 1-2candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, siano considerati casi particolari — e necessitino pertanto di strategie dedicate e personalizzate in ottica di sesso e genere — le condizioni caratterizzate da: • barriere comunicative, linguistiche o culturali; • disabilità sensoriali o neurodivergenze che interferiscono con la comunicazione; • fragilità sociale, grave vulnerabilità economica o abitativa, ed effettivo sovraccarico o inadeguatezza del supporto familiare; • abitudini di vita a rischio e dipendenze (con specifica considerazione dei pattern di consumo sesso-specifici di alcol, tabacco, psicofarmaci, o l'uso di terapie steroidee/ormonali non prescritte).
#10	3	Il panel ritiene appropriato che, nei pazienti adulti ASA 1-2candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, siano considerati casi particolari — e necessitino pertanto di strategie dedicate e personalizzate in ottica di sesso e genere — le condizioni caratterizzate da: • barriere comunicative, linguistiche o culturali; • disabilità sensoriali o neurodivergenze che interferiscono con la comunicazione; • fragilità sociale, grave vulnerabilità economica o abitativa, ed effettivo sovraccarico o inadeguatezza del supporto familiare; • abitudini di vita a rischio e dipendenze (con specifica considerazione dei pattern di consumo sesso-specifici di alcol, tabacco, psicofarmaci, o l'uso di terapie steroidee/ormonali non prescritte).
#11	3	Il panel ritiene appropriato che, nei pazienti adulti ASA 1-2candidati a chirurgia ambulatoriale o day surgery, siano considerati casi particolari — e necessitino pertanto di strategie dedicate e personalizzate in ottica di sesso e genere — le condizioni caratterizzate da: • barriere comunicative, linguistiche o culturali; • disabilità sensoriali o neurodivergenze che interferiscono con la comunicazione; • fragilità sociale, grave vulnerabilità economica o abitativa, ed effettivo sovraccarico o inadeguatezza del supporto familiare; • abitudini di vita a rischio e dipendenze (con specifica considerazione dei pattern di consumo sesso-specifici di alcol, tabacco, psicofarmaci, o l'uso di terapie steroidee/ormonali non prescritte).
Minimo	3	
Quartile 1	3,5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

7.3 Il panel ritiene auspicabile che nei pazienti ASA 1-2 con fragilità clinica/disabilità/vulnerabilità sociale sia previsto un percorso educativo strutturato sia per il paziente che per il caregiver.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 100% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	5	
#4	5	
#5	5	
#6	5	
#7	5	
#8	5	
#9	2	Il panel ritiene auspicabile che nei pazienti ASA 1-2 con fragilità clinica, disabilità o vulnerabilità sociale sia previsto un percorso educativo strutturato, personalizzato in ottica di sesso e di genere, rivolto sia alla persona assistita sia al caregiver. Tale percorso deve adottare un linguaggio inclusivo e accessibile (prevedendo strumenti calibrati sui livelli di alfabetizzazione sanitaria - health literacy - e sulle competenze tecnologiche per contrastare il digital divide). Nell'addestramento alla gestione peri-operatoria, deve considerare l'impatto dei carichi di cura familiari, la valutazione della reale adeguatezza del supporto informale e le peculiarità biologiche sesso-specifiche.
#10	3	Il panel ritiene auspicabile che nei pazienti ASA 1-2 con fragilità clinica, disabilità o vulnerabilità sociale sia previsto un percorso educativo strutturato, personalizzato in ottica di sesso e di genere, rivolto sia alla persona assistita sia al caregiver. Tale percorso deve adottare un linguaggio inclusivo e accessibile (prevedendo strumenti calibrati sui livelli di alfabetizzazione sanitaria - health literacy - e sulle competenze tecnologiche per contrastare il digital divide). Nell'addestramento alla gestione peri-operatoria, deve considerare l'impatto dei carichi di cura familiari, la valutazione della reale adeguatezza del supporto informale e le peculiarità biologiche sesso-specifiche.
#11	3	Il panel ritiene auspicabile che nei pazienti ASA 1-2 con fragilità clinica, disabilità o vulnerabilità sociale sia previsto un percorso educativo strutturato, personalizzato in ottica di sesso e di genere, rivolto sia alla persona assistita sia al caregiver. Tale percorso deve adottare un linguaggio inclusivo e accessibile (prevedendo strumenti calibrati sui livelli di alfabetizzazione sanitaria - health literacy - e sulle competenze tecnologiche per contrastare il digital divide). Nell'addestramento alla gestione peri-operatoria, deve considerare l'impatto dei carichi di cura familiari, la valutazione della reale adeguatezza del supporto informale e le peculiarità biologiche sesso-specifiche.
Minimo	2	
Quartile 1	3,5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

8.1 Il panel ritiene appropriata l'integrazione di linguaggi infermieristici standardizzati all'interno della Cartella Clinica per garantire una progressione fluida delle cure, prevenire la duplicazione dei dati e consentire audit accurati sulla qualità del percorso. Una documentazione incoerente o mancante può infatti alterare la percezione dell'efficacia dei protocolli clinici e dei tempi di dimissione.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 93,33% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	4	
#4	5	
#5	5	
#6	5	
#7	5	
#8	5	
#9	5	
#10	5	
#11	5	
Minimo	4	
Quartile 1	5	
Mediana	5	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	100,00%	

8.2 Per i pazienti ASA 1 e 2, il panel ritiene appropriato includere nella documentazione pre-operatoria checklist di screening strutturate per identificare comorbidità (es. apnea notturna) e condizioni sociali che potrebbero controindicare la day surgery.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 96,66% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	4	
#4	3	le ceck list meglio che li compili il medico curante !
#5	5	
#6	5	
#7	5	
#8	5	
#9	3	Per i pazienti ASA 1 e 2, il panel ritiene appropriato includere nella documentazione pre-operatoria checklist di screening strutturate e calibrate in ottica di sesso e genere, finalizzate a identificare comorbidità e condizioni sociali (es. reale adeguatezza del supporto al domicilio, impatto dei carichi di cura familiari e vulnerabilità socio-economiche) che potrebbero controindicare la day surgery. Qualora tali checklist siano somministrate mediante strumenti digitali o portali web di e-triage, deve essere garantita l'equità d'accesso attraverso canali alternativi (telefonici o cartacei) per prevenire l'esclusione legata al digital divide
#10	3	Per i pazienti ASA 1 e 2, il panel ritiene appropriato includere nella documentazione pre-operatoria checklist di screening strutturate e calibrate in ottica di sesso e genere, finalizzate a identificare comorbidità e condizioni sociali (es. reale adeguatezza del supporto al domicilio, impatto dei carichi di cura familiari e vulnerabilità socio-economiche) che potrebbero controindicare la day surgery. Qualora tali checklist siano somministrate mediante strumenti digitali o portali web di e-triage, deve essere garantita l'equità d'accesso attraverso canali alternativi (telefonici o cartacei) per prevenire l'esclusione legata al digital divide
#11	3	Per i pazienti ASA 1 e 2, il panel ritiene appropriato includere nella documentazione pre-operatoria checklist di screening strutturate e calibrate in ottica di sesso e genere, finalizzate a identificare comorbidità e condizioni sociali (es. reale adeguatezza del supporto al domicilio, impatto dei carichi di cura familiari e vulnerabilità socio-economiche) che potrebbero controindicare la day surgery. Qualora tali checklist siano somministrate mediante strumenti digitali o portali web di e-triage, deve essere garantita l'equità d'accesso attraverso canali alternativi (telefonici o cartacei) per prevenire l'esclusione legata al digital divide
Minimo	3	
Quartile 1	3	
Mediana	4	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	63,64%	

8.3 Il panel ritiene ragionevole una gestione documentale completa che preveda la registrazione sistematica delle istruzioni preoperatorie fornite al paziente e l'integrazione di sistemi di monitoraggio postoperatorio nel dossier sanitario. L'uso di strumenti digitali per il reporting dei sintomi consente di distinguere tra decorsi normali e complicanze, riducendo gli accessi non necessari al pronto soccorso.Esito votazione Panel:Mediana 5 | Agreement 93,33% | IQR 4-5		
#1	5	
#2	4	
#3	4	
#4	5	
#5	5	
#6	4	
#7	5	
#8	5	
#9	3	Il panel ritiene ragionevole una gestione documentale completa che preveda la registrazione sistematica delle istruzioni preoperatorie fornite alla persona assistita ed all'eventuale caregiver, e l'integrazione di sistemi di monitoraggio post-operatorio nel dossier sanitario. L'uso di strumenti digitali per il reporting dei sintomi deve avvalersi di schemi di valutazione calibrati sulle specificità biologiche e cliniche genere-specifiche consentendo di distinguere con accuratezza tra decorsi normali e complicanze, riducendo gli accessi non necessari al pronto soccorso. Per evitare che l'adozione di e-health generi disuguaglianze dovute al digital divide (con particolare riguardo a donne anziane, persone sole o con ridotta alfabetizzazione digitale), l'infrastruttura digitale deve sempre prevedere canali di reporting alternativi o assistiti da personale sanitario.
#10	3	Il panel ritiene ragionevole una gestione documentale completa che preveda la registrazione sistematica delle istruzioni preoperatorie fornite alla persona assistita ed all'eventuale caregiver, e l'integrazione di sistemi di monitoraggio post-operatorio nel dossier sanitario. L'uso di strumenti digitali per il reporting dei sintomi deve avvalersi di schemi di valutazione calibrati sulle specificità biologiche e cliniche genere-specifiche consentendo di distinguere con accuratezza tra decorsi normali e complicanze, riducendo gli accessi non necessari al pronto soccorso. Per evitare che l'adozione di e-health generi disuguaglianze dovute al digital divide (con particolare riguardo a donne anziane, persone sole o con ridotta alfabetizzazione digitale), l'infrastruttura digitale deve sempre prevedere canali di reporting alternativi o assistiti da personale sanitario.
#11	3	Il panel ritiene ragionevole una gestione documentale completa che preveda la registrazione sistematica delle istruzioni preoperatorie fornite alla persona assistita ed all'eventuale caregiver, e l'integrazione di sistemi di monitoraggio post-operatorio nel dossier sanitario. L'uso di strumenti digitali per il reporting dei sintomi deve avvalersi di schemi di valutazione calibrati sulle specificità biologiche e cliniche genere-specifiche consentendo di distinguere con accuratezza tra decorsi normali e complicanze, riducendo gli accessi non necessari al pronto soccorso. Per evitare che l'adozione di e-health generi disuguaglianze dovute al digital divide (con particolare riguardo a donne anziane, persone sole o con ridotta alfabetizzazione digitale), l'infrastruttura digitale deve sempre prevedere canali di reporting alternativi o assistiti da personale sanitario
Minimo	3	
Quartile 1	3,5	
Mediana	4	
Quartile 3	5	
Massimo	5	
Accordo	72,73%	

ALLEGATO 7 – DICHIARAZIONE CONFORMITÀ NORMATIVE VIGENTI

Il presente documento di Buone Pratiche Clinico-Assistenziali Organizzative è stato redatto in conformità con la normativa vigente in materia di raccomandazioni e linee guida cliniche. In particolare, si attesta che:

- le raccomandazioni contenute sono coerenti con i riferimenti normativi previsti dalla Legge Gelli-Bianco (Legge n. 24/2017), in quanto elaborate secondo un processo metodologico trasparente, condiviso e documentato, come previsto dal Manuale di indirizzo metodologico per la produzione di Buone Pratiche Clinico-Assistenziali Organizzative (V. novembre 2025)
- sono state rispettate le disposizioni di reporting previste dal manuale Buone Pratiche Clinico-Assistenziali Organizzative. Elenco Allegati (V. 24 Giugno 2025)
- è garantita l'aderenza ai criteri AGENAS per la produzione di raccomandazioni evidence-based, con particolare attenzione alla dichiarazione di conflitti di interesse, all'indipendenza editoriale e alla tracciabilità del processo di sviluppo.

Questo documento è dunque conforme agli standard stabiliti dalle autorità sanitarie nazionali e regionali, rappresentando uno strumento utile alla pratica clinica quotidiana e alla promozione della sicurezza del paziente.

ALLEGATO 8 - RIFERIMENTI NORMATIVI

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

Art. 1 Consenso informato

Comma 1. "... nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge."

Comma 3. "Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché' riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico."

Comma 4. "Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico."

Comma 5. "Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. .... Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico."

Comma 6. "Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali."

Comma 7. "Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla."

Comma 9. "Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale."

Comma 10. "La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative."

Art. 2. Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita

Comma 1. "Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38."

Comma 2. "Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irra¬gionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente."

Comma 3. "Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua (o il rifiuto della stessa) sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico."

Art. 4. Disposizioni anticipate di trattamento

Comma 1. "Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché' il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari."

Comma 5. "Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita."

Art. 5. Pianificazione condivisa delle cure

Comma 1. "Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità."

****

Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012, Rep. n. 152, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore [229].

Assistenza ospedaliera

"Le cure palliative in ospedale, nell'ambito della rete di cure palliative, sono caratterizzate: consulenza palliativa, assicurata da un'équipe medico-infermieristica con specifica competenza ed esperienza."

SIAARTI
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

Via del Viminale 43, 00184 Roma
ricerca@siaarti.it | 06-4452816