DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
Ottobre 2026	Dott.ssa Monica Maffei DM S.C. Anestesia, Medicina del Dolore e Cure Palliative Dott.ssa M. Giovanna Pianu DM S.C. Anestesia, Medicina del Dolore e Cure Palliative Dott.ssa Paola Arghittu DM S.C. Anestesia, Medicina del Dolore e Cure Palliative	Prof. Sandra Magnoni DIR S.C. Anestesia, Medicina del Dolore e Cure Palliative Prof. Franco Camoglio DIR SC Chirurgia Pediatrica e Neonatale Prof. Maria Pina Cerulo DM SC Chirurgia Pediatrica e Neonatale Dott. Roberto Foddanu Resp. SSD Qualità Accreditamento Clinical Governance Risk Management	Dott.ssa Lucia Anna Mameli Direttrice Sanitaria

REVISIONE	DATA	MOTIVO	PAGINE

Sommario

1. PREMESSA 4
2. SCOPO E OBIETTIVI 4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE 4
4. TERMINOLOGIA 4
5. MATRICE DI RESPONSABILITÀ 5
6. INDICAZIONI AL SETTING DI RICOVERO 6
   6.1 Indicazioni al ricovero in Day Surgery 6
      6.1.1 Criteri clinico-anestesiologici 6
      6.1.2 Tipo di intervento 6
      6.1.3 Criteri logistici 7
   6.2 Indicazioni al Ricovero Ordinario 7
7. PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO 7
   7.1 Visita specialistica chirurgica 8
   7.2 Visita e valutazione anestesiologica 8
   7.3 Esami preoperatori 9
      Test di gravidanza 10
   7.4 Infezioni delle vie respiratorie superiori (URI) 10
   7.5 Assunzione di farmaci 10
   7.6 Vaccini 11
   7.7 Malattie esantematiche 11
   7.8 Digiuno preoperatorio 12
   7.9 Gestione dell'ansia preoperatoria 13
      7.9.1 Approccio non farmacologico 13
      7.9.2 Premedicazione farmacologica 13
8. ANESTESIA E INTERVENTO CHIRURGICO 14
   8.1 Preparazione e trasferimento in BO 14
   8.2 Gestione intraoperatoria 15
   8.3 Risveglio e trasferimento post-operatorio 16
   8.4 Pazienti non dimissibili dal Blocco Operatorio 17
9. POSTOPERATORIO 17
   9.1 Digiuno postoperatorio 17

9.2 Gestione del dolore postoperatorio 18

9.2.1 Scale di valutazione del dolore 18

10. DIMISSIONE 18

10.1 Criteri di dimissibilità in Day Surgery 18

10.2 Documentazione e raccomandazioni alla famiglia 19

10.3 Paziente non dimissibile al domicilio 20

NOTA — Interventi chirurgici in urgenza 20

11. BIBLIOGRAFIA 21

12. ALLEGATI 23

1. PREMESSA

Il presente documento definisce il percorso peri-operatorio del bambino sottoposto a intervento chirurgico in elezione, in regime di Ricovero Ordinario (RO), di Day Surgery (DS). L'età pediatrica richiede competenze, attenzioni e modalità relazionali specifiche, che includono il coinvolgimento della famiglia come parte integrante del percorso di cura.

2. SCOPO E OBIETTIVI

Il documento si propone di garantire sicurezza, qualità e continuità assistenziale, con un approccio condiviso fra tutto il personale coinvolto. Scopo della procedura è quello di assicurare un percorso assistenziale adattato alle esigenze specifiche dei pazienti pediatrici e garantire la sicurezza del paziente e riducendo la variabilità clinica.

Gli obiettivi principali sono:

- Definire le fasi del percorso assistenziale peri-operatorio.
- Identificare i pazienti candidabili a DS secondo criteri di inclusione definiti.
- Standardizzare la valutazione anestesiologica e gli esami preoperatori.
- Definire la gestione del postoperatorio e i criteri di dimissione.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il protocollo si applica a tutti i pazienti pediatrici candidati a intervento chirurgico in elezione, in regime di RO o di DS, presso la Chirurgia Pediatrica dell'AOU Sassari. Le urgenze chirurgiche pediatriche, escluse dal campo di applicazione del documento, sono brevemente trattate nella NOTA finale.

4. TERMINOLOGIA

AOU Azienda Ospedaliero-Universitaria;
ASA American Society of Anesthesiologists;
BO Blocco Operatorio;
DH Day Hospital;
DS Day Surgery;
ECG Elettrocardiogramma;
EMLA Eutectic Mixture of Local Anesthetics (crema anestetica topica);
ESAIC European Society of Anaesthesiology and Intensive Care;

FACES Faces Pain Scale;
FANS Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei;
FLACC Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale;
NRS Numeric Rating Scale;
ORL Otorinolaringoiatria;
OSS Operatore Socio-Sanitario;
Ped-PADSS Pediatric Post-Anesthetic Discharge Scoring System;
PONV Post-Operative Nausea and Vomiting;
RO Ricovero Ordinario;
SARNePI Società di Anestesia Rianimazione Emergenza Neonatale e Pediatrica Italiana;
SICP Società Italiana di Chirurgia Pediatrica;
SISPAC Scheda Integrata di Sicurezza per la Procedura Anestesiologica e Chirurgica;
SpO2 Saturazione periferica di ossigeno;
TIN Terapia Intensiva Neonatale;
URI Upper Respiratory Infection (Infezione delle Vie Respiratorie Superiori).

5. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

FASI DEL PROCESSO	CHIRURGO	INFERMIERE	ANESTESISTA
Scelta del setting di ricovero (RO o DS)	R*	I	R*
Verifica ulteriore dell'identità del paziente, monitoraggio dei parametri vitali	C	R	C
Assistenza infermieristica durante il percorso peri-operatorio	I	R	I
Indicazione chirurgica	R	I	C
Valutazione preoperatoria, definizione della tecnica anestesiologica	I	I	R
Prescrizione della terapia antalgica postoperatoria	C	C	R
Valutazione e gestione del paziente nel post-operatorio	R*	C	R*
Dimissione del paziente dal BO	C	C	R
Dimissione dal ricovero in RO	R		
Dimissione ospedaliera dal ricovero DS	R*	C	R*

*Decisione condivisa in relazione alle proprie competenze e/o il caso clinico specifico

6. INDICAZIONI AL SETTING DI RICOVERO

Le indicazioni al regime di ricovero (DS o RO) sono valutate sulla base di tre categorie di criteri: clinico-anestesiologici (classe ASA, età, condizioni cliniche), tipo di intervento chirurgico (complessità, durata, rischio emorragico, dolore postoperatorio atteso) e logistico (distanza dall'ospedale, supporto familiare, idoneità della struttura ospitante).
Il paziente è candidabile al regime di DS solo se soddisfa i criteri di tutte e tre le categorie.

6.1 Indicazioni al ricovero in Day Surgery

6.1.1 Criteri clinico-anestesiologici

Sono candidabili a DS i pazienti in classe **ASA I** o **II** [1]. La classe ASA è attribuita sulla base dello stato sistemico, indipendentemente dall'età [3].
Pazienti **ASA III** sono generalmente esclusi, ma possono essere considerati per la DS solo in casi selezionati (es. disabilità o condizioni neurologiche stabilizzate da terapia cronica), per chirurgia di basso grado, dopo valutazione caso per caso da parte dell'anestesista responsabile, con stratificazione del rischio peri-operatorio ed eventuale prolungamento dell'osservazione postoperatoria. La deroga deve essere adeguatamente documentata in cartella [1].
Rispetto ai criteri di età indicati dalle linee guida SICP/SARNePI del 2018 [1], nella nostra struttura è adottato un cut off più conservativo per ragioni organizzative e logistiche: sono candidabili al regime di DS i pazienti di età ≥ 3 anni. I pazienti di età inferiore vengono indirizzati al RO, con l'unica eccezione degli interventi eseguibili in regime ambulatoriale ma che necessitano di minima sedazione.

6.1.2 Tipo di intervento

In regime di DS sono indicati interventi: di bassa complessità, di durata < 120 minuti, con perdita ematica attesa minima, dolore postoperatorio atteso lieve e basso rischio di complicanze maggiori. Sono escluse toracotomie e laparotomie. L'intervento deve concludersi entro le ore 15:00 per consentire un'osservazione postoperatoria di almeno 4 ore prima della dimissione [1]. Le linee guida SICP/SARNePI 2018 [1] forniscono inoltre una classificazione delle procedure chirurgiche secondo l'idoneità al regime di DS, alla quale si rimanda per i casi specifici (Allegato 1).

6.1.3 Criteri logistici

La dimissione in DS richiede la presenza di un adulto responsabile (genitore, tutore o caregiver) per le prime 24 ore, residenza o struttura ospitante idonea ad accogliere il paziente operato e situata a non più di 60 minuti da un ospedale con Pronto Soccorso H24, possibilità di contatto telefonico con il reparto e adeguata comprensione ed accettazione del percorso da parte dei genitori/tutori [1].

6.2 Indicazioni al Ricovero Ordinario

Vengono ricoverati in RO i pazienti che non soddisfano i criteri DS. La sede di degenza sono i letti di Chirurgia Pediatrica allocati presso la Pediatria (Padiglione Materno-Infantile).

	DAY SURGERY	RICOVERO ORDINARIO
Anestesia	ASA I-II. ASA III: solo casi selezionati, previa valutazione collegiale. Età ≥ 3 anni	ASA I-II (in base al tipo di intervento); ASA III-IV. Età < 3 anni
Intervento	Bassa complessità, durata < 120 min; perdita ematica attesa minima; rischio di complicanze maggiori basso; dolore postoperatorio atteso lieve; fine intervento entro le ore 15:00	Chirurgia di lunga durata o maggiore; perdita ematica attesa significativa; rischio di complicanze maggiori; dolore postoperatorio atteso moderato-severo; fine intervento oltre le ore 15:00
Logistica	Distanza < 60 min da un PS H24; residenza o struttura ospitante idonea; cargiver responsabile per le prime 24 h; comprensione e accettazione del percorso da parte del genitore/tutore	Distanza > 60 min da PS H24; assenza di caregiver responsabile per le 24 h; inadeguata comprensione/non accettazione del percorso proposto di DS da parte del genitore/tutore

7. PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

La preparazione all'intervento chirurgico comprende la visita chirurgica e la valutazione anestesiologica, finalizzate alla raccolta dei dati clinici, all'informazione del paziente e della famiglia, all'acquisizione del consenso e alla riduzione dell'ansia perioperatoria. Presso la nostra struttura entrambe le valutazioni si eseguono di norma il giorno precedente l'intervento, in occasione del pre-ricovero.

7.1 Visita specialistica chirurgica

Il paziente è valutato presso l'ambulatorio di Chirurgia Pediatrica. Posta l'indicazione chirurgica, il paziente viene inserito in lista d'attesa e il regime di ricovero è proposto sulla base dei criteri del paragrafo 6; la conferma definitiva avviene dopo la valutazione anestesiologica (par. 7.2).

In occasione dell'inserimento in lista d'attesa viene comunicata la data per il pre-ricovero e vengono date indicazioni riguardo alla documentazione da portare con sé il giorno del pre-ricovero (la visita pediatrica obbligatoria, eventuale cartella clinica).

Il giorno del pre-ricovero il chirurgo conferma l'indicazione chirurgica e il regime di ricovero, compila la cartella clinica, marca il sito chirurgico (ove previsto), acquisisce i consensi da entrambi i genitori (o tutori legali ove previsto) e fornisce ai genitori le informazioni sul tipo di intervento e sul decorso peri-operatorio.

7.2 Visita e valutazione anestesiologica

La valutazione anestesiologica prevede: l'accertamento delle condizioni generali del paziente allo scopo di definirne lo stato fisico (classificazione ASA), l'eleggibilità all'anestesia, l'eleggibilità ad un eventuale regime di DS, l'identificazione di eventuali fattori di rischio, l'indicazione del tipo di anestesia più appropriato, la compilazione della cartella anestesiologica e l'acquisizione del consenso informato.

La visita anestesiologica va eseguita in tempi ravvicinati all'intervento, evitandone l'esecuzione con largo anticipo [1]. Presso la nostra struttura si svolge in genere il giorno antecedente l'intervento, in occasione del pre-ricovero, dopo la visita chirurgica.
La visita comprende [1, 2, 12]:

- Valutazione clinica generale e revisione anamnestica (allergie, comorbilità, precedenti anestesiologici, farmaci in corso, anamnesi familiare per ipertermia maligna, alterazioni della coagulazione, malattie neuromuscolari).
- Esame obiettivo, comprensivo della valutazione delle vie aeree quando necessaria.
- Verifica della valutazione da parte del Pediatra, in genere eseguita entro 10 giorni dall'intervento, e degli esami di laboratorio o strumentali eventualmente richiesti.
- Pianificazione della tecnica anestesiologica e della gestione del dolore postoperatorio.
- Informazione del paziente (in modo adeguato all'età) e della famiglia, con acquisizione del consenso informato da parte di entrambi i genitori.

In assenza di un genitore alla visita è richiesta una delega all'informazione e al consenso.
I pazienti con patologie croniche devono presentare una relazione clinica aggiornata dello specialista di riferimento. Al termine della visita il bambino viene indirizzato al Chirurgo e al personale del reparto con il foglio di idoneità anestesiologico (registrato anche sul sistema informatico/CCE, in cui viene riportata la valutazione e specificata l'eventuale richiesta di esami/indagini preoperatori, oltre ad eventuali consegne perioperatorie) affinché, una volta concluso l'iter preoperatorio, si provveda a stabilire e comunicare la data dell'intervento.
La valutazione anestesiologica resta valida fino alla data programmata dell'intervento ed in ogni caso non oltre i 6 mesi. In caso di rinvio per le comuni patologie dell'infanzia, prima della riprogrammazione, il reparto chirurgico verifica per via telefonica l'assenza di febbre, infezioni in atto o recenti, vaccinazioni recenti o altre condizioni controindicanti.
Nel caso in cui l'intervento sia stato rinviato a causa di malattie intercorrenti o problematiche rilevanti (es. mononucleosi, broncopolmoniti, altri ricoveri, ecc.), in caso di scompenso delle patologie preesistenti, nei pazienti ASA 2-3-4 ed in quelli di età inferiore a 1 anno, è indispensabile ripetere la visita anche se l'intervallo di tempo intercorso è inferiore ai sei mesi.

7.3 Esami preoperatori

La prescrizione degli esami preoperatori in età pediatrica è selettiva, basata su anamnesi accurata ed esame obiettivo: la richiesta sistematica di esami complementari è abbandonata in favore di un approccio razionale e individualizzato [1, 2, 12, 13]. Nei pazienti con anamnesi silente, esame obiettivo negativo e chirurgia minore prevista, gli esami preoperatori di routine non sono raccomandati [2, 13]. L'anestesista, sulla base della valutazione clinica e del tipo di intervento previsto, stabilisce caso per caso quali esami richiedere;
la tabella seguente riporta le principali indicazioni cliniche:

Esame	Quando è indicato (esempi)
Emocromo (Hb/Hct)	Chirurgia con rischio emorragico significativo; cardiopatia congenita nota; sospetta o nota emoglobinopatia [2, 13]
Test di coagulazione	Anamnesi personale o familiare positiva per disturbi della coagulazione; terapie anticoagulanti/antiaggreganti in corso; epatopatia grave; chirurgia con rischio emorragico significativo [2]
ECG	Soffio cardiaco di interpretazione incerta; sospetta o nota cardiopatia congenita, comprese sindromi genetiche con coinvolgimento cardiaco (es. Down, DiGeorge, Williams, Noonan); OSAS; scoliosi grave; displasia broncopolmonare; malattia neuromuscolare; neonati e lattanti < 6 mesi (per rischio di sindrome del QT lungo non diagnosticata) [2]
Rx torace	Sospetta massa mediastinica; anamnesi di displasia broncopolmonare; asma grave; malattia neuromuscolare [2]

Nei pazienti con cardiopatia congenita nota, sindromi a coinvolgimento cardiaco, alterazioni dell'ECG suggestive di patologia strutturale o aritmie, o cardiomiopatia in evoluzione, viene richiesta una valutazione cardiologica pediatrica preoperatoria, eventualmente integrata da ecocardiogramma [2, 13].
Gli esami eseguiti in altre strutture nei 6 mesi precedenti sono considerati validi, salvo modifiche cliniche intercorse [2].

Test di gravidanza

L'esposizione ad anestesia e chirurgia in gravidanza richiede particolare cautela. Nelle pazienti in età fertile, in presenza di un dubbio ragionevole su un possibile stato gravidico, l'anestesista informa la paziente e i genitori/tutori sui potenziali rischi e propone l'esecuzione di un test di gravidanza, previo consenso informato [2, 30]. Qualora il test non venga effettuato, viene valutata con il team clinico l'opportunità di non eseguire l'intervento, compatibilmente con le condizioni cliniche e l'urgenza della procedura.

7.4 Infezioni delle vie respiratorie superiori (URI)

Le infezioni delle vie respiratorie superiori (URI) sono frequenti in età pediatrica e aumentano di 2-3 volte il rischio di eventi respiratori avversi peri-operatori (PRAE) rispetto ai pazienti senza URI [9, 14]. I fattori che aumentano ulteriormente il rischio includono età < 2 anni, asma, sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS) e fumo passivo [14].
La decisione di procedere o rinviare l'intervento si basa sulla gravità dei sintomi e sui fattori di rischio individuali:

- Sintomi severi (febbre alta, tosse produttiva, secrezioni purulente, sibili, condizioni generali compromesse): rinvio dell'intervento di almeno 4 settimane dall'episodio acuto [14].
- Sintomi lievi (rinorrea chiara, congestione lieve, apiressia, condizioni generali buone): valutazione individuale del rapporto rischio/beneficio in funzione del tipo di intervento, della tecnica anestesiologica prevista e dei fattori di rischio individuali. In presenza di asma, prematurità, fumo passivo, chirurgia delle vie aeree o età < 2 anni, l'orientamento è al rinvio. Quando si opta per il rinvio, l'intervento viene riprogrammato almeno 2 settimane dopo la risoluzione completa dei sintomi [1, 14].

7.5 Assunzione di farmaci

I farmaci per patologie croniche non vanno sospesi prima dell'intervento, salvo diversa indicazione anestesiologica [21].

Antibiotici: nei pazienti in trattamento antibiotico per infezione in atto o recente, l'intervento elettivo è rinviato fino a guarigione clinica documentata e ripresa di buone condizioni generali.

Cortisonici e antistaminici: l'uso preventivo (asma controllato, allergie croniche) non controindica l'intervento [21]. Se utilizzati per una crisi allergica acuta, il rinvio dell'intervento è raccomandato fino a completa risoluzione dei sintomi e stabilizzazione della terapia.

7.6 Vaccini

Per ridurre il rischio di confondimento fra reazioni vaccinali (es. febbre post-vaccinale) e complicanze peri-operatorie [15, 16, 17]:

- si posticipa l'intervento elettivo di almeno 1 settimana dopo un vaccino non vivo (inattivato) e di 3 settimane dopo un vaccino vivo attenuato [15, 16, 17].
- Si privilegia il rinvio dell'intervento elettivo rispetto al rinvio della vaccinazione, soprattutto in neonati e lattanti.
- Si riprende il calendario vaccinale dopo la chirurgia elettiva quando il bambino è in buone condizioni cliniche.

Tipo di vaccino	Esempi	Rinvio AG
Vivi attenuati	Morbillo, parotite, rosolia, varicella, febbre gialla	3 settimane
Non vivi (inattivati)	Difterite, tetano, pertosse, Hib, meningococco, epatite A/B, antipolio Salk, pneumococco, antinfluenzale, HPV	1 settimana

7.7 Malattie esantematiche

In caso di malattia esantematica recente, l'intervento elettivo viene programmato dopo il pieno recupero clinico — verificando anche l'assenza di complicanze post-infettive che possono manifestarsi nelle settimane successive alla fase acuta — e dopo la fine del periodo di contagio specifico della malattia [18, 19, 20].

Malattia	Fine del periodo contagioso
Varicella	Quando tutte le lesioni sono in crosta (4-7 giorni dall'inizio del rash)
Morbillo	4 giorni dopo la comparsa del rash
Rosolia	7 giorni dopo la comparsa del rash
Scarlattina	24 ore dopo l'inizio della terapia antibiotica adeguata
Eritema infettivo (V malattia)	Non più contagioso una volta comparso il rash
Esantema critico / Roseola (VI malattia)	Basso rischio di contagio una volta comparso il rash
Mano-piede-bocca	Risoluzione delle lesioni e defervescenza (7-10 giorni)

In caso di esposizione recente senza malattia in atto, è raccomandato un periodo di osservazione pari al periodo di incubazione massimo (indicativamente 21 giorni) prima dell'intervento elettivo [19, 20].

7.8 Digiuno preoperatorio

Il digiuno preoperatorio è una delle misure di sicurezza fondamentali in anestesia, volto a minimizzare il rischio di rigurgito e di aspirazione polmonare durante l'induzione anestesiologica. In età pediatrica è particolarmente importante bilanciare la sicurezza con il comfort del paziente, evitando digiuni prolungati che possono causare disidratazione, ipoglicemia, sete, fame, irritabilità e ansia. Le evidenze attuali supportano una gestione meno restrittiva rispetto al passato, in particolare per i liquidi chiari.

Il documento adotta le indicazioni della linea guida ESAIC 2022 [4]. Per la chirurgia elettiva, in assenza di fattori di rischio per aspirazione, si applicano i seguenti tempi minimi:

Tipo di assunzione	Tempo minimo	Esempi / Note
Liquidi chiari	1 ora	Acqua, soluzioni reidratanti, tè, camomilla, succhi senza polpa, bevande zuccherate non gassate. Incoraggiata l'assunzione fino a 1 h prima per ridurre disidratazione e ansia.
Latte materno	3 ore	Digestione più rapida rispetto a formula e latte vaccino.
Formula per lattanti / latte non umano	4/6 ore	Riduzione da 6 a 4 h secondo ESAIC 2022 (GRADE 2C).
Pasto leggero	6 ore	Pane tostato, frutta, cereali leggeri. Evitare grassi e proteine.
Pasto completo / cibi grassi o fritti	8 ore	Carne, fritti, pasti completi.

È raccomandato incoraggiare i bambini a bere liquidi chiari fino a 1 ora prima dell'anestesia, per ridurre disidratazione, sete e irritabilità. La quantità di riferimento è di circa 3 ml/kg, che indicativamente corrisponde a [5]:

- 1-5 anni: fino a 50 ml (una tazzina da caffè)
- 6-12 anni: fino a 140 ml (circa mezzo bicchiere)
- oltre 12 anni: fino a 250 ml (un bicchiere)

Tempi di digiuno più prolungati sono indicati nei pazienti con reflusso gastroesofageo significativo, ritardato svuotamento gastrico o diabete con gastroparesi.

Il rispetto dei tempi di digiuno è verificato prima dell'ingresso in blocco operatorio e nuovamente in sala prima dell'inizio dell'intervento (e documentato nella SISPAC). In caso di non aderenza l'intervento può essere riprogrammato per motivi di sicurezza. Le raccomandazioni sul digiuno sono sempre particolarmente sottolineate e ribadite sia al paziente che ai genitori/tutore. La guida ai servizi della Chirurgia Pediatrica fornita ai genitori ed ai pazienti al momento della valutazione preoperatoria contiene le indicazioni sul digiuno (Allegato 2). In caso di pazienti ricoverati in reparto di degenza, l'anestesista o il chirurgo indicheranno nella propria consulenza o in cartella elettronica le indicazioni per il digiuno preoperatorio.

7.9 Gestione dell'ansia preoperatoria

L'ansia preoperatoria è un fenomeno comune nel paziente pediatrico e coinvolge frequentemente anche genitori e caregiver. È associata ad aumento del rischio di emergence delirium, ad alterazioni comportamentali postoperatorie e a una ridotta collaborazione durante l'induzione anestesiologica [23]. Risulta pertanto di fondamentale importanza, nell'ambito pediatrico, un approccio multimodale che metta in atto tecniche farmacologiche e non farmacologiche, volte alla riduzione dell'ansia preoperatoria e al miglioramento dell'esperienza perioperatoria del bambino e della famiglia.

7.9.1 Approccio non farmacologico

Strategie generali. Distrazione ludica, narrazione, gioco guidato, comunicazione empatica, già a partire dalla visita anestesiologica. Possono essere impiegate da sole o associate alla premedicazione farmacologica.
Coinvolgimento dei genitori. I genitori e i caregiver rappresentano una risorsa fondamentale: conoscono il bambino e le sue modalità relazionali, e il loro coinvolgimento riduce l'ansia preoperatoria e migliora l'esperienza della famiglia.
La presenza del genitore è sempre consentita durante le procedure potenzialmente fastidiose o dolorose (es. venipuntura) a paziente vigile, dove svolge un ruolo attivo di supporto emotivo.
Inoltre il genitore accompagna il bambino fino alla sala di preparazione nel blocco operatorio e rimane con lui fino all'accesso in sala operatoria.
L'eventuale accesso del genitore in sala durante l'induzione anestesiologica viene valutato caso per caso dal team, tenendo conto dell'età del bambino, delle condizioni cliniche, del contesto organizzativo e dei requisiti di sicurezza. Se autorizzato, al genitore vengono fornite in anticipo informazioni su ambiente, norme comportamentali e possibili reazioni del bambino.
Informazione e preparazione del bambino. Il bambino ha diritto a informazioni adeguate sulle procedure che lo riguardano. Le spiegazioni vanno fornite con linguaggio semplice, calibrato sull'età e sul livello di sviluppo cognitivo. Quando possibile, il bambino è coinvolto, con le dovute modalità, nelle scelte che lo riguardano, come la modalità di induzione (inalatoria o endovenosa), favorendo una partecipazione attiva e consapevole alle cure.

7.9.2 Premedicazione farmacologica

La premedicazione farmacologica viene utilizzata per ridurre l'ansia preoperatoria, facilitare la separazione del bambino dai genitori e migliorare la collaborazione durante l'induzione anestesiologica.
L'indicazione, la scelta della molecola, della via di somministrazione e del dosaggio sono di competenza dell'anestesista, che effettua la valutazione su base individuale considerando età, condizioni cliniche, profilo psicologico, eventuali comorbidità, grado di cooperazione del bambino ed eventuali esperienze precedenti di agitazione postoperatoria [22].
I farmaci più frequentemente impiegati, anche in combinazione tra loro, sono le benzodiazepine, gli alfa-2 agonisti e, in casi selezionati, la ketamina.

La presenza del genitore durante la somministrazione è consentita per favorire rassicurazione e collaborazione. Le formulazioni orali possono essere diluite in liquidi chiari zuccherati per migliorarne l'accettabilità [24].
I genitori e, quando possibile, il bambino vengono informati sugli effetti attesi della premedicazione.
La somministrazione dei farmaci sedativi avviene in ambiente sicuro, con materiale e farmaci d'emergenza facilmente accessibili. I bambini sedati sono adeguatamente monitorati.

8. ANESTESIA E INTERVENTO CHIRURGICO

Il giorno dell'intervento chirurgico in elezione, il bambino attraversa un percorso strutturato in fasi successive: preparazione, gestione intraoperatoria e risveglio, ciascuna gestita nel rispetto della sicurezza clinica e del comfort del paziente e della famiglia.

La gestione anestesiologica prevede di norma anestesia generale, eventualmente associata a tecnica loco-regionale in funzione del tipo di intervento e del dolore postoperatorio atteso. Per procedure endoscopiche e di chirurgia minore possono essere adottati diversi livelli di sedazione. L'induzione può essere inalatoria o endovenosa, scelta in base ad età, condizioni cliniche, tipo di procedura e, quando possibile, preferenze del bambino. L'anestesia loco-regionale, quando indicata, è eseguita dopo l'induzione dell'anestesia generale nei pazienti pediatrici di minore età.

8.1 Preparazione e trasferimento in blocco operatorio

Il percorso peri-operatorio del paziente pediatrico presenta differenze logistiche tra DS e RO sia nell'accoglienza pre-operatoria sia nella destinazione post-operatoria.

Preparazione pre-operatoria. I pazienti in DS sono accolti alle ore 7:00 presso il DH Pediatrico. I pazienti in RO sono già ricoverati. In entrambi i regimi il personale infermieristico e medico del reparto rileva i parametri vitali (FC, SpO2, temperatura), verifica il rispetto del digiuno e cura la preparazione del bambino (igiene personale, pigiama pulito, assenza di oggetti metallici rimovibili ecc.).

Su indicazione dell'anestesista riportata nella scheda di valutazione anestesiologica, viene applicata una crema anestetica topica (EMLA) nelle sedi di possibile incannulamento venoso, almeno 60 minuti prima del trasferimento in BO [27]. I bambini, salvo necessità cliniche specifiche o diverse disposizioni anestesiologiche, giungono al BO privi di accesso venoso.

Trasferimento in BO. Il primo paziente della lista entra in BO entro le ore 8:00. I pazienti successivi sono trasferiti uno alla volta su chiamata del personale di sala operatoria, secondo l'andamento della lista. Il trasporto è effettuato da due OSS; un solo genitore può accompagnare il minore fino all'ingresso in sala. Al momento dell'ingresso del paziente nel BO devono essere presenti: chirurgo, anestesista, infermiere strumentista, infermiere di anestesia e personale di supporto fuori campo.

Accoglienza e preparazione in BO. All'ingresso del BO il bambino e il genitore sono accolti in un ambiente dedicato all'accoglienza pediatrica, attrezzato con materiale di gioco e distrazione per favorire la riduzione dell'ansia. In questo spazio si procede alla compilazione della Parte A (Sign In) della SISPAC pediatrica, alla presenza del Responsabile della Check-List, dell'Anestesista e del Chirurgo, con verifica di identità, consenso, allergie, digiuno, disponibilità di emoderivati per gli interventi in RO che lo richiedono, e marcatura del sito chirurgico. Vengono altresì somministrate l'eventuale premedicazione e, quando indicato e possibile, eseguito l'incannulamento venoso. Il personale ausiliario assiste il genitore e, ad accesso autorizzato, lo accompagna con il bambino in sala operatoria.

8.2 Gestione intraoperatoria

In sala operatoria si procede, in successione, al posizionamento del monitoraggio, all'induzione dell'anestesia, all'incannulamento venoso (se non già in sede) e allo svestimento del bambino, all'eventuale anestesia loco-regionale, al Time Out della SISPAC, all'intervento chirurgico e al Sign Out della SISPAC al termine dell'intervento.

Induzione e ruolo del genitore. Per ridurre al minimo lo stress del bambino e del genitore, quando possibile si asseconda il desiderio del bambino sulle modalità di induzione. Sulla base della valutazione dell'anestesista, in relazione all'efficacia della premedicazione e al rapporto genitore-bambino, l'induzione può avvenire in presenza del genitore. L'ingresso e l'uscita del genitore avvengono attraverso un percorso che non espone a rischio di contaminazione il campo operatorio. Appena il bambino si addormenta, il genitore viene accompagnato fuori dalla sala.

Gestione termica. Le caratteristiche fisiologiche pediatriche espongono il bambino a un elevato rischio di ipotermia perioperatoria. La prevenzione si fonda sul monitoraggio della temperatura centrale durante l'anestesia e sull'adozione di misure attive: temperatura della sala operatoria ≥ 24 °C, pre-warming, forced-air warming intraoperatorio, riscaldamento dei fluidi negli interventi a elevato fabbisogno volemico [25].

Fluidi intraoperatori. Si utilizzano esclusivamente cristalloidi isotonici; i fluidi ipotonici sono controindicati come fluido di mantenimento [26].

Profilassi PONV. La nausea e il vomito postoperatori (PONV) sono complicanze frequenti in età pediatrica e la profilassi è basata sulla stratificazione del rischio individuale. I principali fattori di rischio comprendono età > 3 anni, durata chirurgica > 30 minuti, chirurgia per strabismo, tonsillectomia/adenoidectomia, sesso femminile post-puberale, anamnesi di PONV o cinetosi, impiego di oppioidi a lunga durata d'azione. La profilassi prevede un approccio multimodale, con combinazione di antiemetici di classi diverse e riduzione dei fattori di rischio modificabili (anestesia regionale ove appropriata, contenimento degli oppioidi intraoperatori, adeguata idratazione). La scelta dei farmaci, dei dosaggi e dei tempi di somministrazione è di pertinenza dell'anestesista [8].

Time Out e Sign Out della SISPAC. Compilati alla presenza del Chirurgo, dello Strumentista, dell'Anestesista e dell'Infermiere di anestesia: il Time Out (Parte B) dopo l'induzione e prima dell'incisione cutanea, il Sign Out (Parte C) al termine dell'intervento prima che il paziente lasci la sala operatoria. Le verifiche seguono gli item previsti dalla checklist ministeriale [7].

8.3 Risveglio e trasferimento post-operatorio

Al risveglio il paziente è sottoposto a monitoraggio clinico continuo dei parametri vitali da personale qualificato, in Recovery Room dedicata, preferibilmente pediatrica.

Il bambino può essere dimesso dal BO al reparto in presenza di:

- Attività respiratoria valida e pervietà autonoma delle vie aeree.
- Segni di ripresa dello stato di coscienza adeguati all'età.
- Buon controllo del dolore.
- Assenza di sanguinamento o problematiche chirurgiche immediate.
- Normotermia.

L'anestesista dispone il trasferimento sulla base dei parametri vitali e dell'andamento clinico. Il paziente è accompagnato, **salvo diversa e specifica valutazione dell'anestesista/chirurgo**, dal personale ausiliario, con un genitore, munito di cartella di dimissione postoperatoria firmata dall'anestesista, comprensiva delle indicazioni per la gestione postoperatoria.

Destinazione post-operatoria.

- DS: rientro in DH Pediatrico per il periodo di osservazione.
- RO Pediatria: osservazione in DH Pediatrico e successivo trasferimento al reparto in ambulanza (Pediatria è ubicata in struttura separata rispetto al BO). Dopo le ore 18:00 il trasferimento avviene direttamente dal BO al reparto, sempre in ambulanza. Nei bambini di età inferiore a 3 anni o nei casi clinicamente indicati il trasporto è effettuato in presenza di un medico (chirurgo pediatra o anestesista).

8.4 Pazienti non dimissibili dal Blocco Operatorio

In caso di pazienti chirurgici in elezione per i quali è prevedibile il ricovero post-operatorio in ambito intensivo, questo sarà concordato e programmato, prima dell'intervento, con i responsabili dei reparti aziendali di riferimento. In caso di criticità intervenute intra o post intervento, se il paziente non soddisfa i criteri minimi per la dimissione al DH, accede al ricovero ordinario. Se invece il paziente non soddisfa i criteri minimi per la dimissione al reparto ordinario, l'anestesista attiva un percorso assistenziale intensivo. La scelta del setting si basa sulle caratteristiche cliniche del paziente, secondo gli accordi aziendali con TIN e Terapia Intensiva Adulti:

- Neonati (≤ 28 giorni di vita) ed ex-pretermine entro le 60 settimane post-concezionali, oppure pazienti di peso indicativamente ≤ 6 kg: valutazione per trasferimento in TIN.
- Pazienti di età superiore al primo mese e peso > 6 kg: valutazione per trasferimento in Terapia Intensiva Adulti (T23).

In assenza di disponibilità di posto letto in TIN o di non praticabilità del trasferimento in Terapia Intensiva Adulti viene attivata, previa stabilizzazione, la procedura di trasferimento secondario presso altra struttura sanitaria.

9. POSTOPERATORIO

All'arrivo in reparto il personale di trasporto affida il paziente e la documentazione clinica all'infermiere referente, che ne assume la presa in carico. Le consegne postoperatorie — tipo di anestesia eseguita, terapia antalgica prescritta, indicazioni sulla ripresa dell'alimentazione ed eventuali criticità — sono indicate dall'anestesista nel foglio del postoperatorio o in cartella elettronica (se previsto). Il paziente rientra in reparto con:

- Accesso venoso messo in sicurezza.
- Scheda di dimissione con consegne (infusioni e terapia antalgica).
- Terapia antalgica eseguita in BO e prescritta per le successive 24 ore.

Il monitoraggio strumentale non è di routine, salvo specifica indicazione anestesiologica.

Nelle ore successive il bambino è monitorato clinicamente per individuare precocemente eventuali complicanze e in particolare dolore non controllato, nausea o vomito. In assenza di nausea o vomito, si favoriscono la ripresa precoce dell'idratazione orale con liquidi chiari e la mobilizzazione, che concorrono al comfort e al recupero del paziente [28].

9.1 Digiuno postoperatorio

La ripresa dell'alimentazione è definita da chirurgo (in base al tipo di intervento) e anestesista (in base alla tecnica anestesiologica e alle condizioni cliniche). Negli interventi in DS, di norma, l'alimentazione viene ripresa quando il bambino è sveglio e su sua richiesta: prima liquidi poi, se ben tollerati, solidi o pasto leggero. Le infusioni di liquidi nelle prime ore del postoperatorio non sono di routine in DS e vengono concordate caso per caso fra chirurgo e anestesista, riportandole nelle consegne [28].

9.2 Gestione del dolore postoperatorio

Il controllo del dolore inizia in sala operatoria, sia attraverso la scelta della tecnica anestesiologica (anestesia locale/loco-regionale), sia con la somministrazione di farmaci analgesici prima della fine dell'intervento. La terapia antalgica è personalizzata in base ad età, tipo di intervento e tecnica anestesiologica e segue un approccio multimodale [6].

Principi generali:

- Somministrazione regolare, secondo schema ad orario o in continuo, con dosi rescue prevedibili.
- Dosaggi personalizzati per età e peso.
- Valutazione e misurazione del dolore con scale validate per età e condizioni cliniche del paziente.
- Approccio multimodale: paracetamolo + FANS + anestesia loco-regionale + oppioidi, questi ultimi, solo se necessari.

9.2.1 Scale di valutazione del dolore

Età / Caratteristiche	Scala raccomandata
0-3 anni o non comunicativi	FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)
3-8 anni	Wong-Baker FACES Pain Rating Scale
> 8 anni	NRS (Numeric Rating Scale 0-10)
Disabili / non collaboranti	FLACC modificata o R-FLACC

Un punteggio ≥ 4/10 richiede dose rescue. Valutazione tracciata almeno: a 1 ora dalla dimissione dal BO, a 4 ore, e dopo eventuale dose rescue. Il medico di guardia valuta lo stato generale del paziente operato, incluso il dolore.

10. DIMISSIONE

Il presente capitolo si riferisce alla dimissione dal regime di Day Surgery. La dimissione dal Ricovero Ordinario è di competenza del chirurgo curante secondo criteri clinici standard.

10.1 Criteri di dimissibilità in Day Surgery

Dall'analisi della letteratura non emergono dati certi sul tempo minimo di osservazione postoperatoria, ma è prudente che i pazienti restino dentro l'ospedale per un periodo di almeno 4 ore nel postoperatorio, fermo restando che questo periodo può variare in base all'intervento e alla tecnica anestesiologica adottata. La dimissione è prevista entro le ore 20:00, a cura del chirurgo pediatra in collaborazione con l'anestesista.

Viene effettuata una valutazione di dimissibilità mediante il punteggio Pediatric Post-Anesthetic Discharge Scoring System (Ped-PADSS), validato per la popolazione pediatrica [10, 11] e raccomandato dalle linee guida SICP/SARNePI 2018 [1]. Il punteggio si compone di 5 domini, ognuno con valore 0-2:

Dominio	Criteri	Punteggio
1. Emodinamica	FC e PA entro ± 20% rispetto al baseline = 2 Variazione 20-40% = 1 Variazione > 40% = 0	0-2
2. Stato di risveglio / deambulazione	Risveglio adeguato per età e deambulazione (se applicabile) = 2 Risveglio o deambulazione parzialmente compromessi = 1 Assenza di risveglio adeguato = 0	0-2
3. Dolore	Minimo (FLACC/Wong-Baker/NRS < 3) = 2 Moderato = 1 Severo = 0	0-2
4. Nausea/vomito	Minimo = 2 Moderato = 1 Severo = 0	0-2
5. Sanguinamento	Minimo = 2 Moderato = 1 Severo = 0	0-2
PUNTEGGIO TOTALE	Soglia di dimissibilità: ≥ 9/10. Nessun singolo dominio deve essere = 0.	**/10**

Note operative:

- Soddisfatti i criteri (punteggio ≥ 9/10), il chirurgo compila e firma la scheda di dimissibilità.
- La minzione spontanea va monitorata solo in pazienti a rischio di ritenzione urinaria (blocco neuroassiale: caudale, peridurale; chirurgia uretrale/urologica) [29].
- La capacità di assumere liquidi orali non è obbligatoria come criterio rigido [29].
- Il punteggio Ped-PADSS è valutato 1 ora dopo il rientro dal BO e ripetuto ogni ora [11, 29].

10.2 Documentazione e raccomandazioni alla famiglia

Alla dimissione i genitori ricevono [1]:

- Lettera di dimissione scritta con istruzioni chiare per la gestione domiciliare.
- Indicazioni per medicazioni, gestione del dolore, ripresa dell'alimentazione e dell'attività.
- Numero di telefono dedicato H24 per emergenze e consulenza postoperatoria.
- Relazione clinica per il pediatra di libera scelta e programmazione di follow-up clinico/strumentale.

Nelle ore notturne (20:00–8:00) il pediatra di guardia è disponibile per eventuali emergenze.

10.3 Paziente non dimissibile al domicilio

In presenza di problematiche chirurgiche, anestesiologiche o cliniche che controindichino la dimissione (punteggio Ped-PADSS < 9/10, sanguinamento, dolore non controllato, vomito persistente, complicanze anestesiologiche), il chirurgo di guardia, in collaborazione con l'anestesista, predispone il ricovero in reparto.

NOTA — Interventi chirurgici in urgenza

Il presente protocollo è dedicato alla chirurgia pediatrica in elezione. Per coerenza assistenziale e continuità di cura si riportano in questa nota gli elementi essenziali per la gestione delle urgenze chirurgiche pediatriche presso l'AOU Sassari.

Negli interventi in urgenza la pianificazione preoperatoria avviene in tempi più rapidi, mantenendo gli stessi standard di sicurezza. Alla classe ASA si aggiunge il suffisso E (es. ASA II-E).

Il percorso prevede l'attivazione tempestiva delle figure professionali coinvolte:

- Anestesista.
- Chirurgo pediatrico o specialista (ORL, ortopedico, ecc.).
- Coordinatore infermieristico di sala operatoria.
- Infermiere di anestesia.
- Ferrista.
- Fuoricampo.
- Pediatra o neonatologo di riferimento, in base all'età.
- Responsabile della Terapia Intensiva Adulti o TIN, se prevedibile necessità di setting intensivo postoperatorio.

Il consenso chirurgico e anestesiologico è acquisito dal genitore o tutore legale, ove possibile in tempo utile per l'intervento. In caso di pericolo immediato di vita e impossibilità di acquisire il consenso, l'intervento è effettuato in stato di necessità (art. 54 c.p.).

11. BIBLIOGRAFIA

Le citazioni numeriche [N] presenti nel testo del protocollo rimandano alle fonti elencate in questa sezione. Tutte le fonti sono pubbliche e verificabili tramite gli URL/DOI/PMID indicati.

[1] de Luca U, Mangia G, Tesoro S, Martino A, Sammartino M, Calisti A. Guidelines on pediatric day surgery of the Italian Societies of Pediatric Surgery (SICP) and Pediatric Anesthesiology (SARNePI). Italian Journal of Pediatrics 2018;44:35. DOI: 10.1186/s13052-018-0473-1. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5848546/

[2] Serafini G, Ingelmo PM, Astuto M, et al. Preoperative evaluation in infants and children: recommendations of the Italian Society of Pediatric and Neonatal Anesthesia and Intensive Care (SARNePI). Minerva Anestesiologica 2014;80(4):461-469. PMID: 24193177.

[3] American Society of Anesthesiologists. ASA Physical Status Classification System. https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-asa-physical-status-classification-system

[4] Frykholm P, Disma N, Andersson H, Beck C, Bouvet L, Cercueil E, Elliott E, Hofmann J, Isserman R, Klaucane A, Kuhn F, de Queiroz Siqueira M, Rosen D, Rudolph D, Schmidt AR, Schmitz A, Stocki D, Sümpelmann R, Stricker PA, Thomas M, Veyckemans F, Afshari A. Pre-operative fasting in children: A guideline from the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care. European Journal of Anaesthesiology 2022;39(1):4-25. https://esaic.org/guideline/pre-operative-fasting-in-children/

[5] Thomas M, Morrison C, Newton R, Schindler E. Consensus statement on clear fluids fasting for elective pediatric general anaesthesia. Paediatric Anaesthesia 2018;28(5):411-414.

[6] Vittinghoff M, Lönnqvist PA, Mossetti V, et al. Postoperative pain management in children: Guidance from the pain committee of the European Society for Paediatric Anaesthesiology (ESPA Pain Management Ladder Initiative). Paediatr Anaesth 2018;28(6):493-506. DOI: 10.1111/pan.13373. PMID: 29635764.

[7] World Health Organization. Surgical Safety Checklist (Pediatric adapted). 2009. https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery

[8] Gan TJ, Jin Z, Ayad S, et al. Fifth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting: Executive Summary. Anesth Analg 2025. DOI: 10.1213/ANE.0000000000007816.

[9] von Ungern-Sternberg BS, Boda K, Chambers NA, et al. Risk assessment for respiratory complications in paediatric anaesthesia: a prospective cohort study. Lancet 2010;376(9743):773-783.

[10] Biedermann S, Wodey E, De La Brière F, Pouvreau A, Ecoffey C. Paediatric discharge score in ambulatory surgery. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2014;33(5):330-334. PMID: 24836357. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24836357/

[11] Moncel JB, Nardi N, Wodey E, Pouvreau A, Ecoffey C. Evaluation of the pediatric post anesthesia discharge scoring system in an ambulatory surgery unit. Pediatric Anesthesia 2015;25(6):636-641. DOI: 10.1111/pan.12612. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25581378/

[12] Lewis H, Norrington A. Paediatric preoperative assessment. BJA Education 2023;23(6):238-244. DOI: 10.1016/j.bjae.2023.01.009.

[13] Fletke KJ, Kaysin A, Jones S. Preoperative Evaluation in Children. Am Fam Physician 2022;105(6):640-649. PMID: 35704826.

[14] Stepanovic B, Sommerfield D, Lucas M, von Ungern-Sternberg BS. An update on the perioperative management of children with upper respiratory tract infections. Br J Anaesth 2024;133(6):1212-1221.

[15] Bertolizio G, Astuto M. The implications of immunization in the daily practice of pediatric anesthesia. Curr Opin Anaesthesiol 2017;30(3):368-375. PMID: 28490039.

[16] Short JA, van der Walt JH, Zoanetti DC. Immunization and anesthesia—an international survey. Paediatr Anaesth 2006;16(5):514-22. PMID: 16677260.

[17] Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland (APAGBI). The timing of vaccination with respect to anaesthesia and surgery. 2016. https://perioptalk.org/wp-content/uploads/2016/04/final-immunisation-apa.pdf

[18] Centers for Disease Control and Prevention. Clinical Overview of Chickenpox (Varicella) — Transmission and Communicability. https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/clinical-overview/index.html

[19] Centers for Disease Control and Prevention. Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases (chapters on measles, mumps, rubella, varicella). https://www.cdc.gov/surv-manual/

[20] American Academy of Pediatrics, Kimberlin DW, Banerjee R, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH (eds). Red Book: 2024-2027 Report of the Committee on Infectious Diseases. 33rd ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2024.

[21] Coté CJ, Lerman J, Anderson BJ, eds. A Practice of Anesthesia for Infants and Children. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2025. ISBN: 978-0-323-82902-1.

[22] Davis PJ, Cladis FP, eds. Smith's Anesthesia for Infants and Children. 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021. ISBN: 978-0-323-69825-2.

[23] Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Maranets I, McClain B, Gaal D, Mayes LC, Feng R, Zhang H. Preoperative anxiety and emergence delirium and postoperative maladaptive behaviors. Anesth Analg 2004;99(6):1648-1654. DOI: 10.1213/01.ANE.0000136471.36680.97. PMID: 15562048.

[24] Heikal S, Stuart G. Anxiolytic premedication for children. BJA Education 2020;20(7):220-225. DOI: 10.1016/j.bjae.2020.02.005.

[25] Bräuer A. Perioperative thermal management in children. Anästh Intensivmed 2024. Review.

[26] Sümpelmann R, Becke K, Brenner S, et al. Perioperative intravenous fluid therapy in children: guidelines from the Association of the Scientific Medical Societies in Germany. Paediatr Anaesth 2017;27(1):10-18. DOI: 10.1111/pan.13007. PMID: 27747968.

[27] AIFA. EMLA 25 mg/g + 25 mg/g crema. Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto. Aspen Pharma Trading Limited. AIC 027756. Ultimo aggiornamento: 4 marzo 2026.

[28] Rafeeqi T, Pearson EG. Enhanced recovery after surgery in children. Transl Gastroenterol Hepatol 2021;6:46. DOI: 10.21037/tgh-20-188. PMID: 34423167.

[29] Smith S, Jones C. Postanaesthesia Care Unit Discharge Criteria and Considerations for the Paediatric Patient. Anaesthesia Tutorial of the Week 539. World Federation of Societies of Anaesthesiologists. 14 gennaio 2025. DOI: 10.28923/atotw.539.

[30] American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation: An Updated Report. Anesthesiology 2012;116(3):522-538. PMID: 22273990.

12. ALLEGATI

- Allegato 1. Elenco degli interventi eseguibili in DS
- Allegato 2. Guida ai servizi di chirurgia pediatrica (versione 09/2026)