

Manuale

BLS-D e PBLIS-D per cittadini

Corso di rianimazione cardio polmonare ed uso del
defibrillatore per la popolazione

Secondo le Raccomandazioni ILCOR 2025

Linee Guida Istituto Superiore di Sanità 2026



- Saper valutare la vittima
- Attivare il sistema di emergenza 112/118
- Eseguire compressioni toraciche di alta qualità
- Saper utilizzare il DAE in sicurezza
- Gestire l'ostruzione delle vie aeree

VITTIMA ADULTO E PEDIATRICO



L'Arresto Cardio-Circolatorio (ACC) in Europa è la terza causa di morte

- È di estrema importanza iniziare la RCP entro i primi minuti dall'ACC

Ogni minuto che passa senza RCP le probabilità di sopravvivenza si riducono del 10 %, pertanto il ruolo dei presenti è **FONDAMENTALE** per la sopravvivenza della vittima di ACC.

- Ruolo fondamentale del ***primo soccorritore***.



SINTOMI E SEGNI DI UN POSSIBILE EVENTO CARDIACO ACUTO CHE PUO' EVOLVERE IN ACC



- Dolore o senso di oppressione al centro del torace.
- Sudorazione profusa
- Nausea
- Sensazione di mancanza del respiro
- Dolore mandibolare irradiato al collo
- Sensazione di morte imminente
- **In pazienti con o senza patologie cardiache**



- ✓ Incendio-Possibili esplosioni
- ✓ Incidente stradale
- ✓ Fumo/Gas tossici/inflammabili
- ✓ Acqua
- ✓ Sorgenti elettriche
- ✓ Strutture instabili
- ✓ Possibili crolli
- ✓ Materiali pericolosi/rottami
- ✓ Animali



ESPLOSIVO



INFIAMMABILE



COMBURENTE



GAS COMPRESSI



CORROSIVO



TOSSICO



TOSSICO A
LUNGO TERMINE



IRRITANTE



NOCIVO



PERICOLOSO
PER L'AMBIENTE

- **Rischi Ambientali**
- **Rischi Dinamici**
- **Rischi Biologici**





Prevenzione e allerta precoce: per la prima volta la prevenzione entra ufficialmente nella catena. Riconoscere i segni di un peggioramento clinico e attivare immediatamente i soccorsi (112/118) diventa un passaggio essenziale;

RCP-DEFIBRILLAZIONE

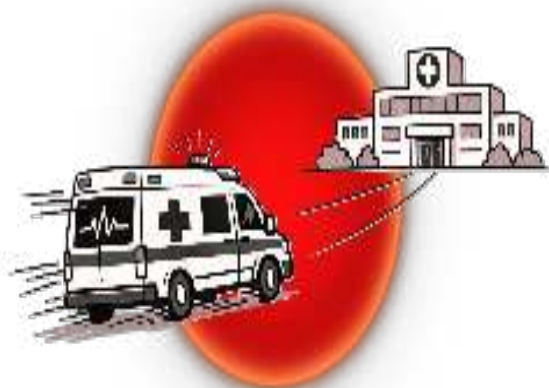
Rianimazione di base e defibrillazione

precoco: le compressioni toraciche e l'uso del defibrillatore automatico esterno (DAE) vengono integrati in un unico intervento. Il messaggio è chiaro: chiunque può e deve agire;





CURE AVANZATE



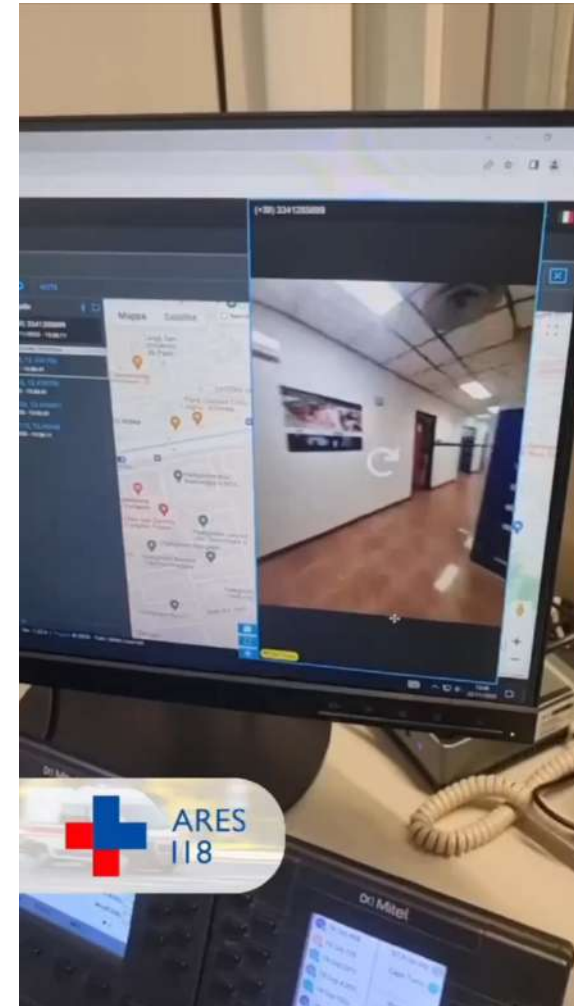
Cure avanzate e post-rianimazione: trattamenti specialistici finalizzati a ottimizzare le funzioni cerebrali e cardiache, con attenzione alla temperatura corporea e al monitoraggio emodinamico;

Recupero e qualità della vita: grande novità culturale delle Linee Guida 2025 la riabilitazione e il reinserimento sociale e supporto psicologico non solo per il paziente, ma anche per la sua famiglia, i cosiddetti “*co-sopravvissuti*”.



In presenza di vittima non cosciente:

- Valutazione dello stato di coscienza
- Chiamare 112/118
- Seguire le indicazioni della centrale operativa
- Posizionare vicino il cellulare con il vivavoce
- L'operatore di CO può inviare link per la videoconferenza



Scuotere la vittima
chiamandola ad alta voce

Stimolo tattile e verbale



Se non cosciente chiama il servizio di emergenza 112/118

Numero Unico Emergenza





MODALITA' DI ATTIVAZIONE DEL SISTEMA 112/118

Vittima non cosciente: chiamare il 112/118 e posizionare telefono vicino in modalità vivavoce



ESTENSIONE DEL CAPO



PERVIETA' DELLE VIE AEREE

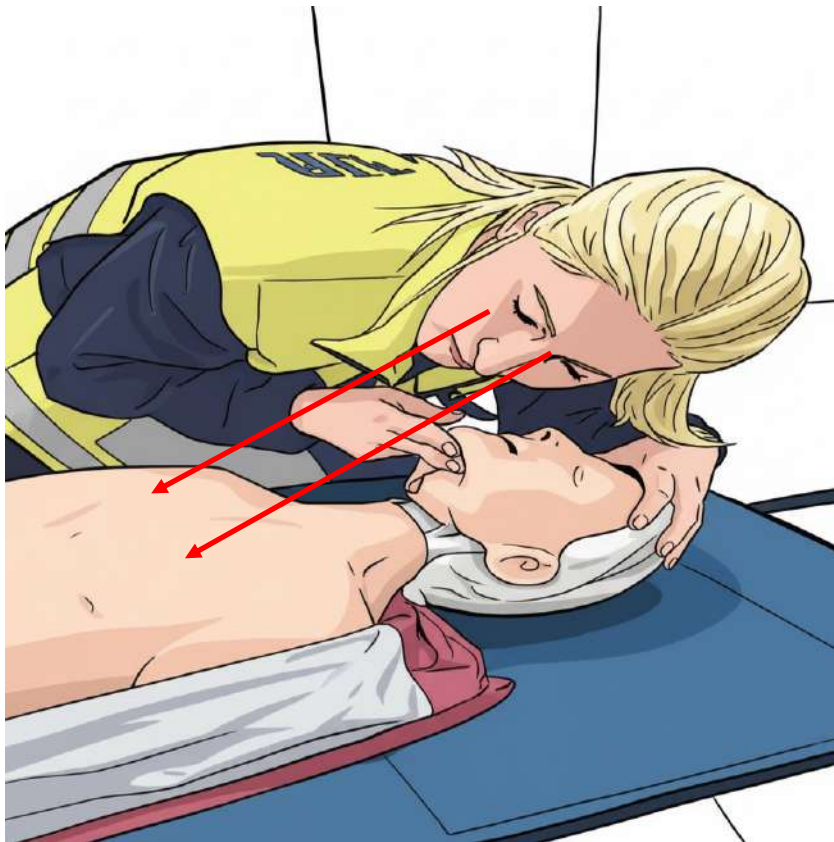
Vittima non cosciente



Estensione del capo



Valutare Mo-To-Re Movimento Tosse Respiro



Tenendo le vie aeree pervie, avvicinarsi con il capo alla bocca della vittima.

Guardare, ascoltare e sentire (**manovra GAS**) per valutare la presenza e la qualità del respiro.

Guardare i movimenti del torace,

Ascoltare i rumori respiratori

Sentire con la guancia l'aria espirata dalla vittima.

Questa manovra deve essere eseguita per non più di 10 secondi

COMPRESSIONI TORACICHE

assenza di motore inizia subito
le compressioni toraciche
(Cicli di 30)



Se impossibile spostare la vittima ad esempio da una superficie morbida come il letto, aumentare la profondità delle compressioni toraciche per contrastare la superficie elastica



VENTILAZIONI



Due ventilazioni ogni 30 compressioni

PRESIDI BARRIERA PER LE VENTILAZIONI

Utilizzare, se possibile, presidi barriera per evitare eventuali contagi durante le ventilazioni



Qualora non si ritenga opportuno eseguire le ventilazioni, per mancanza di dispositivi barriera o per altre circostanze, eseguire le compressioni toraciche continue

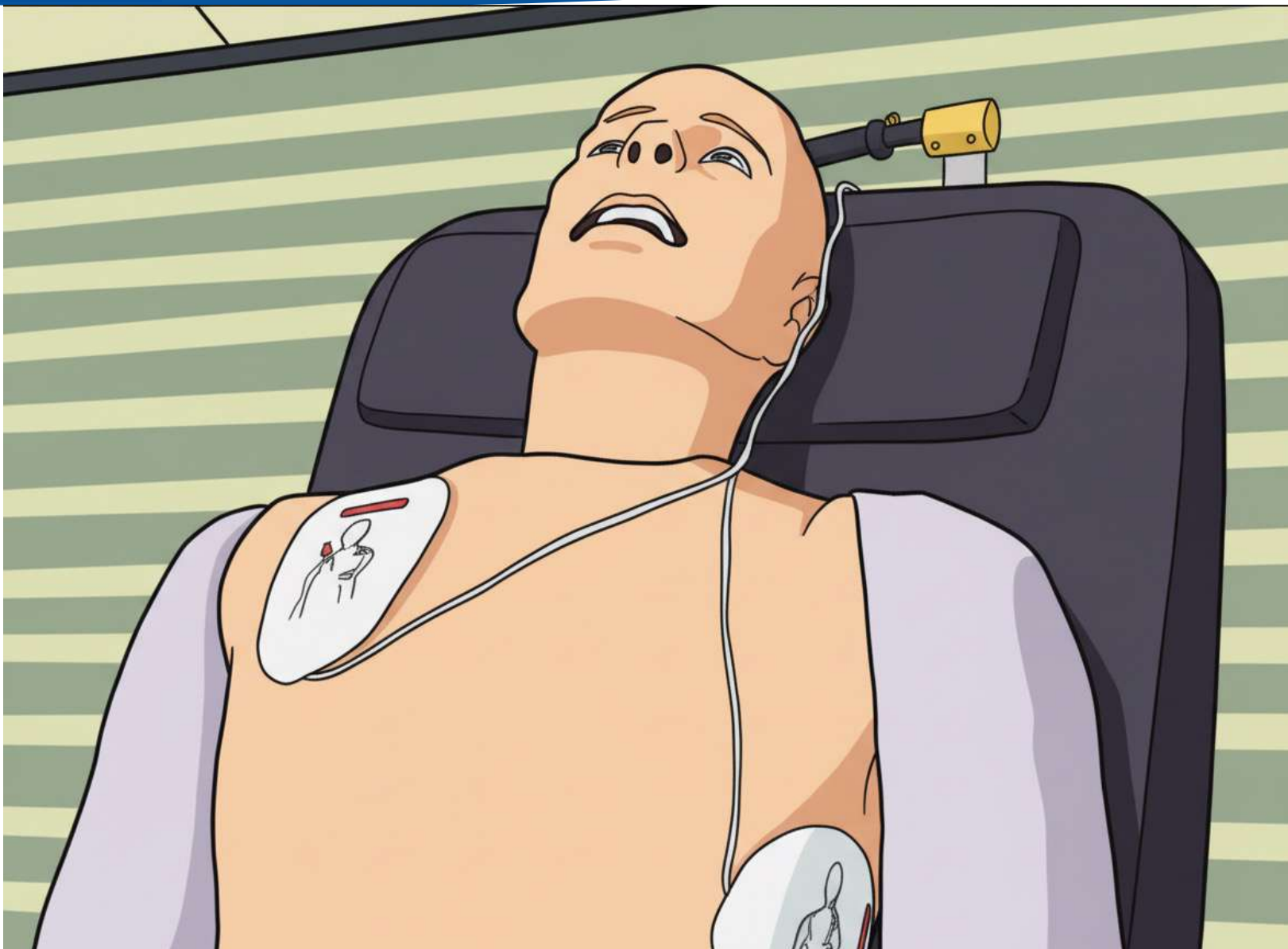


DEFIBRILLATORI ESTERNI SEMIAUTOMATICI/AUTOMATICI



- Aprire la custodia del DAE
- Seguire le indicazioni
- Applicare gli elettrodi
- Analisi del ritmo
- Scarica si: ...nessuno tocchi la vittima
- Dopo la scarica riprendi RCP
- Scarica no: ...riprendi RCP
- Ogni 2 minuti il DAE esegue analisi del ritmo

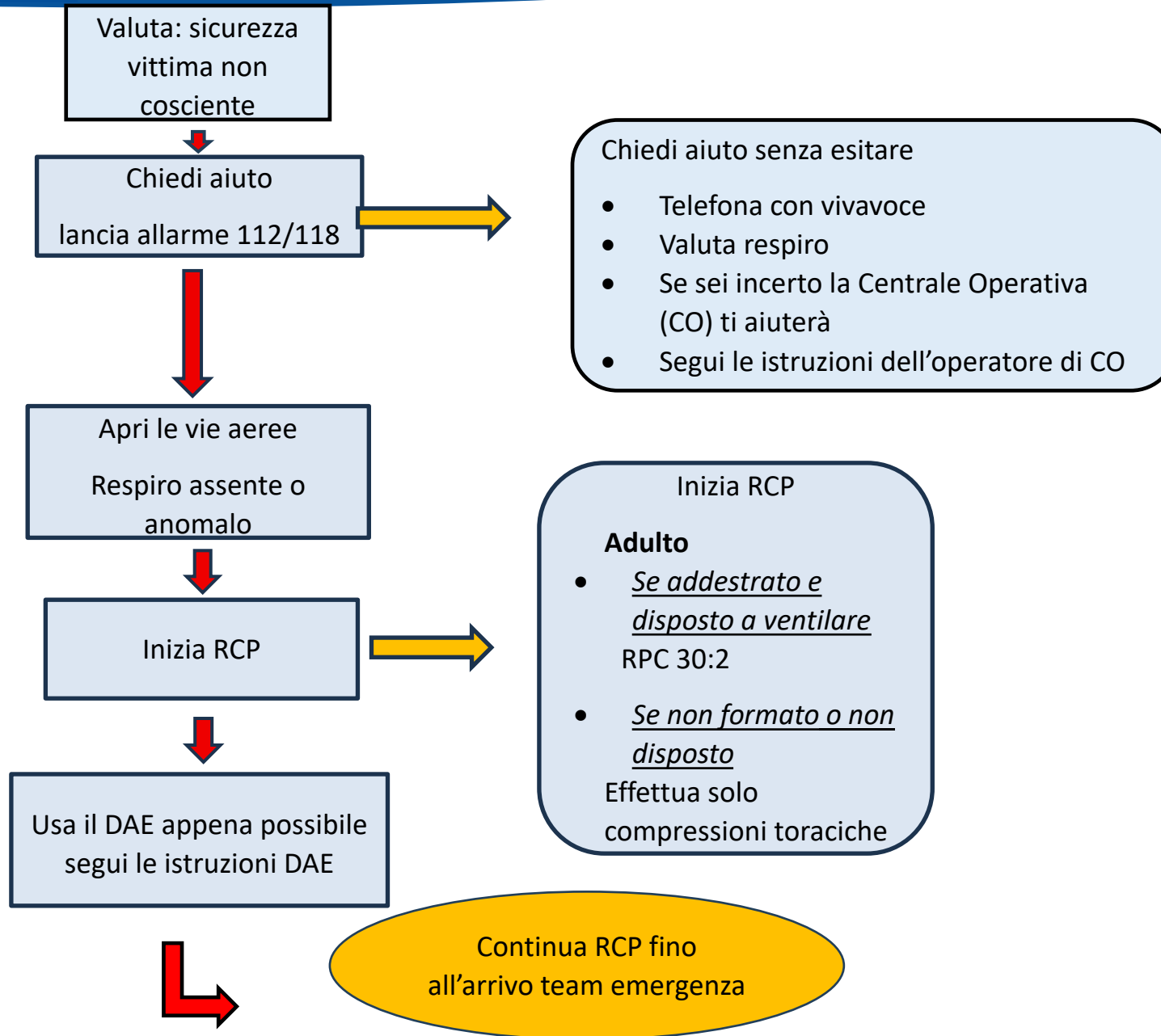




“IO SONO VIA, TU SEI VIA, TUTTI SONO VIA!”



SEQUENZA OPERATIVA (flow chart) Adulto





I lattanti e i bambini presentano numerose differenze anatomiche e fisiologiche rispetto all'adulto.

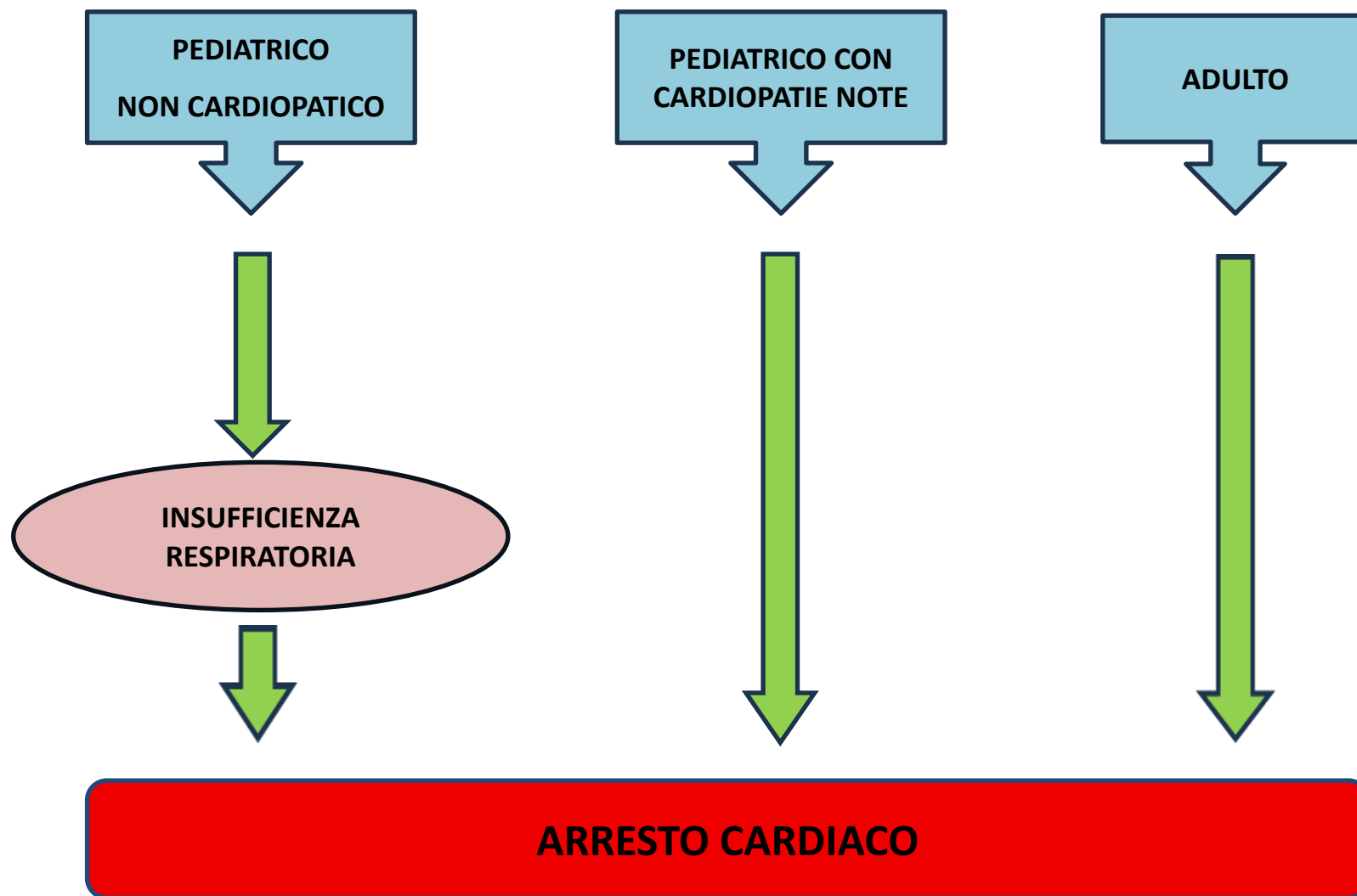
Nel lattante la testa è proporzionalmente più grande rispetto al resto del corpo e l'occipite è prominente, motivi per i quali nel lattante incosciente in posizione supina il capo tende a flettersi sul torace con potenziale ostruzione delle vie aeree.

Il lattante respira con il naso per i primi sei mesi di vita, le narici sono piccole, facilmente ostruite da secrezioni.



- Al di sotto di un anno di vita: **lattante**
- Da un anno fino a circa la pubertà: **bambino**
- Oltre la pubertà: **adulto**





Behavior (comportamento)

Bambino difficilmente risvegliabile, presenza di movimenti anomali, posizione seduta obbligatoria, flaccidità, incapace di stare in piedi, linguaggio anomalo, convulsioni, dolore severo.

Breathing (respirazione)

Difficoltà respiratoria, respirazione irregolare, rumori respiratori, russamento, stridore, alitamento inspiratorio delle pinne nasali.

Body color (colorito)

Estremo pallore di cute e mucose , marezza (chiazze cutanee di colore diverso) cianosi (colorito bluastru di cute e mucose)



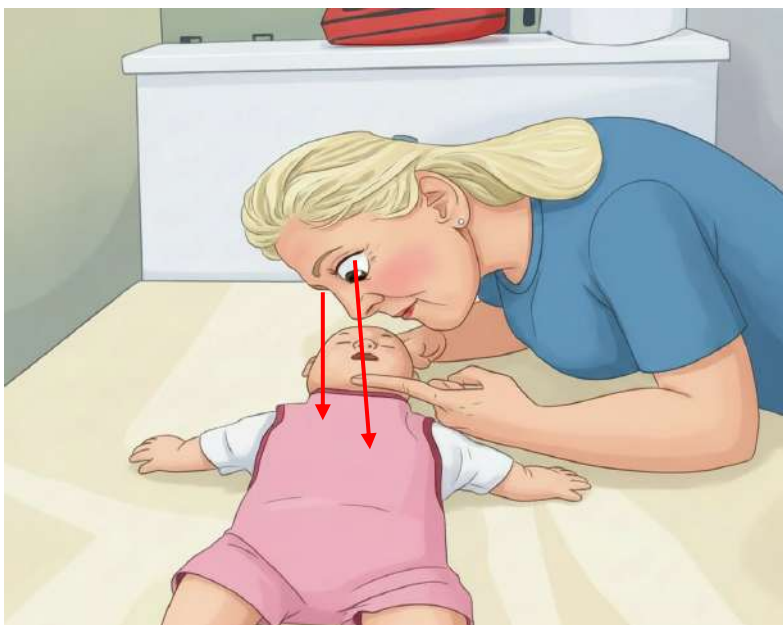
Posizione neutra



Lieve estensione del capo

VALUTAZIONE DEL RESPIRO MO-TO-RE

MOVimento-TOSse-RESpiro



Lattante



Bambino

VENTILAZIONI



Bocca-bocca



Bocca-(bocca- naso)

COMPRESSIONI TORACICHE



Tecnica a due pollici



Tecnica a una mano

Per i lattanti e bambini inferiori agli 8 anni (<25 Kg) , attivare la modalità pediatrica del DAE con una riduzione dell'intensità della scarica.

Le piastre devono essere applicate in posizione antero-posteriore, i soccorritori esperti possono utilizzare le piastre in posizione antero- laterale purchè non vengano a contatto tra loro.

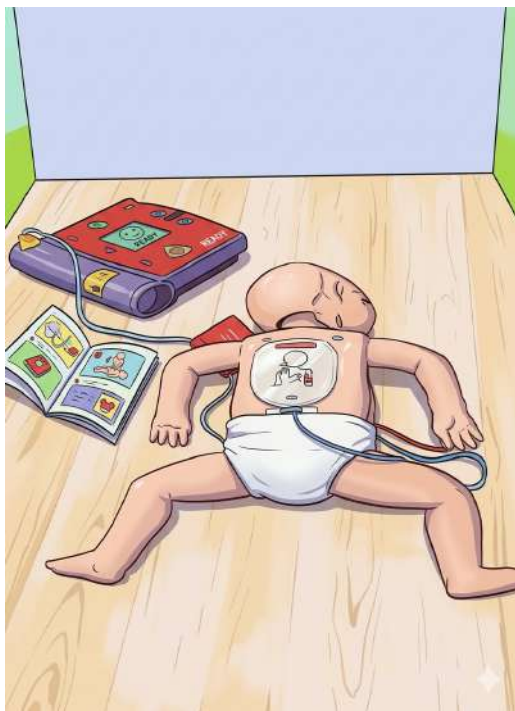


Visto che l'incidenza di ritmi defibrillabili in età pediatrica è bassa, si ritiene che le manovre di RCP siano più importanti del reperire un DAE, a meno che non vi sia un'elevata probabilità di ritmo defibrillabile (ad es. cardiopatia congenita nota, collasso improvviso testimoniato).





POSIZIONAMENTO DELLE PIASTRE IN ETA' PEDIATRICA



Lattante

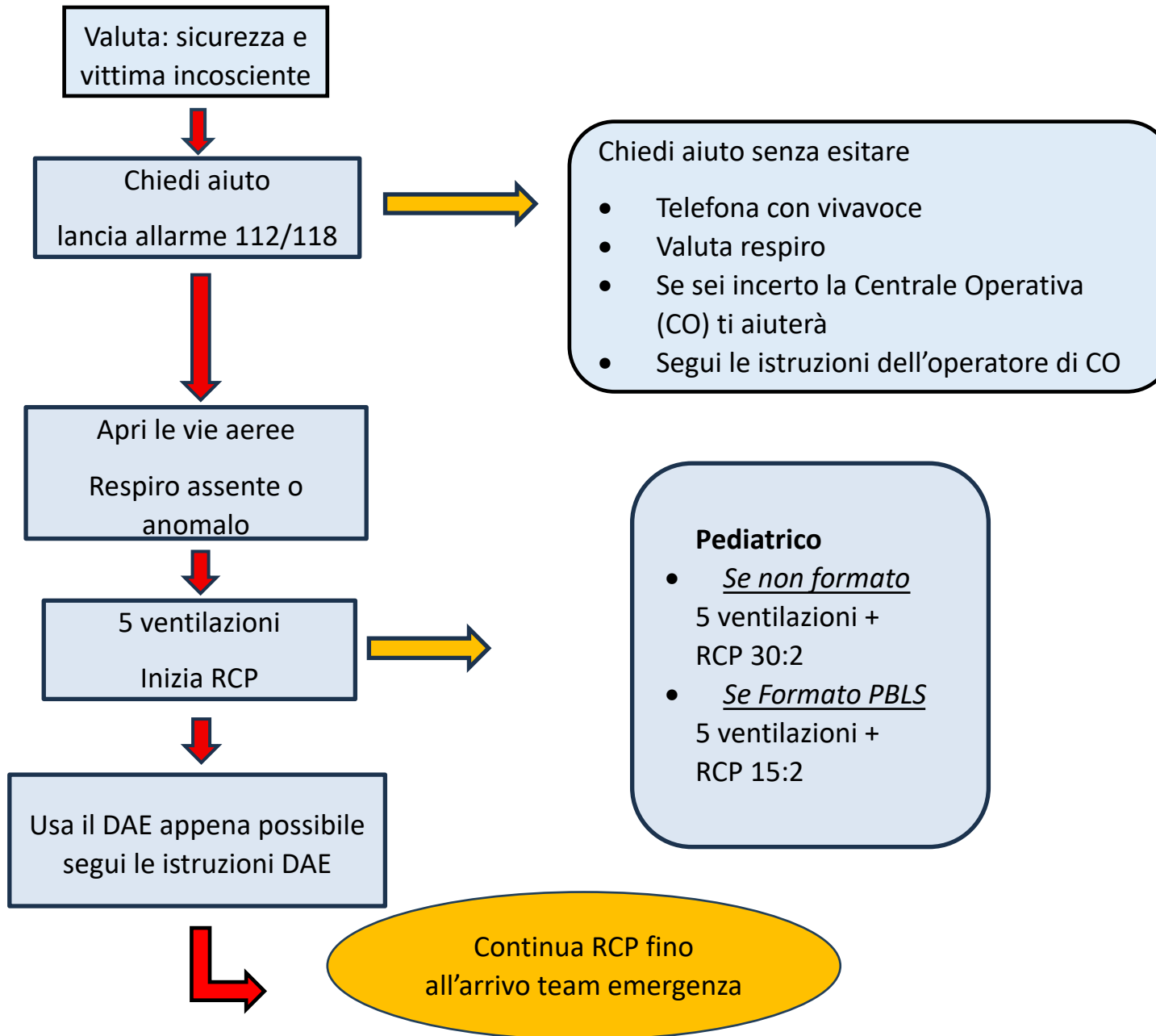


Bambino < 25 Kg



SERVIZIO SANITARIO
D'URTO
118

SEQUENZA OPERATIVA (flow chart) Pediatrica





OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE

Ostruzione Parziale: se un persona adulta-bambino-lattante tossisce in modo efficace, non è necessario eseguire alcuna manovra di disostruzione, incoraggiare a tossire e consertire di assumere la posizione preferita, valutando continuamente le sue condizioni.



OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE

Ostruzione Completa: se una persona adulta-bambino-lattante, manifesta improvvisamente difficoltà respiratoria, incapacità di tossire efficacemente o non emettono suoni vocali si devono iniziare le manovre disostruzione.



DISOSTRUZIONE ADULTO

5 colpi interscapolari a seguire cinque compressioni addominali
(Manovra di Heimlich)



Colpi interscapolari



Manovra di Heimlich

5 colpi interscapolari a seguire cinque compressioni addominali (Manova di Heimlich)



Colpi interscapolari



Manovra di Heimlich



DISOSTRUZIONE PEDIATRICA LATTANTE

5 colpi interscapolari seguiti da 5 compressioni toraciche



Colpi interscapolari



Compressioni toraciche



SOLO SE DEVO ALLONTANARMI

VITTIMA NON COSCIENTE, CHE RESPIRA NORMALMENTE



LA VITTIMA DI ANNEGAMENTO:

asciugare rapidamente il soggetto principalmente nelle zone di applicazione delle piastre quindi si procederà prioritariamente con le 5 ventilazioni di soccorso e a seguire la sequenza BLS-D.



Altra circostanza particolare è l'ACC nella donna in gravidanza: considerando che a partire dalla 20° settimana di gestazione la vena cava inferiore può essere compressa dal peso del feto, è raccomandata la dislocazione manuale dell'utero verso sinistra per tutta la durata della RCP.



- In presenza di paziente obeso, RCP non cambia...
- Eseguire le compressioni toraciche più profonde per contrastare la superficie morbida sottostante
- Avvisare la centrale operativa del soccorso in paziente obeso





CONCLUSIONI

**È DI ESTREMA IMPORTANZA INIZIARE LA
RCP ENTRO I PRIMI MINUTI DALL'ARRESTO
CARDIOCIRCOLATORIO.**

Ogni minuto che passa senza RCP la probabilità di sopravvivenza diminuisce del 10% pertanto il ruolo dei presenti sulla scena è **FONDAMENTALE** per la sopravvivenza della vittima in **ACC**