



ISTRUZIONE OPERATIVA	ASL LATINA	VERS.2 18/02/2026	Pag.1 di 32
	UOC RISCHIO CLINICO, MEDICINA LEGALE E QUALITA' UOC SVILUPPO ORGANIZZATIVO, FORMAZIONE E BILANCIO SOCIALE		

**ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA PRIMA GESTIONE IN LOCO DEGLI EVENTI
AVVERSI INATTESI, GESTIONE DEL PRIMO SOCCORSO E DELL'ESECUZIONE
DELLE MANOVRE RIANIMATORIE DI BASE (BLSD-P-BLSD)**

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
VERS. 1 14/01/2026	UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità Dirigente Medico <i>Enrico Pilia</i> <i>Dott. Enrico Pilia</i>	Responsabile F.O. Qualità Risk e Management	Direttrice Dipartimento Staff <i>Dott.ssa Assunta Lombardi</i>	3 anni
VERS.2 18/02/2026	F.P. Sviluppo e competenze parità di genere <i>Dr.ssa Micaela Danieli</i>	<i>Dott. Roberto Masiero</i>	Responsabile Sostituto UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità <i>Dr.ssa Azzurra Rizzo</i>	

VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Presidio/Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X			

Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione	Riunioni
	X		X

La stesura della suddetta procedura rappresenta lo stato dell'arte della conoscenza al momento della sua redazione.

La U.O.C. Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità è referente dell'implementazione della procedura

Sommario

SOMMARIO	3
1. PREMESSA.....	5
2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	5
3. MODALITÀ OPERATIVE	6
3.1. EVENTO INATTESO – NATURA CLINICA	8
3.2. EVENTO AVVERSO INATTESO DEL PROCESSO ASSISTENZIALE	9
4. MANOVRE RIANIMATORIE DI BASE NELL'ADULTO (BLSD).....	11
4.1. LA CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA	11
4.2. MODALITÀ OPERATIVE BLS-D ADULTO.....	12
4.2.1. Step 1 — SICUREZZA DELLA SCENA.....	12
4.2.2. Step 2 — VALUTA LO STATO DI COSCIENZA.....	13
4.2.3. Step 3 — VALUTA RESPIRO E POLSO.....	13
4.2.4. Step 4 - RCP DI ALTA QUALITÀ (30:2).....	14
4.2.4.1. COMPRESSIONI TORACICHE DI ALTA QUALITÀ.....	14
4.2.4.2. VENTILAZIONE DI ALTA QUALITÀ'	16
4.2.5. Step 5 — USO DEL DEFIBRILLATORE (DAE)	17
4.2.5.1. SEQUENZA OPERATIVA.....	17
5. MANOVRE RIANIMATORIE DI BASE NEL PAZIENTE PEDIATRICO.....	19
5.1. CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA PEDIATRICA	19
5.2. MODALITÀ OPERATIVE BLSD PEDIATRICO (LATTANTE E BAMBINO)	21
5.2.1. VERIFICA DELLA SICUREZZA DELLA SCENA.....	21
5.2.2. VALUTAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA E RICHIESTA DI AIUTO	21
5.2.3. VALUTAZIONE DELLA RESPIRAZIONE E DEL POLSO.....	21
5.2.3.1. LATTANTE (0–12 MESI)	22
5.2.3.2. BAMBINO (>1 ANNO FINO ALLA PUBERTÀ)	22
5.2.4. ESITO DELLA VALUTAZIONE	22
5.2.4.1. SE RESPIRA NORMALMENTE E POLSO PRESENTE.....	22

5.2.4.2.	SE NON RESPIRA O RESPIRO INADEGUATO MA POLSO PRESENTE	23
5.2.5.	ATTIVAZIONE DEL SISTEMA DI EMERGENZA E REPERIMENTO DAE	23
5.2.6.	RCP DI ALTA QUALITA'	24
5.2.6.1.	MASSAGGIO CARDIACO ESTERNO NEL LATTANTE.....	24
5.2.6.2.	MASSAGGIO CARDIACO ESTERNO NEL BAMBINO	24
5.2.6.3.	VENTILAZIONE.....	25
5.2.7.	UTILIZZO DEL DAE	25
5.2.7.1.	LATTANTE (ETÀ < 1 ANNO).....	25
5.2.7.2.	BAMBINI DI ETÀ < 8 ANNI	26
5.2.7.3.	BAMBINI DI ETÀ ≥ 8 ANNI	26
5.2.7.4.	PROSECUZIONE DELLE MANOVRE.....	27
5.2.7.5.	AVVERTENZE DI SICUREZZA.....	27
6.	OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO	27
6.1.	GESTIONE DELL'OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE NELL'ADULTO.....	28
6.1.1.	PACCHE DORSALI.....	29
6.1.2.	SPINTE ADDOMINALI	29
6.1.3.	SITUAZIONI PARTICOLARI	29
6.1.4.	PERDITA DI COSCIENZA.....	29
6.2.	GESTIONE IN ETÀ PEDIATRICA	30
6.2.1.	PACCHE DORSALI.....	30
6.2.2.	SPINTE ADDOMINALI	30
6.3.	GESTIONE NEL LATTANTE	31
6.3.1.	PACCHE DORSALI.....	31
6.3.2.	SPINTE TORACICHE.....	31
7.	RE-TRAINING	32
7.1.	VALIDITÀ DELLA CERTIFICAZIONE	32
7.2.	FINALITÀ DEL RETRAINING	32

1. PREMESSA

Nel contesto sanitario, e in particolare all'interno di un'Azienda Sanitaria Locale, l'erogazione dei servizi assistenziali si svolge in un ambiente complesso e ad elevata criticità, caratterizzato dalla compresenza di molteplici fattori clinici, organizzativi, tecnologici e relazionali. Tale complessità espone inevitabilmente i servizi, sia in ambito territoriale sia ospedaliero, al rischio di eventi inattesi, imprevisti o emergenziali, che possono compromettere la sicurezza dei pazienti, degli operatori e della collettività, nonché la continuità e la qualità delle prestazioni sanitarie.

Le complicanze che possono manifestarsi sono di diversa natura e possono includere, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, eventi clinici acuti o improvvisi, errori o criticità nei percorsi assistenziali, malfunzionamenti tecnologici e infrastrutturali, carenze organizzative, eventi avversi correlati all'assistenza, situazioni di sovraffollamento, emergenze infettive, nonché eventi ambientali o strutturali che incidono sull'operatività dei servizi. Tali situazioni possono verificarsi in ogni setting assistenziale, dagli ambulatori territoriali alle strutture residenziali, dai servizi di emergenza-urgenza ai reparti di degenza ospedaliera, fino alle aree ad alta intensità di cura.

In questo contesto, risulta fondamentale disporre di indicazioni operative chiare, condivise e tempestive, finalizzate a garantire una prima gestione in loco degli eventi inattesi, orientata alla messa in sicurezza immediata delle persone coinvolte, alla limitazione dei danni, alla continuità dell'assistenza e alla corretta attivazione dei livelli di responsabilità e dei flussi comunicativi interni ed esterni. Una gestione strutturata e coordinata delle fasi iniziali dell'evento rappresenta infatti un elemento essenziale per ridurre l'impatto delle criticità, favorire il ripristino delle condizioni operative e contribuire al miglioramento continuo della sicurezza e della qualità delle cure.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente Istruzione Operativa ha lo scopo di definire le modalità per la **prima gestione in loco degli eventi inattesi** che possono verificarsi nell'ambito dei servizi sanitari erogati dall'Azienda Sanitaria Locale, sia in contesti ospedalieri sia in ambito territoriale. L'obiettivo principale è garantire un intervento tempestivo e coordinato, volto a **salvaguardare la sicurezza dei pazienti, degli operatori e dei cittadini**, limitare l'impatto dell'evento e assicurare la continuità assistenziale.

Il campo di applicazione comprende tutte le strutture e i servizi gestiti dall'Azienda Sanitaria Locale sul territorio, inclusi ambulatori, centri di assistenza primaria, servizi domiciliari e di emergenza territoriale,

nonché le strutture ospedaliere. La presente istruzione si applica a **qualsiasi evento inatteso**, clinico, organizzativo o tecnico, che richieda un intervento immediato in loco prima dell'attivazione di procedure o livelli di risposta più complessi. La gestione secondo queste indicazioni costituisce il primo livello operativo nella catena di risposta agli eventi critici, garantendo uniformità, sicurezza e tempestività degli interventi.

3. MODALITÀ OPERATIVE

La gestione degli eventi inattesi deve seguire un approccio **strutturato e sequenziale**, volto a garantire la sicurezza del paziente, la tracciabilità dell'intervento e la comunicazione alle strutture competenti.

Fase 1. Assistenza immediata e stabilizzazione del paziente:

Il primo obiettivo è la **cura e la protezione della vita e della salute del paziente**. I passaggi operativi includono:

- **Valutazione immediata delle condizioni del paziente** secondo priorità cliniche (ABCDE o protocolli aziendali di emergenza).
- **Attivazione delle procedure di emergenza**, ad esempio chiamata al 118 per le strutture territoriali (Case della Comunità, ospedali di Comunità) mentre per i Presidi Ospedalieri si rimanda alla disposizione interna **prot./rep. 3825Asl It AOO2/2016** (gli operatori sanitari hanno l'obbligo di prestare soccorso a chiunque abbia necessità all'interno della Struttura e di condurre, qualora fosse necessario, il paziente al Pronto Soccorso).
- **Applicazione delle misure assistenziali necessarie**, come somministrazione di farmaci salvavita, monitoraggio dei parametri vitali, supporto respiratorio o cardiaco.
- **Sicurezza dell'ambiente circostante**, rimuovendo eventuali rischi aggiuntivi per pazienti, operatori o visitatori.
- **Supporto immediato da parte del personale presente**, organizzando ruoli e compiti in modo coordinato fino all'arrivo di ulteriori risorse.
- **Documentazione preliminare delle azioni critiche** sul momento, anche in forma sintetica, se possibile, per non perdere informazioni importanti.

Fase 2. Documentazione sanitaria dell'evento:

Dopo aver stabilizzato il paziente, occorre procedere alla **redazione completa della documentazione sanitaria**, fondamentale per continuità assistenziale e responsabilità clinica.

I passaggi includono:

- **Annotazione dettagliata dell'evento** nella cartella clinica, indicando:
 - Data e ora precise dell'evento
 - Luogo di accadimento
 - Nomi degli operatori coinvolti
 - Manifestazioni cliniche osservate
 - Interventi e misure assistenziali adottate
 - Evoluzione delle condizioni del paziente e risposta al trattamento
- **Aggiornamento costante della documentazione** durante tutta la fase di assistenza, fino alla stabilizzazione completa o al trasferimento del paziente.
- **Verifica della completezza e della chiarezza delle informazioni**, in modo che siano leggibili e interpretabili da altri operatori.
- **Conservazione secondo le procedure aziendali**, rispettando privacy, sicurezza dei dati e normativa vigente.

Fase 3: Comunicazione e segnalazione dell'evento

L'ultimo passaggio riguarda la **trasmissione delle informazioni alle strutture e ai responsabili competenti**, utile per la gestione dei rischi e l'analisi degli eventi. I passaggi operativi includono:

- **Valutazione della necessità di segnalazione** in base alla gravità, alla tipologia dell'evento e alle procedure aziendali di gestione del rischio.
- **Trasmissione tempestiva alle strutture competenti**, che possono comprendere:
 - Direzione del Presidio Ospedaliero o alla Direzione del Distretto Socio Sanitario
 - Direzione Sanitaria
 - UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità
- **Fornitura di documentazione completa** a supporto della segnalazione (cartella clinica, note operative, eventuali referti diagnostici).
- **Partecipazione, se richiesta, alle attività di analisi e valutazione dell'evento**, come audit interni o incontri di debriefing.
- **Redazione di reportistica interna** secondo le procedure aziendali, finalizzata all'individuazione di azioni correttive o migliorative e alla prevenzione di eventi simili in futuro.

Questo approccio sequenziale consente di garantire la **sicurezza immediata del paziente**, la **tracciabilità completa dell'intervento** e la **corretta comunicazione e gestione dell'evento a livello organizzativo**, assicurando coerenza, rapidità e qualità nelle procedure di emergenza.

3.1. Evento inatteso – natura clinica

Durante la degenza clinica possono verificarsi eventi inattesi di natura clinica che richiedono un intervento tempestivo da parte del personale sanitario. Tra i più frequenti si annoverano lipotimia, sincope, ipotensione, crisi ipoglicemica o iperglicemica, reazioni avverse a farmaci o a mezzi di contrasto, crisi convulsive, difficoltà respiratorie, nausea e vomito improvvisi, nonché cadute accidentali. Tali eventi possono insorgere in modo repentino e imprevedibile, anche in pazienti precedentemente stabili, e richiedono un'attenta sorveglianza, una

pronta valutazione clinica e l'attivazione delle procedure assistenziali e di emergenza previste, al fine di prevenire complicanze e garantire la sicurezza del paziente.

In presenza di un evento inatteso, il personale sanitario deve intervenire immediatamente prestando assistenza al paziente e garantendo la sua sicurezza.

È necessario effettuare una valutazione clinica tempestiva delle condizioni generali, monitorare i parametri vitali e gestire il paziente in relazione alla nuova condizione clinica insorta.

Devono essere attuate tutte le pratiche assistenziali e terapeutiche appropriate, inclusa la somministrazione di trattamenti farmacologici, il supporto delle funzioni vitali e, qualora indicato, l'attivazione delle manovre di rianimazione secondo i protocolli vigenti.

Contestualmente, occorre informare il responsabile di turno e attivare i percorsi di emergenza interni o esterni, assicurando la continuità assistenziale fino alla risoluzione dell'evento o al trasferimento del paziente in un setting assistenziale più idoneo.

In caso di condizioni che richiedano un livello assistenziale superiore, deve essere immediatamente attivato il servizio di emergenza territoriale (Ares 118) per il trasferimento del paziente presso il Pronto Soccorso, assicurando la continuità assistenziale fino alla presa in carico da parte dei servizi competenti.

N.B. NEL CASO IN CUI L'EVENTO AVVENGA ALL'INTERNO DEI PRESIDI OSPEDALIERI SI RIMANDA ALLA NOTA Prot./Rep. 3825 ASL LT AOO2/2016.

N.B. TUTTA LA CRONOLOGIA DELL'EVENTUALE EVENTO INATTESO E, CONSEGUENTEMENTE, DELLE AZIONI INTRAPRESE DEVONO ESSERE RIPORTATE IN MODO PRECISO E DEFINITO ALL'INTERNO DELLA CARTELLA CLINICA DEL PAZIENTE OPPURE ALL'INTERNO DEL REGISTRO DEL LUOGO I CUI È AVVENUTO (AD ES. AMBULATORIO), SPECIFICANDO OGNI SUO PASSAGGIO.

3.2. Evento avverso inatteso del Processo Assistenziale

Si definisce **evento inatteso del processo assistenziale** qualsiasi episodio che si discosti dalle procedure standardizzate o dai percorsi di cura previsti e che possa avere un impatto sulla **sicurezza del paziente, sulla qualità dell'assistenza o sul corretto svolgimento delle attività clinico-assistenziali**. Tali eventi possono manifestarsi in tutte le fasi dell'assistenza, dal primo contatto territoriale con il paziente, attraverso le attività

di presa in carico domiciliare o ambulatoriale, fino alle cure erogate nelle strutture ospedaliere e ad alta intensità di trattamento.

Gli eventi inattesi possono includere, a titolo esemplificativo: errori di somministrazione terapeutica, cadute del paziente, reazioni avverse a farmaci, complicanze procedure diagnostiche o terapeutiche, ritardi nell'intervento assistenziale, malfunzionamenti di dispositivi medici o carenze organizzative che compromettono la continuità delle cure.

L'analisi di tali eventi rappresenta un **elemento centrale della gestione del rischio clinico**, poiché consente di:

- identificare criticità nei processi assistenziali,
- attivare interventi correttivi immediati e a lungo termine,
- migliorare la sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure,
- garantire la responsabilità professionale e la tracciabilità delle azioni intraprese.

La **prima gestione in loco** di un evento inatteso deve seguire tre passaggi fondamentali: assicurare la stabilizzazione e l'assistenza del paziente, redigere una documentazione sanitaria completa e accurata, e segnalare l'evento agli uffici competenti (Direzioni di presidio, Direzione Sanitaria, Ufficio Rischio Clinico), permettendo l'analisi e la definizione di misure correttive o migliorative.

In sintesi nel caso in cui l'evento avverso inatteso sia derivato dall'alterazione del percorso standard di cura, questo evento rientra tra gli eventi inerenti la sicurezza delle cure, altrimenti conosciuti eventi inerenti il rischio clinico.

Gli eventi del rischio clinico sono eventi o circostanze, prevenibili o non prevenibili, che si verificano nel corso dell'assistenza sanitaria, i quali hanno causato un danno al paziente (evento avverso), grave danno o morte del paziente (evento sentinella), oppure che avrebbero potuto causarlo (near miss), come conseguenza di processi assistenziali, organizzativi o strutturali.

Questi eventi rappresentano un indicatore rilevante della sicurezza delle cure e pertanto tali dati devono essere reperibili e utilizzati dall'organizzazione sanitaria nell'ottica del miglioramento continuo.

Tale tipo di evento deve essere segnalato al fine di procedere, laddove possibile, all'analisi qualitativa e quantitativa, inquadrare le cause principali (cause radice) e, nel caso sia possibile, intervenire nel processo assistenziale, modificandone le azione al fine di garantire una maggiore sicurezza.

In merito alla segnalazione dell'evento si rimanda all'apposita procedura presente sul sito aziendale, nella sezione 'Dati Aperti', nella sotto-sezione 'Rischio Clinico', cliccando sul riquadro procedure aziendali ove è disponibile la procedura specifica e scheda di segnalazione eventi (incident reporting).

4. MANOVRE RIANIMATORIE DI BASE NELL'ADULTO (BLSD)

Una delle emergenze sanitarie tempo-dipendenti più rilevanti è rappresentata dall'arresto cardiaco (AC), condizione caratterizzata dall'improvvisa cessazione dell'attività cardiaca e della circolazione sanguigna con conseguente interruzione dell'apporto di ossigeno ai tessuti. In assenza di un intervento tempestivo, tale condizione può risultare fatale in pochi minuti.

Il Basic Life Support and Defibrillation (BLSD) rappresenta l'insieme di manovre e procedure finalizzate al riconoscimento precoce dell'arresto cardiaco, all'attivazione immediata dei soccorsi e all'avvio tempestivo delle manovre rianimatorie. L'intervento rapido e coordinato degli operatori e delle operatrici sanitari/e è determinante per aumentare le probabilità di sopravvivenza e ridurre il rischio di danni neurologici permanenti. Le procedure descritte fanno riferimento alle linee guida dell'American Heart Association (AHA), adottate dall'Azienda come standard operativo per la gestione dell'arresto cardiaco in ambito intra ed extra-ospedaliero. Tali raccomandazioni, basate sulle più recenti evidenze scientifiche, definiscono le modalità di esecuzione di una RCP di alta qualità e l'utilizzo precoce del defibrillatore, elementi fondamentali per garantire un'assistenza efficace e sicura al paziente.

4.1. LA CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA

Il concetto di Catena della Sopravvivenza, rappresenta la sequenza di azioni fondamentali che, se attuate in modo tempestivo e coordinato, aumentano significativamente le probabilità di sopravvivenza della persona colpita da arresto cardiaco. Ogni anello della catena è strettamente collegato al successivo e il ritardo o l'assenza di uno di essi riduce le possibilità di esito favorevole.



Gli anelli della Catena della Sopravvivenza nell'adulto comprendono:

- 1. Riconoscimento precoce dell'arresto cardiaco e attivazione del sistema di emergenza**
Identificazione tempestiva dei segni di arresto cardiaco e immediata attivazione del sistema di risposta all'emergenza intra o extra-ospedaliero.
- 2. RCP precoce di alta qualità**
Avvio immediato delle compressioni toraciche e delle ventilazioni secondo le raccomandazioni, al fine di mantenere un'adeguata perfusione cerebrale e coronarica.
- 3. Defibrillazione precoce**
Utilizzo tempestivo del defibrillatore semiautomatico (DAE) nei ritmi defibrillabili.
- 4. Supporto vitale avanzato efficace**
Intervento del team di emergenza con procedure avanzate di gestione delle vie aeree, farmacoterapia e monitoraggio.
- 5. Cure post-arresto cardiaco integrate**
Assistenza specialistica post-rianimazione finalizzata alla stabilizzazione clinica e alla protezione neurologica.

La corretta applicazione di tutti gli anelli della Catena della Sopravvivenza consente di ottimizzare la gestione dell'arresto cardiaco e migliorare significativamente l'outcome del paziente.

4.2. MODALITA' OPERATIVE BLS-D ADULTO

4.2.1. Step 1 — SICUREZZA DELLA SCENA

- Verifica che l'ambiente sia sicuro per te, per la vittima e per gli astanti.
- Se non è sicuro, non intervenire finché non lo diventa.

4.2.2.Step 2 — VALUTA LO STATO DI COSCIENZA

- Avvicinati, chiama la vittima e stimola: “Sta bene?”
- Se non risponde:
 - Attiva i soccorsi (112)
 - Richiedi/recupera il defibrillatore (DAE) o delega qualcuno: “Tu chiama, tu prendi il defibrillatore!”.

4.2.3.Step 3 — VALUTA RESPIRO E POLSO

Valutare contemporaneamente la presenza di respiro e polso per determinare rapidamente le azioni successive. Per ridurre al minimo il ritardo nell’iniziare la RCP, questa valutazione deve richiedere almeno 5 secondi ma non più di 10 secondi.

Osservare il torace della vittima per verificare il sollevamento e valutare la qualità del respiro mentre si controlla il polso carotideo.

Esito della valutazione

Se la vittima respira normalmente e il polso è presente:

- monitorare la vittima fino all’arrivo di ulteriore assistenza;
- rivalutare periodicamente respiro e circolo.

Se la vittima non respira normalmente ma il polso è presente:

- iniziare ventilazioni di soccorso (1 ventilazione ogni 6 secondi, circa 10/minuto);
- ricontrollare il polso ogni 2 minuti;
- se il polso non è più percepibile, iniziare RCP di alta qualità.

Se la vittima non respira, presenta solo gasping o non ha polso:

- iniziare immediatamente la RCP di alta qualità.

Concetto critico: respiro agonico (gasping)

Nei primi minuti dopo un arresto cardiaco può essere presente un respiro agonico (gaspings). Il gasping non è un respiro normale e deve essere considerato segno di arresto cardiaco.

Può manifestarsi con:

- inspirazioni rapide e irregolari;
- bocca aperta e movimenti della mandibola;
- suoni simili a rantolo, sbuffo o gemito;
- intervalli irregolari tra un respiro e l'altro.

In presenza di gasping:

- considerare la vittima in arresto cardiaco;
- iniziare immediatamente RCP di alta qualità. (Step 4).

4.2.4.Step 4 - RCP DI ALTA QUALITÀ (30:2)

In assenza di respiro normale e di polso, iniziare immediatamente la rianimazione cardiopolmonare (RCP) di alta qualità, elemento fondamentale della catena della sopravvivenza.

La RCP deve essere eseguita su una superficie rigida e piana per garantire l'efficacia delle compressioni toraciche.

Sequenza operativa

- Eseguire cicli
30 compressioni toraciche seguite da 2 ventilazioni di:
- Mantenere il rapporto 30:2 fino all'arrivo dell'AED o dei soccorsi avanzati.

4.2.4.1. COMPRESSIONI TORACICHE DI ALTA QUALITÀ

Posizionamento

- Posizionare la vittima supina su superficie rigida.
- Posizionarsi a lato della vittima.
- Collocare il palmo di una mano al centro del torace, sulla metà inferiore dello sterno.

- Sovrapporre l'altra mano.
- Tenere le braccia tese e le spalle perpendicolari al torace.

Frequenza e profondità

- Frequenza: 100–120 compressioni/minuto.
- Profondità: 5–6 cm nell'adulto.
- Consentire il completo rilasciamento del torace dopo ogni compressione.
- Evitare compressioni troppo superficiali o eccessivamente profonde.

Tecnica

- Spingere verticalmente sullo sterno.
- Evitare di rimanere appoggiati sul torace tra una compressione e l'altra.
- Garantire tempi di compressione e rilasciamento circa equivalenti.
- Ridurre al minimo le interruzioni.

Interruzioni delle compressioni

- Devono essere le più brevi possibili.
- Ogni interruzione riduce il flusso sanguigno cerebrale e coronarico.
- Riprendere immediatamente le compressioni dopo ventilazioni o shock.
- Obiettivo: mantenere la massima frazione di compressioni toraciche (CCF).

Principi fondamentali di qualità della RCP

- Iniziare le compressioni il prima possibile.
- Garantire compressioni efficaci e continue.
- Ridurre al minimo le pause.
- Utilizzare il defibrillatore appena disponibile.
- Proseguire senza interruzioni fino all'arrivo del team avanzato o alla ripresa dei segni vitali.

4.2.4.2. VENTILAZIONE DI ALTA QUALITA'

Per eseguire ventilazioni efficaci è necessario garantire la pervietà delle vie aeree della vittima. L'apertura delle vie aeree può essere effettuata mediante la manovra di estensione del capo–sollevamento del mento

In presenza di sospetto trauma cranico o cervicale, utilizzare preferibilmente la manovra di sublussazione della mandibola al fine di ridurre i movimenti del rachide cervicale. Qualora tale manovra non consenta un'adeguata apertura delle vie aeree, procedere con cautela alla manovra di estensione del capo–sollevamento del mento.

Manovra di estensione del capo–sollevamento del mento

Per eseguire correttamente la manovra:

1. Posizionare una mano sulla fronte della vittima ed esercitare una lieve pressione per estendere il capo all'indietro.
2. Posizionare le dita dell'altra mano sotto la parte ossea della mandibola, in prossimità del mento.
3. Sollevare la mandibola portando il mento verso l'alto, mantenendo la bocca socchiusa.

Questa manovra consente di sollevare la lingua dalla parete posteriore della faringe e favorire il passaggio dell'aria.

Ventilazioni

Eseguire 2 ventilazioni con pallone auto espandibile con maschera e ossigeno, se disponibile, **dopo 30 compressioni**:

- Aprire le vie aeree (iperestensione del capo e sollevamento del mento, se non controindicato).
- Erogare 2 ventilazioni efficaci.
- Ogni ventilazione deve durare circa 1 secondo.
- Insufflare aria quanto basta per osservare il sollevamento del torace.
- Evitare ventilazioni eccessive o troppo rapide.

Una ventilazione è considerata efficace quando si osserva il sollevamento del torace. In assenza di espansione toracica, riposizionare il capo, verificare la pervietà delle vie aeree e controllare la corretta aderenza della maschera prima di effettuare un nuovo tentativo ventilatorio.

Laddove non si dispone del pallone autoespandibile, è possibile utilizzare la ventilazione bocca a bocca

4.2.5.Step 5 — USO DEL DEFIBRILLATORE (DAE)

In circa la metà dei casi di arresto cardiaco, i ritmi cardiaci sono fibrillazione ventricolare e tachicardia ventricolare senza polso e l'unico trattamento efficace è costituito dalla defibrillazione precoce, che consiste nell'erogazione di un flusso di corrente al cuore della durata di pochi millisecondi. Il passaggio di energia elettrica determina l'interruzione dell'attività cardiaca caotica, dando la possibilità al cuore di ristabilire il ritmo cardiaco organizzato ed efficace.

Il DAE è un dispositivo che guida l'operatore e l'operatrice nell'erogazione dello shock elettrico. Contrariamente al defibrillatore manuale, apparecchio ad uso esclusivo del personale medico, il DAE solleva il soccorritore dall'onere del riconoscimento del ritmo cardiaco, effettuando autonomamente una diagnosi. L'utilizzo del DAE deve avvenire il più precocemente possibile durante la rianimazione cardiopolmonare, seguendo le istruzioni vocali e visive fornite dal dispositivo. L'applicazione del dispositivo deve avvenire riducendo al minimo le interruzioni delle compressioni toraciche.

4.2.5.1. SEQUENZA OPERATIVA

Attivazione del DAE

- Recuperare o far recuperare il DAE il più rapidamente possibile.
- Accendere il dispositivo aprendo il coperchio o premendo il pulsante di accensione, se necessario.
- Seguire attentamente le istruzioni vocali e/o visive fornite dal DAE.

Alcuni dispositivi si attivano automaticamente all'apertura della custodia.

Preparazione e posizionamento delle piastre

- Scoprire completamente il torace della vittima.
- Asciugare il torace se bagnato e rimuovere eventuali cerotti medicati o oggetti che possano interferire.
- Applicare le piastre adesive sul torace nudo della vittima seguendo lo schema illustrato sulle piastre:

- una piastra sotto la clavicola destra;
- una piastra in sede laterale sinistra sotto l'ascella.

Durante questa fase, un secondo soccorritore (se presente) deve continuare le compressioni toraciche.

- Collegare il cavo delle piastre al DAE, se non già connesso.

Analisi del ritmo

- Accertarsi che nessuno tocchi la vittima durante l'analisi del ritmo.
- Allontanarsi dalla vittima quando richiesto dal DAE e dichiarare ad alta voce: "Allontanarsi dalla vittima".
- Il DAE avvia automaticamente o su comando l'analisi del ritmo cardiaco.

Erogazione della scarica

Se il DAE indica che la scarica è consigliata:

- assicurarsi visivamente che nessuno sia a contatto con la vittima;
- dichiarare ad alta voce: "Tutti lontani";
- premere il pulsante di scarica quando indicato dal dispositivo.

La scarica determina una contrazione muscolare improvvisa della vittima.

Ripresa della RCP dopo utilizzo del DAE

Dopo l'utilizzo del DAE, la rianimazione cardiopolmonare deve essere ripresa senza ritardi per garantire un'adeguata perfusione cerebrale e coronarica.

Al termine dell'analisi del ritmo o dopo l'eventuale erogazione della scarica, riprendere immediatamente la RCP iniziando dalle compressioni toraciche e proseguire con cicli di RCP di alta qualità, attenendosi alle indicazioni vocali e visive del dispositivo.

Qualora il DAE non rilevi un ritmo defibrillabile, il dispositivo segnerà "shock non consigliato" e inviterà l'operatore a riprendere immediatamente la RCP.

Il DAE effettua automaticamente nuove analisi del ritmo cardiaco a intervalli regolari (circa ogni 2 minuti). Durante tali fasi il dispositivo avviserà l'operatore di sospendere temporaneamente le compressioni per consentire l'analisi; al termine, seguire le indicazioni fornite e riprendere prontamente la RCP fino all'arrivo dei soccorsi avanzati o alla ripresa dei segni vitali.

Principi di sicurezza

- Non toccare la vittima durante l'analisi del ritmo e l'erogazione della scarica.
- Assicurarsi che nessuno sia in contatto con la vittima o con superfici conduttive.
- Utilizzare il DAE su torace asciutto e scoperto.
- Non interrompere le compressioni toraciche se non quando richiesto dal DAE.

L'utilizzo precoce del DAE, associato a RCP di alta qualità, rappresenta uno degli interventi più efficaci per aumentare la sopravvivenza nell'arresto cardiaco.

Quando interrompere la rianimazione

Continua fino a:

- arrivo del team avanzato / soccorsi,
- ripresa di respiro/movimenti/reazione,
- esaurimento fisico o condizioni di sicurezza non più garantite.

5. MANOVRE RIANIMATORIE DI BASE NEL PAZIENTE PEDIATRICO

La gestione dell'arresto cardiaco nel lattante e nel bambino presenta caratteristiche specifiche rispetto all'adulto, in quanto le cause più frequenti sono prevalentemente di origine respiratoria o circolatoria secondaria. Per tale motivo, il riconoscimento precoce delle condizioni di rischio e l'intervento tempestivo risultano determinanti per la sopravvivenza e per la prevenzione di esiti neurologici permanenti.

5.1. CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA PEDIATRICA

La catena della sopravvivenza in età pediatrica si basa su alcuni elementi fondamentali:

- **Prevenzione** e **riconoscimento** **precoce**
Prevenzione delle cause più frequenti di arresto cardiaco in età pediatrica (es. ostruzione delle vie

aeree da corpo estraneo, insufficienza respiratoria, shock) e identificazione tempestiva dei segni di deterioramento clinico.

- **Riconoscimento dell'emergenza e RCP precoce**
 Riconoscimento della situazione di emergenza e avvio immediato della rianimazione cardiopolmonare in attesa dell'arrivo dei soccorsi.
- **Attivazione del sistema di emergenza**
 - In presenza di più soccorritori, uno di essi attiva tempestivamente il sistema di emergenza (112/118) e reperisce il DAE.
 - Se il soccorritore è solo e non dispone di telefono con vivavoce, eseguire circa 5 cicli di RCP prima di allontanarsi per attivare i soccorsi (*call fast*).
- **Defibrillazione precoce**
 Applicazione del DAE non appena disponibile, secondo età e caratteristiche del paziente.
- **Supporto vitale avanzato e cure post-arresto**
 Gestione avanzata dell'arresto cardiaco da parte dei professionisti del soccorso e successiva stabilizzazione clinica.



Le tecniche di rianimazione cardiopolmonare in età pediatrica variano in base all'età della vittima:

- **Lattante:** età inferiore a 1 anno
- **Bambino:** età compresa tra 1 anno e inizio della pubertà

Le sezioni successive descrivono le sequenze operative e le tecniche specifiche per ciascuna fascia di età.

5.2. MODALITA' OPERATIVE BLS D PEDIATRICO (LATTANTE E BAMBINO)

Il primo soccorritore che assiste un lattante o un bambino con sospetto arresto cardiaco deve attuare tempestivamente le seguenti manovre in sequenza, secondo le raccomandazioni internazionali e le procedure aziendali vigenti.

5.2.1. VERIFICA DELLA SICUREZZA DELLA SCENA

- Assicurarsi che l'ambiente sia sicuro per il soccorritore e per la vittima prima di intervenire.

5.2.2. VALUTAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA E RICHIESTA DI AIUTO

- Stimolare il lattante e il bambino verificando, ove possibile, la risposta ("Stai bene?").
- Se non risponde, chiedere aiuto ad alta voce.
- Attivare il sistema di emergenza sanitaria secondo le procedure intra o extra-ospedaliere e procurarsi il DAE, se disponibile.

5.2.3. VALUTAZIONE DELLA RESPIRAZIONE E DEL POLSO

- Valutare contemporaneamente respirazione e polso per non più di 10 secondi.

Valutazione della respirazione

Osservare il torace della vittima per verificare la presenza di atti respiratori efficaci.

- Se la vittima respira normalmente: monitorare le condizioni cliniche fino all'arrivo dei soccorsi e rivalutare periodicamente.
- Se la vittima non respira o presenta solo gasping (respiro agonico): considerare la respirazione inefficace e procedere secondo algoritmo.

Il gasping non è considerato respiro normale ed è segno di arresto respiratorio o cardiaco.

Valutazione del polso

La ricerca del polso deve essere eseguita contestualmente alla valutazione della respirazione.

5.2.3.1. LATTANTE (0–12 MESI)

Nel lattante il polso deve essere ricercato a livello **brachiale**.

Procedura:

1. Posizionare 2–3 dita sulla parte interna del braccio, tra gomito e spalla.
2. Esercitare una lieve pressione fino a percepire il battito.
3. Valutare la presenza del polso per almeno 5 secondi e non oltre 10 secondi.

5.2.3.2. BAMBINO (>1 ANNO FINO ALLA PUBERTÀ)

Nel bambino il polso può essere ricercato a livello:

- **carotideo**, oppure
- **femorale**.

Polso carotideo

- Posizionare 2–3 dita nel solco tra trachea e muscolo sternocleidomastoideo.
- Valutare per almeno 5 secondi e non oltre 10 secondi.

Polso femorale

- Posizionare 2–3 dita sulla parte interna della coscia, a metà tra cresta iliaca e pube, appena sotto la piega inguinale.
- Valutare la presenza del polso per almeno 5 secondi e non oltre 10 secondi.

5.2.4. ESITO DELLA VALUTAZIONE

5.2.4.1. SE RESPIRA NORMALMENTE E POLSO PRESENTE

- Attivare il sistema di emergenza (se non già attivato).
- Monitorare il paziente fino all'arrivo dei soccorsi.

Se la frequenza cardiaca è inferiore a 60/min con segni di scarsa perfusione (pallore, cianosi, alterato stato di coscienza):

- iniziare la RCP.

Se la frequenza cardiaca è ≥ 60 /min:

- continuare ventilazioni di supporto;
- rivalutare periodicamente il polso;
- se il polso diventa assente, iniziare la RCP.

5.2.4.2. SE NON RESPIRA O RESPIRO INADEGUATO MA POLSO PRESENTE

- Iniziare ventilazioni di soccorso:
 - 1 ventilazione ogni 2–3 secondi (circa 20–30/min).
- Rivalutare il polso ogni 2 minuti circa.

Se la frequenza cardiaca è inferiore a 60/min con segni di scarsa perfusione (pallore, cianosi, alterato stato di coscienza):

- iniziare la RCP.

Se la frequenza cardiaca è ≥ 60 /min:

- continuare ventilazioni di supporto;
- rivalutare periodicamente il polso;
- se il polso diventa assente, iniziare la RCP.

5.2.5. ATTIVAZIONE DEL SISTEMA DI EMERGENZA E REPERIMENTO DAE

Collasso improvviso e testimoniato

- Attivare immediatamente il sistema di emergenza (se non già fatto).
- Procurarsi il DAE.

Collasso non testimoniato

- Iniziare immediatamente la RCP.
- Dopo circa 2 minuti, se si è soli, attivare il sistema di emergenza e recuperare il DAE.

5.2.6.RCP DI ALTA QUALITA'

Eseguire cicli di:

- 30 compressioni toraciche e 2 ventilazioni (soccorritore singolo).
- Se presenti due soccorritori addestrati: 15 compressioni e 2 ventilazioni.

5.2.6.1. MASSAGGIO CARDIACO ESTERNO NEL LATTANTE

le compressioni toraciche dovranno essere effettuate con la tecnica delle due dita:

1. Verificare che la vittima si trovi su un piano rigido.
2. Individuare il centro della linea immaginaria che unisce i due capezzoli.
3. Poggiare due dita nel punto individuato, in corrispondenza della metà inferiore dello sterno.
4. Mantenendo le dita rigide, comprimere con una frequenza di 100-120 al minuto ed una profondità di circa 4 cm. In caso di due o più soccorritori presenti, utilizzare la tecnica a due mani: posizionare entrambi i pollici, fianco a fianco, sulla metà inferiore dello sterno, con la punta rivolta verso la testa della vittima. Distendere le altre dita di entrambe le mani in modo da circondare la cassa toracica. Sorreggere il dorso della vittima ed effettuare le compressioni toraciche.

5.2.6.2. MASSAGGIO CARDIACO ESTERNO NEL BAMBINO

le compressioni toraciche dovrebbero essere effettuate con una mano:

1. Verificare che la vittima si trovi su un piano rigido, preferibilmente a terra.
2. Posizionarsi al lato della vittima, con le ginocchia all'altezza del torace.
3. Porre la parte prossimale del palmo della mano al centro del torace, sulla metà inferiore dello sterno.
4. Mantenere il braccio disteso e rigido, con le spalle perpendicolari al punto di compressione per sfruttare il peso del proprio corpo.
5. Comprimere con forza lo sterno, fino ad ottenere un abbassamento di circa 5 cm.
6. Mantenere una frequenza di compressione di 100- 120 al minuto.
7. Consentire la riespansione del torace dopo ogni compressione, considerando che le due fasi devono essere di pari durata.

Applicare il DAE non appena disponibile, utilizzando piastre pediatriche se presenti.

5.2.6.3. VENTILAZIONE

Eseguire 2 ventilazioni con pallone auto espandibile con maschera e ossigeno, se disponibile, **dopo 30 compressioni**:

- Aprire le vie aeree (iperestensione del capo e sollevamento del mento, se non controindicato).
- Erogare 2 ventilazioni efficaci.
- Ogni ventilazione deve durare circa 1 secondo.
- Insufflare aria quanto basta per osservare il sollevamento del torace.
- Evitare ventilazioni eccessive o troppo rapide.

Una ventilazione è considerata efficace quando si osserva il sollevamento del torace. In assenza di espansione toracica, riposizionare il capo, verificare la pervietà delle vie aeree e controllare la corretta aderenza della maschera prima di effettuare un nuovo tentativo ventilatorio.

Laddove non si dispone del pallone autoespandibile, è possibile utilizzare la ventilazione insufflando dalla propria bocca nella bocca e nel naso del piccolo paziente (ventilazione bocca-bocca e naso).

In considerazione dell'età del paziente, è necessario prestare attenzione alla quantità di aria erogata che deve essere sufficiente ad osservare il sollevamento del torace, evitando una ventilazione eccessiva

5.2.7.UTILIZZO DEL DAE

- Accendere il DAE e applicare le piastre sul torace nudo del paziente.
- Seguire le indicazioni vocali del dispositivo.
- Allontanarsi durante l'analisi del ritmo.

5.2.7.1. LATTANTE (ETÀ < 1 ANNO)

Nel lattante è preferibile l'impiego di un defibrillatore manuale, se disponibile e se presente personale sanitario formato all'uso.

In assenza di defibrillatore manuale:

- utilizzare un DAE dotato di attenuatore di dose pediatrico o piastre pediatriche;
- se non disponibili, utilizzare comunque un DAE standard con piastre per adulti.

L'utilizzo di piastre o livelli di energia per adulti è preferibile rispetto al non tentare la defibrillazione.

Nel lattante:

- applicare le piastre sul torace nudo;
- se necessario, utilizzare il posizionamento antero-posteriore (una piastra sul torace e una sul dorso) per evitare il contatto tra le piastre;
- seguire sempre le istruzioni del dispositivo.

Se il DAE non consente l'erogazione di energia pediatrica, utilizzare il livello di energia standard per adulti.

5.2.7.2. BAMBINI DI ETÀ < 8 ANNI

Nei bambini di età inferiore a 8 anni:

- utilizzare preferibilmente piastre pediatriche o modalità pediatrica, se disponibili;
- se non disponibili, utilizzare piastre per adulti evitando il contatto tra di esse;
- se il DAE è dotato di chiave pediatrica o attenuatore di energia, attivarlo prima dell'uso.

Le piastre devono essere applicate sul torace nudo secondo lo schema indicato dal produttore. In caso di torace di piccole dimensioni può essere necessario il posizionamento antero-posteriore (una piastra sul torace e una sul dorso) per evitare sovrapposizioni.

5.2.7.3. BAMBINI DI ETÀ $\geq$ 8 ANNI

Nei bambini di età pari o superiore a 8 anni utilizzare il DAE con piastre per adulti.

- Accendere il DAE e seguire le istruzioni del dispositivo.
- Applicare le piastre sul torace nudo della vittima secondo lo schema indicato:
 - una piastra in sede sottoclaveare destra;
 - una piastra in sede laterale sinistra sotto l'ascella.
- Posizionare le piastre direttamente sulla pelle, evitando il contatto tra di esse.
- Non applicare le piastre sopra indumenti, cerotti medicati o dispositivi metallici.
- Assicurarsi che il torace sia asciutto prima dell'applicazione.

Consentire l'analisi del ritmo evitando qualsiasi contatto con la vittima e attenersi alle indicazioni del DAE per l'eventuale erogazione della scarica.

Se il DAE indica shock:

- erogare la scarica;
- riprendere immediatamente la RCP.

Se il DAE indica "shock non consigliato":

- riprendere immediatamente la RCP.

5.2.7.4. PROSECUZIONE DELLE MANOVRE

Continuare cicli di RCP e utilizzare il DAE secondo le indicazioni fino a:

- arrivo del team di emergenza;
- ripresa dei segni vitali;
- impossibilità a proseguire in sicurezza

5.2.7.5. AVVERTENZE DI SICUREZZA

- Assicurarsi che nessuno tocchi la vittima durante l'analisi del ritmo e l'erogazione della scarica.
- Verificare ad alta voce che tutti siano lontani prima della scarica.
- Riprendere immediatamente la RCP dopo ogni analisi o scarica.
- Proseguire seguendo le indicazioni del DAE fino all'arrivo del supporto vitale avanzato o alla ripresa dei segni vitali.

L'utilizzo tempestivo del DAE, integrato con RCP di alta qualità, aumenta significativamente le probabilità di sopravvivenza e di buon esito neurologico nel paziente pediatrico e nel lattante.

6. OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO

L'ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo rappresenta un'emergenza medica potenzialmente letale che richiede un riconoscimento tempestivo e una rapida distinzione da altre condizioni in grado di provocare distress respiratorio acuto e improvviso, quali ictus, infarto miocardico, sovradosaggio farmacologico o altre patologie, che necessitano di un trattamento differente.

Le tecniche di disostruzione delle vie aeree si distinguono in:

- procedure per adulti e bambini di età superiore a 1 anno
- procedure per lattanti

L'aggiornamento 2025 delle Linee Guida internazionali ha introdotto un algoritmo che prevede, in caso di ostruzione grave, l'esecuzione sequenziale di manovre di disostruzione fino alla risoluzione dell'ostruzione o alla perdita di coscienza.

Le modalità di esecuzione delle manovre e le sedi anatomiche di applicazione differiscono in base alla fascia di età e sono descritte nei paragrafi successivi.

In presenza di ostruzione grave deve essere sempre attivato tempestivamente il sistema di risposta all'emergenza, in quanto la vittima può rapidamente evolvere verso la perdita di coscienza e l'arresto cardiaco.

6.1. GESTIONE DELL'OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE NELL'ADULTO

In presenza di un sospetto episodio di ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo, il soccorritore deve innanzitutto verificare la sicurezza della scena e assicurarsi di poter intervenire senza rischi per sé e per la vittima.

Successivamente è necessario valutare la presenza di segni di ostruzione grave quali:

- tosse debole o assente
- incapacità a parlare
- cianosi o alterazioni del colorito
- alterazione dello stato mentale
- apnea

Se tali segni non sono presenti, la persona deve essere incoraggiata a tossire e monitorata attentamente.

Se sono presenti segni di ostruzione grave:

- attivare immediatamente il sistema di risposta all'emergenza;
- valutare lo stato di coscienza.

Se la vittima è cosciente, iniziare cicli ripetuti di manovre di disostruzione.

6.1.1.PACCHE DORSALI

Le pacche dorsali devono essere eseguite con il palmo della mano:

- tra le scapole,
- sulla linea mediana della schiena,
- mantenendo la vittima in posizione eretta o leggermente inclinata in avanti per favorire l'espulsione del corpo estraneo.

Eseguire 5 colpi dorsali decisi e separati.

6.1.2.SPINTE ADDOMINALI

Successivamente eseguire 5 spinte addominali:

- sulla linea mediana dell'addome,
- al di sopra dell'ombelico,
- ben al di sotto dello sterno.

Posizionarsi dietro la vittima, chiudere una mano a pugno, collocarla nella sede indicata e afferrarla con l'altra mano, quindi eseguire spinte rapide verso l'interno e verso l'alto.

Le manovre devono essere ripetute fino all'espulsione del corpo estraneo o alla perdita di coscienza. Dopo la disostruzione la vittima deve essere monitorata fino all'arrivo dell'assistenza avanzata.

6.1.3.SITUAZIONI PARTICOLARI

Nelle pazienti in gravidanza avanzata o quando non è possibile circondare l'addome del paziente (ad esempio nei soggetti obesi), eseguire spinte toraciche:

- al centro dello sterno,
- nello stesso punto delle compressioni toraciche della RCP.

6.1.4.PERDITA DI COSCIENZA

Se la vittima perde coscienza:

- iniziare immediatamente RCP;
- proseguire secondo algoritmo BLS fino all'arrivo dell'assistenza avanzata.

La RCP deve iniziare con le compressioni toraciche; prima delle ventilazioni controllare il cavo orale e rimuovere eventuali corpi estranei solo se visibili e facilmente accessibili.

6.2. GESTIONE IN ETÀ PEDIATRICA

Nel bambino cosciente con ostruzione grave iniziare cicli ripetuti di manovre di disostruzione.

6.2.1.PACCHE DORSALI

Eseguire 5 pacche dorsali:

- tra le scapole,
- sulla linea mediana della schiena,
- con il bambino inclinato in avanti.

6.2.2.SPINTE ADDOMINALI

Eseguire 5 spinte addominali:

- sopra l'ombelico,
- sotto lo sterno,
- sulla linea mediana dell'addome.

Le manovre devono essere proporzionate alla corporatura del bambino e ripetute fino all'espulsione del corpo estraneo o alla perdita di coscienza.

Se il bambino perde coscienza:

- iniziare immediatamente RCP;
- proseguire fino all'arrivo dell'assistenza avanzata.

6.3. GESTIONE NEL LATTANTE

Nel lattante cosciente con ostruzione grave eseguire cicli ripetuti di manovre di disostruzione.

6.3.1.PACCHE DORSALI

Eseguire 5 pacche dorsali:

- al centro della schiena,
- tra le scapole,
- con il lattante in posizione prona sull'avambraccio,
- sostenendo testa e mandibola,
- mantenendo la testa più in basso del torace.

6.3.2.SPINTE TORACICHE

Successivamente eseguire 5 spinte toraciche:

- sullo sterno,
- nella metà inferiore dello sterno,
- subito sotto la linea intermammillare,
- nella stessa sede delle compressioni toraciche della RCP.

Il lattante deve essere in posizione supina sull'avambraccio o su piano rigido.

Le spinte toraciche devono essere effettuate con il carpo di una mano.

Le manovre devono essere ripetute fino all'espulsione del corpo estraneo o alla perdita di coscienza.

Se il lattante perde coscienza:

- iniziare immediatamente RCP;
- proseguire fino all'arrivo dell'assistenza avanzata.

Nel lattante non devono essere eseguite spinte addominali per il rischio di lesioni viscerali.

Le manovre di disostruzione devono essere eseguite con decisione ma in modo proporzionato all'età e alla corporatura del paziente, fino all'espulsione del corpo estraneo o alla perdita di coscienza, momento in cui deve essere avviata la rianimazione cardiopolmonare secondo algoritmo BLS.

7. RE-TRAINING

Il mantenimento delle competenze nelle manovre rianimatorie di base rappresenta un elemento essenziale per garantire un intervento efficace e sicuro in caso di arresto cardiaco nell'adulto e nel paziente pediatrico. Le abilità tecniche e decisionali richieste nel BLSD adulto e pediatrico, infatti, possono ridursi nel tempo in assenza di aggiornamento e pratica periodica; per tale motivo è previsto un percorso di retraining strutturato e obbligatorio.

7.1. VALIDITÀ DELLA CERTIFICAZIONE

La certificazione ha una validità di 24 mesi dalla data di conseguimento o dell'ultimo retraining. Il rinnovo deve essere effettuato entro la data di scadenza, al fine di garantire la continuità dell'abilitazione all'esecuzione delle manovre rianimatorie secondo gli standard aziendali e le linee guida internazionali.

7.2. FINALITÀ DEL RETRAINING

Il retraining periodico ha l'obiettivo di:

- mantenere e consolidare le competenze teoriche e pratiche relative al BLSD nell'adulto;
- aggiornare le conoscenze in base alle più recenti evidenze scientifiche e linee guida internazionali;
- rafforzare la capacità di riconoscimento precoce dell'arresto cardiaco;
- garantire l'esecuzione di una RCP di alta qualità;
- migliorare l'utilizzo tempestivo e corretto del defibrillatore semiautomatico (DAE);
- mantenere le competenze specifiche relative al P-BLSD nel lattante e nel bambino;
- favorire il lavoro in team e la comunicazione durante la gestione dell'emergenza.