viva! la settimana per la rianimazione cardiopolmonare

ARRESTO CARDIACO INTRAOSPEDALIERO

DECISION SUPPORT TOOLKIT PER LA GESTIONE DELL'ARRESTO CARDIACO INTRAOSPEDALIERO

ADATTAMENTO DELLE LINEE GUIDA
EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL 2025

anarti

IRC | Italian Resuscitation Council

SIAARTI
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

viva! la settimana per la rianimazione cardiopolmonare

Riconoscimento del paziente critico

VALUTA → CALCOLA

A



- Stato di coscienza
- Pervietà delle vie aeree

B



- Osserva il torace (espansione e meccanica)
- Palpa il torace (rumori, dolore evocato)
- Ausculta
- Conta la FR
- SpO_2

C



- Controllo emorragia
- Refill capillare (<2")
- Polso radiale presente/assente
- Pressione arteriosa
- Monitor ECG + Fc
- ECG 12 derivazioni
- Accesso venoso+ esami ematici e/o EGA venoso o arterioso
- Diuresi

D



- Glicemia
- Controllo segni di lato
- Controllo pupille
- Controllo coscienza
- (GCS vs AVPU)

E



- Esame testa piedi superficie anteriore e posteriore
- Temperatura corporea
- Anamnesi

NEWS II

PUNTI NEWS II	FR	SpO_2
1	9-11	94-95% - 86-87% (BPCO)
2	21-24	92-93% - 84-85% (BPCO)
2	Applicato ossigeno supplementare	
3	≤8 ≥25	≤91% - ≤83% (BPCO)

PUNTI NEWS II	PAS	FC
1	101-110	41-50 o 91-110
2	91-100	111-130
3	≤90 o ≥220	≤40 o ≥131

PUNTI NEWS II	COSCIENZA
3	Confuso - Verbal - Pain - Unresponsive

PUNTI NEWS II	TC °C
1	35.1-36 o 30.1-39
2	≥39.1
3	≤35

EMERGENZA (NEWS ≥ 7)	2 ROSSI + 1 ARANCIO	1 ROSSO + 2 ARANCIO	3 ARANCIO + 1 GIALLO	ATTIVAZIONE MET*
URGENZA (NEWS 5-6)	2 ROSSI	1 ROSSO + 1 ARANCIO	2 ARANCIO	

* *Attivazione secondo protocolli locali*

aniarti IRC Italian Resuscitation Council SIAARTI PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

GUIDELINES 2025
EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL©

viva! la settimana per la rianimazione cardiopolmonare

ALGORITMO RIANIMAZIONE INTRA-OSPEDALIERA

Paziente privo di coscienza/paziente critico

Chiamare aiuto e valutare il paziente

Segni di vita?

Valutare se il paziente risponde e se respira normalmente

Operatori ALS esperti possono valutare contemporaneamente il polso carotideo e (se già posizionati) monitor ECG / pressione arteriosa invasiva / $ETCO_2$

NO o in dubbio

ARRESTO CARDIACO

CHIAMA, COMPRIMI, CHIEDI*
Chiamare aiuto

Iniziare le compressioni toraciche

Chiamare il team di rianimazione

Chiedere l'equipaggiamento per la rianimazione

RCP DI ALTA QUALITA'*
Effettuare RCP di alta qualità con ossigeno e presidi per le vie aeree*

Sostituire l'operatore che esegue le compressioni toraciche a ogni analisi del ritmo

DEFIBRILLAZIONE*

Non appena disponibile, applicare le placche, accendere il DAE/ defibrillatore e seguire le istruzioni

Eseguire la defibrillazione se indicata**

ADVANCED LIFE SUPPORT

Procedere quando è disponibile un numero sufficiente di personale qualificato

PASSAGGIO DI CONSEGNE al team di rianimazione utilizzando il formato SBAR

SÌ

EMERGENZA MEDICA

CHIAMA E CHIEDI*
Chiamare il team di rianimazione/ MET, se necessario

Chiedere l'equipaggiamento per la rianimazione

VALUTAZIONE*

Valutazione ABCDE - riconoscere e trattare

Somministrare ossigeno ad alti flussi (titolare in base a SpO_2 quando possibile)

Collegare il monitoraggio

Reperire un accesso venoso

Valutare attivazione del team di rianimazione/MET (se non già allertato)

PASSAGGIO DI CONSEGNE al team di rianimazione utilizzando il formato SBAR

*Se disponibile personale sufficiente, eseguire le manovre contemporaneamente

**Se disponibile e se l'operatore è addestrato, utilizzare un defibrillatore manuale

Garantire la sicurezza personale

NUMERO EMERGENZA INTERNA

SCRIVI QUI IL NUMERO

anjarti IRC Italian Resuscitation Council SIAARTI PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

GUIDELINES 2025
EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL©

3 STEPS PER SALVARE UNA VITA

viva! la settimana per la rianimazione cardiopolmonare

Controlla

- Sicurezza
- Stato coscienza



Incosciente

Chiama

- Chiama 112 senza esitazione
- Usa cellulare con vivavoce
- Valuta respiro
- Segui le istruzioni dell'operatore



Respiro assente o anomalo

Comprimi (RCP & DAE)

- Inizia RCP
- Usa il DAE non appena disponibile
- Segui le istruzioni del DAE
- **Se hai dubbi l'operatore ti aiuterà**



3 passi per salvare una vita

ALGORITMO BASIC LIFE SUPPORT



CONTROLLA: incosciente



CHIAMA AIUTO
Richiama l'attenzione degli astanti



APRI LE VIE AEREE
respirazione assente o anormale



INIZIA LA RCP



COLLEGA IL DAE APPENA POSSIBILE
Segui le istruzioni del DAE

CONTINUA LA RCP FINO ALL'ARRIVO DEL SOCCORSO AVANZATO
(112/118 - Team di Risposta rapida intraospedaliero)

CHIAMA AIUTO IMMEDIATAMENTE

EXTRA-OSPEDALIERO
- Telefono in viva voce
- Valuta la respirazione
- Se non sei sicuro la Centrale Operativa ti può aiutare
- Segui le istruzioni della Centrale Operativa

INTRA-OSPEDALIERO
- Valuta la respirazione e i segni vitali
- Chiedi un DAE o un defibrillatore manuale
- Attiva il Team di Risposta Rapida intra-ospedaliero

INIZIA LA RCP

ADULTO

Se non addestrato al BLS
- RCP con sole compressioni toraciche

Se addestrato al BLS
- RCP 30:2

PEDIATRICO

Se non addestrato al PBLS
- 5 ventilazioni di soccorso
- RCP 30:2

Se addestrato al PBLS
- 5 ventilazioni di soccorso
- RCP 15:2

CON IL PATROCINIO DI:

S.A.R.N.e P.I. Società di Anestesia e Rianimazione Neonatale e Pediatrica Italiana
SIMEUP SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA EMERGENZA URGENZA PEDIATRICA

DECISION SUPPORT TOOLKIT
GESTIONE DELL'ARRESTO CARDIACO INTRAOSPEDALIERO

anjarti
IRC Italian Resuscitation Council
SIAARTI PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

ALGORITMO ADVANCED LIFE SUPPORT NEL PAZIENTE ADULTO

viva! la settimana per la rianimazione cardiopolmonare

GUIDELINES 2025 EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL©

Incosciente con respiro assente o anomalo

- Iniziare RCP 30:2
- Collegare defibrillatore/monitor
- Chiamare 112/team di rianimazione

VALUTARE IL RITMO

Defibrillabile
FV / TV senza polso

1 Shock
Farmaci*

Riprendere immediatamente le compressioni toraciche per 2 minuti

ROSC

Non-defibrillabile
PEA, Asistolia

Somministrare adrenalina ogni 3-5 minuti

Riprendere immediatamente le compressioni toraciche per 2 minuti

Eseguire compressioni toraciche di alta qualità e ventilazioni efficaci

- Assicurare il posizionamento ottimale delle placche defibrillatore
- Somministrare ossigeno
- Compressioni toraciche continue se tubo tracheale o presidio sovraglottico inserito
- Utilizzare la capnografia a forma d'onda
- Ridurre al minimo le interruzioni delle compressioni toraciche
- Reperire precocemente un accesso EV (IO se EV non possibile)

* Farmaci

- Somministrare 1ª adrenalina dopo 3 shock, poi ogni 3-5 minuti
- Somministrare amiodarone dopo 3 shock

Considerare

- Spostamento delle placche in posizione antero-posteriore dopo 3 shock
- Compressioni toraciche meccaniche per facilitare il trasferimento / trattamento
- Ecografia bed side per identificare cause reversibili
- RCP extracorporea e/o coronarografia / intervento coronarico percutaneo (PCI)

Subito dopo il ripristino della circolazione spontanea (ROSC)

- Utilizzare l'approccio ABCDE
- Mantenere una SpO_2 tra 94–98% e una $PaCO_2$ normale
- Obiettivo PAS > 100 mmHg
- ECG a 12 derivazioni
- Identificare e trattare la causa
- Controllo della temperatura

Identificare e trattare le cause reversibili

- Ipossia
- Ipovolemia
- Iper-ipokaliemia / cause metaboliche
- Ipotermia, ipertermia
- Tossici
- Tamponamento cardiaco
- Pneumotorace iperteso
- Trombosi (coronarica / polmonare)

DECISION SUPPORT TOOLKIT GESTIONE DELL'ARRESTO CARDIACO INTRAOSPEDALIERO

anjarti IRC Italian Resuscitation Council SIAARTI PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

viva! la settimana per la rianimazione cardiopolmonare

CIRCOSTANZE ED AMBIENTI SPECIALI

IPERTERMIA

IPOTERMIA

IPERTERMIA MALIGNA

INTOSSICAZIONE ANESTETICI LOCALI

LABORATORIO DI EMODINAMICA

ACC IN CARDIOCHIRURGIA

TROMBOSI CORONARICA

IPERKALIEMIA

IPOKALIEMIA

ACC TRAUMATICO

POST ROSC

DONAZIONE

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL

LINEE GUIDA 2025

DECISION SUPPORT TOOLKIT

GESTIONE DELL'ARRESTO CARDIACO INTRAOSPEDALIERO

aniarti

IRC Italian Resuscitation Council

SIAARTI PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

viva! la settimana per la rianimazione cardiopolmonare

ARRESTO CARDIACO IN GRAVIDANZA

Adattamento sintetico dalle ERC Guidelines 2025 – Special Circumstances in Resuscitation

ARRESTO CARDIACO

AZIONI IMMEDIATE

Chiama aiuto e gli Esperti.

Ostetrica + Rianimatore + Ginecologo + Neonatologo

Inizia ALS standard immediatamente

ALS STANDARD

- Compressioni toraciche di alta qualità
- Rapporto ventilazioni/compressioni e posizione delle mani come nell'adulto
- Collega defibrillatore
- Tratta ritmo defibrillabile/non defibrillabile secondo ALS
- Dosi e tempi di adrenalina, amiodarone e lidocaina invariati

Gravidanza > 20 settimane o fondo uterino sopra l'ombelico?

SI

Spostamento uterino manuale verso sinistra

Il prima possibile e per tutta la RCP.

Preferibile quando sono presenti almeno 2 soccorritori: uno esegue lo spostamento uterino, uno la RCP.

PREPARA PRECOCEMENTE ISTEROTOMIA RESUSCITATIVA

- Intervento tempo-dipendente: eseguire il prima possibile sul luogo dell'arresto da parte di team esperto se non si ottiene ROSC / persiste grave compromissione emodinamica.
- Non usare una soglia rigida di 4–5 minuti; Il beneficio diminuisce con il ritardo.

NO

Prosegui ALS standard

CAUSE REVERSIBILI: 4I + 4T + 4P

4I	4T	4P
• **I**possia	• **T**amponamento cardiaco	• **P**re-eclampsia/eclampsia
• **I**povolemia	• Pneumo**T**orace iperteso	• Sepsi **P**uerperale
• **I**po/**I**perK+ e altri disordini elettrolitici	• **T**rombosi coronarica/polmonare	• **P**atologia placentare/uterina (distacco, previa/accerta, atonia, rottura/inversione, embolia da liquido amniotico)
• **I**po/**I**pertermia	• **T**ossici	• Cardiomiopatia **P**eripartum

ROSC?

SI

POST-ROSC

- Stabilizza la madre per stabilizzare il feto
- Tratta la causa
- Prepara/gestisci emorragia ostetrica maggiore
- Coinvolgimento multidisciplinare
- Monitoraggio materno e fetale appropriato

NO

- Continua ALS
- Tratta cause reversibili
- Completa isterotomia resuscitativa se indicata
- Considera ECPR/ECMO nei casi selezionati secondo disponibilità e protocolli locali.

VIE AEREE

Materiale da preparare:

- Pallone-maschera
- IOT da esperto
- Dispositivo sovraglottico
- Considera videolaringoscopio, tubo endotracheale di calibro minore e gestione difficile delle vie aeree

DEFIBRILLAZIONE

- Energia invariata rispetto all'adulto.
- Posizionare le piastre sotto, non sopra, il tessuto mammario.
- Rimuovere monitor fetali interni/ esterni prima della defibrillazione.

ACCESSI E FARMACI

- Accesso IV/IO precoce, preferibilmente sopra il diaframma.
- Farmaci ALS alle dosi standard.

Alcuni farmaci specifici:

- **Cloruro di calcio 10% 10 mL EV:** sovradosaggio di Mg / ipocalcemia / iperkalemia.
- **$MgSO_4$ 2 g EV:** TV polimorfa.
- **$MgSO_4$ 4 g EV:** eclampsia.
- **Acido tranexamico 1 g EV:** emorragia sospetta.

Estratto da Lott C, Karageorgos V, Abelairas-Gomez C et al, **European Resuscitation Council Guidelines 2025 Special Circumstances in Resuscitation** Resuscitation, 215

viva! la settimana per la rianimazione cardiopolmonare

ARRESTO CARDIACO NEL PAZIENTE ASMATICO

Sintesi operativa da ERC Guidelines 2025 – Special Circumstances in Resuscitation

ARRESTO CARDIACO

INIZIA IMMEDIATAMENTE BLS/ALS STANDARD

RCP DI ALTA QUALITÀ



- Esegui compressioni toraciche secondo ALS standard.
- Collega rapidamente il defibrillatore.
- Riduci al minimo le interruzioni delle compressioni.

VIE AEREE E VENTILAZIONE



- Nell'asma grave la ventilazione può essere difficile per l'elevata resistenza delle vie aeree.
- Considera intubazione tracheale precoce da operatore esperto.
- Ventila lentamente (8–10 atti/min) durante RCP con volume sufficiente a ottenere sollevamento toracico.
- Favorisci un tempo espiratorio adeguato per limitare l'iperinflazione dinamica (air trapping).

SOSPETTA IPERINFLAZIONE DINAMICA / AIR TRAPPING?



- L'iperinflazione dinamica può ridurre il ritorno venoso e la gittata cardiaca.
- Segni: difficoltà di ventilazione, aumento delle pressioni inspiratorie, torace iperinsufflato.

IPERINFLAZIONE DINAMICA CONFERMATA/ FORTEMENTE SOSPETTA?

SÌ

- Disconnetti temporaneamente dalla ventilazione a pressione positiva / dal circuito del tubo tracheale.
- Applica compressione manuale del torace per favorire lo svuotamento polmonare.
- Rivaluta e riprendi la ventilazione con volumi ridotti.
- Misura supportata da evidenza limitata.

NO

PNEUMOTORACE IPERTESO



- Se improvviso aumento delle pressioni inspiratorie o difficoltà di ventilazione, ricerca pneumotorace iperteso.
- Trattalo immediatamente secondo protocollo (es. decompressione con ago e/o drenaggio toracico).

CAUSE REVERSIBILI: 4I + 4T

4I	4T
• Ipossia	• Tamponamento cardiaco
• Ipovolemia	• PneumoTorace iperteso
• Ipo/IperK+ e altri disordini elettrolitici	• Trombosi coronarica/polmonare
• Ipo/Ipertermia	• Tossici

Nell'asma sono particolarmente rilevanti: ipossia, pneumotorace iperteso e iperinflazione dinamica.

DEFIBRILLAZIONE E FARMACI



- Segui l'algoritmo ALS standard.
- Energia di defibrillazione e farmaci secondo ALS standard.

FLUIDI



- Considera cristalloidi EV con cautela se sospetta disidratazione/ipovolemia.
- Evita il sovraccarico di fluidi.

ECPR



- Può essere considerata se le terapie convenzionali falliscono e il trattamento è immediatamente disponibile secondo criteri e protocolli locali.

ROSC?

SÌ



CURE POST-RIANIMAZIONE STANDARD + TRATTAMENTO DELLA CAUSA

NO



- Continua ALS standard.
- Correggi le cause reversibili.
- Considera ECPR se indicata.

Estratto da Lott C, Karageorgos V, Abelairas-Gomez C et al, **European Resuscitation Council Guidelines 2025 Special Circumstances in Resuscitation** Resuscitation

anjarti IRC Italian Resuscitation Council SIAARTI PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

viva! la settimana per la rianimazione cardiopolmonare

ARRESTO CARDIACO NEL PAZIENTE OBESO

Sintesi operativa da ERC Guidelines 2025 – Special Circumstances in Resuscitation



ARRESTO CARDIACO



INIZIA IMMEDIATAMENTE BLS/ALS STANDARD

Nessuna modifica al protocollo standard BLS/ALS è raccomandata per la sola obesità.

RCP DI ALTA QUALITÀ



- Esegui compressioni toraciche secondo standard ALS dell'adulto.
- L'affaticamento del soccorritore può essere più rapido.
- Considera il cambio dell'operatore alle compressioni anche più frequentemente di ogni 2 minuti, se necessario per mantenere la qualità.
- I dispositivi di compressione meccanica possono essere considerati, ma corporatura e inclinazione della parete toracica possono limitarne l'utilizzo, soprattutto nell'obesità severa.

VIE AEREE



- L'obesità è associata a maggiore difficoltà di ventilazione con maschera e gestione delle vie aeree.
- Riduci al minimo il tempo di ventilazione pallone-maschera.
- Un operatore esperto dovrebbe assicurare precocemente una via aerea pervia con dispositivo sovraglottico oppure intubazione tracheale.

Materiale da preparare:
- Pallone-maschera
- IOT da esperto
- Dispositivo sovraglottico
- Considera videolaringoscopio, tubo endotracheale di calibro minore e gestione difficile delle vie aeree.

DEFIBRILLAZIONE E FARMACI



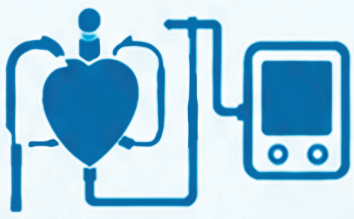
- Segui l'algoritmo ALS standard.
- Defibrillazione con energie standard.
- Farmaci e tempi secondo ALS standard.

CAUSE REVERSIBILI



- Ricerca e tratta sistematicamente le **4I** e **4T** secondo ALS standard.

ECPR



- Se indicata secondo criteri e protocolli locali, l'ECPR non deve essere esclusa per la sola obesità.

ROSC?

SÌ



Cure post-rianimazione standard e trattamento della causa.

NO



- Continua ALS standard.
- Correggi le cause reversibili.
- Considera ECPR se indicata.

Lott C, Karageorgos V, Abelairas-Gomez C et al, European Resuscitation Council Guidelines 2025 Special Circumstances in Resuscitation Resuscitation, 215

aniarti IRC Italian Resuscitation Council SIAARTI PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

viva! la settimana per la rianimazione cardiopolmonare

Riconoscimento del bambino critico

VALUTA → CALCOLA

Le Tre B:
- **B**ehaviour- Comportamento
- **B**reathing- Respiro
- **B**ody Colour- Colorito del corpo

A
- Stato di coscienza
- Pervietà delle vie aeree

B
- Osserva il torace (espansione e meccanica)
- Palpa il torace (rumori, dolore evocato)
- Ausculta
- Conta FR
- SpO_2

C
- Perfusione: Refill capillare (<2")
- Polso periferico: ampiezza e ritmicità
- Polso: frequenza cardiaca
- Pressione Arteriosa
- Precarico: margine epatico <2cm

D
- Glicemia
- Controllo segni di lato
- Controllo pupille
- Controllo coscienza (GCS vs AVPU)

E
- Esame testa piedi superficie anteriore e posteriore
- Temperatura corporea
- Anamnesi

PEWS

PEWS	RESPIRO
1	• FR >10 atti/min sopra i normali normali PV ♥ • FiO_2 30% Ossigenoterapia • O_2tp 3 L/min
2	• FR >20 atti/min sopra i normali parametri vitali ♥ • Rientramenti, uso muscoli accessori • FiO_2 40% o 6 L/min
3	• 5 o più parametri al di sotto della norma ♥ • FiO_2 50% o O_2tp 8 L/min

PEWS	CIRCOLO
1	• Pallore • Refill capillare 3”
2	• Colorito grigiastro • Refill capillare 4” • Tachicardia >20bpm rispetto ai normali PV ♥
3	• Colorito grigiastro e/o marezzato/cianotico • Refill capillare >5” • Tachicardia >20bpm rispetto i normali PV ♥ • Bradicardia ♥

PEWS	COSCIENZA
1	• Sonnolento
2	• Irritabile e non consolabile • Colorito grigiastro
3	• Letargico, confuso, ridotta risposta al dolore, incosciente • Gemito erpiratorio

PEWS	PUNTEGGIO AGGIUNTIVO
2	• Aspirazione cavo orale • Nebulizzazione (F. <15 min.) • Vomito persistente post operatorio

EMERGENZA (PEWS ≥ 6)	2 ROSSI	1 ROSSO + 2 GIALLI	3 GIALLI	ATTIVAZIONE MET*
URGENZA	1 ROSSO + 1 GIALLO	2 GIALLI	2 ARANCIO	

* *Attivazione secondo protocolli locali*

CON IL PATROCINIO DI:

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

SIMEUP SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA EMERGENZA URGENZA PEDIATRICA

DECISION SUPPORT TOOLKIT

GESTIONE DELL'ARRESTO CARDIACO INTRAOSPEDALIERO

anjarti

IRC Italian Resuscitation Council

SIAARTI PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

viva! la settimana per la rianimazione cardiopolmonare

La vita nelle tue mani

SOFFOCAMENTO

come disostruire le vie aeree

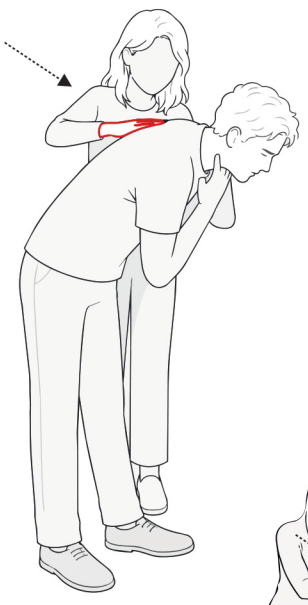
Se RIESCE a Parlare, Tossire, Respirare, incoraggia a Tossire
Se NON ci RIESCE più, AGISCI!



CHIAMA IL 1-1-2 (oppure **1-1-8**)
Per avere le mani libere, metti in vivavoce o gli auricolari e segui l'operatore

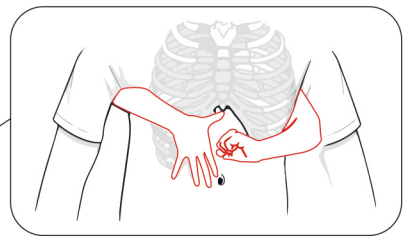
SE È UN ADULTO O UN BAMBINO

Fino a 5
COLPI
TRA LE SCAPOLE



POI PASSA A





Fino a 5
COMPRESSIONI ADDOMINALI
(Manovra di Heimlich)

SE È UN LATTANTE
SOTTO 1 ANNO DI ETÀ

Fino a 5
COLPI
TRA LE SCAPOLE



POI PASSA A



Fino a 5
COMPRESSIONI TORACICHE
(2 pollici)

Se diventa INCOSCIENTE o FLACCIDO
inizia immediatamente la
RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE

PER IMPARARE DA PICCOLI!
Scarica l'App

CON IL PATROCINIO DI:

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

SIMEUP SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA EMERGENZA URGENZA PEDIATRICA

DECISION SUPPORT TOOLKIT

GESTIONE DELL'ARRESTO CARDIACO INTRAOSPEDALIERO

anjarti

IRC Italian Resuscitation Council

SIAARTI PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

ALGORITMO PAEDIATRIC ADVANCED LIFE LIFE SUPPORT

viva! la settimana per la rianimazione cardiopolmonare

Riconoscere l'arresto cardiaco

Segni vitali assenti e/o bradicardia < 60/min con scarsa perfusione

- **Chiamare 112/118 - Team di Rianimazione**
- **5 ventilazioni di soccorso quindi iniziare RCP 15:2**
- **Collegare defibrillatore / monitor**

VALUTARE IL RITMO

Defibrillabile
FV/TVsp

1 Shock
4 J/kg

Non defibrillabile
Bradicardia, asistolia, PEA

Adrenalina EV/IO appena possibile

Riprendere immediatamente la RCP per 2 minuti

Interruzione della rianimazione Ripresa di circolazione spontanea (ROSC)

GUIDELINES 2025 EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL©

Trattare le cause reversibili

- Ipossia
- Ipovolemia
- Iper-ipokaliemia, -calcemia, -magnesemia, ipoglicemia (cause metaboliche)
- Ipotermia, ipertermia
- Tossici
- Tamponamento cardiaco
- Pneumotorace Iperteso
- Tromboembolia (coronarica/ polmonare)

Ritmi defibrillabili

- Continuare erogando uno shock ogni 2 minuti a 4 J/kg
- Se necessario, aumentare fino a 8 J/kg, max 360 J, in caso di FV/TVsp (a partire dal 5° shock)

Adrenalina EV/IO 10 µg/kg (max 1 mg)

- Dopo 4 minuti
- Successivamente ogni 4 minuti

Amiodarone EV/IO

- 5 mg/kg (max 300 mg) dopo il 3° shock
- 5 mg/kg (max 150 mg) dopo il 5° shock

Durante la RCP

- Compressioni toraciche di alta qualità: frequenza, profondità, rilascio
- Ventilazione con pallone e maschera con O_2 100% (tecnica a 2 operatori)
- Compressioni toraciche continue se posizionato tubo tracheale o presidio sovraglottico. Ventilazione a frequenza appropriata per età: 25 atti/min (<1 anno), 20 atti/min (1-8 anni), 15 atti/min (8-12 anni) o 10 atti/min (> 12 anni)

Adrenalina EV/IO 10 µg/kg (max 1 mg) ogni 4 minuti (a cicli alterni)

Subito dopo il ROSC

- Approccio ABCDE
- Ossigenazione (SpO_2 94-98%) e ventilazione controllata ($PaCO_2$ 35-45 mm Hg - 4.6-6 kPa)
- Mantenere PA sistolica e media > 10° percentile per l'età
- Evitare / trattare l'ipertermia
- Controllare la glicemia (obiettivo: normoglicemia)
- Trattare le cause precipitanti

CON IL PATROCINIO DI:

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

SIMEUP SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA EMERGENZA URGENZA PEDIATRICA

DECISION SUPPORT TOOLKIT

GESTIONE DELL'ARRESTO CARDIACO INTRAOSPEDALIERO

anjarti

IRC Italian Resuscitation Council

SIAARTI PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

viva! la settimana per la rianimazione cardiopolmonare

COMUNICAZIONE NELLA CHIAMATA MET

Usa il metodo iSBAR per una comunicazione chiara, rapida ed efficace

i S B A R

STRUTTURA LA TUA CHIAMATA. SALVA TEMPO. SALVA VITE.

i – Identify / Identificazione

Presentati: nome e ruolo. Identifica il paziente,
il reparto, la stanza/letto e dove deve recarsi il team MET.

S – Situation / Situazione

Descrivi il problema attuale e il motivo della chiamata.
Spiega cosa sta succedendo adesso e perché sei preoccupato.

B – Background / Contesto clinico

Riferisci le informazioni rilevanti: diagnosi, motivo del ricovero,
storia clinica essenziale, allergie, terapie in corso.

A – Assessment / Valutazione

Comunica la tua valutazione: ABCDE, parametri vitali,
livello di coscienza, dolore, saturazione, FR, FC, PA,
temperatura, diuresi se utile.

R – Recommendation / Raccomandazione

Di' chiaramente cosa ti serve: valutazione urgente, supporto
immediato, trasferimento, intervento specifico.
Conferma il bisogno di attivazione MET.

PRIMA DI TELEFONARE

- Identifica il paziente
- Rileva i parametri vitali
- Indica il reparto e il numero di stanza/letto
- Prepara le informazioni cliniche essenziali
- Spiega perché il paziente è critico o in peggioramento

MESSAGGI CHIAVE

- Parla lentamente e in modo chiaro
- Usa dati oggettivi
- Esprimi la tua preoccupazione
- Ripeti le informazioni critiche se necessario

anaarti IRC Italian Resuscitation Council SIAARTI PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

viva!

la settimana per
la rianimazione
cardiopolmonare

Anche tu puoi aiutare
a salvare una vita

♥♥♥.settimanaviva.it

CON IL PATROCINIO DI:

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

SIMEUP SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA EMERGENZA URGENZA PEDIATRICA

anaarti

IRC Italian Resuscitation Council

SIAARTI PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER