



**GRUPPO INTERVENTO
EMERGENZE CARDIOLOGICHE**



Linee Guida per la gestione dell'arresto Cardiaco Istituto Superiore di Sanità 2026



**CORSO BLSD
9 Marzo 2026 - Napoli**



Arresto cardiaco: le nuove linee guida Iss segnano una svolta nazionale

15 dicembre 2025



Per la prima volta l'Italia si dota di linee guida istituzionali per la gestione dell'arresto cardiaco intra ed extraospedaliero. Un passaggio che non riguarda solo gli algoritmi di rianimazione, ma l'intero sistema di risposta all'emergenza: dalla formazione della popolazione alla standardizzazione dei percorsi assistenziali.

In Italia si stimano circa 43.000 arresti cardiaci extraospedalieri ogni anno, con esiti fortemente dipendenti dalla rapidità dell'intervento e dalla qualità delle manovre rianimatorie.

I dati disponibili mostrano ancora una bassa percentuale di rianimazione iniziata dagli astanti e un utilizzo limitato del defibrillatore, con conseguenti tassi di sopravvivenza ridotti e risultati neurologici favorevoli ancora poco frequenti.

Fino ad oggi, la pratica clinica e formativa si è basata prevalentemente su raccomandazioni elaborate da società scientifiche internazionali. Con la pubblicazione delle nuove linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità, l'Italia passa da un modello di riferimento esterno a un quadro nazionale condiviso, adattato alle caratteristiche del Servizio sanitario.

Arresto cardiaco: le nuove linee guida Iss

L'introduzione di **linee guida istituzionali** comporta conseguenze rilevanti sul piano assistenziale e organizzativo. In primo luogo, consente una maggiore uniformità nella gestione dell'arresto cardiaco, riducendo le differenze tra regioni, aziende sanitarie e servizi di emergenza e garantendo standard più omogenei di qualità delle cure.

Sul piano formativo, le nuove raccomandazioni diventano un riferimento istituzionale per medici, infermieri, soccorritori e operatori dell'emergenza. I percorsi formativi, compresi quelli avanzati, potranno essere integrati in un impianto nazionale coerente, rafforzando il ruolo delle professioni sanitarie nella gestione dell'arresto cardiaco.

Infine, le linee guida contribuiscono a rafforzare l'intera catena della sopravvivenza, non solo sul piano clinico, ma anche organizzativo e culturale. In continuità con le più recenti iniziative normative sulla diffusione dei defibrillatori e della formazione alla rianimazione, il cittadino viene riconosciuto come parte attiva della risposta all'arresto cardiaco, in un modello che valorizza la defibrillazione precoce e la rianimazione immediata.

I punti chiave operativi delle nuove linee guida 2025

Le linee guida nazionali recepiscono gli standard internazionali, ma li traducono in una sequenza operativa più semplice, con l'obiettivo di ridurre i ritardi nell'inizio delle manovre e migliorare la qualità della rianimazione.

Ostruzione delle vie aeree

La **gestione del soffocamento** viene ricondotta all'ambito del primo soccorso, ma le linee guida ribadiscono l'importanza del riconoscimento rapido tra:

ostruzione parziale, con tosse efficace

ostruzione grave, con tosse inefficace o assente

Nel paziente cosciente con ostruzione grave, viene confermata la sequenza alternata
cinque colpi interscapolari

cinque compressioni addominali

La novità riguarda la continuità delle manovre, che non devono essere interrotte fino alla disostruzione o alla perdita di coscienza. In caso di perdita di coscienza, la vittima va accompagnata a terra e si devono iniziare immediatamente le compressioni toraciche, senza ricerca del polso.

Riconoscimento dell'arresto cardiaco

L'algoritmo diagnostico viene semplificato per ridurre il tempo senza flusso.

L'arresto cardiaco deve essere sospettato in presenza di:

persona non responsiva

respiro assente o anormale

Viene sottolineato che:

il gasping è segno di arresto cardiaco

movimenti convulsivi seguiti da apnea devono essere trattati come arresto cardiaco
fino a prova contraria

Questo approccio evita ritardi legati a diagnosi differenziali premature.

Allertamento dei soccorsi e ruolo dei dispatcher

La chiamata al 112 o al 118 non è più considerata un atto puramente amministrativo, ma una fase clinica della rianimazione.

Viene raccomandato l'utilizzo del telefono in vivavoce, così da consentire:

l'attivazione dei soccorsi

la guida telefonica alle manovre

l'inizio immediato delle compressioni

Il ruolo del dispatcher viene ulteriormente valorizzato attraverso la DA-CPR, la rianimazione assistita telefonicamente. Le istruzioni fornite dalla centrale operativa sono considerate parte integrante del trattamento precoce.

Compressioni toraciche di alta qualità

Le compressioni restano il cardine emodinamico del BLS. I parametri raccomandati sono:

profondità: 5–6 cm nell'adulto

frequenza: 100–120 compressioni al minuto

rilascio completo del torace dopo ogni compressione

interruzioni ridotte al minimo

L'obiettivo è mantenere una frazione di compressione toracica superiore al 60%.

Nei pazienti obesi non sono previste modifiche tecniche, ma può essere necessario un maggiore sforzo fisico e cambi di operatore ogni due minuti.

Ventilazioni di soccorso

Superata la fase pandemica, le linee guida ripristinano per i soccorritori formati il rapporto 30:2. Le ventilazioni devono:

- durare circa un secondo
- fornire un volume sufficiente a sollevare il torace
- evitare l'iperventilazione

Volumi eccessivi aumentano la pressione intratoracica e riducono il ritorno venoso, con possibile peggioramento della perfusione.

Defibrillazione precoce e integrazione del DAE

Il defibrillatore deve essere utilizzato appena disponibile, senza interrompere inutilmente le compressioni.

In presenza di più soccorritori:

il DAE deve essere applicato mentre le compressioni sono in corso durante l'analisi del ritmo, tutti devono allontanarsi dal paziente dopo l'eventuale scarica o l'indicazione di ritmo non defibrillabile, le compressioni devono riprendere immediatamente, senza controllo del polso

La defibrillazione entro pochi minuti dall'arresto è associata ai più alti tassi di sopravvivenza.

Reperimento e logistica del DAE

sistemi di mappatura dei DAE tramite applicazioni per smartphone (App DAE)

allerta dei first responders nelle vicinanze

possibili sistemi di consegna rapida, come i droni, in contesti complessi

Posizionamento degli elettrodi e sicurezza

La posizione standard degli elettrodi resta antero-laterale:

sotto la clavicola destra

in sede apicale sinistra, sulla linea ascellare media

Particolari attenzioni:

evitare il posizionamento sopra tessuti mammari voluminosi

mantenere almeno 8 cm di distanza da pacemaker o ICD

rimuovere cerotti transdermici nella sede di applicazione

Le linee guida ribadiscono inoltre il concetto di “scena sicura”: il soccorritore non deve esporsi a rischi ambientali o biologici che possano trasformarlo in una seconda vittima.

Posizione laterale di sicurezza

Un aggiornamento rilevante riguarda la posizione laterale di sicurezza.

Non è più raccomandata automaticamente in tutti i pazienti non responsivi che respirano. Se il soccorritore può monitorare costantemente la persona, è preferibile mantenerla supina per riconoscere tempestivamente eventuali segni di arresto.

La posizione laterale resta indicata:

se il soccorritore deve allontanarsi

se esiste un rischio concreto per le vie aeree, come vomito o sanguinamento



Soccorritore laico e soccorritore formato

Le linee guida distinguono chiaramente i livelli di competenza:

il **soccorritore laico** non addestrato è incoraggiato a eseguire compressioni toraciche continue, guidato dal dispatcher

il **soccorritore formato o sanitario** deve eseguire la rianimazione completa con rapporto 30:2 e utilizzare correttamente i presidi disponibili

Questa distinzione chiarisce responsabilità e aspettative operative, valorizzando il ruolo di ogni anello della catena della sopravvivenza.

La catena della sopravvivenza

Le linee guida ribadiscono il concetto di catena della sopravvivenza, che descrive l'intero percorso assistenziale dall'evento fino al recupero.

Nell'adulto, la sequenza comprende:

- Attivazione del sistema di emergenza
- RCP di alta qualità
- Defibrillazione precoce
- Soccorsi avanzati
- Trattamento post-arresto e recupero

Nel bambino, la catena assume una configurazione diversa, con maggiore enfasi sulla prevenzione e sul riconoscimento precoce del deterioramento:

- Prevenzione
- RCP precoce
- Attivazione dei soccorsi
- Defibrillazione precoce
- Soccorsi avanzati

Questa differenza riflette la diversa origine dell'arresto cardiaco nel bambino, spesso secondaria a cause respiratorie.

Cosa cambia nella formazione BLSD in Italia

Uno degli aspetti più rilevanti delle nuove linee guida riguarda la standardizzazione della formazione su tutto il territorio nazionale.

Il nuovo modello prevede:

un programma didattico unico nazionale

manuali ufficiali per i corsi BLSD e P-BLSD

test di valutazione finale

attestato con validità nazionale

Il sistema introduce anche strumenti uniformi per la gestione dei corsi, come registri standardizzati e questionari di gradimento.

Il ruolo della popolazione nella risposta all'arresto cardiaco

Le linee guida attribuiscono un ruolo centrale alla popolazione. La strategia nazionale punta a diffondere la formazione BLS in diversi contesti della vita quotidiana:

scuole
luoghi di lavoro
ambito sportivo
farmacie
trasporti
terzo settore
corsi preparto

La sopravvivenza all'arresto cardiaco dipende in larga parte dalle azioni dei testimoni dell'evento. La rianimazione precoce da parte degli astanti e la defibrillazione entro pochi minuti rappresentano i fattori più determinanti per l'esito neurologico.

Il cittadino diventa così il primo anello della catena della sopravvivenza, parte integrante del sistema di risposta all'emergenza.