



ASSOCIAZIONE ITALIANA FORMATORI & CONSULENTI SICUREZZA

MANUALE PER OPERATORI LAICI BLSD - PBLSD

SUPPORTO VITALE DI BASE E DEFIBRILLAZIONE PRECOCE (BLSD) PER ESECUTORI LAICI

I decessi causati da malattie cardiovascolari costituiscono la prima causa di morte della popolazione di cui buona parte sono da attribuire a morte improvvisa per arresto cardiaco (1 persona ogni 1000 abitanti all'anno).

E' possibile intervenire con successo per impedire la morte della vittima, ma per ottenere un esito positivo è necessario attuare prima possibile (e comunque entro i primi 5 minuti dall'insorgenza dell'evento) le manovre rianimatorie definite come BLSD.

BLS (Basic Life Support) significa supporto di base delle funzioni vitali secondo procedure standard previste da linee guida internazionali. Il BLS si rende necessario per il soccorso di persone colpite da grave compromissione di una o più delle tre funzioni vitali (coscienza, respiro, circolo)

L'obiettivo principale del BLS è quello di prevenire danni al cervello dovuti a mancanza d'ossigeno.

La cessazione dell'attività respiratoria e di quella cardiaca, indipendentemente dalle cause che le determinano, comportano la mancanza d'apporto d'ossigeno al cervello, con la comparsa di danni irreversibili in pochissimi minuti (5- 10 minuti).

I danni irreversibili al cervello possono essere evitati se rapidamente si realizza un soccorso efficace. Il numero di persone che sopravvive ad un arresto cardiorespiratorio senza danni permanenti dipende dalla rapidità con cui si realizza la cosiddetta "catena della sopravvivenza", costituita da 4 anelli concatenati:



- **Allarme precoce al sistema d'emergenza sanitaria (118)**
- **Inizio precoce del BLS da parte di persone addestrate**
- **Defibrillazione precoce**
- **ALS (Advanced Life Support = supporto avanzato alle funzioni vitali).**

I primi tre anelli della catena prevedono manovre e procedure che possono essere efficacemente eseguite in tempi rapidissimi da persone addestrate, non necessariamente Medici o Infermieri.

SICUREZZA NEL SOCCORSO



Prima di precipitarsi sulla vittima ed iniziare la sequenza BLS è necessario accertarsi che non esistano rischi ambientali sia per i soccorritori sia per la vittima.

Dobbiamo quindi osservare attentamente se l'ambiente presenta pericoli, es. ambiente saturo di gas, rischio d'incendio, rischi derivanti da corrente elettrica, pericoli di crollo, rischi derivanti da traffico, etc.

Durante la fase d'avvicinamento alla vittima va osservata e rilevata qualsiasi situazione che possa mettere a rischio i soccorritori, i quali devono per prima cosa garantire la propria incolumità.

In caso di rischio rilevato, i soccorritori non devono avvicinarsi alla vittima ma chiamare immediatamente la Centrale Operativa 118 che attiverà il soccorso tecnico adeguato.

Anche successivamente, durante tutte le fasi del soccorso, va prestata attenzione ai potenziali rischi ambientali.

SEQUENZA DEL BLS (ABC)

Le procedure del BLS prevedono 3 passi fondamentali:

- A (dall'inglese Airway) = apertura delle vie aeree
- B (dall'inglese Breathing) = respiro
- C (dall'inglese Circulation) = circolo

ATTENZIONE: le manovre del BLS sono invasive e non prive di rischi per cui, prima di iniziare tali manovre, si deve procedere ad un'attenta valutazione.

FASE A

Valutazione dello stato di coscienza

Si scuote la vittima per le spalle con forza sufficiente a svegliare una persona che dorme e si chiama ad alta voce; la mancata risposta da parte della vittima dà inizio all'attivazione della sequenza del BLS.

Se la vittima non risponde occorre:

- Far attivare o attivare immediatamente il sistema d'emergenza (118),
- Porre la vittima su un piano rigido (es. per terra), in posizione supina (pancia in su), con capo, tronco ed arti allineati, scoprire il torace.



Ispezione della bocca

Successivamente dobbiamo accertarci che la bocca sia libera da qualunque corpo estraneo. Si apre la bocca utilizzando il pollice e l'indice di una mano con movimento incrociato e si procede, solo se si sospetta una ostruzione delle vie aeree (presenza di corpo estraneo), allo svuotamento della bocca (compresa la rimozione di protesi dentarie **solo se mobili**).



Apertura delle vie aeree

Dato che lo stato d'incoscienza determina il completo rilasciamento dei muscoli, compresa la lingua, per evitare la chiusura delle prime vie aeree conseguente alla caduta della lingua all'indietro, si procede ad iperestendere la testa: ponendo una mano sulla fronte e due dita (indice e medio) dell'altra mano sotto il mento in corrispondenza della parte ossea, si determina lo spostamento all'indietro della testa ed il sollevamento del mento con ripristino della pervietà delle prime vie aeree.



iperestensione: respirazione facilitata



FASE B e C

Valutazione dell'attività respiratoria e dei segni di circolo

Si avvicina la guancia alla bocca della vittima mantenendo la pervietà delle vie aeree con la manovra d'iperestensione e si procede alla valutazione della presenza o assenza dell'attività respiratoria e dei segni di circolo (movimenti, respirazione, tosse).

La dizione GAS è utilizzata per ricordare i tre elementi essenziali per la valutazione dell'attività respiratoria:

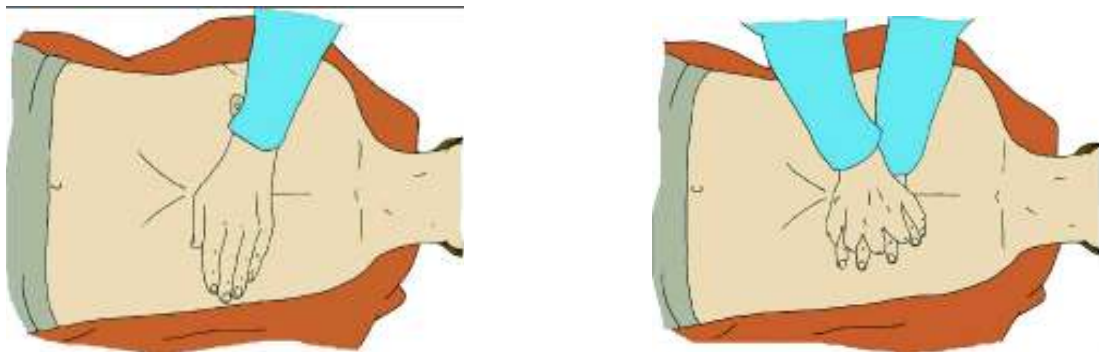
- **G**uardo l'espansione del torace;
- **A**scolto la presenza di rumori respiratori
- **S**ento se fuoriesce aria dalle vie aeree.



- La fase di valutazione deve durare 10 secondi.
 - Se l'attività respiratoria è presente occorre continuare a mantenere la testa iperestesa per evitare che la lingua vada a chiudere le vie aeree e porre la vittima in posizione laterale di sicurezza;
 - Se invece, **l'attività respiratoria ed i segni di circolo** (segni di vita) sono assenti, si devono immediatamente iniziare le manovre di rianimazione cardiopolmonare che consistono in 30 compressioni toraciche alternate a due ventilazioni (RCP).

Le compressioni toraciche provocano un abbassamento dello sterno schiacciando il cuore contro la colonna vertebrale. Questo effetto di "spremitura" associata ad un aumento della pressione all'interno del torace, permette al sangue contenuto nelle cavità cardiache e nei grossi vasi di essere spinto in circolo e di portare ossigeno al cervello.

Per eseguire correttamente il massaggio cardiaco, il soccorritore si deve posizionare al fianco della vittima con le braccia rigide e con le spalle perpendicolari al torace della vittima stessa. Il fulcro del movimento del soccorritore è rappresentato dal bacino.



- Si posiziona la parte prossimale del palmo della mano (parte più vicina al polso) al centro del torace, sulla metà inferiore dello sterno, si sovrappone la seconda mano sulla prima e s'inizia il massaggio cardiaco.
- Ad ogni compressione il torace si deve abbassare al massimo di 4-5 cm.
- Ogni compressione deve essere seguita dal completo rilasciamento.
- Il rapporto fra compressioni e insufflazioni deve essere di 30:2, cioè si devono alternare sempre 30 compressioni a 2 insufflazioni efficaci.
- Il numero di compressioni toraciche da eseguire deve essere circa 100 ogni minuto.

- Ogni 2 minuti, ovvero ogni 5 cicli (un ciclo è composto da 30 compressioni toraciche alternate a 2 insufflazioni) si deve effettuare il cambio fra i due soccorritori perché colui che effettua le compressioni si affatica e le compressioni effettuate non sono più efficaci.

Le Insufflazioni possono essere ottenute con varie tecniche. Fra queste:

Respirazione pallone-maschera (consigliata): si pratica utilizzando il pallone autoespansibile dotato di una maschera facciale sagomata ed adattabile al viso della vittima. La perfetta aderenza della maschera richiede la scelta di una misura adeguata al paziente stesso. Si consiglia inoltre l'utilizzo di un pallone autoespansibile con reservoir e collegato ad una fonte di Ossigeno. Il soccorritore si pone alla testa della vittima e mantiene la maschera utilizzando il pollice e l'indice della mano sinistra. Le altre dita della stessa mano agganciano e sollevano la mandibola del paziente. La mano destra comprime il pallone in modo da insufflare aria in quantità tale da ottenere il sollevamento del torace.

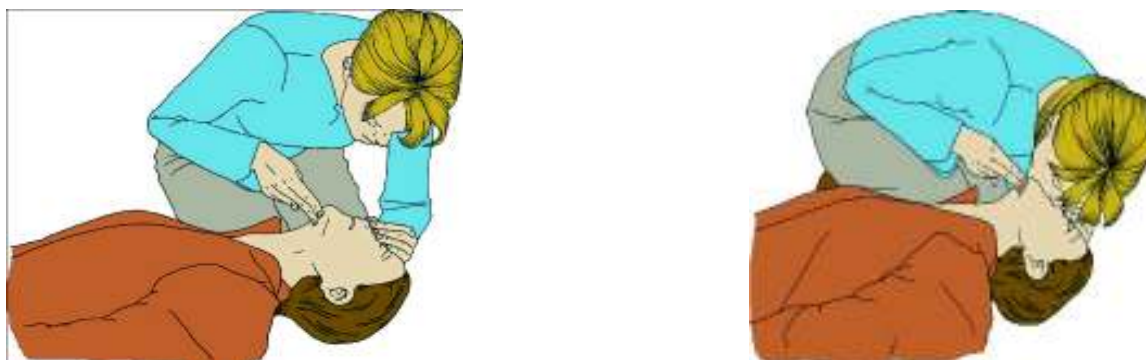


Respirazione bocca-maschera: si pratica utilizzando la maschera tascabile (pocket-mask) che è composta da materiale trasparente, con un bordo pneumatico che facilita l'aderenza al viso della vittima.

Posizionandosi lateralmente (un soccorritore) o alla testa del paziente (due soccorritori), si appoggia la maschera cercando di farla aderire perfettamente al viso della vittima. Quindi l'insufflazione si realizza senza contatto diretto fra la bocca del soccorritore che si pone su un apposito boccaglio e la bocca del paziente.



Respirazione bocca-bocca: mantenendo la testa in iperestensione l'indice ed il pollice della mano posizionata sulla fronte provvedono a chiudere le narici della persona incosciente che non respira. Il soccorritore, posto di lato alla vittima dopo aver eseguito una profonda inspirazione, appoggia la propria bocca su quella della vittima, espira lentamente, controllando che il torace della vittima si sollevi. L'insufflazione deve essere eseguita per due volte consecutive con la stessa modalità, avendo cura fra la prima e la seconda insufflazione di staccare ed allontanare la propria bocca da quella della vittima e di controllare che il torace torni nella posizione di riposo (N.B: non vi è indicazione all'utilizzo di questa tecnica se il Soccorritore non se la sente e si procede solo con il Massaggio Cardiaco).



Qualunque sia la tecnica utilizzata:

- ogni insufflazione deve durare 1 secondo;
- ogni insufflazione è efficace se determina il sollevamento del torace
- insufflazioni brusche o eseguite senza mantenere una corretta iperestensione possono provocare distensione gastrica con conseguente rischio che la vittima possa vomitare.

La rianimazione cardio-polmonare va interrotta solo:

- alla ripresa di una respirazione efficace, ovvero alla ripresa dei segni di circolo
- all'arrivo del soccorso avanzato
- quando si utilizza il defibrillatore semi automatico esterno
- per esaurimento fisico dei soccorritori.

Nel caso in cui la vittima non respira ma sono presenti segni di circolo (si muove, deglutisce, tossisce) si devono effettuare 10-12 insufflazioni al minuto (1 ogni 5-6 secondi) e rivalutare attività respiratoria e segni di circolo ogni minuto.

DEFIBRILLAZIONE PRECOCE

OBIETTIVO BLS (ABC) : supporto delle funzioni vitali per prevenire danni al cervello da carenza d'ossigeno

OBIETTIVO DEFIBRILLAZIONE (D): ripristino del ritmo cardiaco

La defibrillazione è l'applicazione di una corrente elettrica tramite piastre poste sul torace, allo scopo di recuperare il ritmo cardiaco nel caso si verifichi un arresto cardiocircolatorio.

Si utilizza un apparecchio, il defibrillatore, che:

- analizza il ritmo cardiaco;
- identifica i ritmi correggibili con la scarica elettrica, secondo modalità predefinite
- eroga, previa pressione di apposito pulsante, la scarica elettrica.

Il successo del trattamento è strettamente legato alla precocità con cui la scarica viene erogata.

Il Defibrillatore semiAutomatico Esterno (D.A.E.) è un apparecchio salvavita ad alta tecnologia che esegue **automaticamente** la diagnosi senza alcuna responsabilità diagnostica del soccorritore.

L'apparecchio è preciso, sicuro, facile da utilizzare ed efficace. Può essere utilizzato da tutti dopo un'**adeguata formazione** a cura della Centrale Operativa 118 di riferimento.

Operatività del D.A.E.

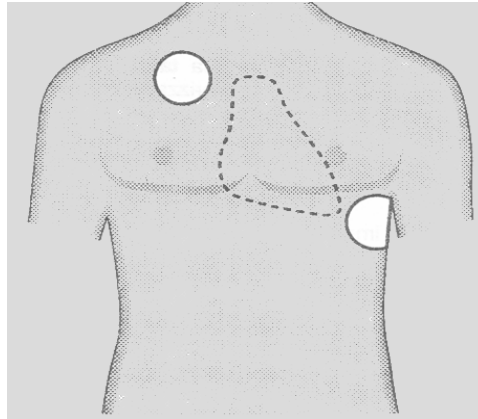
Si utilizza il DAE solo dopo un'attenta valutazione delle funzioni vitali della persona da soccorrere, quando si realizza:

- Assenza di coscienza
- Assenza di respiro e segni di circolo

A questo punto:

- Si posiziona il DAE in prossimità della testa del paziente
- Si attiva l'apparecchio che guiderà vocalmente il soccorritore in tutte le operazioni

- Si applicano le piastre adesive sul torace; per il loro corretto posizionamento si potrà fare riferimento al disegno presente sulle piastre stesse, curandone la perfetta adesione al torace (asciugare la cute se umida o bagnata, rasare in presenza di folta peluria, togliere eventuali cerotti terapeutici, mai posizionare le piastre su pacemaker)



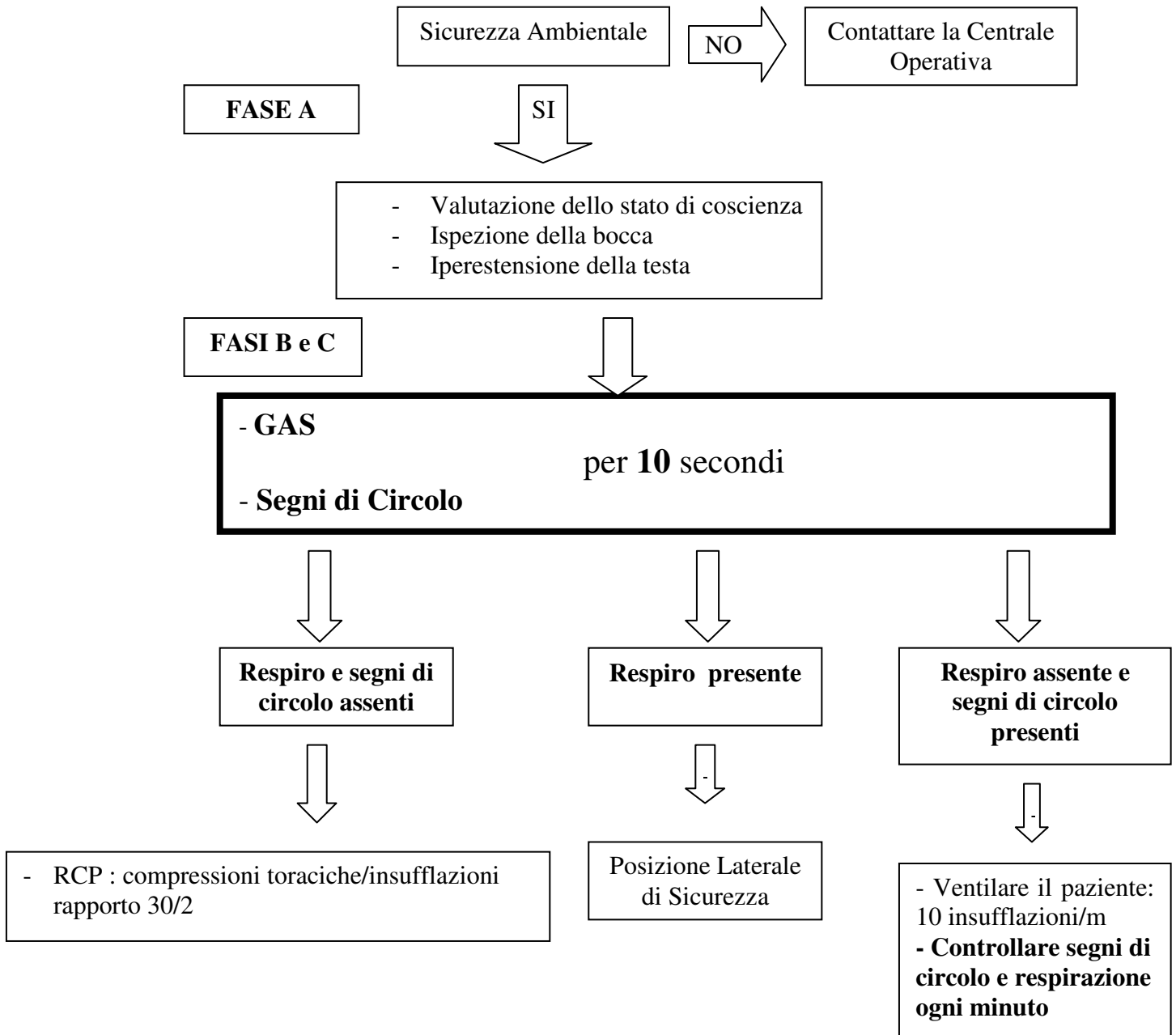
SICUREZZA

Applicati gli elettrodi sul torace del paziente, oltre che seguire i comandi vocali dell'apparecchio, **OCCORRE GARANTIRE LA SICUREZZA DEL SOCCORRITORE E DEI PRESENTI** evitando di toccare o far toccare la vittima durante la scarica. E' necessario inoltre che vengano evitati contatti con la vittima anche durante la fase d'analisi per non compromettere la capacità diagnostica del DAE stesso.

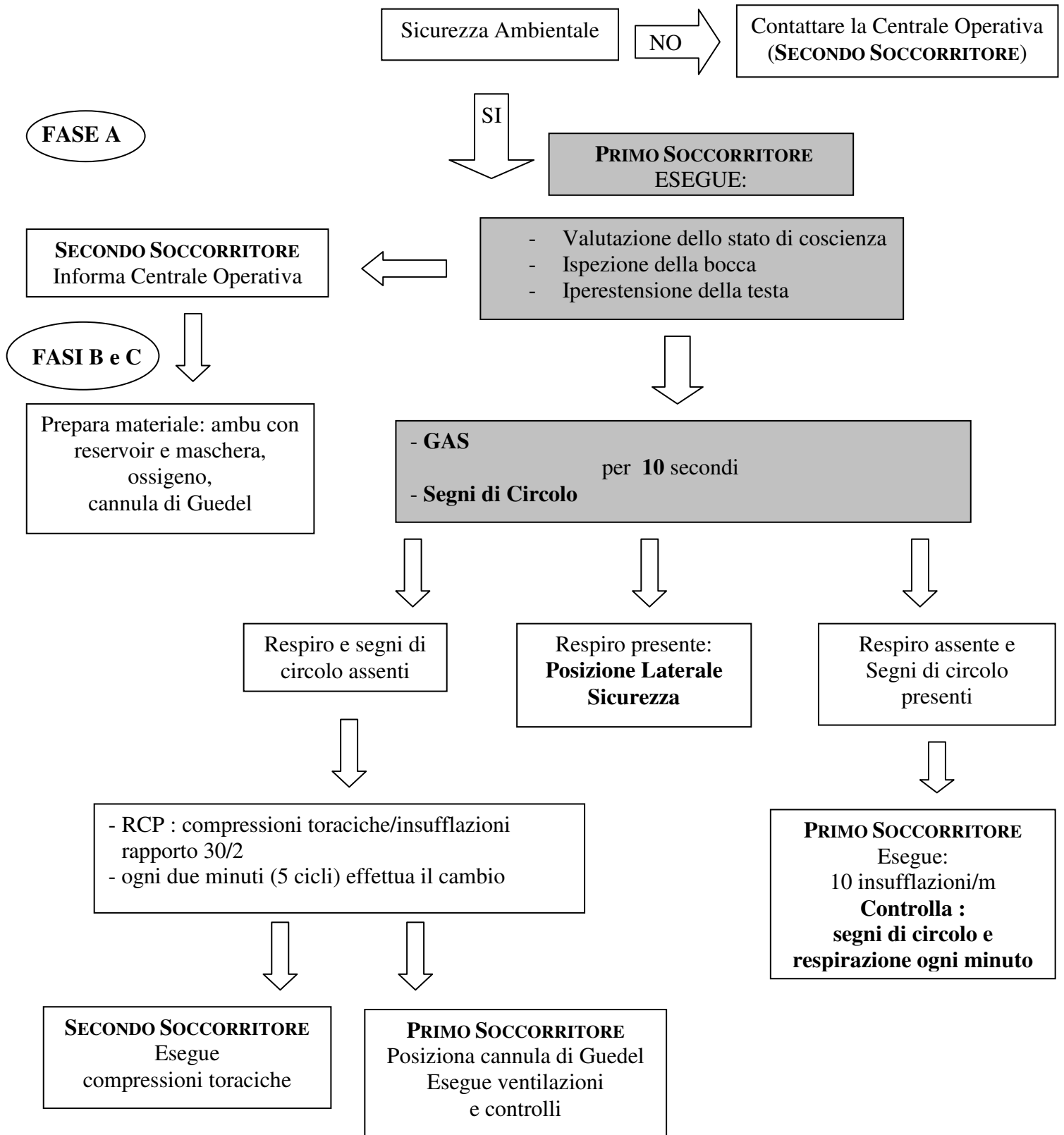
Il DAE, quando ha riconosciuto un ritmo defibrillabile, segnala (con allarme acustico e/o visivo) la necessità di erogare lo shock. E' a questo punto che il soccorritore, dopo aver controllato nuovamente e verificato che c'è sicurezza, preme il pulsante erogando così la scarica elettrica.



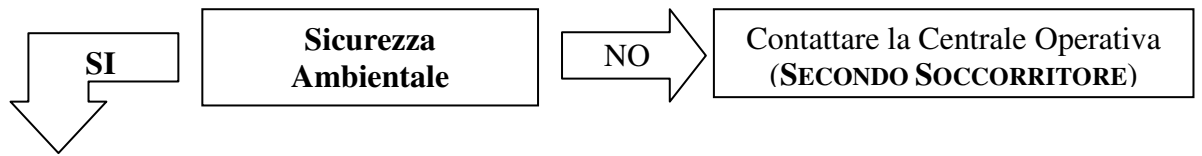
ALGORITMO 1 – BLS (1 soccorritore)



ALGORITMO 2 – BLS (2 soccorritori)



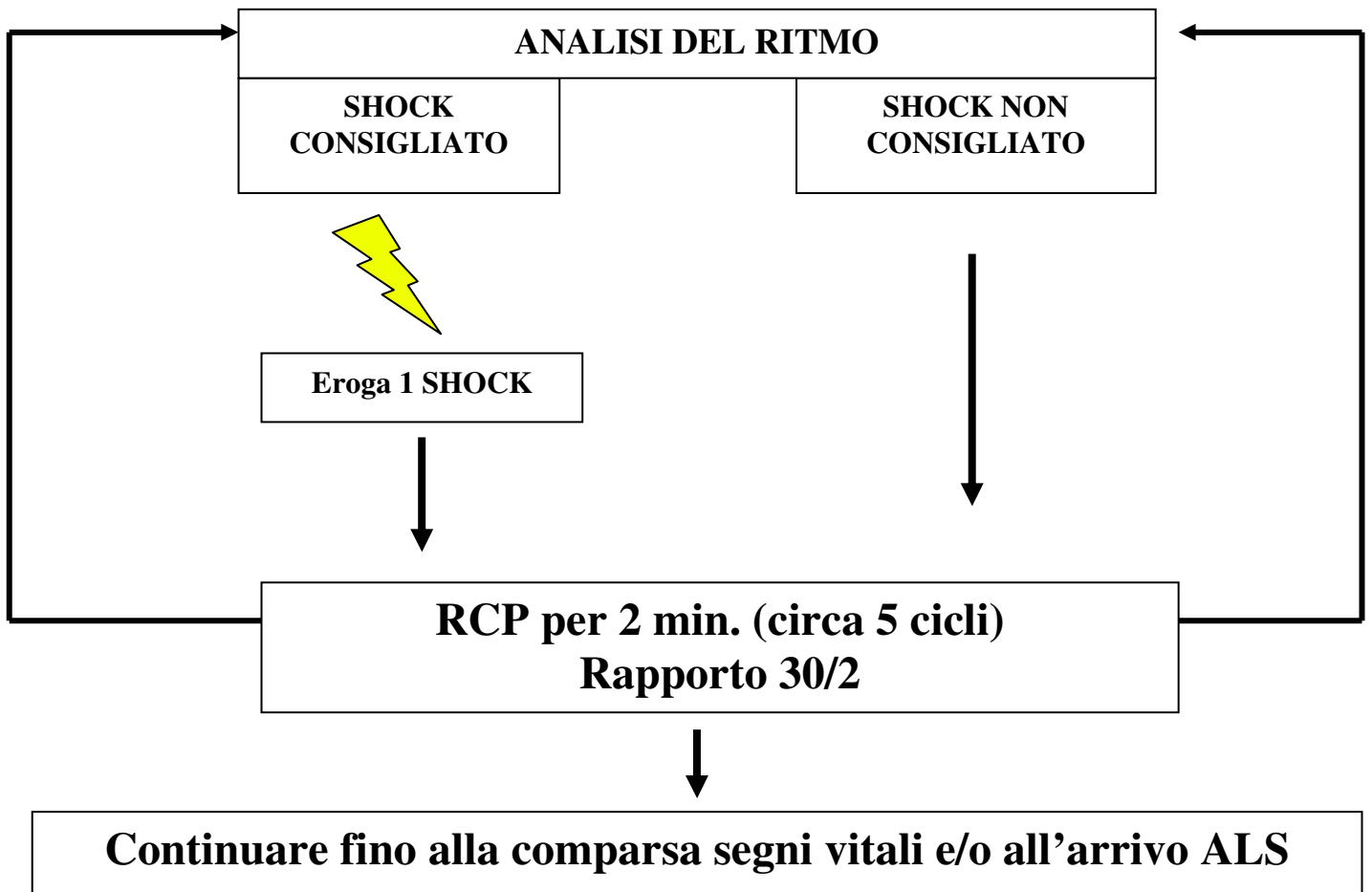
ALGORITMO 3 – BLSD



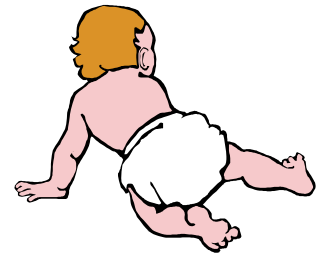
PRIMO SOCCORRITORE: ABC

FASE D

SECONDO SOCCORRITORE: PREPARA IL TORACE, COLLEGA LE PIASTRE, ATTIVA IL DAE
PRIMO SOCCORRITORE: CONFERMA L'ACR ALLA C.O.



SUPPORTO VITALE DI BASE PEDIATRICO E DEFIBRILLAZIONE PRECOCE (PBLSD) PER ESECUTORI LAICI



Il PBLSD deve essere praticato nei soggetti in cui risultino compromesse una o più funzioni vitali, es.: paziente in arresto respiratorio (non respira) o in arresto cardio-respiratorio (non respira, non segni di circolo).

Il PBLSD si basa su:

1. Valutazione e supporto :

- ✓ della pervietà delle vie aeree **A**
- ✓ del respiro **B**
- ✓ del circolo **C**

2. Defibrillazione **D**

L'obiettivo del PBLSD è la prevenzione del danno da carenza di ossigeno, per cui è necessario fornire al corpo, e specialmente al cervello ed al cuore, ossigeno attraverso le ventilazioni di soccorso, le compressioni toraciche esterne e la defibrillazione.

La rianimazione deve iniziare immediatamente.

DIFFERENZE ANATOMICHE E FISIOLOGICHE TRA BAMBINI E ADULTI

Testa

- **La testa è grande in rapporto alle dimensioni del corpo e nel lattante sono presenti delle zone molli (fontanelle):**

STATE ATTENTI A NON COMPRIMERLE DURANTE LE MANOVRE DI RIANIMAZIONE

Vie Aeree

- Le vie aeree del lattante e del bambino hanno un calibro minore rispetto all'adulto
- La lingua è molto grossa in rapporto alla bocca

L' A B C- D

- ✓ **A - airway (vie aeree)**
- ✓ **B - breathing (respiro)**
- ✓ **C - circulation (circolo)**
- ✓ **D – defibrillation (defibrillazione)**

Le tecniche di rianimazione cardiopolmonare si differenziano in base all'età

- ✓ Lattante: al di sotto di 1 anno di età
- ✓ Bambino: da 1 anno fino alla pubertà

Prima di avvicinarsi al paziente pediatrico ed iniziare la sequenza PBLIS-D è necessario accertarsi che non esistano rischi ambientali, sia per i soccorritori che per la vittima. Dobbiamo quindi osservare attentamente se l'ambiente presenta pericoli, es. ambiente saturo di gas, rischio di incendio, rischi derivanti da corrente elettrica, pericoli di crollo, rischi derivanti da traffico, ecc...

Durante la fase di avvicinamento alla vittima va osservata e rilevata qualsiasi situazione che possa mettere a rischio i soccorritori, i quali devono per prima cosa garantire la propria incolumità.

In caso di rischio rilevato i soccorritori non devono avvicinarsi al paziente pediatrico, ma chiamare immediatamente la Centrale Operativa 118 che attiverà il soccorso tecnico adeguato. Anche successivamente, durante tutte le fasi del soccorso, deve essere prestata attenzione a potenziali rischi ambientali.

RICORDA SEMPRE: VALUTAZIONE DEL RISCHIO AMBIENTALE



FASE A

Valutazione dello stato di coscienza

Per valutare lo stato di coscienza si chiama il paziente a voce alta e si pizzica tra la spalla ed il collo bilateralmente; va evitato lo scuotimento del paziente.

Se è incosciente:

- far attivare o attivare immediatamente il sistema d'emergenza (118),
- porre la vittima su un piano rigido (es. per terra), in posizione supina (pancia in su), con capo, tronco ed arti allineati.

Ispezione della bocca

Successivamente dobbiamo accertarci che la bocca sia libera da qualunque corpo estraneo. Si apre la bocca utilizzando il pollice e l'indice di una mano con movimento incrociato e si procede, solo se si sospetta una ostruzione delle vie aeree (corpo estraneo), allo svuotamento della bocca mediante un dito posizionato ad uncino.

Apertura delle vie aeree

Nel **lattante** è importante mantenere la posizione neutra del capo; un'iperestensione infatti, diversamente dall'adulto, può compromettere la pervietà delle vie aeree.

Nel **bambino** per ottenere la pervietà delle vie aeree:

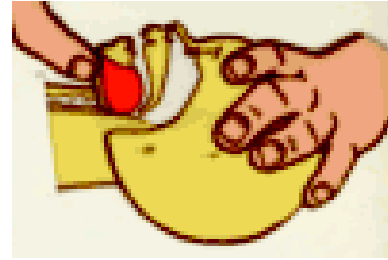
- sollevare il mento con una o due dita di una mano (le dita devono essere posizionate sulla mandibola evitando di comprimere le parti molli del collo).
- spingere indietro la testa appoggiando l'altra mano sulla fronte facendo perno sulla nuca

In alternativa sollevare e dislocare in avanti il mento afferrando la mandibola e l'arcata dentale inferiore con il pollice e due dita di una mano. Questa manovra si applica quando il semplice sollevamento della mandibola con uno o due dita non risulta efficace e quando l'estensione della testa e del collo è da evitare (traumi).

In caso di trauma o quando le altre manovre non risultano efficaci è possibile anche eseguire la manovra di sublussazione della mandibola ponendosi dietro la testa del paziente, agganciando gli angoli della mandibola con le due mani e spingendo verso l'alto la mandibola stessa.



Nel BAMBINO: estensione del capo



Nel LATTANTE: posizione neutra del capo

FASE B

Valutazione dell'attività respiratoria

Si avvicina la guancia alla bocca della vittima mantenendo la pervietà delle vie aeree e si procede alla valutazione della presenza o assenza dell'attività respiratoria.

La dizione GAS è utilizzata per ricordare i tre elementi essenziali per la valutazione dell'attività respiratoria:

- **G**uardo l'espansione del torace e/o dell'addome;
- **A**scolto la presenza di rumori respiratori;
- **S**ento se fuoriesce aria dalle vie aeree.



Guardo

Ascolto

Sento

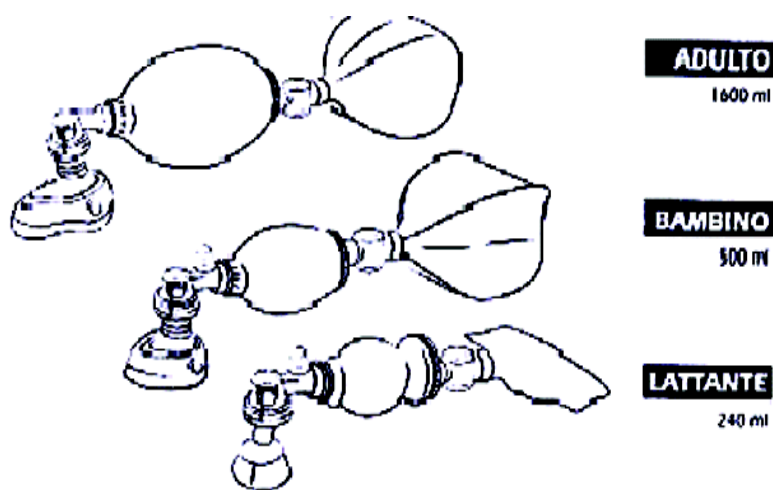
La fase di valutazione deve durare 10 secondi. .

Se il paziente respira: mantenere la pervietà delle vie aeree. Soltanto nel bambino e in assenza di trauma si può utilizzare la **posizione laterale di sicurezza**.

Se il paziente non respira: eseguire 5 insufflazioni lente e progressive della durata di 1,5 secondi ciascuna, con tempo d'inspirazione ed espirazione uguali. E' necessario verificare che il torace e l'addome si espandano durante le insufflazioni e si abbassino tra un'insufflazione e l'altra. L'obiettivo è quello di eseguire almeno 2 ventilazioni efficaci. In caso di insuccesso si passa alla sequenza del corpo estraneo.

Le Insufflazioni possono essere ottenute con varie tecniche. Fra queste:

Respirazione pallone-maschera (consigliata): si pratica utilizzando il pallone autoespansibile dotato di una maschera facciale sagomata ed adattabile al viso della vittima. La perfetta aderenza della maschera richiede la scelta di una misura adeguata al paziente stesso. Si consiglia inoltre l'utilizzo di un pallone autoespansibile di dimensioni adeguate all'età del paziente, con reservoir e collegato ad una fonte di ossigeno. Il soccorritore si pone alla testa della vittima e mantiene la maschera utilizzando il pollice e l'indice della mano sinistra. Le altre dita della stessa mano agganciano e sollevano la mandibola del paziente. La mano destra comprime il pallone in modo da insufflare aria in quantità tale da ottenere il sollevamento del torace.



**PALLONE AUTOESPANSIBILE
ADEGUATO ALL'ETA'**

Respirazione bocca-bocca (bambino) o bocca-bocca/naso (lattante): mantenendo una adeguata posizione della testa il soccorritore, posto di lato alla vittima, appoggia la propria bocca su quella della vittima (bocca nel bambino, bocca e naso nel lattante) ed espira lentamente, controllando che il torace della vittima si sollevi, avendo cura fra l'una e l'altra di staccare ed allontanare la propria bocca da quella della vittima e di controllare che il torace torni nella posizione di riposo.



Bocca bocca-naso
LATTANTE



Bocca-bocca
BAMBINO

Qualunque sia la tecnica utilizzata:

- ogni insufflazione deve durare 1,5 secondi;
- ogni insufflazione è efficace se determina il sollevamento del torace
- insufflazioni brusche o eseguite senza mantenere una corretta pervietà delle vie aeree possono provocare distensione gastrica con conseguente rischio che la vittima possa vomitare.

FASE C

Dopo le 5 insufflazioni di soccorso è necessario valutare la presenza di segni di circolo (movimenti, attività respiratoria regolare, tosse, deglutizione) per **10 secondi**.

Se i segni di circolo sono presenti: sostenere solo il respiro con 20 insufflazioni al minuto (1 ogni 3 secondi) rivalutando i segni di circolo ogni 60 secondi.

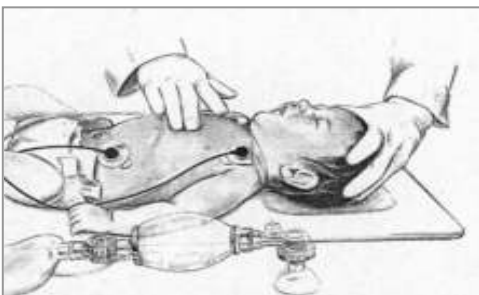
Se i segni di circolo sono assenti iniziare le Compressioni Toraciche Esterne (CTE) associandole alle ventilazioni con rapporto compressioni:ventilazioni di 30:2 per 5 cicli (circa 2 minuti).

N.B.: In caso di rianimazione cardio-polmonare eseguita in presenza di personale sanitario questo può variare il rapporto compressioni:ventilazioni a 15:2.

Ricerca del punto di compressione toracica:

Sia nel lattante che nel bambino le compressioni toraciche vanno esercitate in corrispondenza del 1/3 inferiore dello sterno: far scorrere lungo l'arcata costale due dita fino ad individuare la parte finale dello sterno; quindi far scorrere le stesse dita sullo sterno verso la testa di circa 2 cm.

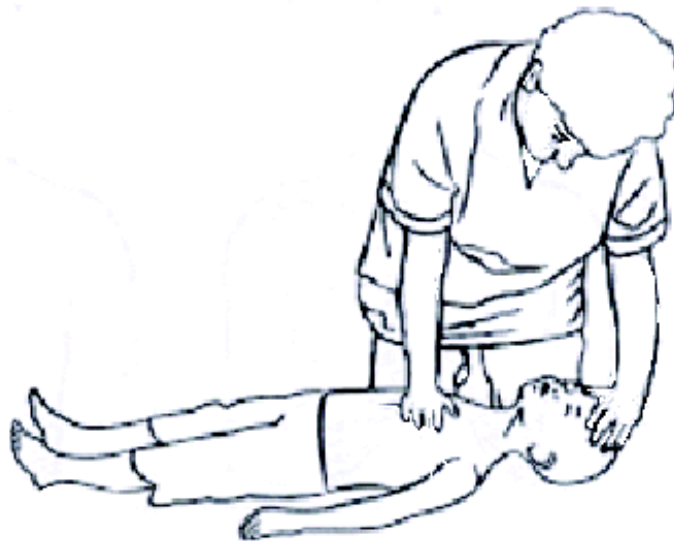
Nel **lattante** le compressioni toraciche vanno effettuate con 2 dita (di solito 3° e 4° dito) perpendicolari allo sterno



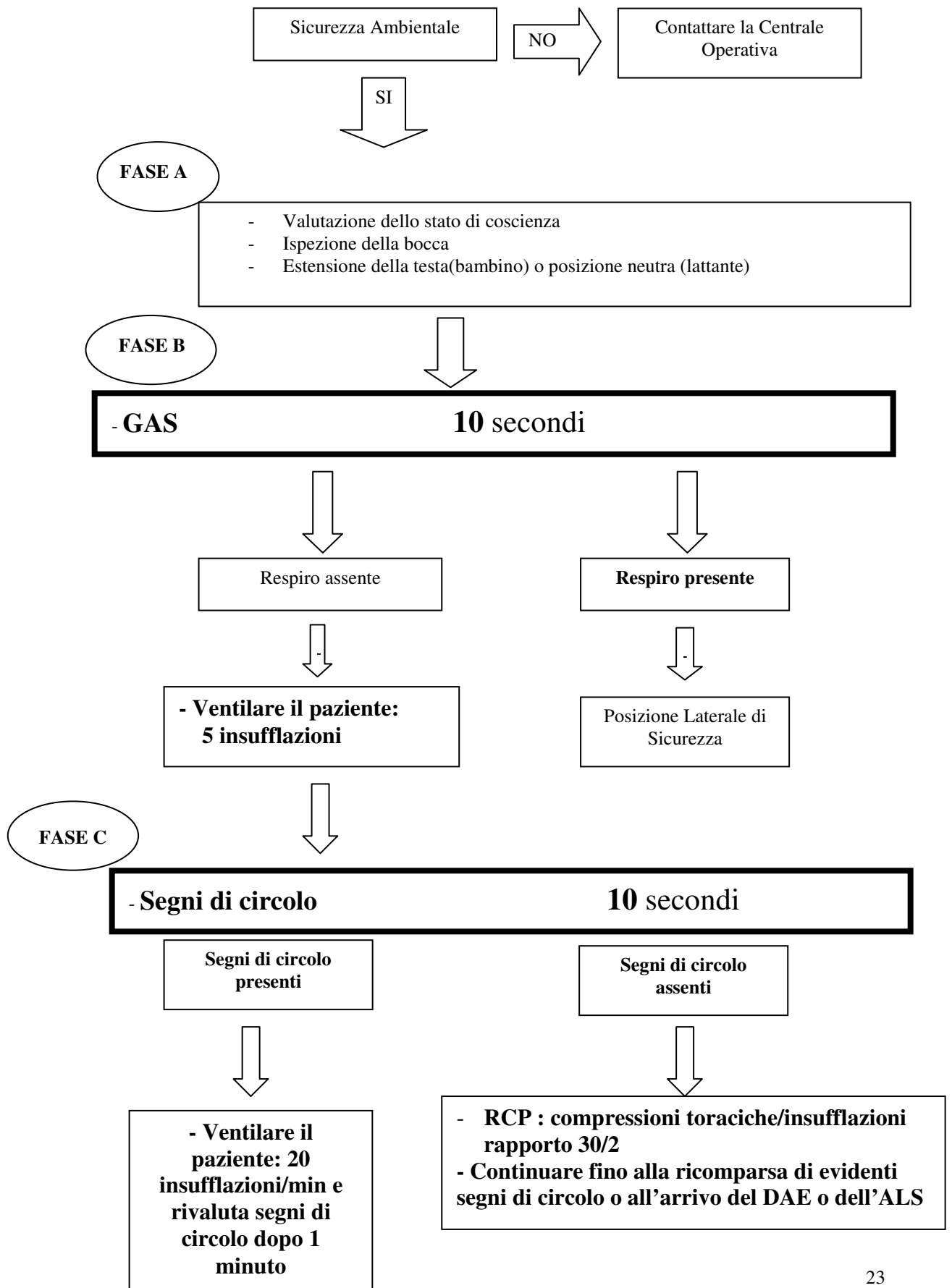
Nel **bambino** le compressioni toraciche vanno effettuate con 1 mano o con 2 mani perpendicolari allo sterno in rapporto alle dimensioni del paziente (indicativamente 1 mano al di sotto degli 8 anni e 2 mani al di sopra degli 8 anni). Nella tecnica ad 1 mano si posiziona la parte prossimale del palmo della mano (parte più vicina al polso) nel punto di compressione e s'inizia il massaggio cardiaco.

- Ad ogni compressione il torace si deve abbassare al massimo di 2-3 cm.
- Ogni compressione deve essere seguita dal completo rilasciamento
- Il rapporto fra compressioni e insufflazioni deve essere di 30:2, cioè si devono alternare sempre 30 compressioni a 2 insufflazioni efficaci.
- Il numero di compressioni toraciche da eseguire deve essere circa 100 ogni minuto.

Per la tecnica a 2 mani vale quanto descritto nell'adulto.



ALGORITMO PBLS



FASE D

La defibrillazione semiautomatica esterna è **indicata soltanto nel bambino** (età superiore ad 1 anno) possibilmente con dispositivi predisposti per l'età pediatrica.

Si utilizza il DAE solo dopo un'attenta valutazione delle funzioni vitali del bambino da soccorrere, quando si realizza:

- Assenza di coscienza
- Assenza di respiro e segni di circolo

L'utilizzo del DAE è indicato sempre dopo 5 cicli di rianimazione cardio-polmonare.

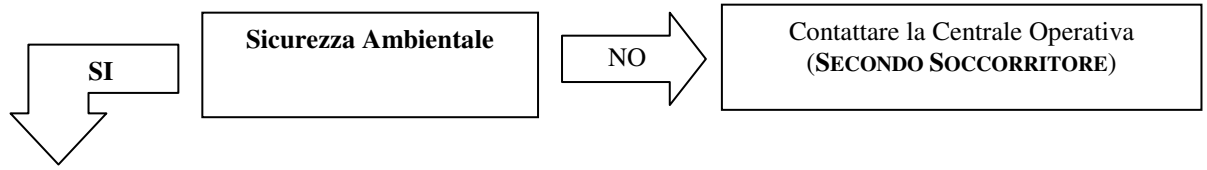
A questo punto:

- Si posiziona il DAE in prossimità della testa del paziente
- Si attiva l'apparecchio che guiderà vocalmente il soccorritore in tutte le operazioni
- Si applicano le piastre adesive sul torace; per il loro corretto posizionamento si potrà fare riferimento al disegno presente sulle piastre stesse, curandone la perfetta adesione al torace
- Si seguono le istruzioni vocali dell'apparecchio



RICORDA: SEMPRE IN SICUREZZA!!

ALGORITMO PBLIS-D

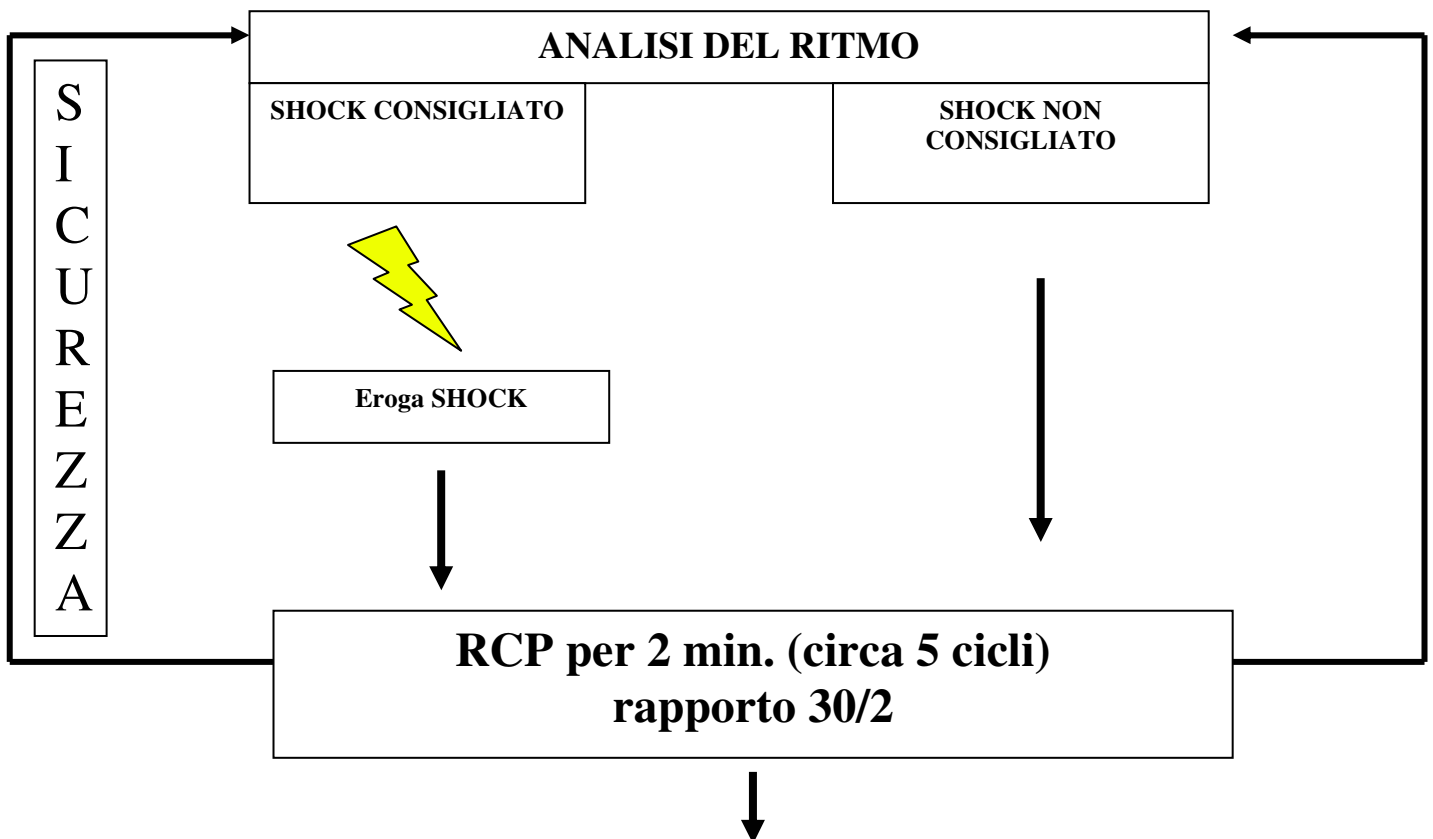


PRIMO E SECONDO SOCCORRITORE: ABC

**RCP per 5 cicli
rapporto 30/2**

FASE D

**SECONDO SOCCORRITORE: PREPARA IL TORACE, COLLEGA LE PIASTRE,
SEGUE LE ISTRUZIONI DEL DAE**
PRIMO SOCCORRITORE: INFORMA LA CENTRALE OPERATIVA



Continuare fino alla comparsa segni vitali e/o all'arrivo ALS