

SERVIZIO OPERATIVO SANITARIO
COMMISSIONE FORMAZIONE
SONA - VR

CORSO PER SOCCORRITORI

BLS

BASIC LIFE SUPPORT

ATTENZIONE

Questo manuale deve essere associato ad uno specifico corso teorico e pratico, quindi quanto in esso riportate ed illustrate non deve essere eseguito o messo in pratica, senza aver preventivamente frequentato un corso di primo soccorso, tenuto da istruttori qualificati, dove vengano insegnate le nozioni e le tecniche, anche con simulazioni e prove pratiche utilizzando idonei presidi didattici (manichini ecc.....)

L'Associazione S.O.S. Sona in merito, declina ogni responsabilità dell'eventuale non corretto utilizzo del manuale.



BLS – BASIC LIFE SUPPORT

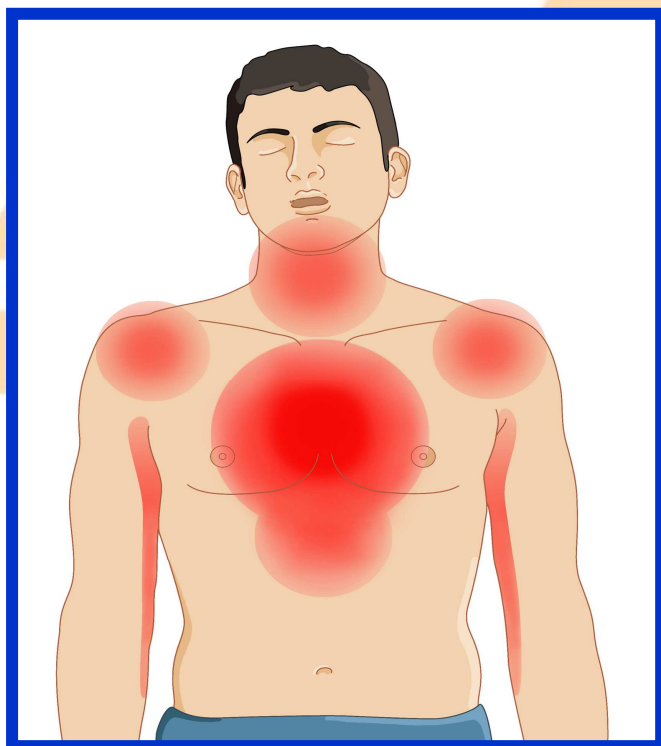
Supporto di Base delle Funzioni Vitali

Il Supporto di base delle funzioni vitali (**Basic Life Support, BLS**) consiste nelle procedure di rianimazione cardiopolmonare (**RCP**) necessarie per soccorrere un paziente che:

- ha perso coscienza
- ha una ostruzione delle vie aeree o si trova in stato di apnea per altri motivi
- è in arresto cardiaco.

L'obiettivo principale del BLS è la prevenzione dei danni anossici cerebrali; le procedure sono finalizzate a:

- prevenire l'evoluzione verso l'arresto cardiaco in caso di ostruzione respiratoria o apnea
- provvedere alla respirazione e alla circolazione artificiali in caso di arresto di circolo.



SEGNI DI ALLARME DELL'ATTACCO CARDIACO

Quando una parte del muscolo cardiaco non riceve un adeguato flusso di sangue per un periodo prolungato (circa 20-30 minuti) si manifesta una condizione clinica comunemente chiamata "attacco cardiaco", che può in alcuni casi portare all'infarto miocardico, cioè alla morte di certo numero di cellule cardiache.

Nel corso di un attacco cardiaco è possibile che si verifichi la cessazione improvvisa dell'attività di pompa del cuore (arresto cardiaco) dovuta in molti casi a fibrillazione ventricolare; in tal caso i presenti, se sono in grado di farlo, devono tempestivamente mettere in atto le procedure del BLS e attivare il sistema di emergenza.

Tuttavia, è opportuno conoscere i segni premonitori che possono farci sospettare che un arresto cardiaco sia imminente o possibile, così da poter mettere in atto un soccorso precoce; è opportuno cioè conoscere i segni di allarme dell'attacco cardiaco:

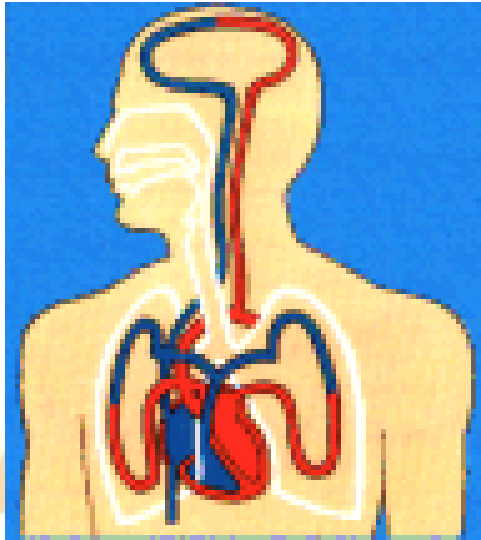
- dolore o senso di oppressione al centro del torace o localizzato alle spalle, al collo, alla mandibola o alla parte superiore dell'addome in corrispondenza dello stomaco
- sudorazione, nausea, sensazione di "mancanza di respiro" e di debolezza;
- dolore non viene necessariamente descritto come "acuto"; a volte può essere di entità modesta ed essere presente solo difficoltà respiratoria.

I sintomi possono comparire in qualsiasi luogo ed in qualsiasi momento, sia che il paziente stia facendo uno sforzo, sia che si trovi a riposo.

LA MORTE IMPROVVISA

Si definisce morte improvvisa la cessazione brusca ed inaspettata dell'attività circolatoria e respiratoria. Può verificarsi senza segni premonitori ed essere la prima manifestazione della malattia coronarica. Può anche colpire pazienti con malattia cardiaca nota, specialmente nel corso delle prime due ore dall'inizio di un attacco cardiaco. Rappresenta il 10% delle morti dovute a malattia cardiovascolare.

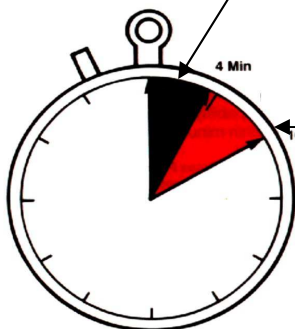
IL DANNO ANOSSICO CEREBRALE



La mancanza di apporto di ossigeno alle cellule cerebrali (anossia cerebrale) produce lesioni che diventano irreversibili dopo circa 4-6 minuti di assenza di circolo. L'attuazione di procedure atte a mantenere una ossigenazione d'emergenza può interrompere la progressione verso una condizione di irreversibilità dei danni tissutali. Qualora il circolo venga ripristinato ma il soccorso sia stato ritardato o inadeguato, l'anossia cerebrale prolungata si manifesterà con esiti di entità variabile: stato di coma persistente, deficit motori o sensoriali, alterazioni delle capacità cognitive o della sfera affettiva, ecc. Le possibilità di prevenire il danno atossico dipendono dalla rapidità e dalla efficacia delle procedure di soccorso, ed in particolare dalla corretta applicazione della "Catena della

sopravvivenza".

4-6' MORTE CLINICA



10' MORTE BIOLOGICA

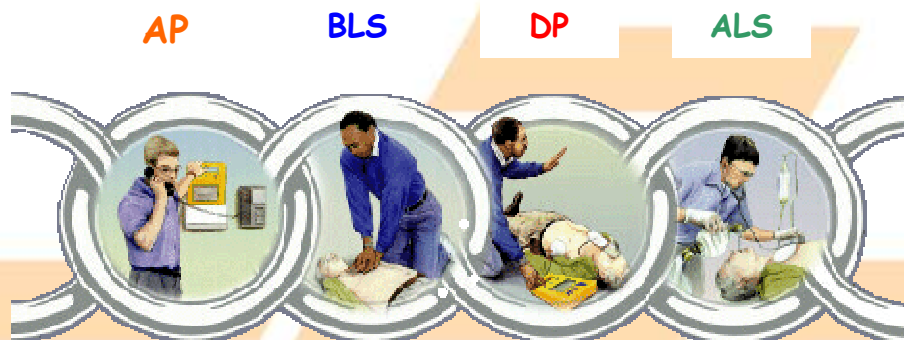
LA "CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA"

La sopravvivenza integra, dopo un arresto cardiaco avvenuto in sede preospedaliera, dipende dalla corretta realizzazione di una serie di interventi; la metafora della "catena" sta a significare che se una delle fasi del soccorso è mancante, le possibilità di sopravvivenza sono

ridottissime.

Come illustrato in figura, i quattro anelli della catena sono costituiti da:

- accesso precoce al sistema di emergenza
- inizio precoce delle procedure di BLS (con particolare riferimento al BLS messo in atto dalle persone presenti)
- defibrillazione precoce, cioè arrivo precoce sul posto di un'equipe in grado di praticare la defibrillazione
- inizio precoce del trattamento intensivo.



Dopo il BLS, quindi, la prosecuzione logica della formazione nella RCP comprende l'acquisizione delle tecniche di supporto vitale avanzato (Advanced Cardiac Life Support, ACLS): defibrillazione, intubazione tracheale, impiego di farmaci, ecc. Esse hanno l'obiettivo del ripristino del circolo spontaneo e della stabilizzazione del paziente dopo arresto cardiaco. La defibrillazione, anche se inclusa fra le tecniche ACLS, viene sempre più considerata come un passo del BLS praticato da personale sanitario: nei sistemi di soccorso in cui le unità BLS praticano la defibrillazione precoce si sono osservati significativi miglioramenti della sopravvivenza dopo arresto cardiaco in sede preospedaliera.

IL BLS IN SITUAZIONI PARTICOLARI

In caso di arresto cardiaco (fibrillazione ventricolare, asistolia, dissociazione elettromeccanica) la perdita di coscienza e la cessazione dell'attività respiratoria si verificano entro circa 30 secondi.

A seguito di apnea o grave difficoltà respiratoria, l'arresto cardiaco può sopraggiungere dopo un tempo variabile; il polso può essere quindi ancora presente per un certo tempo nel paziente con ostruzione respiratoria o apnea.

In questi casi è indicato mettere in atto le procedure BLS per prevenire l'evoluzione verso l'arresto cardiaco:

- **Accidente cerebrovascolare (stroke):**
può presentarsi in modi molto diversi (alterazioni della coscienza, della parola, della motilità, della sensibilità, convulsioni, ecc.); il mantenimento della pervietà delle vie aeree (sollevamento del mento, estensione della testa) deve essere assicurato nei casi in cui il rilassamento muscolare e la riduzione del livello di coscienza provocano l'ostruzione.

- **Trauma:**

la sequenza A-B-C del BLS in caso di evento traumatico sostanzialmente non è diversa, ma nel mantenimento della pervietà delle vie aeree si deve tenere conto della possibilità di lesioni alla colonna cervicale, quindi:

- sollevamento del mento o della mandibola senza estensione del capo (testa in posizione neutrale) mantenimento in asse di testa e collo.
- La posizione laterale di sicurezza è controindicata.
- Le possibilità di successo della rianimazione in caso di arresto cardiaco post traumatico in sede preospedaliera sono scarse; la causa infatti risiede spesso in lesioni che riducono l'efficacia della ventilazione e del massaggio cardiaco (es. tamponamento cardiaco, pneumotorace a tensione, dissanguamento, ecc.).

- **Elettrocuzione - folgorazione:**

l'esposizione a scariche elettriche può provocare arresto cardiaco immediato (per fibrillazione ventricolare o altre aritmie ventricolari gravi) o apnea (per inibizione dei centri respiratori, contrazione tetanica dei muscoli respiratori o paralisi muscolare prolungata). Le procedure di BLS sono indicate in tutte le condizioni descritte, una volta che il soccorritore ha provveduto a salvaguardare la sua sicurezza.

- **Annegamento:**

le possibilità di sopravvivenza dipendono dalla durata dell'ipossia, pertanto è necessario iniziare al più presto le procedure di BLS, che non differiscono da quelle standard. La ventilazione non deve essere ritardata nel tentativo di estrarre acqua dalle vie aeree: in molti casi non è presente ed è comunque quasi sempre impossibile farla uscire.

Qualora il soccorritore raggiunga la vittima in acqua, dovrà prima di tutto provvedere alla propria incolumità servendosi sempre di un galleggiante. Il massaggio cardiaco può essere eseguito solo su un piano rigido, mai in acqua; le manovre di Heimlich non sono utili per estrarre liquido dalle vie aeree e sono indicate solo se si sospetta un'ostruzione da materiale solido. Nel provvedere alla pervietà delle vie aeree deve essere valutata la possibilità di trauma cervicale (vedi sopra).

LA SEQUENZA DEL BLS

La sequenza delle procedure di BLS consiste in una serie di azioni alternate con fasi di valutazione. Le azioni sono schematizzate mnemonicamente con l'ABC:

- ❑ **A – Airway** - apertura delle vie aeree
- ❑ **B – Breathing** - respiro
- ❑ **C – Circulation** – circolo

Ogni passo è preceduto da una fase di valutazione:

- ❑ Valutazione dello stato di coscienza ⇒ **A**
- ❑ Valutazione della presenza di attività respiratoria e circolatoria ⇒ **B + C**

Ogni valutazione ed ogni azione va eseguita nella corretta sequenza e nella corretta modalità.

A VALUTAZIONE DELLA SCENA – SICUREZZA – AUTOPROTEZIONE

Prima di qualsiasi altra manovra si dovrà valutare la scena dell'evento, verificandone la dinamica, ma soprattutto, controllare i pericoli ed i rischi, presente ed evolutivi, per prevenire eventuali danni ai soccorritori, all'infortunato e alle persone astanti.

Quindi solo quando la scena è sicura si può avvicinarsi al paziente e iniziare le valutazioni.



A VALUTAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA

Il primo passo nel soccorso di una persona apparentemente senza vita consiste nel valutare lo stato di coscienza:

- ❑ chiamare la vittima a voce alta;
- ❑ scuoterla delicatamente. **NO NEL TRAUMA**



La condizione di non coscienza autorizza l'attivazione della sequenza del BLS:

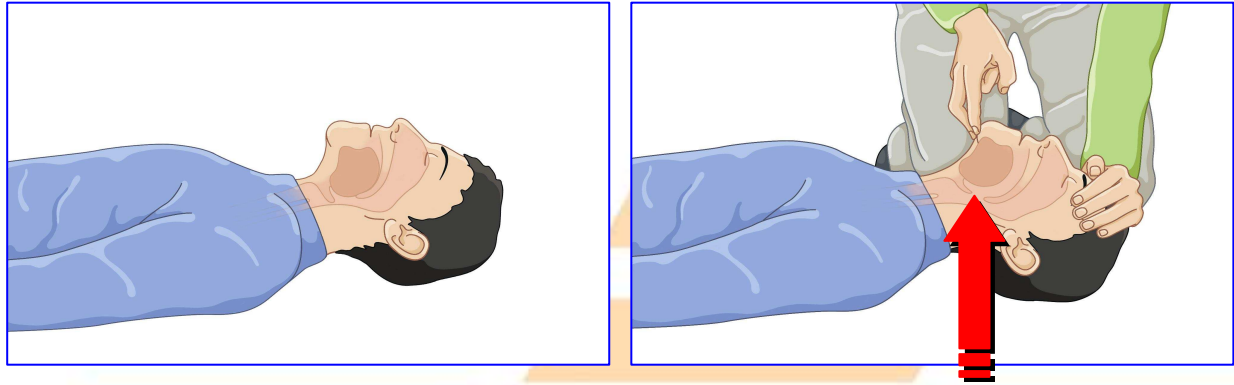
- ❑ chiamare aiuto e far attivare il sistema di emergenza (**118**) o l'equipe di rianimazione avanzata
- ❑ posizionare la vittima su un piano rigido o a terra, allineando il capo, il tronco e gli arti;
- ❑ nel caso di trauma, la vittima può essere spostata se è assicurato il mantenimento in asse di collo e tronco.



A APERTURA DELLE VIE AEREE

La perdita di coscienza determina un rilasciamento muscolare; la mandibola cade all'indietro e la lingua va ad ostruire le prime vie aeree. Per ottenere la pervietà delle vie aeree:

- sollevare con due dita il mento;
- spingere la testa all'indietro appoggiando l'altra mano sulla fronte.



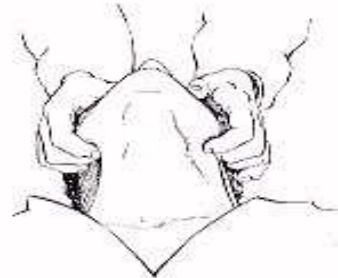
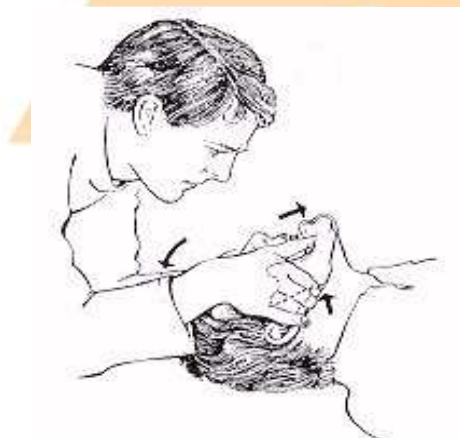
!!! NO NEL TRAUMA !!!

Questa manovra impedisce la caduta indietro della lingua e permette il passaggio dell'aria.

Contemporaneamente si procede ad un controllo visivo delle vie aeree superiori, per escludere la presenza di eventuali corpi estranei. La rimozione degli stessi andrà effettuata solo con appositi mezzi (Pinza Magil o aspiratore di secreti).

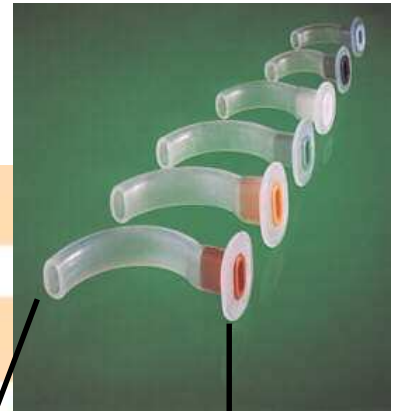
In caso di sospetta lesione traumatica cervicale:

posizionarsi dietro la testa del paziente, sollevare la mandibola agganciandone gli angoli con le due mani, sollevare la mandibola senza estendere la testa.



Mezzo aggiuntivo: cannula faringea.

La cannula faringea facilita il mantenimento della pervietà delle vie aeree; posta tra la lingua e la parete posteriore del faringe garantisce il passaggio dell'aria attraverso le vie aeree superiori, sia in caso di respiro spontaneo che durante ventilazione con maschera (vedi oltre).



MISURA:
DA LOBO ORECCHIO AD ANGOLO BOCCA

ATTENZIONE: se sono presenti i riflessi faringei, è possibile che lo stimolo meccanico della cannula provochi il vomito; in questo caso l'ostruzione delle vie aeree può venire aggravata. E' opportuno quindi non impiegare la cannula se il soggetto reagisce al tentativo di inserimento.

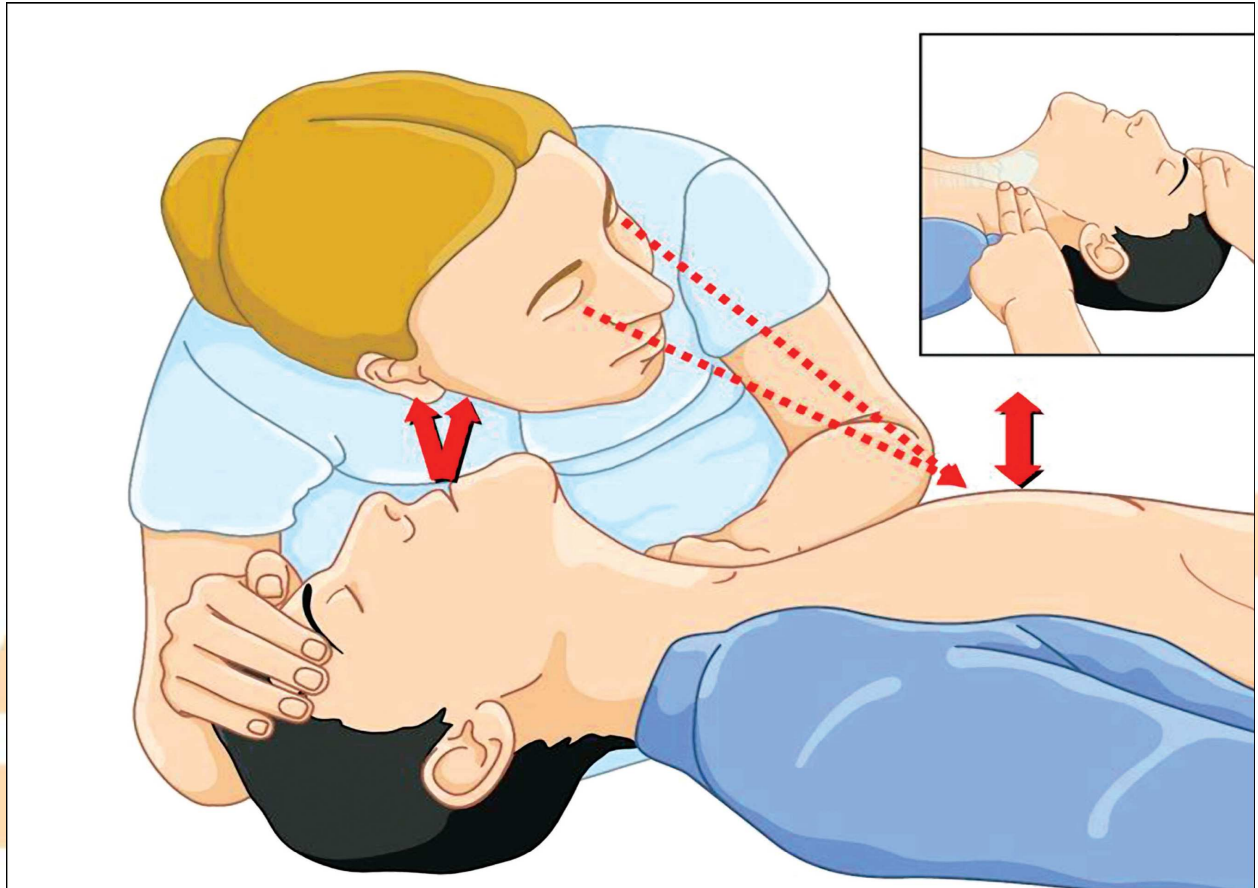
Le dimensioni della cannula possono essere stimate prendendo la distanza tra il lobo dell'orecchio e l'angolo della bocca.

B + C VALUTAZIONE DELLA PRESENZA DI ATTIVITA' RESPIRATORIA E CARDIACA

Una volta provveduto alla pervietà delle vie aeree occorre valutare se l'attività respiratoria è presente:

- mantenere il mento sollevato ed il capo esteso;
- avvicinare la guancia alla bocca e al naso della vittima;
- effettuare la sequenza **GAS**:
 - G**uardo se il torace si alza e si abbassa
 - A**scolto il carattere del respiro
 - S**ento l'eventuale passaggio d'aria
- contemporaneamente ricercare la presenza di pulsazioni alla carotide (polso carotideo):
 - a) con l'indice ed il medio della mano individuare il pomo di Adamo;
 - b) far scivolare le dita dal pomo di Adamo verso il proprio lato fino ad incontrare un incavo nella parte laterale del collo;

Valutare per 10 secondi.(contando 1-2-3-4-.....10), controllando anche la presenza di altri segni vitali (movimenti delle estremità, tosse...).



ATTENZIONE: la presenza di "respiro agonico" ("gaspings") equivale ad assenza dell'attività respiratoria. Il gasping consiste in contrazioni dei muscoli respiratori accessori senza che venga prodotta una espansione del torace; è un respiro inefficace. Se esistono dubbi sulla presenza dell'attività respiratoria, è necessario proseguire come se fosse assente.

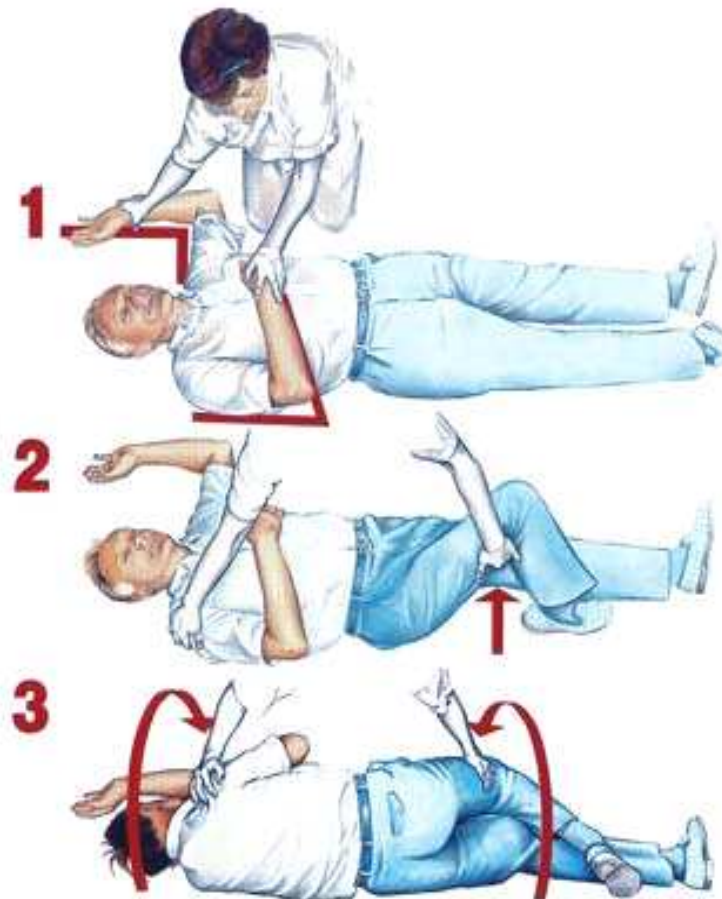
PLS - POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA

Qualora l'**attività respiratoria e cardiaca siano presenti** e la vittima rimanga non cosciente, è possibile utilizzare la

POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA,

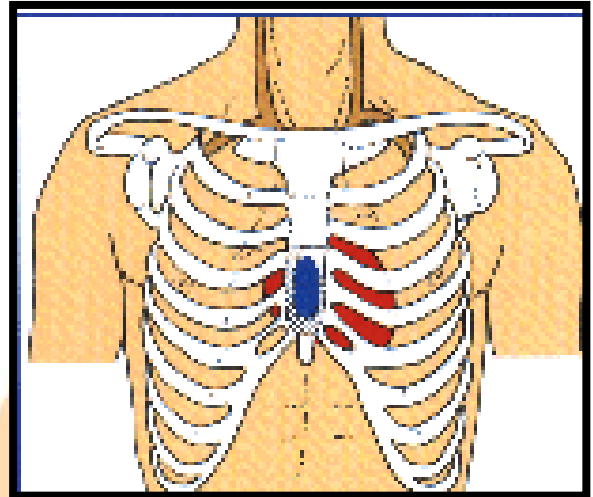
che permette di:

- mantenere l'estensione del capo (quindi la pervietà delle vie aeree);
- prevenire la penetrazione nelle vie aeree di materiale presente nella bocca (es. vomito), che può defluire all'esterno;
- mantenere la stabilità (il corpo non rotola);
- puoi utilizzare questa posizione in attesa di altri soccorsi o nel caso tu debba allontanarti;
- **non è indicata in caso di eventi traumatici;**
- cambiare lato al paziente ogni 30 minuti.



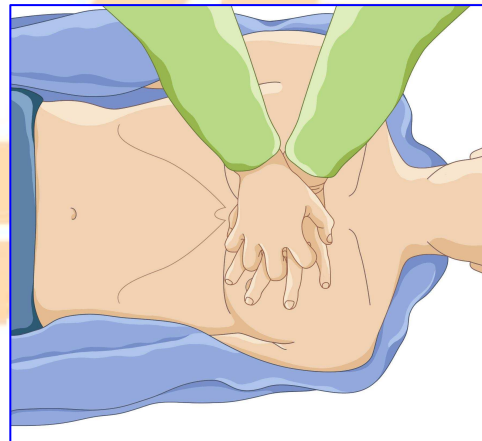
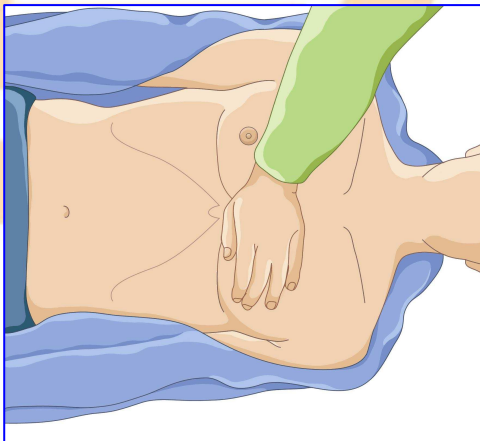
Nel caso in cui l'attività respiratoria e cardiaca siano assenti, è necessario confermare al sistema di emergenza l'arresto cardio-circolatorio ed iniziare il massaggio cardiaco.

Il cuore si trova all'interno della gabbia toracica subito dietro lo sterno; comprimendo lo sterno il cuore viene schiacciato contro la colonna vertebrale e questo, assieme ad un aumento della pressione all'interno del torace, permette al sangue contenuto nelle camere cardiache e nei grossi vasi di essere spinto in circolo; rilasciando il torace il cuore si riempie di nuovo.

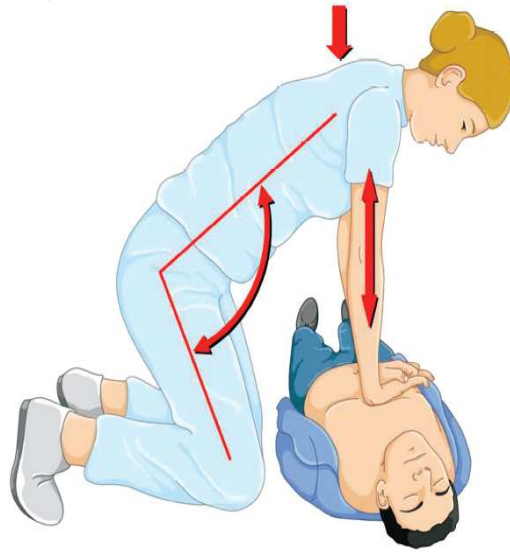


Ricerca del punto di compressione e posizione delle mani:

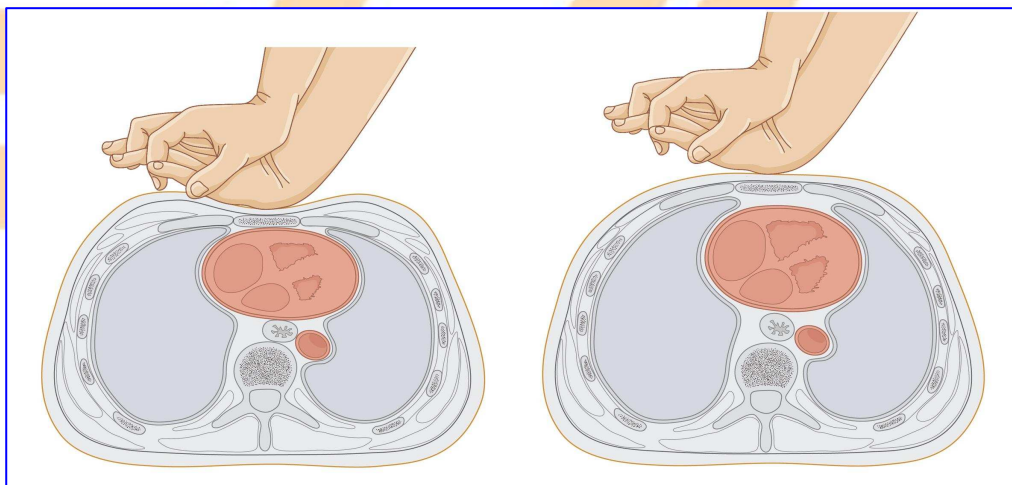
- posizionare il palmo di una mano al centro del torace;
- appoggiare il palmo della prima mano sopra l'altra ed intrecciare le dita per assicurarsi che rimangano sollevate e non comprimano le coste;



- posizionarsi verticalmente sopra la vittima, con le braccia stese e comprimere lo sterno di 4-5 centimetri;



- dopo ogni compressione, rilasciare completamente la pressione sullo sterno, senza perdere il punto di contatto fra le due mani e lo sterno della vittima. Ripetere le compressioni ad una frequenza di circa 100 al minuto. Le compressioni e il successivo rilascio devono avere la stessa durata.



Dopo 30 compressioni toraciche effettuare due ventilazioni, della durata ciascuna di circa 1 minuto, osservando che la gabbia toracica si alzi e si abbassi.



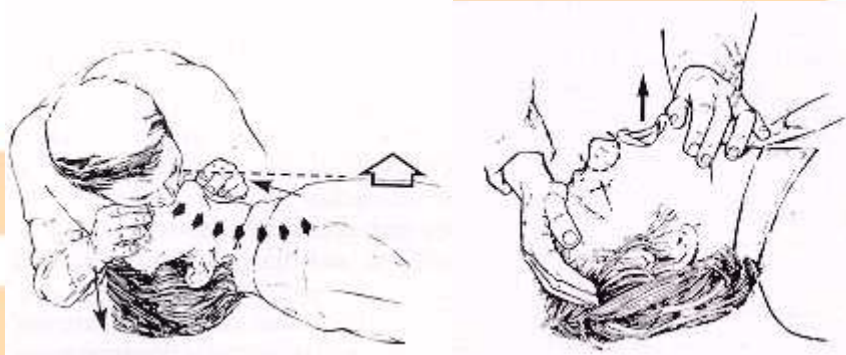
La ventilazione artificiale può essere eseguita con mezzi diversi. Il personale sanitario è opportuno che utilizzi strumenti che evitino il contatto diretto con il paziente.

VENTILAZIONE BOCCA A BOCCA:

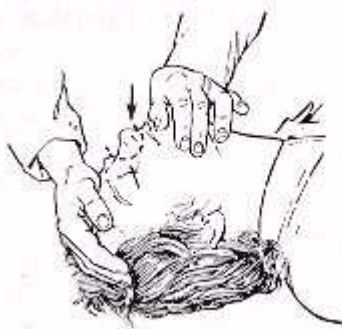
Si consiglia l'utilizzo di appositi "fazzoletti" tascabili con idoneo filtro/valvola, per evitare il contatto diretto tra soccorritore ed infortunato.

Tecnica della respirazione bocca-bocca:

- posizionarsi a fianco della vittima, mantenendo il capo esteso tenendo una mano sulla fronte e sollevando il mento con due dita dell'altra mano;
- appoggiare la bocca bene aperta sulla bocca della vittima;
- soffiare **2** volte lentamente nelle vie aeree della vittima in modo da gonfiare i suoi polmoni;
- mentre si insuffla, osservare che il torace si alzi;
- tra un'insufflazione e l'altra osservare che la gabbia toracica si abbassi;
- il pollice e l'indice della mano sulla fronte devono stringere il naso della vittima nel momento dell'insufflazione.



Se per qualche motivo la ventilazione attraverso la bocca è impedita, è possibile insufflare attraverso il naso mantenendo sempre esteso il capo con una mano e sollevando il mento per chiudere la bocca con l'altra.



Insufflazioni troppo brusche o con insufficiente estensione della testa possono provocare introduzione di aria nello stomaco, distensione gastrica e vomito.

Il soccorritore riluttante alla respirazione bocca a bocca può limitarsi alle sole compressioni toraciche, in quanto è stato dimostrato che le respirazioni agoniche e i movimenti della gabbia toracica prodotti dalle compressioni toraciche possono determinare un modesto scambio di aria. Una bassa ventilazione, se non protratta per lunghi periodi, può essere sufficiente a mantenere un normale rapporto ventilazione-perfusione durante la RCP.

VENTILAZIONE BOCCA-MASCHERA

Si pratica per mezzo di una maschera tascabile (pocket mask) o di maschere per rianimazione tradizionali. Una valvola unidirezionale permette all'aria espirata di non essere reinspirata dal soccorritore, ed inoltre evita il contatto inevitabile nel bocca-bocca e nel bocca-naso.

Tecnica:

- posizionarsi dietro la testa della vittima;
- appoggiare la maschera sul viso della vittima;
- sollevare la mandibola ed estendere la testa con entrambe le mani;
- mantenere aderente la maschera con pollice ed indice di entrambe le mani;
- insufflare nel boccaglio della maschera.

La ventilazione bocca-maschera è molto efficace, di facile esecuzione e permette di erogare un volume elevato ad ogni atto. Raccordando la maschera ad una sorgente di ossigeno è inoltre possibile ventilare con aria arricchita di ossigeno.



VENTILAZIONE PALLONE-MASCHERA (AMBU):

Si effettua utilizzando il sistema pallone autoespansibile-maschera e, non appena possibile, ossigeno. Una valvola unidirezionale permette all'aria espirata di non rientrare nel pallone e quindi di non essere reinspirata. Possono essere ottenuti arricchimenti di ossigeno di varia entità, a seconda che venga utilizzato o meno un reservoir e a seconda del flusso di ossigeno impiegato.

- Sistema pallone autoespansibile/maschera: aria con 21% di O₂
- Sistema pallone autoespansibile/maschera + flusso di O₂ (10-12 lt/min)
 - senza reservoir: 40-50%
 - con reservoir 80-90%

Tecnica:

- posizionarsi dietro la testa del paziente;
- appoggiare la maschera, sollevare la mandibola ed estendere la testa con una mano;
- comprimere il pallone con l'altra mano.



Insufflazioni brusche o eseguite senza una adeguata pervietà delle vie aeree possono provocare distensione gastrica. Nel caso che la ventilazione non sia efficace, provare a iperestendere meglio il capo e/o a riposizionare la maschera di ventilazione.

Proseguire con altre 30 compressioni, fino al completamento di cinque cicli compressioni/ventilazioni, per una durata complessiva di circa due minuti.

Si provvederà quindi alla rivalutazione della comparsa dell'attività respiratoria e cardiaca:

1. **ATTIVITA' CARDIACA E RESPITATORIA ASSENTI:** si procede alla RCP fino all'intervento di un soccorso qualificato o all'esaurimento delle forze dei Soccorritori;
2. **ATTIVITA' CARDIACA PRESENTE – ATTIVITA' RESPITATORIA ASSENTE:** eseguire una insufflazione ogni 4/5 secondi circa (12-15 ventilazioni al minuto), verificando ogni minuto circa che il polso sia sempre presente; se ricompare l'attività respiratoria, continuare a mantenere pervie le vie aeree sollevando il mento ed estendendo il capo o, se è indicato utilizzare la posizione laterale di sicurezza.

Si ricorda che a meno di non trovarsi di fronte a segni evidenti di morte biologica (decomposizione tissutale, rigor mortis, presenza di macchie ipostatiche e decapitazione), il soccorritore deve sempre iniziare le manovre rianimatorie, finchè un medico ne potrà constatare il decesso o se non è presente, fino all'esaurimento delle proprie forze.

OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO

Un corpo estraneo può provocare un'ostruzione parziale o completa delle vie aeree. Più frequentemente il corpo estraneo, nell'adulto, è rappresentato da materiale alimentare solido in pazienti con riflessi della tosse torpidi per età avanzata, assunzione di alcool o patologie neurologiche.

Occorre sospettare l'ostruzione da corpo estraneo qualora il soggetto manifesti improvvisamente difficoltà respiratoria, accompagnata da sforzi respiratori inefficaci e seguita da cianosi, o perdita di coscienza inspiegabile.

L'ostruzione può essere *incompleta* e l'attività respiratoria può essere sufficiente a non determinare perdita di coscienza; in questo caso il soggetto viene incoraggiato a tossire ed a respirare spontaneamente, cercando di non interferire con i suoi tentativi di espellere il corpo estraneo.

Se l'ostruzione è *completa*, il soggetto presenterà i sintomi tipici dell'ostruzione respiratoria: non riesce a respirare, parlare, tossire; si porta le mani alla gola.

L'ostruzione può essere sospettata anche nel corso delle procedure BLS in una vittima non cosciente nella quale le insufflazioni risultano inefficaci (il torace non si espande nonostante che l'estensione della testa e il sollevamento del mento siano corretti). In questo caso il trattamento consiste nella messa in atto delle manovre di Heimlich, costituite dalla attuazione di una "tosse artificiale" mediante compressioni addominali sottodiaframmatiche: l'aumento brusco della pressione nelle vie aeree produce una spinta verso l'alto che può dislocare o far espellere il corpo estraneo. I colpi sul dorso, descritti come metodo alternativo in linee guida precedenti, non sono ritenuti efficaci nell'adulto.

Anche nelle manovre di BLS precedentemente descritte possiamo sospettare la presenza di un'ostruzione. Infatti in mancanza di attività respiratoria, se le ventilazioni meccaniche risultano essere inefficaci ci assicuriamo:

- di aver iperesteso correttamente il capo
- di aver posizionato bene la maschera/bocca
- quindi ripeteremo le insufflazioni

Se queste saranno ancora inefficaci:

- sospetteremo la presenza di un'ostruzione da corpo estraneo andremo ad attuare la manovra di Heimlich.

Manovra di Heimlich

- ❑ il soccorritore si posiziona alle spalle del paziente
- ❑ pone entrambe le braccia attorno alla vita del paziente
- ❑ pone una mano stretta a pugno tra l'ombelico e l'estremità dello sterno e con l'altra mano stringe il polso della prima



- ❑ comprimendo il pugno nell'addome esercita ripetutamente delle brusche spinte dal basso verso l'alto.

Condizioni particolari.

Nel caso di paziente gravemente obeso o di gravidanza avanzata, non essendoci spazio sufficiente sotto lo sterno per esercitare spinte addominali, vengono effettuate spinte toraciche sullo stesso punto utilizzato per il massaggio cardiaco

La manovra di Heimlich non è priva di rischi (rottura di visceri addominali e toracici), poiché la forza applicata è notevole

Nei bambini, in sostituzione della compressione addominale, si effettua la **percussione toracica posteriore**. (pacche inter-scapolari)



MANOVRE DI DISOSTRUZIONE NELLE VIE AEREE

Con SOGGETTO COSCIENTE

Se l'ostruzione è parziale incoraggiare la vittima a tossire

Se la vittima diventa debole, smette di tossire o respirare:

- ❑ Dare fino a 5 colpi dorsali fra le scapole;
- ❑ Se i colpi non hanno effetto, usare la manovra di Heimlich (compressioni addominali) in piedi;
- ❑ Continuare alternando 5 compressioni dorsali e 5 compressioni addominali.

Con SOGGETTO INCOSCIENTE

- ❑ Mettere la vittima in posizione supina ed iperestendere il capo;
- ❑ Allertare il sistema di emergenza;
- ❑ Eseguire 30 compressioni toraciche;
- ❑ Controllare il cavo orale e rimuovere eventuali corpi estranei visibili, con pinza od aspiratore di secreti;
- ❑ Se persiste l'arresto respiratorio, proseguire con la sequenza BLS (30/2)

