



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI PADOVA

AZIENDA OSPEDALIERA  
DI PADOVA



FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE GINECOLOGICHE E DELLA RIPRODUZIONE UMANA  
U.O.C. di CLINICA GINECOLOGICA e OSTETRICA  
Direttore : Prof. Giovanni B. Nardelli

DIPARTIMENTO DI FARMACOLOGIA E ANESTESIOLOGIA “ Egidio Meneghetti”  
U.O.C. ISTITUTO di ANESTESIA E RIANIMAZIONE  
Direttore : Prof. Carlo Ori

# LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELL'URGENZA IN REPARTO

REFERENTI:  
dott<sup>ssa</sup> M. Pitton  
prof. G. Nardelli

## **ALLERTAMENTO DEL MEDICO RIANIMATORE**

Capita spesso che in reparto si verifichi una situazione clinica critica da richiedere l'immediato intervento del medico rianimatore.

In tali frangenti è possibile allertare il medico anestesista-rianimatore, presente 24 ore nella struttura, tramite chiamata per mezzo del cicalino, direttamente da parte del personale infermieristico e/o ostetrico in turno.

È preferibile agire secondo le seguenti linee-guida:

- Il medico anestesista-rianimatore di guardia va allertato direttamente dal personale infermieristico, presente in turno, nei casi di effettiva emergenza medica.
- Resta valido il principio che va allertato anche il medico di guardia del reparto.
- Nei casi non emergenti va allertato il medico di guardia del reparto che a sua volta richiederà la consulenza anestesiologicala se la riterrà necessaria
- **NB: in tutti i casi le manovre di primo soccorso vanno prestate immediatamente già dal primo soccorritore. (es: dall'infermiere che chiamato al letto del paziente lo trova in condizioni critiche)**

Le situazioni di emergenza (in cui è necessario chiamare direttamente il medico anestesista rianimatore) sono:

1. **arresto cardiaco**
2. **dispnea grave e/o arresto respiratorio**
3. **perdita di coscienza**
4. **grave ipotensione con sensorio obnubilato.**

### ***Come effettuare la chiamata***

La chiamata deve essere effettuata tramite cicalino fornendo le seguenti indicazioni:

1. **urgenza o emergenza**
2. **ubicazione dell'evento**

## **ESEMPIO: emergenza al secondo piano della clinica**

In questa comunicazione potrà anche essere precisato, anche se non necessariamente, il tipo di emergenza es: cardiaca, respiratoria etc.

Recepita la chiamata di emergenza il personale allertato adotterà il seguente schema:

1. **Il medico anestesista rianimatore risponderà alla chiamata dirigendosi direttamente sul luogo dell'evento.**
2. **Lo stesso dicasi per il medico di guardia di reparto**
3. **Se possibile farà dare conferma telefonica della ricezione della chiamata da parte di qualche collaboratore.**
4. **Prima, durante e dopo il trattamento di emergenza, ogni figura professionale ha un suo ben preciso e distinto ruolo.**
5. **La figura professionale che per prima rileva lo stato di emergenza è anche quella che per prima mette in atto i provvedimenti terapeutici di emergenza oltre ad allertare i colleghi.**

## **GESTIONE OPERATIVA DELL'EMERGENZA IN REPARTO**

La scaletta da seguire, e che non va mai modificata, è la seguente:

**1° soccorritore:** è l'infermiere o il medico che chiamato al letto del paziente lo trova in una delle predette condizioni critiche di emergenza.

Egli deve:

1. allertare immediatamente il suo collega (2° soccorritore) gridando dalla porta della stanza emergenza al letto n°
2. iniziare le manovre di BLS e non abbondare mai, per nessun motivo, il paziente

**2° soccorritore** (infermiere o medico) deve:

1. allertare tramite cicalino il medico anestesista rianimatore
2. allertare il medico di guardia di reparto
3. portare il carrello dell'emergenza nella stanza sede dell'emergenza
4. aiutare il 1° soccorritore nelle manovre di BLS
5. rispondere ad eventuali chiamate telefoniche portando con se il cordless (è importante, durante tutte le fasi del soccorso, che la linea telefonica venga utilizzata solo ed esclusivamente per le comunicazioni che riguardano l'emergenza in atto).

All'arrivo del medico anestesista rianimatore il **1° soccorritore** si renderà disponibile alle richieste di quest'ultimo e collaborerà con questi nelle manovre di rianimazione cardiopolmonare avanzata.

Il **2° soccorritore** continuerà a tenere attive le comunicazioni telefoniche e si occuperà dei farmaci che verranno richiesti.

L'eventuale **3° soccorritore** (medico di reparto o infermiere presenti) collabora con il medico anestesista rianimatore che gli assegnerà un ruolo in base all'evento che viene trattato.

NB: nel carrello di emergenza alcuni farmaci tremolabili non sono disponibili, es. adrenalina ecc.

Tali farmaci si trovano in frigorifero

L'adrenalina in particolare è un farmaco che in caso di arresto cardiaco viene somministrato al dosaggio di 1 mg (1 fiala) ogni uno/due minuti.

**Pertanto l'infermiere al momento della richiesta, da parte dell'anestesista, di adrenalina, dovrà prelevare dal frigo almeno 5 fiale.**

## **BLS BASIC LIFE SUPPORT (BLS)**

Il BLS, o supporto delle funzioni vitali, rappresenta un insieme di procedure di rianimazione cardiopolmonare o RCP, che si rendono 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 primario del BLS è la prevenzione dei danni anossici cerebrali.

Le procedure sono finalizzate a:

1. prevenire l'evoluzione verso l'arresto cardiaco in caso di ostruzione delle vie aeree o apnea
2. provvedere alla respirazione e alla circolazione artificiali in caso di arresto di circolo.

Tali procedure sono standardizzate e riconosciute valide da organismi internazionali autorevoli, AHA, ERC, IRC, ILCOR. Tali organismi provvedono, periodicamente, ad una revisione critica e ad un aggiornamento delle linee guida in base all'evoluzione delle conoscenze.

L'adozione di tali procedure prevede l'acquisizione di "abilità" che prevede la frequenza di un corso teorico-pratico e comportamentale; questo manuale è parte integrante del suddetto corso e non può sostituirlo.

### **ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO**

L'arresto cardiaco consiste in una abolizione dell'attività di pompa del cuore con conseguente arresto di circolo.

La cessazione improvvisa della circolazione sanguigna, conseguente all'arresto dell'attività cardiaca meccanica, produce abolizione del trasporto di ossigeno con conseguenze gravi tali da portare in pochissimo tempo alla morte.

Difatti la mancanza di ossigeno al cervello determina perdita di coscienza in pochi secondi; dopo 4 minuti si instaurano danni alle cellule cerebrali, che diventano

irreversibili dopo 10 minuti con conseguente morte cerebrale.

In questa situazione, di estrema emergenza medica, la pronta e precoce messa in atto di procedure rianimatorie di base, consente di mantenere vitali il tessuto cerebrale e quello cardiaco in attesa dell'arrivo del rianimatore, che con le procedure di rianimazione cardiopolmonare avanzate tenterà di ripristinare l'attività cardiaca normale.

Il BLS o Basic Life Support non è altro che un insieme di procedure e di manovre semplici, capaci di mantenere una circolazione ematica minima, che consente di mantenere vitali tessuto cerebrale e tessuto cardiaco. Le manovre di base sono rappresentate dalla ventilazione artificiale e dal massaggio cardiaco esterno, negli ultimi anni a queste si è aggiunta la possibilità di una defibrillazione precoce, grazie all'introduzione nella pratica clinica di defibrillatori semiautomatici e automatici in grado di riconoscere i disordini del ritmo cardiaco suscettibili di defibrillazione. Con queste macchine, si può erogare una scarica elettrica efficace in modo del tutto automatico o su comando dell'operatore. Di recente la legislazione italiana consente l'uso di Defibrillatori semiAutomatici Esterni (DAE) a personale infermieristico e lo estende al personale di polizia nonché a tutti gli addetti al soccorso (vigili del fuoco, associazioni di volontariato ecc.) dopo opportuno addestramento.

L'arresto cardiaco rappresenta la causa di morte più comune negli adulti, e si può manifestare sia come attacco cardiaco tipico che in maniera del tutto silente "morte improvvisa"; nella maggior parte dei casi è dovuto a disturbi dell'attività elettrica del cuore e in maniera particolare a fibrillazione ventricolare.

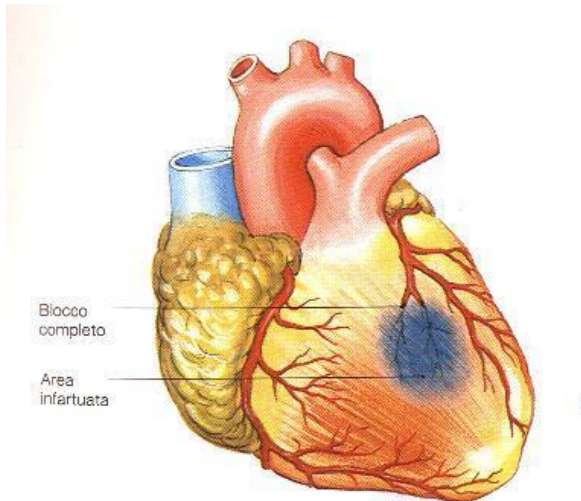
In Italia ogni anno vi sono circa 40.000 casi di arresto cardiaco sul territorio.

Attualmente non vi sono statistiche sul numero di casi di arresto cardiaco nei comuni reparti di degenza ospedaliera.

### *SEGNALI 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 alcune cellule cardiache.



Nel corso di tale attacco è possibile che si verifichi la cessazione improvvisa dell’attività di pompa del cuore dovuta in molti casi a fibrillazione ventricolare. In tal caso, i testimoni dell’evento, se sono in grado di farlo, devono tempestivamente mettere in atto le procedure del BLS e attivare il sistema di emergenza. In particolare, nei reparti di degenza ospedaliera, tutte le figure professionali presenti devono essere in grado di eseguire le procedure di BLS. È opportuno, comunque, riconoscere anche i segni premonitori cioè conoscere i segni di allarme dell’attacco cardiaco:

- dolore o senso di oppressione retrosternale
- irradiazione del dolore alle spalle, al collo, alla mandibola
- dolore riferito solo alla parte alta dell’addome o alle parti tipiche di irradiazione
- sudorazione, nausea, dispnea, spossatezza
- il dolore non necessariamente viene riferito come “acuto”; può essere di entità modesta o mancare del tutto (vedi diabetico) ed essere presente solo dispnea

- i sintomi possono comparire in qualsiasi momento, sia sotto sforzo che 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 coronaria.

Può colpire pazienti cardiopatici noti, soprattutto nelle prime due ore dall’inizio di un attacco cardiaco, ma può presentarsi anche “a ciel sereno” cioè colpire soggetti “cl clinicamente sani”.

## DANNO ANOSSICO CEREBRALE

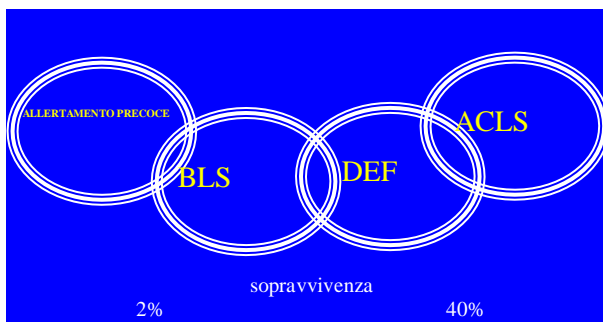
La mancanza di apporto di ossigeno alle cellule cerebrali (anossia cerebrale) produce lesioni che diventano irreversibili dopo circa 4-6 minuti di assenza di circolo. L’adozione di procedure atte a mantenere una ossigenazione di emergenza può interrompere la progressione verso una condizione di irreversibilità dei danni tissutali.

Tali procedure però vanno attuate entro i primi 5 minuti, infatti, se la circolazione viene ripristinata ma il soccorso è stato ritardato o inadeguato, l’anossia prolungata si manifesterà con esiti neurologici di entità variabile:

- coma persistente
- deficit motori e/o sensoriali
- alterazioni delle capacità cognitive e della sfera affettiva.

Il danno anossico cerebrale può essere prevenuto adottando rapidamente efficaci procedure di soccorso, in particolare applicando correttamente la “catena della sopravvivenza”.

### **Catena della Sopravvivenza**



Il concetto di “Catena della Sopravvivenza” si basa sulla tempestività del soccorso e sulla corretta attuazione delle procedure di soccorso secondo una sequenza precisa e coordinata. In questo modo si può ottenere una buona percentuale di successo con sopravvivenza integra dopo un arresto cardiaco avvenuto in sede ospedaliera che extraospedaliera. Tale metafora sta anche a significare che se una delle fasi del soccorso è mancante o soltanto ritardata, le probabilità di successo sono ridottissime. Come si vede dalla figura i quattro anelli della Catena se correttamente attuate possono dare risultati di sopravvivenza integra eccellenti, soprattutto se le maglie della catena vengo “ristrette” nel tempo.

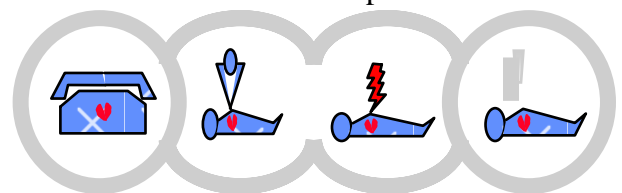
Come illustrato nella figura seguente, i quattro anelli della catena sono costituiti da:

- 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 una équipe in grado di praticare la defibrillazione
- inizio precoce del trattamento intensivo (ACLS).



Dopo il BLS, quindi, la prosecuzione logica e obbligata è il trattamento intensivo applicando le tecniche di ACLS (Advanced Cardiac Life Support). Queste procedure hanno l’obiettivo del ripristino del circolo spontaneo e della stabilizzazione del paziente dopo arresto cardiaco, già sul luogo dell’evento, e prevedono la defibrillazione, l’intubazione tracheale, l’uso di farmaci ecc..

Negli ultimi anni il terzo anello della Catena della Sopravvivenza, cioè la defibrillazione, anche se incluso nelle procedure di ACLS, può essere praticato anche da personale sanitario e non, adeguatamente addestrato all’uso di defibrillatori semiautomatici. Pertanto la catena della sopravvivenza attualmente è formata dal tre anelli, infatti l’anello centrale comprende i due anelli del BLS e della defibrillazione precoce, in quei sistemi di emergenza territoriale dotati di équipe di BLSD (leggi come defibrillazione precoce); lo stesso dicasi per i reparti ospedalieri che dovrebbero dotarsi di defibrillatori semiautomatici e di personale addestrato all’uso di tali dispositivi.



### **SEQUENZA DEL BLS**

La sequenza delle procedure di BLS consiste in una serie di azioni alternate con fasi di valutazione secondo lo schema tradizionale di azioni della RCP:

- A apertura delle vie aeree (Airway)
- B bocca-a-bocca (Breathing)
- C compressioni toraciche (circulation)

Ogni passo è preceduto da una fase di valutazione:

- Valutazione dello stato di coscienza → **A**
- Valutazione della presenza di attività respiratoria (GAS) → **B**
- Valutazione della presenza di attività circolatoria (polso carotideo e segni di circolo) → **C**

### **Valutazione dello stato di coscienza**

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

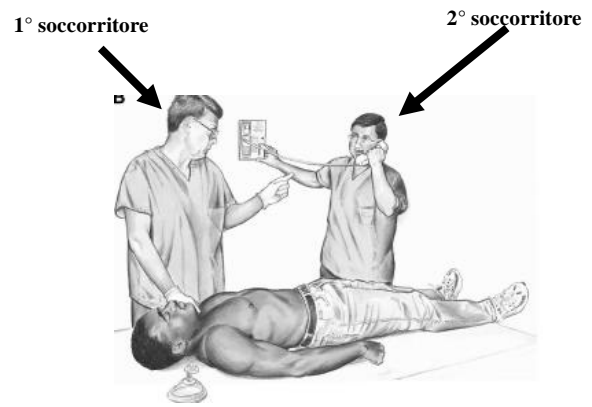
- chiamala ad alta voce
- scuotila delicatamente



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

- **chiama aiuto, fai portare il DAE** (Defibrillatore semiAutomatico Esterno)
- posiziona la vittima su un piano rigido o a terra, allinea il capo, il tronco e gli arti della vittima
- posizionati correttamente rispetto alla vittima.

In caso di trauma, la vittima può essere spostata se è assicurato il mantenimento in asse del collo e del tronco.



### **A. Apertura delle Vie Aeree**

Nel soggetto privo di coscienza e privo di tono muscolare si verifica ostruzione delle vie aeree per la caduta della lingua.



Per ovviare a questa situazione occorre adottare la manovra di apertura delle vie aeree.

- Iper-estendere la testa sul collo
- Sollevare la mandibola
- Aprire la bocca e osservarne l'interno alla ricerca di corpi estranei che eventualmente possono essere rimossi

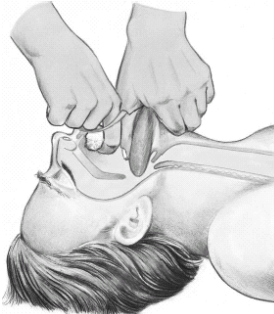


In caso di trauma evitare di iperestendere la testa sul collo ed effettuare la manovra di sublussazione della mandibola.





Manovra del finger sweep per la rimozione di corpi estranei presenti nel cavo orale e ben visibili.



Per il mantenimento della pervietà delle vie aeree può essere usata la cannula faringea; 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 in maschera. Occorre molta attenzione però nel posizionare tale mezzo aggiuntivo, se sono presenti i riflessi faringei è possibile che lo stimolo meccanico della cannula provochi vomito.

### ***Valutazione della presenza di attività respiratoria***

Ottenuta la pervietà delle vie aeree si rende necessaria la valutazione dell'attività respiratoria secondo il metodo del **GAS** (Guardo, Ascolto, Sento).

- mantieni il mento sollevato ed il capo esteso
- avvicina la guancia alla bocca e al naso della vittima
- **Guarda** se il torace si alza e si abbassa
- **Ascolta** e **Senti** l'eventuale passaggio di aria.

Esegui la valutazione per 10 secondi.

*Attenzione: la presenza di respiro agonico o gasping equivale all'assenza di attività respiratoria. Il gasping consiste in contrazioni dei muscoli respiratori accessori senza che venga prodotta una espansione del torace; dunque è un respiro inefficace.*

### **B. Respirazione**

Se l'attività respiratoria è assente, diviene necessario praticare la respirazione artificiale che può essere ottenuta sfruttando diverse tecniche:

- Bocca a bocca
- Bocca a naso-bocca
- Bocca-maschera
- Ventilazione in maschera con pallone Ambu.

*Ventilazione bocca a bocca e bocca-naso:*

- Posizionati a fianco della vittima, mantieni esteso il capo
- Appoggia la tua bocca bene aperta sulla bocca della vittima
- Con il pollice e l'indice della mano sulla fronte stringi il naso al momento dell'insufflazione
- Soffia 2 volte lentamente (2 secondi) nelle vie aeree della vittima in modo da gonfiare i suoi polmoni
- Mentre insuffli osserva che il torace si alzi
- Tra una insufflazione e l'altra osserva che il torace si abbassa



Insufflazioni troppo brusche o con insufficiente estensione della testa sul collo non sono utili ai fini della respirazione e inoltre provocano ingresso d'aria nello stomaco con conseguente possibile vomito. Se alla insufflazione non segue un innalzamento del torace vuol dire che l'aria non è penetrata nei polmoni, in tal caso



occorrerà, come manovra di prima scelta, riposizionare il capo iperestendendolo sul collo e assicurarsi di stringere il naso durante le successive insufflazioni.

#### *Ventilazione con mezzi aggiuntivi*

Mezzo protettivo per l'operatore.



#### *Ventilazione bocca-maschera.*



#### *Ventilazione pallone-maschera.*



#### ***Valutazione della presenza di circolo***

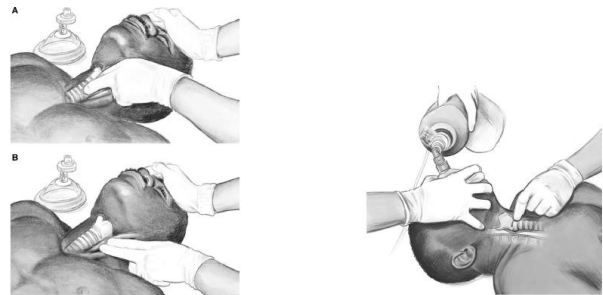
Dopo aver effettuato le prime 2 insufflazioni si rende necessaria la valutazione della presenza di attività circolatoria.

Per tale valutazione si procede alla ricerca di pulsazioni alla carotide (polso carotideo) e di

segni di circolo (atti respiratori, movimenti degli arti, colpi di tosse):

- Mantieni estesa la testa della vittima con un mano
- Con l'indice e il medio dell'altra mano individua il pomo di Adamo
- Fai scivolare le dita dal pomo di Adamo verso di te fino ad incontrare un incavo nella parte laterale del collo
- Senti per 10 secondi con i polpastrelli se ci sono pulsazioni in questa area; la pulsazione va ricercata con delicatezza.

La ricerca del polso va eseguita dal lato dove si trova il soccorritore; si deve evitare che le dita siano poste di traverso sulle vie aeree per non comprimerle.



#### **C. Compressioni toraciche (massaggio cardiaco estero)**

Se il polso carotideo è assente vuol dire che non c'è una attività cardiaca efficace. È necessario a questo punto provvedere alla circolazione artificiale per mezzo delle compressioni toraciche o massaggio cardiaco estero.

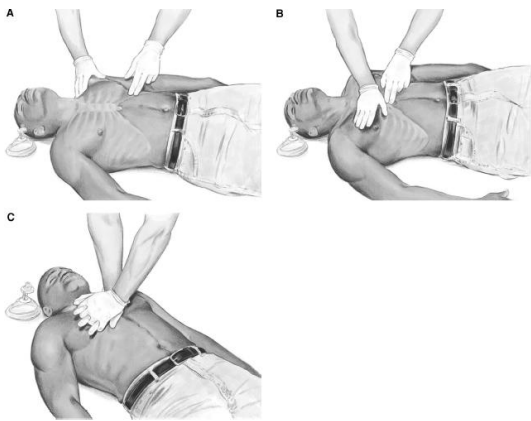
Il cuore si trova all'interno della gabbia toracica subito dietro lo sterno; comprimendo lo sterno il cuore viene schiacciato contro la colonna vertebrale e questo, assieme ad un aumento della pressione all'interno del torace, permette al sangue contenuto nelle camere cardiache e nei grossi vasi di essere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

Per eseguire correttamente il massaggio cardiaco estero (mce) occorre innanzitutto ricercare il punto di compressione:

- Fai scorrere il dito medio lungo il margine inferiore della cassa toracica

e individua il punto di incontro dell'ultima costa con lo sterno

- Appoggia l'indice della stessa mano al di sopra di questo punto sulla parete ossea dello sterno
- Scorri con il "calcagno" dell'altra mano lo sterno fino al dito (accanto al dito), questo è il punto corretto dove effettuare le compressioni
- Appoggia il "calcagno" della prima mano sopra l'altra ed intreccia le dita per assicurarti che rimangano sollevate e non comprimano le coste.

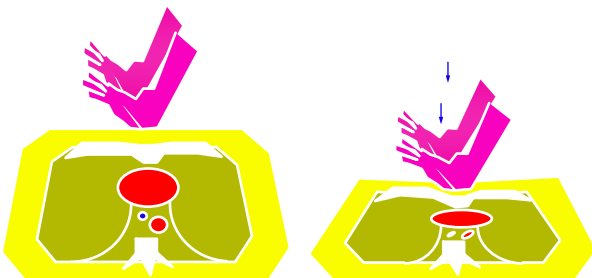


Qualora ricompaia il polso carotideo ripercorri la sequenza al contrario C → B → A

- Se il polso è presente, valuta il respiro (GAS): se assente esegui 1 insufflazione ogni 5 secondi, verificando ogni 30 secondi che il polso sia sempre presente
- Se ricompare anche l'attività respiratoria continua a mantenere pervie le vie aeree o, se indicato utilizza la posizione laterale di sicurezza.

#### Esecuzione del mce:

- Posizionati in modo che le tue braccia e le spalle siano sulla verticale dell'area della compressione
- Comprimi aritmicamente il torace ad una frequenza di 100/min; il torace si deve abbassare di 4-5 cm
- Le compressioni ed il rilasciamento devono avere la medesima durata
- Mantieni le braccia tese sfruttando il peso del tronco
- Alterna 15 compressioni toraciche a 2 insufflazioni sia ad un soccorritore che a due soccorritori
- Dopo 4 cicli, e successivamente ogni minuto, ricontrolla il polso carotideo, se è assente continua.



## **RIEPILOGO SEQUENZA BLS**

### **1. Valuta lo stato di coscienza**

*se la vittima non risponde:*

### **2. Chiama aiuto, posiziona, allinea, chiedi il DAE**

### **3. Pervietà delle vie aeree:**

- sollevamento del mento, iperestensione del capo, esplorazione del cavo orale
- Valuta per 10 secondi la presenza di attività respiratoria manovra del GAS

*se respiro assente:*

### **4. B. 2 insufflazioni**

### **5. valuta per 10 secondi la presenza del polso carotideo**

*se assente:*

### **6. C. compressioni toraciche-100/min alterna 2 insufflazioni a 15 compressioni**

### **7. dopo il primo minuto e poi ogni pochi minuti valuta se è ricomparso il polso**

### **8. se ricompaiono polso e respiro ripercorri la sequenza al contrario**

## **OSTRUZIONE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO**

L'OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE RAPPRESENTA UNA DELLE CAUSE PIÙ FREQUENTI DI ARRESTO RESPIRATORIO E CONSEGUENTE ARRESTO CARDIACO.

IL CORPO ESTRANEO PUÒ ESSERE RAPPRESENTATO DA QUALSIASI OGGETTO IN GRADO DI OSTRUIRE PARZIALMENTE O TOTALMENTE LE VIE AEREE SUPERIORI, E DETERMINARE INSUFFICIENZA RESPIRATORIA PIÙ O MENO GRAVE.

PER GLI ADULTI IL CORPO ESTRANEO PIÙ FREQUENTEMENTE È DATO DAL BOLO ALIMENTARE

NEI BAMBINI INVECE SI TRATTA PER LO PIÙ DI GIOCATTOLI DI PICCOLE DIMENSIONI

I SEGNI DI OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE NEL SOGGETTO ADULTO COSCIENTE, SONO RAPPRESENTATI DALLA SENSAZIONE DI SOFFOCAMENTO, E IL SOGGETTO ASSUME UN ATTEGGIAMENTO TIPICO PORTANDOSI LE MANI ALLA GOLA



LE MANOVRE CHE POSSONO ESSERE USATE PER DISOSTRUIRE LE VIE AEREE SONO LE SEGUENTI:

- INVITARE IL SOGGETTO A TOSSIRE
- ESEGUIRE LE MANOVRE DI HEIMLICH



SE LA VITTIMA PERDE CONOSCENZA LA MANOVRA DI HEIMLICH VA ESEGUITA ESERCITANDO DELLE COMPRESIONE SOTTODIAFRAMMATICHE A SOGGETTO SUPINO



### ***SEQUENZA DELLE MANOVRE PER LA DISOSTRUZIONE DELLE VIE AEREE NEL SOGGETTO NON COSCIENTE***

1. VERIFICARE LO STATO DI COSCIENZA
2. CHIAMARE IL 118
3. APRIRE LE VIE AEREE
4. CONTROLLARE LA PRESENZA DEL CORPO ESTRANEO IN BOCCA ED EVENTUALMENTE ELIMINARLO CON LA MANOVRA DEL FINGER SWEET
4. ESEGUIRE LA MANOVRA DEL GAS
5. ESEGUIRE 2 INSUFFLAZIONI
6. ESEGUIRE 5 COMPRESIONI ADDOMINALI
7. ESEGUIRE FINGER SWEET
8. CONTROLLARE POLSO CAROTIDEO

