

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PARMA
CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

LABORATORIO PROFESSIONALE

Docente: Monica Copelli

PROGRAMMA

FEBBRAIO		MARZO				
N.ORE	04-mar 14.00-16.00	07-mar 09.00-13.00	08-mar 14.00-16.00	09-mar 09.00-13.00	11-mar	15-mar 14.00-18.00
	1	3	7	9	13	15
	2	4	8	10	14	16
	3	5		11		17
	4	6		12		18
ARGOMENTI - SIMULAZIONI	☐ Definizione emergenza/urgenza. Triage ostetrico. ☐ Rischio, valutazione rischio. ☐ Comunicazione verbale e non verbale - tra gli operatori /con la donna ☐ Simulazioni in team e "gioco di squadra"	☐ Urgenze/emergenze fetali ☐ Assistenza al parto podalico ☐ Ventosa ostetrica ☐ Distocia di spalle	☐ Prolasso di funicolo ☐ Malposizioni dell'occipite e malpresentazioni fetali	☐ Distacco di placenta ☐ Rottura d'utero ☐ Placenta Previa.Emorragia antepartum	☐ Pre-eclampsia. Attacco eclamptico ☐ Urgenze ed emergenze cardiotocografiche in travaglio di parto ☐ Assistenza al parto gemellare	
	INTRODUZIONE	URGENZE-EMERGENZE FETALI	URGENZE-EMERGENZE MATERNO-FETALI			

PROGRAMMA

		APRILE	
17-mar	22-mar	06-apr	
09.00-13.00	14.00-18.00	14.00-16.00	
19	23	27	
20	24	28	
21	25	DA INSERIRE	29
22	26		30
☐ Patologia secondamento. Mancato distacco. Ritenzione materiale. Emorragia. ☐ Inversione uterina ☐ Ematoma genitale puerperale		☐ Rianimazione neonatale in sala parto ☐ Conclusioni	
URGENZE-EMERGENZE MATERNE		NEONATO	

LIBRO DI TESTO CONSIGLIATO

**URGENZE ED
EMERGENZE
IN SALA PARTO**

A cura di
**ANTONIO RAGUSA e
CLAUDIO CRESCINI**



PICCIN

1

DEFINIZIONE DI EMERGENZA – URGENZA

EMERGENZA rischio di vita per il paziente, intervento da eseguire nel più breve tempo possibile.

In caso di taglio cesareo da eseguire in sala parto con procedura di emergenza (sospetta rottura d utero, bradicardia grave, decelerazioni severe in fase espulsiva, distacco di placenta con decelerazioni, prolasso di funicolo, TC su secondo gemello)

URGENZA condizione che non pone rischio immediato di vita ma nella quale l'intervento ha ragione di essere espletato al piu' presto per prevenire aggravamento delle condizioni del paziente , materne e fetali

(esempio tracciato non rassicurante, distocia, taglio cesareo in fase espulsiva)

L'obiettivo è di espletare il parto **entro 30 minuti** dalla dichiarazione della urgenza

URGENZA DIFFERIBILE l'intervento chirurgico o il taglio cesareo vanno eseguiti non appena possibile, senza interrompere la programmazione chirurgica e tenuto conto delle problematiche cliniche e organizzative, comunque in giornata

(esempio svuotamento urgente per aborto senza grave metrorragia in atto, taglio cesareo in pre cesarizzata con minima attività contrattile, rottura delle membrane in gravida con feto in presentazione podalica a termine non in travaglio)

PROGRAMMATO l'intervento chirurgico è stato concordato con la paziente e gli anestesisti e viene eseguito nel giorno della programmazione. In questi casi per motivi clinici o organizzativi l'intervento programmato potrebbe essere oggetto di rinvio o riprogrammazione.

TRIAGE OSTETRICO

TRIAGE termine che deriva da *trier* che significa **SCEGLIERE, CLASSIFICARE**.
E' il metodo di valutazione e selezione immediata usato per assegnare il grado di priorità per il trattamento quando si è in presenza di molti pazienti.
Consente di organizzare i tempi di attesa in funzione alle reali necessità dei pazienti, utilizzando quale criterio di scelta le condizioni cliniche degli stessi e non il criterio dell'ordine di arrivo.

RESPONSABILITA'

La funzione di triage ostetrico è svolta **dall'ostetrico/o, adeguatamente formata/o, che opera secondo i protocolli in uso nella struttura ospedaliera.**

L'ostetrica/o che lavora nel servizio di triage ostetrico deve possedere diverse attitudini.

In particolare deve sviluppare la capacità di:

- a) individuare le priorità;
- b) Pianificare, organizzare e controllare;
- c) Comunicare, per favorire la compliance della paziente;
- d) Relazionarsi.

OBIETTIVI DEL TRIAGE

- Accogliere e valutare le utenti
- Attribuire il codice colore per definire la priorità d'accesso alle cure
- Fornire una risposta tempestiva e adeguata all'istanza della paziente
- Adottare una politica di appropriatezza dei ricoveri
- Contribuire al mantenimento dell'efficienza della struttura
- Fornire informazioni alle pazienti sull'uso dei servizi sia interni che esterni all'ospedale, quali strutture territoriali e medici di base, per rispondere in modo adeguato alla richiesta

REGOLA DELLE 4 D

1. **DOOR** sulla porta accoglienza alle utenti, loro identificazione e registrazione
2. **DATI** assunzione dei dati clinici: parametri vitali, stato di coscienza, colorito, presenza/assenza di emorragia, dolore, ecc..
3. **DISCUSSION** formulazione del giudizio di gravità
4. **DECISION** scelta di attribuzione del codice colore

L'ostetrica/o triagista:

- Raccoglie e trascrive dati anagrafici e anamnestici con attenzione al sintomo prevalente
- Rileva assenza/presenza di perdite ematiche, attività contrattile, MAF, FCF nelle pazienti ostetriche, ed eventuale altra sintomatologia presente
- E' in grado di formulare un giudizio di gravità e assegnare codice colore
- Osserva e rivaluta le pazienti in attesa ad intervalli predefiniti, in relazione al codice di gravità
- Gestisce le relazioni con i pazienti e gli accompagnatori
- Esegue, qualora sia necessario, esami ematochimici, stick urine, visita ostetrica, test per valutare PPRM, ctg, office ecografia e somministra eventuali terapie prescritte

I codici colore possono essere interpretati nel modo seguente:

- CODICE **ROSSO** riservato ai casi più gravi con alterazione dei parametri vitali. La paziente è in pericolo di vita.
- CODICE **GIALLO** assegnato alle pazienti o a quei feti in potenziale pericolo. Valutazione entro 15 minuti.
- CODICE **VERDE** assegnato a chi necessita di intervento medico differibile. La paziente viene assistita dopo i casi più urgenti.
- CODICE **BIANCO** individua situazioni che dovrebbero essere gestite dal medico di medicina generale, dal ginecologo o dall'ostetrica/o in ambulatori/consultori. La prestazione può essere soggetta a ticket.

I codici colore in ostetricia possono essere divisi in riferimento all'epoca gestazionale:

- Gravidanza fino a 24 settimane
- Gravidanza oltre 24 settimane
- Puerperio

SCALA NUMERICA VERBALE – *Verbal Numeric Scale* (**VNS**) è una semplice scala di valutazione del dolore, molto simile alla *Visual Analogic Scale* (**VAS**), che è la rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore che una persona prova (da 0 a 10).

La VNS elimina la necessità della coordinazione visiva e motoria richiesta per eseguire la VAS e offre quindi maggiori possibilità di completamento

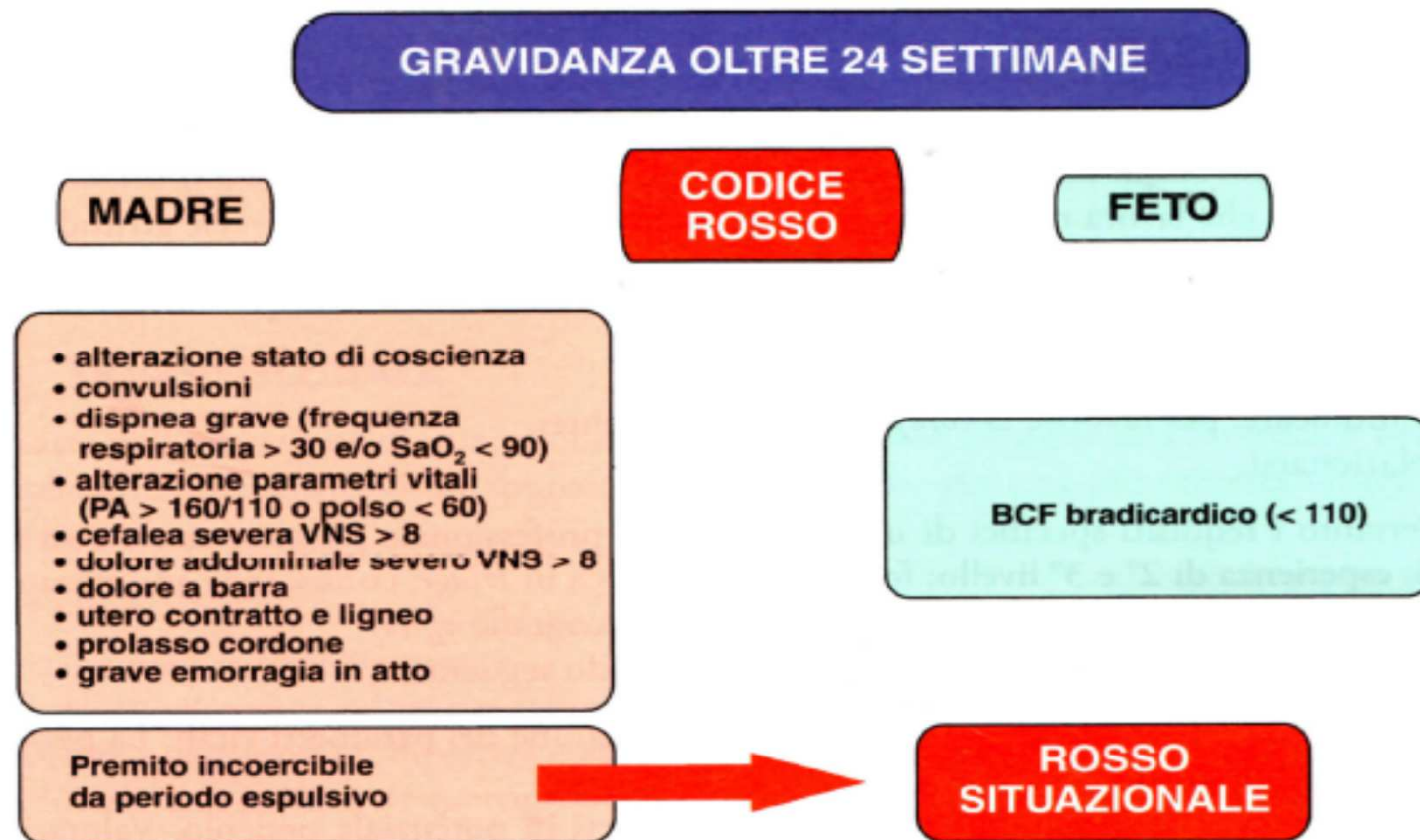


FIGURA 4.1

Esempi di codice rosso nella gravidanza oltre le 24 settimane. VNS: Verbal Numeric Scale; PA: Pressione Arteriosa; BCF: Battito Cardiaco Fetale.

*Il **premito incoercibile** da periodo espulsivo non è un vero codice rosso(pericolo di vita), tuttavia il luogo in cui si verifica(la sala di triage ostetrico) potrebbe non essere adeguato all'evento parto, quindi il codice rosso è relativo alla situazione e non al pericolo di vita delle pazienti coinvolte.*

GRAVIDANZA OLTRE 24 SETTIMANE

MADRE

- PA > 140/90
- epigastralgia
- cefalea
- trauma addominale
- travaglio di parto
- ipertensione $\geq 38^\circ$ (inguinale)
- perdita ematica genitale moderata $\geq$ mestruazione

CODICE GIALLO

FETO

- BCF alterato (decelerazioni - tachicardia)
- riduzioni MAF
- BCF assente

FIGURA 4.2

Esempi di codice giallo nella gravidanza oltre le 24 settimane. PA: Pressione Arteriosa; BCF: Battito Cardiaco Fetale; MAF: Movimenti Attivi Fetali.

GRAVIDANZA OLTRE 24 SETTIMANE

MADRE

- dolore lombare
- disuria, sintomi urinari
- nausea e vomito e PA normale
- diarrea
- edemi (se localizzati + dolore sospetta TVP)
- perdita ematica genitale lieve simil-mestruale

CODICE VERDE

FETO

BCF normale



Nessuno dei sintomi precedenti: CODICE BIANCO

FIGURA 4.3

Esempi di codice verde nella gravidanza oltre le 24 settimane. PA: Pressione Arteriosa; TVP: Trombosi Venosa Profonda; BCF: Battito Cardiaco Fetale.

GRAVIDANZA FINO 24 SETTIMANE

CODICE ROSSO

- dolore addomino/pelvico severo (VNS > 8)
- metrorragia grave ($>$ flusso mestruale)
- alterazione parametri vitali
PA $< 80/50$ e FC < 50
o > 110 . Oppure
pallore + sudorazione
sigida + dispnea
grave (vedi sopra)

CODICE GIALLO

- dolore addomino/pelvico (VNS 5/8) oppure contrazioni uterine ritmiche, regolari, intense
- metrorragia media entità (come flusso mestruale)
- PA $> 160/100$
- perdita liquido amniotico + T° $> 38^{\circ}\text{C}$

CODICE VERDE

- algie addomino-pelviche lievi (VNS ≤ 4)
- perdite ematiche lievi ($<$ flusso mestruale)
- perdita liquido amniotico
- PA $< 150/100$
- con FC > 60 e < 90
- MAF assenti

CODICE BIANCO

Richiesta di consulenza relativa allo stato gravidico, in presenza di condizioni generali nella norma

FIGURA 4.4

Esempi di attribuzione di codici colore nelle gravidanze fino alla 24 settimana di gestazione. VNS: Verbal Numeric Scale; PA: Pressione Arteriosa; FC: Frequenza Cardiaca; T: Temperatura; MAF: Movimenti Attivi

PUERPERIO

CODICE ROSSO

- Grave emorragia in atto
- Alterazioni parametri vitali (PA < 80/50 mmHg polso < 60)
- Agitazione psicomotoria

CODICE GIALLO

- Iperpiressia (temperatura inguinale > 38°)
- Dolore addominale (VNS 5/8)
- Cefalea con alterazioni della PA
- PA > 140/90

CODICE VERDE

- Dolore in sede vaginale-perineale
- Seno/i dolenti, arrossati con ragadi al capezzolo
- Astenia
- Perdite ematiche vaginali maleodoranti

FIGURA 4.5

Esempi di attribuzione di codici colore nel puerperio. VNS: Verbal Numeric Scale; PA: Pressione Arteriosa.

Glasgow Coma Scale						
	1	2	3	4	5	6
Apertura occhi	Nessuna	Allo stimolo doloroso	Allo stimolo verbale	Spontanea	N/A	N/A
Risposta verbale	Nessun suono emesso	Suoni incomprensibili	Parla e pronuncia parole, ma incoerenti	Confusione, frasi sconnesse	Paziente orientato, conversazione appropriata	N/A
Risposta motoria	Nessuna risposta	Estensione allo stimolo doloroso	Anormale flessione allo stimolo doloroso	Flessione / Ritrazione allo stimolo doloroso	Localizzazione dello stimolo doloroso	Obbedisce ai comandi

Ad ogni tipo di stimolo viene assegnato un punteggio e la somma dei tre punteggi costituisce l'indice GCS; in alternativa, tale indice può venire espresso in forma analitica come *eyes, voice, movement* (EVM) con i tre punteggi separati. L'indice può andare da 3 (nel caso E1 V1 M1) a 15 (nel caso E4 V5 M6).

RISCHIO. VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Il **rischio** è una condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificarne l'esito atteso.

E' misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra probabilità che accada uno specifico evento e la gravità del danno che ne consegue.

Nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso.

L'**analisi del rischio** deve:

1. Identificare il rischio concreto o potenziale
2. Considerare tutti i fattori umani associati all'evento
3. Evidenziare le criticità che sottostanno all'evento
4. Suggestire azioni e processi che riducano la probabilità che si realizzino ulteriori eventi indesiderati

In ambito ostetrico, il travaglio di parto resta la fase più critica per la salvaguardia della salute della donna e del neonato.

Occorrono protocolli specifici, checklist, simulazioni.

Devono essere identificati a priori i fattori di rischio, non sempre presenti, e i piani di trattamento da attuare.

CONTROLLO E GESTIONE DEL RISCHIO OSTETRICO

....Alcuni studi suggeriscono che una percentuale variabile tra il 28 e il 50% delle morti materne è preventivabile e pertanto è evitabile.

NEAR MISSES

eventi non programmati, causati da errori che non determinano il danno che avrebbe potuto verificarsi

**RIDURRE IL DANNO
POTENZIALE**

CARTELLA COMPLETA

SEMEIOTICA

MEOWSA *Modified Early Obstetric Warning System, sistema di allarme ostetrico precoce per il tempestivo riconoscimento e trattamento di tutte le situazioni patologiche acute*

AUDIT

TABELLA 2.4

VALORI SOGLIA DI ALLARME (ROSSO) E PREALLARME (GIALLO) COME DEFINITI DAL MEOWS

	Soglia rossa	Soglia gialla
Temperatura (C°)	<35 o >38	35-36
Pressione sistolica (mmHg)	<90 o >160	150-160 o 90-100
Pressione diastolica	>100	90-100
Frequenza cardiaca (battiti/min)	<40 o >120	100-120 o 40-50
Frequenza respiratoria (respiro/min)	<10 o >30	21-30
Saturazione di ossigeno (%)	<95	—
Scala del dolore	—	2-3
Risposta neurologica	Non responsivo, dolore	Risposta

(Modificata da: Singh S, McGlennan A, England A, Simons R. A validation study of the CEMACH recommended modified early obstetric warning system (MEOWS). Anaesthesia 2012; 67: 12-8)

TABELLA 2.2

ERRORI PIÙ COMUNI E RICORRENTI EVIDENZIATI NEL CORSO DI SIMULAZIONE

Contesto clinico	Errore
Attacco eclamptico	Ventilazione inappropriata
	Scorretto uso MgSO ₄
	Sottostima intossicazione MgSO ₄
	Mancata ventilazione in paziente apnoico
	Mancata esecuzione test ematici (epatici, renali coagulativi) essenziali
	Non familiarità dosaggio idralazina
	Scorretto dosaggio o diluizione MgSO ₄
	Mancato inserimento catetere di Foley
Emorragia post partum	Sottostima perdita ematica
	Non familiarità uso di prostaglandine per contrazione miometrale
	Ritardo trasferimento in sala operatoria
	Ritardo somministrazione trasfusione
	Non familiarità dosaggio derivati ergotamina
	Mancata esecuzione test coagulazione e prova crociata
	Sottostima consumo fattori della coagulazione
	Mancata identificazione fonte di sanguinamento
	Mancato cateterismo vescicale
Distocia di spalla	Inadeguata documentazione dell'evento
	Ritardo nell'episiotomia
	Inefficacia della pressione sovrapubica
Parto podalico	Scorretta esecuzione Manovra Mc Roberts
	Scorretto ordine nella progressione dell'esecuzione delle manovre
	Scorretta presa degli arti
	Alfrettato tentativo di estrazione delle braccia
	Manovre inappropriate

(Modificata da: Maslovitz S, Barkai G, Lessing JB, Ziv A, and Many A. Recurrent obstetric management mistakes identified by simulation. *Obstet Gynecol* 2007;109: 1295-1300)

COMUNICAZIONE VERBALE E NON VERBALE TRA GLI OPERATORI/ CON LA DONNA

Una comunicazione appropriata tra gli operatori e con le donne è dunque considerata uno degli elementi costitutivi di **buona pratica, tanto quanto la competenza professionale e il rispetto dei propri doveri etico-professionali.** *(Royal College 2005)*

COMUNICAZIONE E CURA

1. Una buona comunicazione è espressione di conoscenza e capacità di soluzione del caso
2. Una buona comunicazione può attenuare le ricadute di esiti negativi
3. Una buona comunicazione comprende la corretta descrizione dell'evento nella cartella clinica

COMUNICAZIONE TRA GLI OPERATORI

1. Esprimere la sintesi critica del caso(epicrisi) aiuta ad affrontarlo adeguatamente
2. L'eliminazione del «non detto» può essere la chiave che permette di evitare un'emergenza
3. I conflitti tra ruoli sono controproducenti per risolvere situazioni acute

COMUNICAZIONE CON LA DONNA

1. Promuovere atteggiamenti di contenimento e di accompagnamento
2. Considerare il condizionamento esercitato dal comportamento degli operatori sul vissuto della donna
3. Evitare di comunicare sempre come se ogni situazione fosse a rischio
4. Personalizzare la comunicazione

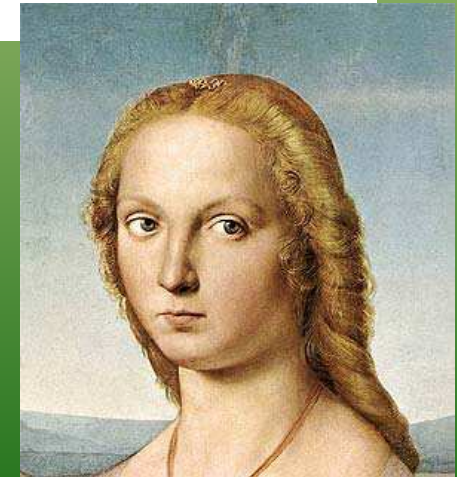
COMUNICAZIONE VERBALE E NON VERBALE

Gli aspetti non-verbali della comunicazione influenzano la comprensione di ciò che si sta' dicendo.

Il non verbale rappresenta circa il **70%** dell'interazione comunicativa.

Nelle emergenze spesso le comunicazioni non verbali sono le uniche comprese da tutti, operatori, donna e parenti, perché esprimono direttamente l'emotività.

Gli elementi non verbali della comunicazione sono cruciali per dare una sensazione di contenimento: parlare a voce bassa, non urlare, guardare negli occhi la donna e il partner, decidere quale operatore del team parla con la donna/coppia, in ogni caso prestare attenzione a non dare informazioni contraddittorie.

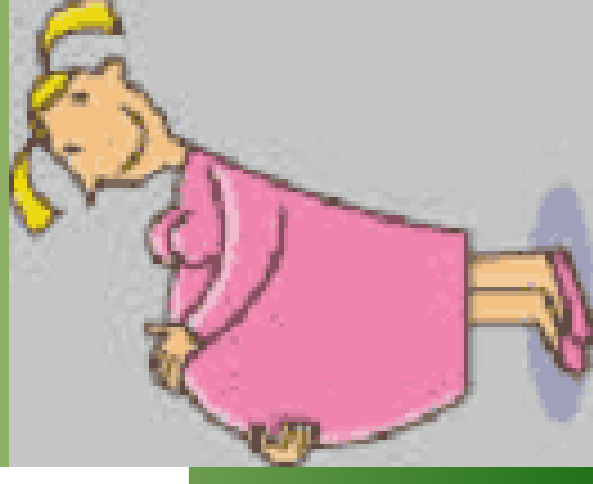


La comunicazione non-verbale si esprime concretamente nelle:
ad altezze differenti, orizzontale,
ad altezza, ad altezze differenti, tempi...;
a) posizioni tra corpi: davanti, dietro, alla stessa altezza, tempi...;
b) posizioni tra corpi: contatto, tocco, consensi, livelli di reciprocità, tempi...;
c) accessi ai corpi: contatto, tocco, sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
d) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
e) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
f) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
g) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
h) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
i) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
j) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
k) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
l) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
m) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
n) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
o) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
p) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
q) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
r) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
s) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
t) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
u) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
v) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
w) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
x) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
y) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...;
z) sguardi: dove guardo, chi guardo, lo sguardo "ponte", come "mettere in contatto" attrav-
verso lo sguardo...



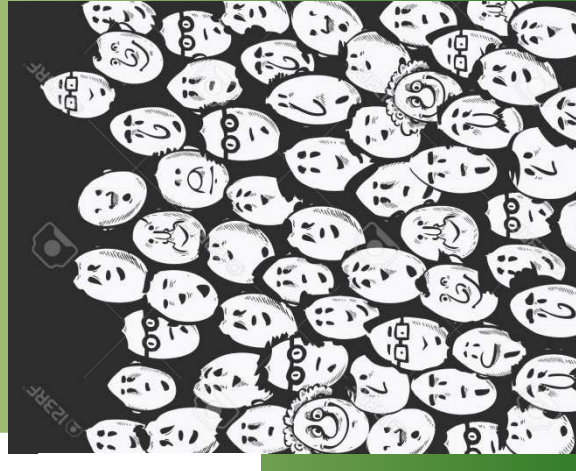
Vademecum per la buona comunicazione con la donna e con gli operatori nell'emergenza

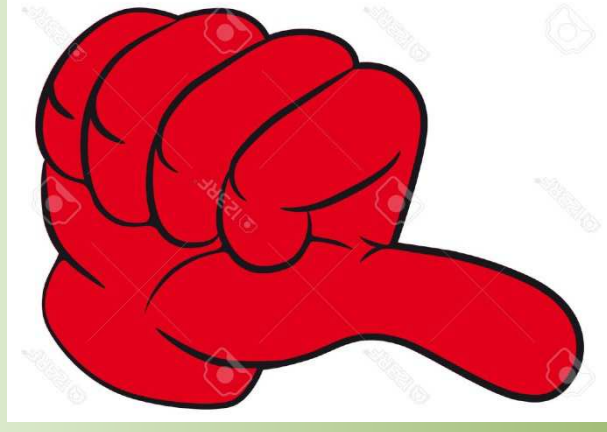
- Esprimere autorevolezza da parte di chi ha la gestione dell'assistenza, per evitare che prevalgano atteggiamenti "caotici" e per facilitare nel più breve tempo possibile la corretta sequenza delle manovre terapeutiche.
- Esprimere calma, assicurando una comunicazione costante con la donna e il suo partner o altra persona di fiducia presente al parto, nonché tra tutte le figure professionali presenti.
- Parlare uno alla volta.
- Valutare in continuo la situazione clinica sia in termini di efficacia risolutiva delle distinte manovre, sia in termini di comprensione da parte della donna di cosa sta accadendo.
- Usare una comunicazione che descriva in modo credibile, ma non terroristico, cosa sta accadendo nel "qui ed ora" e cosa si intende fare.
- Non esprimere conflitti tra ruoli.
- Non esprimere incoerenza nella comunicazione con la donna e tra operatori.
- Non prospettare il peggio a priori.
- Anticipare quello che verrà fatto nell'immediato senza spingersi oltre.
- Non contraddire quello che la donna dice di sentire.
- Ridiscutere con l'interessata eventuali involontari errori comunicativi a caso concluso.



Consigli su come comunicare con i parenti

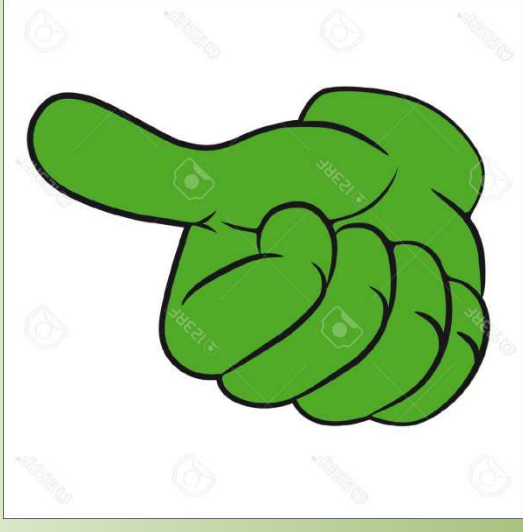
- Individuare un'unica fonte di informazione.
 - Esprimere un atteggiamento di empatia
 - Usare termini semplici e descrivere quanto sta capitando in modo comprensibile e non per addetti ai lavori.
 - Non reagire in modo aggressivo alle espressioni di ansia dei parenti.
 - Non aspettarsi reazioni di mutismo indubbiamente più semplici da sopportare/gestire.
 - Mostrare competenza e padronanza della situazione.
 - Esprimere sinceramente anche le incertezze.
 - Contestualizzare la frequenza con cui questo evento si verifica in generale e nel proprio ospedale.
 - Elencare le azioni intraprese: chi-cosa-dove-quando-perché-come.
 - Fornire promesse credibili.
-
- Non promettere quello che è fuori dal nostro controllo.
 - Segnalare luoghi e persone dove si possono avere altre informazioni.
 - Essere tempestivi nell'informazione per non dover impiegare tempo a contrastare informazioni o supposizioni errate che subito circolano.





Cosa evitare per una buona comunicazione/relazione nell'emergenza

- Arrogamento di routine paternalistico (se fosse mia sorella, mia moglie... lei non è a rischio di...), notarile (la signora ha deciso che vuole il cesareo... ha firmato il consenso informato quindi...).
- Minimizzazione (ma no, non ci sono rischi... c'è un piccolo problema ma vedrà che tutto andrà bene...), evitamento (non ho più visto quel medico, quell'ostetrica...).
- Documentazione mancante (razionale del processo decisionale, tempi, la sequenza delle procedure nelle emergenze), falsa (fare epicrisi esplicita va benissimo, aggiungere tra le righe, magari con penna diversa va malissimo, una scrittura troppo ordinata ed omogenea è molto sospetta...).
- Incompletezza dei dati e delle procedure (manus non efficitur analisi isulur gica, non autopsia...).
- Comunicazione con altri membri dello staff mancante (informazione non raccolta, non trasmessa, ignorata), stereotipa (secondamento spontaneo apparentemente completo), pregiudiziale (quell'operatore si spaventa sempre per niente...), minimizzante (ha perso poco... poi Hb 6).
- Arrogamento nel confronto di altri specialisti di autolimitazione (la donna ha un attacco ipertensivo: il mio compito è fare il cesareo e basta...) o delega (l'operata non urina: chiamate l'anestesista; la paziente è disпноica: chiamate il cardiologo).
- Esprimere panico manifesto (nella distocia di spalle mettersi a pregare...) disordine collettivo (tutti fanno tutto, chi fa che cosa?...).



Gli elementi per una comunicazione efficace

- **Pertinenza:** il messaggio deve essere adeguato all'ascoltatore
- **Semplicità:** il messaggio per essere chiaro deve essere semplice
- **Definizione:** i termini complessi devono essere spiegati
- **Strutturazione:** il messaggio deve procedere per gradi
- **Ripetizione:** puntualizzazioni ripetute dei concetti chiave sono utili alla comprensione del messaggio
- **Concrezione e analogia:** il messaggio è più comprensibile se concretizzato o comparato (esempi, applicazioni)
- **Focalizzazione:** occorre concentrare l'attenzione sugli aspetti essenziali

SIMULAZIONI IN TEAM E GIOCO DI SQUADRA

Il training di gruppo si focalizza sulle abilità comunicative, sulla valutazione delle situazioni, sulla chiarezza dei ruoli, sull'assegnazione dei compiti, sulla capacità di risolvere i problemi e di formulare rapidamente le decisioni.

Il training di gruppo si compone di tre nuclei principali:

1. Addestramento/introduzione alla teoria del training
2. Feedback e ripetizione della pratica
3. Rivalutazione

**TEAM
MULTIDISCIPLINARE**

