

L'ETICA DELLA RESPONSABILITA'

Giovan B. Serra

Per Weber e Jonas

responsabilità per un atto che *non è stato ancora compiuto*.

Ossia l'assumersi la responsabilità di un'azione ancora da compiere.

ma non impauritevi per il titolo:

mi manterrò nell'ambito della nostra specialità, riferendomi a tematiche quotidiane e pratiche, incontrate sia nella attività di ginecologo , sia, negli ultimi anni, di consulente medico-legale

inseguito un obiettivo preciso: essere di aiuto a voi colleghi nel prendervi cura delle pazienti

L'ETICA NELLA NOSTRA PROFESSIONE

Etica: da *ethos*: *costume, consuetudine*, ossia riferimento al nostro modo di agire

...la nostra professione, più di altre, presenta maggiori implicazioni, perché i **destinatari della prestazione** vivono situazioni e momenti decisivi...

...nelle nostre *decisioni* come nelle nostre *omissioni* vi è sempre un valore etico: **riguardano per davvero la vita e la morte**, o anche, e non è trascurabile, la *qualità di vita*.

In fondo è proprio per questo attenerci a *convincimenti e principi etici assai forti* **che veniamo legittimati ad agire** :

altrimenti non sarebbero giustificabili le nostre particolari prerogative :
di drogare le persone, manipolandone la chimica, la biologia e la fisica, o
addormentarne la coscienza, o irrompendo nei loro corpi

L'ETICA NELLA NOSTRA PROFESSIONE

Ma, avere un comportamento eticamente adeguato richiede esercizio ed impegno, e sicuramente non basta né avere una semplice *buona* intenzione, né l'essere o il sentirsi in *buona fede*.

Da ciò la necessità di atti precisi, di **azioni concrete**, di **comportamenti adeguati** ed è su questi che vorrei relazionarvi, esprimendo subito il mio rammarico per il constatare come gli insegnamenti universitari ne risultino **fortemente carenti**

TECNOCRAZIA, spesso lontana e poco impegnata ad aiutarci

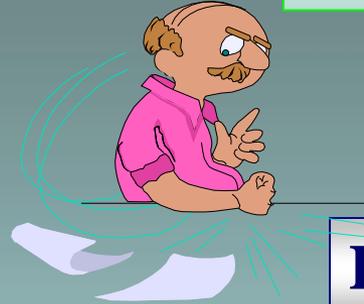
con tanti dietro le quinte, e noi soli sul palcoscenico

Vorrei ricordare che spesso noi siamo gli unici garanti
o almeno quelli più visibili

Il Sistema Sanitario in senso stretto

EVENTO AVVERSO vero o presunto

Gli Unici Garanti Visibili



DENUNCIA

ERRORE DEI MEDICI



Colpa e o biasimo



Discredito e danno professionale

Risarcimento o comunque spese legali

la legge Gelli, 8 Marzo 2017 n° 24, istituzionalizza il 'Risk Manager'
in tutte le strutture sanitarie

L'art. 1 richiama il principio della sicurezza delle cure in sanità, *pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale (....)*”.

Da un WC di un Bar di Dublino



Lista di cose da controllare

Firma degli operatori ad intervalli di 1 ora ciascuno

THEY SAID NO FINER DINER

Eddie Rocket's
CITY DINER

Date: 22.07.2006 Saturday

EDDIE ROCKET'S WASHROOM CHECKLIST

EMPLOYEES: After you check the following stuff, sign your initials where it says "initials".

Toilet Paper — Don't let them rolls run out	Floor — Should be clean & Dry
Soap — Fill 'er up	Vanity — I think this means around the sink
Paper Towels — Make sure there's plenny	Sink — Make believe it's yours & your ma's coming over
Garbage Can — Empty it, pal	Mirror — Make believe it's yours & your main squeeze is coming over

Time	Initials	Time	Initials
10:00	Alex	7:00	Maria
11:00		8:00	Will
12:00	Alex	9:00	Will
1:00	Maria	10:00	Will
2:00	Maria	11:00	Will
3:00	Will	12:00	Will
4:00	Maria	1:00	Will
5:00	Maria	2:00	Will
6:00	Maria	3:00	Will

CUSTOMERS: We check these restrooms regular. But if you think we ain't on the ball, just say so. I'll take care of it. Hey, it's my name on this joint!

— Ed.

Ecco, già il predisporre quella sorta di check-list, e quegli orari in cui effettuare i controlli, e quella firma da apporre ogni volta, sono già espressione di un principio chiaro ed evidente di responsabilità

Se tanta responsabilità viene giustamente richiesta per la pulizia di quel piccolo WC, non sarebbe ancora più doveroso richiederla in ambito sanitario ?

Sig.ra _____ Data _____ Dr _____ Allergie _____ Gruppo _____ Hb _____ Plt _____

Definizione del rischio e la modalità proposta per la sorveglianza fetale

Prematurità (< 37 sett)
 Eccessivo Accrescim Fetale
 Travaglio indotto (ossit/PG)
 Emorr. Anteparto (III trim)

Ipertensione
 Liqu. Amniotico tinto
 Polionicos
 Oligoamnios (AFI <5")

Pregresso Parto Distocico
 Pregresso T.C.
 Problemi di Coagulazione
 Ridotti Movimenti Fetal
 Colestasi intraepatica
 Ridotto Accrescimento Fetale
 Prolungata PROM (> 24 ore)
 Altro.....

Informazioni anamnestiche e di laboratorio che meritano particolare attenzione

HbsAg	
HCV	
Eubeo	
CMV	
Toxo	
Copro	
Strepto B	

DPP _____ Settim. _____ N.Eco _____ Anni _____
 Priorità/Urgenza Alta Media Bassa
 Controllo CTG Auscultaz./CTG intermitt. CTG continuo

Inviata in S.Travaglio h _____ Firma dr _____ da PS da Rep

Bishop

	0	1	2	3
Dilatazione	0 cm	1-2 cm	3-4 cm	5-6 cm
Trasformaz.-Appianam	0-30%	30-50%	50-70%	70-90%
Consistenza	Dura-Rigida	Media	Softice	-
Posizione cervic	Post	Intern.	Anteriore	-
	-3	-2	-1-0	+1-+2

Questa è il foglio che si era realizzato in ospedale, al Cristo Re

Registrazione degli eventi, dei controlli e delle eventuali terapie con apposite firme

h	CTGAusc	Evento	Note Ostetrica	Firma Ost	AvvMed
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					

Inizio fase attiva h.	PARTOGRAMMA						
	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°
-3							
-2							
-1							
0							
+1							
+2							
+3							
Contraz.							
Consist.							
Appian.							
Ora							

Il partogramma

Leggenda

Contrazioni: 0 irregolari, 1 regolari 4-6 min, 2 regolari 2-3 min
 Consistenza cervic: 0 dura-rigida, 1 intermedia, 2 morbida softice
 Appianamento: 0 0-50%, 1 50-70%, 2 70-90%
 Posizione cervic: 0 posteriore, 1 intermedia, 2 centralizzato
 IA: C chiaro, T tinto, M meconio
 Membrane: ↑ rottura spontanea ↓ amniocesi

Sig.ra **MECCA MARIANGELA** Data **13/10/08**

Dr **Bush**

Allergie *ug.* Gruppo **A+** Hb **Plt**

Nota da Curante **Femini**

Nota da SSP

Nota da Pz

Cgliz

<input type="checkbox"/> Alterazioni CTG	<input type="checkbox"/> Emotività elevata	<input type="checkbox"/> Progresso Parto Distocico
<input type="checkbox"/> Diabete (con ter. insulina)	<input type="checkbox"/> Flaccidimetria alterata	<input type="checkbox"/> Progresso T.C.
<input type="checkbox"/> Diabete (senza ter. insulina)	<input type="checkbox"/> Gravidezza multipla	<input type="checkbox"/> Problemi di Coagulazione
<input type="checkbox"/> Autodeterminazione x T.C.	<input type="checkbox"/> Grav. O.T >42 sett	<input type="checkbox"/> Ridotti Movimenti Fetalì
<input type="checkbox"/> Prematurità (< 37 sett)	<input type="checkbox"/> Ipertensione	<input type="checkbox"/> Colestasi intraepatica
<input type="checkbox"/> Eccessivo Accrescim Fetale	<input type="checkbox"/> Liq. Amniotico tiato	<input type="checkbox"/> Ridotto Accrescimento Fetale
<input type="checkbox"/> Travaglio indotto (ossitoc)	<input type="checkbox"/> Poliarnnios	<input type="checkbox"/> Prolungata PROM (> 24 ore)
<input type="checkbox"/> Emorr. Anteparto (III trim)	<input type="checkbox"/> Oligoarnnios (AFI <5°)	<input type="checkbox"/> Altro.....

FbsAg	<i>ug.</i>
HCV	<i>ug.</i>
Rubeo	<i>+</i>
CMV	<i>+</i>
Toxo	<i>ug.</i>
Capro	<i>ug.</i>
Strepto B	<i>ug.</i>

Note:
supra ug.

DPP Settim. N.Eco Anni
 Priorità/Urgenza Alta Media Bassa
 Controllo CTG Auscultaz/CTG intern CTG continuo Se fattori in grassetto

Bishop

	0	1	2	3
Dilatazione	0 cm	1-2 cm	3-4 cm	5-6 cm
Trasformaz-Appianam	0-30%	30-50%	50-70%	70-90%
Consistenza	Dura-Rigida	Media	Softice	-
Posizione cervice	Post	Interm	Anteriore	-
Livello PP	-3	-2	-1-0	+1-+2

Inviata in S.Travaglio h

Firma dr da PS *Bush*
 da Rep

Inizio regitraz. h. **PARTOGRAMMA** Inizio fase attiva h.

h	CTG/Ausc	Evento	Note Ostetrica	Firma Ost AvvMed	Note Medico	Firma Med	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°
224	X	Arrivo in sala travaglio									X	X	X				
		BCF registrato 125															
225	X	inizio csa					0										
2330	X	PV punto simidico															
235	X	Visita sospesa csa					X										
		per peristolela															
08.08	X	Ripreso CTG															
09.30	X	PA 10/80, Tc 36,5															
1.00	X	PV															
1.30	X	PV					2	2	2	2	2	2	2				
1.55	X	Visita, Amniocesi, LA di csa					2	2	2	2	2	2	2				
2.25	X	PV					3	3	3	3	3	3	3				
3.00	X	PV					2	2	2	2	2	2	2				
3.30	X	Visita, siuolola vesica															
4.00	X	PV															
4.30	X	PV															
5.00	X	Visita															

Leggenda
 Contrazioni: 0 irregolari; 1 regolari 4-6 min; 2 regolari 2-3 min
 Consistenza cervicale: 0 dura-rigida; 1 intermedia; 2 morbida-softice
 Appianamento: 0 0-30%; 1 30-50%; 2 50-70%; 3 70-90%
 Posizione cervicale: 0 posteriore; 1 intermedia; 2 centralizzato



SPECIALIZZATI IN RESPONSABILITÀ MEDICA

home Chi siamo About del nostro successo Segui su Facebook News Contattaci

CHIAMA SENZA IMPEGNO ☎ 06 45438324

Un team di esperti in RESPONSABILITÀ MEDICA al tuo servizio!

Nulla ci è dovuto se non viene ottenuto un risarcimento danni!

AFFIDATI A CHI OTTIENE SUCCESSI DA OLTRE 30 ANNI

periplo familiare I TUOI DIRITTI · 5 MOTIVI · CASI RISOLTI · ZERO SPESE · CONTATTI

Flavio con noi si è sentito al sicuro. Siamo professionisti ma restiamo persone.

Se pensi di aver subito un errore medico, **ci siamo anche per te.**

Da **oltre 25 anni** l'associazione Periplo Familiare tutela i diritti dei pazienti **danneggiati** e dei loro familiari supportandoli prima di tutto nelle giuste azioni da compiere.

Pensi di essere vittima di un errore sanitario?

Noi siamo dalla tua parte. Sempre.

VUOI SAPERE COME?

[Risarcimento Malasanità - Ottieni Giustizia - Zero anticipi di Spesa](#)

Ann. www.erroremedico.info/Risarcimento/Malasanità ▼

Avvocati Specializzati - Zero anticipi di Spesa - 100% di Successi - Contattaci. Ottieni Giustizia! - **RISARCIMENTO MALASANITA'** 100% Risarcimento. Diritti del Malato. Avvocati Esperti. Contattaci Ora. Medici Legali Esperti.

[Assistenza Legale Malasanità - Associazione Giustizia Medica](#)

Ann. www.giustiziamedica.it/risarcimento/malasanità ▼

Associazione di medici e avvocati specialisti del diritto sanitario. Contattaci ora! Contattaci ora per una consulenza gratuita per casi di **malasanità** a Roma! Valutazione caso per caso. Consulenza Gratuita. Alta percentuale successo.

[Assistenza Malasanità - Seguiamo Gratis la tua Causa - Contattaci senza impegno](#)

Ann. www.dannomedico.net/ ▼

I nostri Avvocati e Medici Legali ti seguiranno per ottenere un rimborso senza spese. Non dovrai anticipare niente ma solo in caso di successo saranno liquidati gli onorari. Consulenza Gratuita. Pensiamo a tutto noi. Associazione No profit. Operiamo in tutta Italia. **Assistenza** medico-legale.

[Risarcimento Danni Malasanità - Chiama Subito per un Consulto](#)

Ann. www.dimariamalasanita.it/Danni/Malasanità ▼

Qualificati in **Malasanità**. 0 Spese e Consulto Gratuito, Numerose Vittorie! 30 Esperti Selezionati. Paghi solo se Vinci. Nessun Anticipo Spese. Adv.to Disastro Ustica.

[Risarcimento per malasanità - Assistenza legale qualificata](#)

Ann. www.avvocatoerroremedico.it/studiolegalePSP/malasanità ▼

Offriamo **assistenza** legale per casi di **malasanità** senza nessun compenso iniziale. Privacy garantita. Consulenza senza impegno. Pubblicazioni in merito. Riservatezza garantita. Studio legale qualificato.

Risultati del Web

home - niccolò maria sposimo

www.niccolomariasposimo.it/

sei vittima di malasanità o di incidente? il dottor niccolò m. sposimo è specializzato in ...

malasanità | utenti consumatori

utenticonsumatori.it/malasanita/

nel campo del risarcimento per malasanita' l'associazione, operando in favore delle ...

Questo delle cartelle cliniche è un argomento importante

Le nostre cartelle spesso sono mal predisposte
sempre con tantissimi fogli bianchi come fossero trascurate
senza guide o pro-memoria o algoritmi che risultino di aiuto
senza descrizioni efficaci degli eventi verificatisi
spesso con ampie contraddizioni
di solito senza epicrisi

**DimENTICANDO che rappresentano la nostra versione dei fatti,
di cui per forza tutti dovranno tener conto**

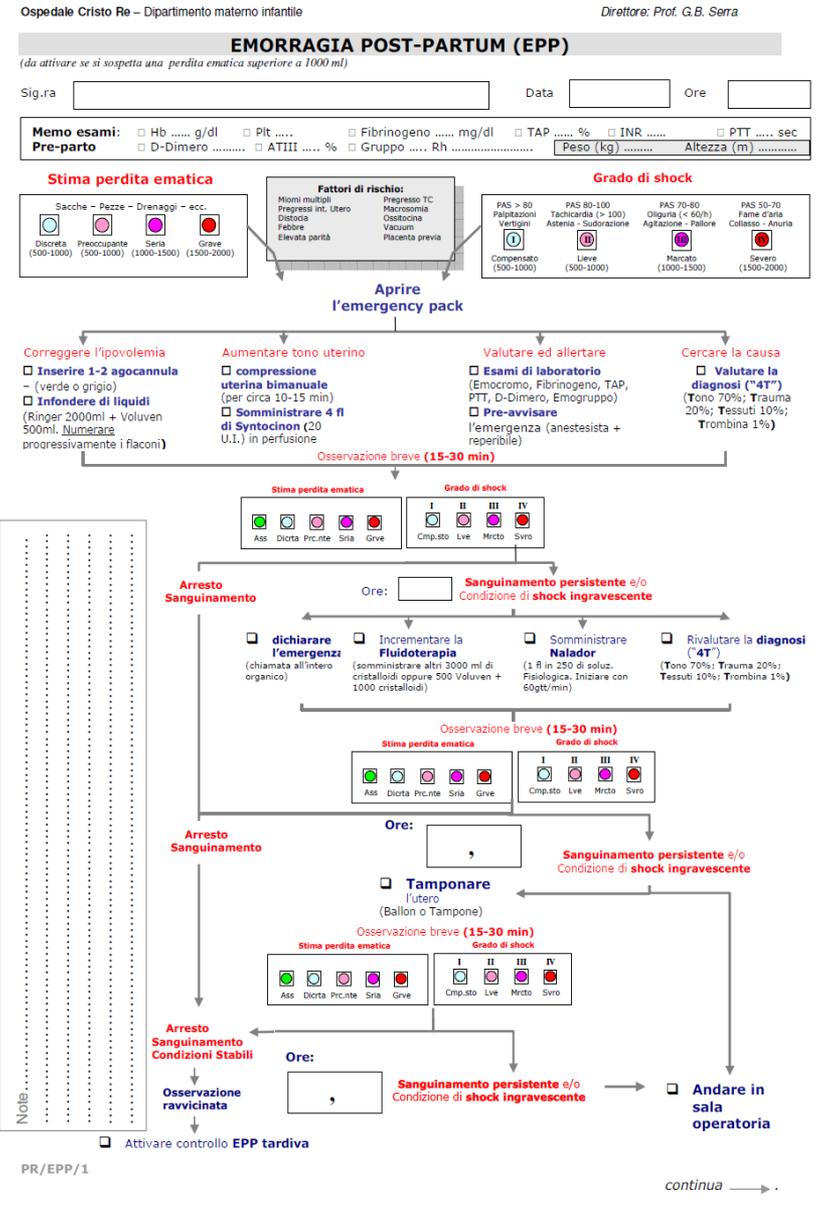
Algoritmo decisionale per il trattamento della:

EMORRAGIA POST-PARTUM

Questo è il protocollo realizzato dal Gruppo con due obiettivi precisi:
aiutare ad orientarsi
ricordare cosa fare
e documentare cosa si è fatto

In altri termini, aiutare a *rendere facile fare le cose giuste*, e *rendere difficile fare le cose sbagliate*.

Carlo Piscicelli, Giovan Battista Serra
 Emergenze Ostetriche
 Protocolli e Procedure



1

2

3

4

EMORRAGIA POST-PARTUM (EPP)

(da attivare se si sospetta una perdita ematica superiore a 1000 ml)

Sig.ra Data Ore

Memo esami: Hb g/dl Plt Fibrinogeno mg/dl TAP % INR PTT sec
Pre-parto D-Dimero ATIII % Gruppo Rh Peso (kg) Altezza (m)

Stima perdita ematica

Sacche - Pezze - Drenaggi - ecc.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discreta (500-1000)	Preoccupante (500-1000)	Seria (1000-1500)	Grave (1500-2000)

Fattori di rischio:

Miomi multipli	Pregresso TC
Pregressi int. Utero	Macrosomia
Distoclia	Ossitocina
Febbre	Vacuum
Elevata parità	Placenta previa

Grado di shock

PAS > 80 Palpitazioni Vertigini <input type="checkbox"/>	PAS 80-100 Tachicardia (> 100) Astenia - Sudorazione <input type="checkbox"/>	PAS 70-80 Oliguria (< 60/h) Agitazione - Pallore <input type="checkbox"/>	PAS 50-70 Fame d'aria Collasso - Anuria <input type="checkbox"/>
Compensato (500-1000)	Lieve (500-1000)	Marcato (1000-1500)	Severo (1500-2000)

Aprire l'emergency pack

Correggere l'ipovolemia <input checked="" type="checkbox"/> Inserire 1-2 agocannula (verde o grigio) <input type="checkbox"/> Infondere di liquidi	Aumentare tono uterino <input type="checkbox"/> compressione uterina bimanuale (per circa 10-15 min)	Valutare ed allertare <input type="checkbox"/> Esami di laboratorio (Emocromo, Fibrinogeno, TAP, PTT, D-Dimero, Emogruppo) <input type="checkbox"/> Pre-avvisare l'emergenza (anestesista + reperibile)	Cercare la causa <input type="checkbox"/> Valutare la diagnosi ("4T") (Tono 70%; Trauma 20%; Tessuti 10%; Trombina 1%)
--	--	--	--

...ve (15-30 min)

Grado di shock

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Cmp.sto	II Lve	III Mrcto	IV Svro

1

infusione di 225 ml in...



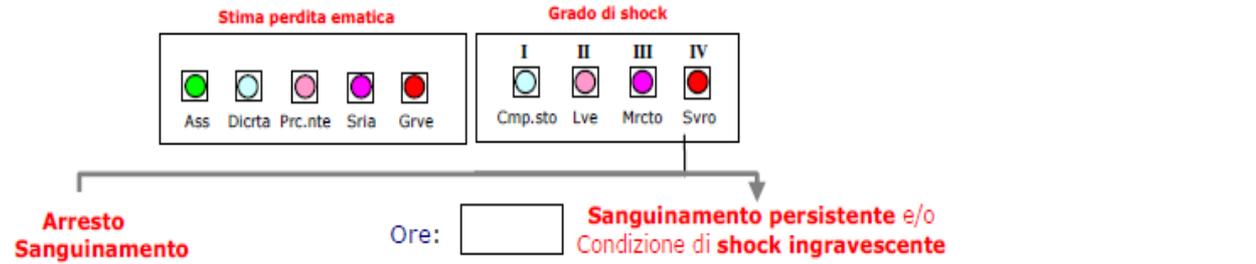
64 min

23 min

4 min

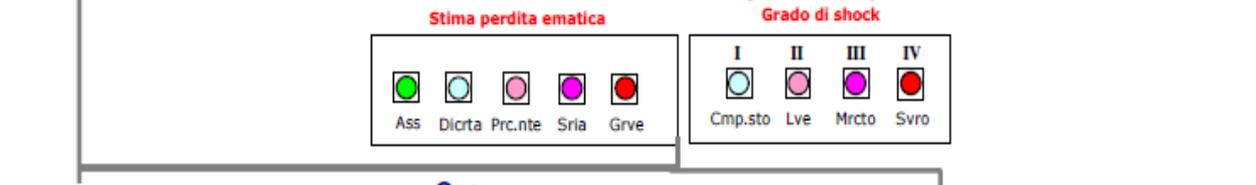
Spesso anche gli aghi sono determinanti

2



- dichiarare l'emergenza**
(chiamata all'intero organico)
- Incrementare la Fluidoterapia**
(somministrare altri 3000 ml di cristalloidi oppure 500 Voluven + 1000 cristalloidi)
- Somministrare Nalador**
(1 fl in 250 di soluz. Fisiologica. Iniziare con 60gtt/min)
- Rivalutare la diagnosi ("4T")**
(Tono 70%; Trauma 20%; Tessuti 10%; Trombina 1%)

Osservazione breve (15-30 min)



Sanguinamento persistente e/o
Condizione di shock ingravescente

- Tamponare l'utero**
(Ballon o Tampone)

Osservazione breve (15-30 min)



Arresto Sanguinamento
Condizioni Stabili

Osservazione ravvicinata

Sanguinamento persistente e/o
Condizione di shock ingravescente

Andare in sala operatoria

Notes area with vertical dotted lines and the word "Note" written vertically.

Inizio delle manovre ore

dichiarata l'emergenza (vengono chiamati tutti i presenti)

Si interrompono le spinte sul fondo (eventuali m. Kristeller)
che possono essere effettuate solo in associazione alle manovre sottoelencate

Cauto tentativo di contro-rotazione esterna



Si tenta di modificare l'orientamento della pelvi

Manovra di Mc Roberts
esercitando una cauta trazione sulla testa

risolve **non risolve**



Manovra di Walcher
esercitando una cauta trazione sulla testa

risolve **non risolve**

Si tenta di ridurre il diametro bisacromiale



Manovra di pressione sovrapubica di Rubin I

risolve **non risolve**



Manovra di pressione sovrapubica di Mazzanti

risolve **non risolve**

Si aumenta lo spazio vaginale per eseguire m.interne

Episiotomia se non precedentemente eseguita

Episiotomia già effettuata, viene amplificata

Si tenta di ruotare ed inclinare la spalla posteriore

Manovra di Hibbard-Resnick
risolve

risolve **non**

Inserire il palmo della mano sotto la spalla posteriore con



Si tenta di ruotare le spalle per trovare un diametro più favorevole



Manovra di Morris (*pressione sulla faccia ventrale*)
Riesce possibile ruotare la spalla verso un diam obliquo

risolve **non risolve**



Manovra di Rubin II (*pressione sulla faccia dorsale*)
Riesce possibile ruotare la spalla verso un diam obliquo

risolve **non risolve**



Manovra di Woods
Riesce possibile ruotare le spalle di 180°

risolve **non risolve**

Si tenta di inclinare il diametro bisacromiale



M. di Latellier (*spalla anteriore*) o **Bourgeois** (*spalla posteriore*)
Riesce possibile uncinare ed inclinare la spalla

risolve **non risolve**



Manovra con uso di Sling
Riesce possibile inclinare la spalla utilizzando un laccio

risolve **non risolve**

Si tenta di sostituire il diametro bisacromiale con acromion ascellare



Manovra di Jaquemier
Riesce possibile afferrare ed estrarre il braccio posteriore

risolve **non risolve**

Data

1 d. 20. 10. 1971

Sig. _____

ANAMNELSU EPICRIN'

A dilatazione completa, con pp. ben impegnate in basso, si porta la
poz. in sede parto alle ore 12,05 e si dice parto.

Richiede in talia di gravidanza a basso rischio, il parto viene ammesso
dell'onetico, Maria Rossi.

In quel momento io reguro un'altra gravida in travaglio, che accusava
contrazioni tetaniche alle mani (poz. B.C.)

d'onetico riferisce di aver visto affiorare la fetina, che poi è ben
uscita. Solo a quel punto mi è accorta della presenza di
una dimonia di spalle.

A suo dire, senza effettuare trazioni, ha subito provveduto a
farla chiamare, alle ore 12,22. Mi sono recato subito in
sala da parto, dove sono entrato alle ore 12,23-12,24.

Effettivamente vi è una dimonia abbastanza fissa. Provvedo a
farla chiamare subito l'assistente ed il mecatologo.

Provo ad effettuare una rotazione di spalle, ma rimane abbastanza
fissa. Faccio assumere la posizione di Mc Roberts, ed eseguo

un'ampia estirpazione nel tentativo di guadagnare spazio.
Chiedo all'onetico di fare pressione subito dietro il pube con un
pugno chiuso, per cercare di far ruotare la piccola spalla.

All'occlusione dello scolo parto sono le 12,25.

Provo ad effettuare la liberazione del braccetto posteriore, ma non ci
rieste, anche per l'effetto collaterale dell'utero.

Sono presenti oltre al sottoscritto ed all'onetico, il mecatologo Dr. Cio,
Pauenerista Dr. Tizio, ed inoltre dalle 12,27 anche l'onetico Cimella ed
il collega onetico di PS Dr. Semproni.

Vedendo diventare sempre più elastico il viso del bimbo, considero il
caso ormai lungamente trascorso, per evitare o comunque minimizzare il rischio
di una paresi cerebrale grave e indolgenti offrendo due ipotesi, decido
di procedere con una controllata e cauta trazione, anche a costo
di lesione del plesso brachiale.

Si riesce ad estrarre il bimbo alle 12,28: i muscoli maxillo
il bimbo viene subito consegnato al mecatologo che procede

basso,

di

parto

lui

elle

ima,

a dello

ibito

ti

uo

ima,

ed il

due

scario

un'ampia

telio

si ruotare

auto

cuore

dell'utero,

il

molte

llega.

viso del
avente
zare il
ed indolgenti
con una
ono di

si: ianoni
sto al
corso

Corso di
aggiornamento

LE EMERGENZE IN SALA PARTO

Venerdì 24 novembre 2006
Ore 9.00/16.00

Aula Magna Ospedale Sandro Pertini
Via dei Monti Tiburtini - 00157 Roma

PROGRAMMA

Saluto delle Autorità:

- Presidente Ordine Provinciale di Roma dei Medici-chirurghi e degli Odontoiatri
Dott. Mario Falconi
- Direttore Generale ASL Roma D
Dott. F. Degrossi
- Responsabile Segreteria
Dott.ssa P. Lenetti

Presidente: M. Giovannini

- L'equipe di sala parto: composizione e competenze interne
G.B. Serra
- La leadership: consapevolezza delle capacità proprie ed altrui; essere autorevoli, essere autoritari
L. Guersoli
- L'immaginario dell'utenza; le disfunzioni inaccettabili
S. Inglese
- Discussione

SESSIONE B

"Il battito cardiaco fetale: segnale di vita, segnale di sofferenza"

Presidente: E. Piccione

- Le valutazioni soggettive del BCF
D. Arduini

SESSIONE C

"Esigenze, aspettative e richieste del paziente. Il consenso informato efficace. La richiesta di taglio cesareo"

Presidente: A. Grandin

- Richieste da non accogliere
M. Giovannini
- Richieste da accogliere
G.B. Serra
- L'avvocato
G.M. Gentile
- Il giudice
G. Soiera
- L'Agenzia di sanità Pubblica
C. Cini
- Interventi preordinati
M. Finsinger, C. Donadio, P.L. Palazzetti, E. Cirese
- Discussione

 **Ferrari**
in Sala Parto

Emerse che per ottimizzare i risultati,
oltre a scegliere i piloti migliori,
ed i migliori progettisti e mano d'opera,
il concetto che emergeva come più importante era proprio quello di
squadra

..la squadra come elemento portante....



..da mantenere affiatata anche dopo qualche errore, valorizzando la fusione e la competenza, ed incrementandone sempre più le capacità.



Quello che ci accomuna è un mestiere difficile

abbiamo le nostre terribili *emergenze*, quelle che emergono dal nulla, spesso, di notte, per le quali ci si trova a lavorare oltre i limiti della resistenza, non sempre capaci di contenere la nostra emotività, a volte, e pericolosamente, con una inaccettabile distorta percezione del tempo



Intervallo fra la decisione di T.C urgente e l'incisione

valutazione del tempo

soggettiva

t. misurato

15 min

32 min

20 min

53 min

7 min

19 min

10 min

30 min

14 min

28 min

20 min

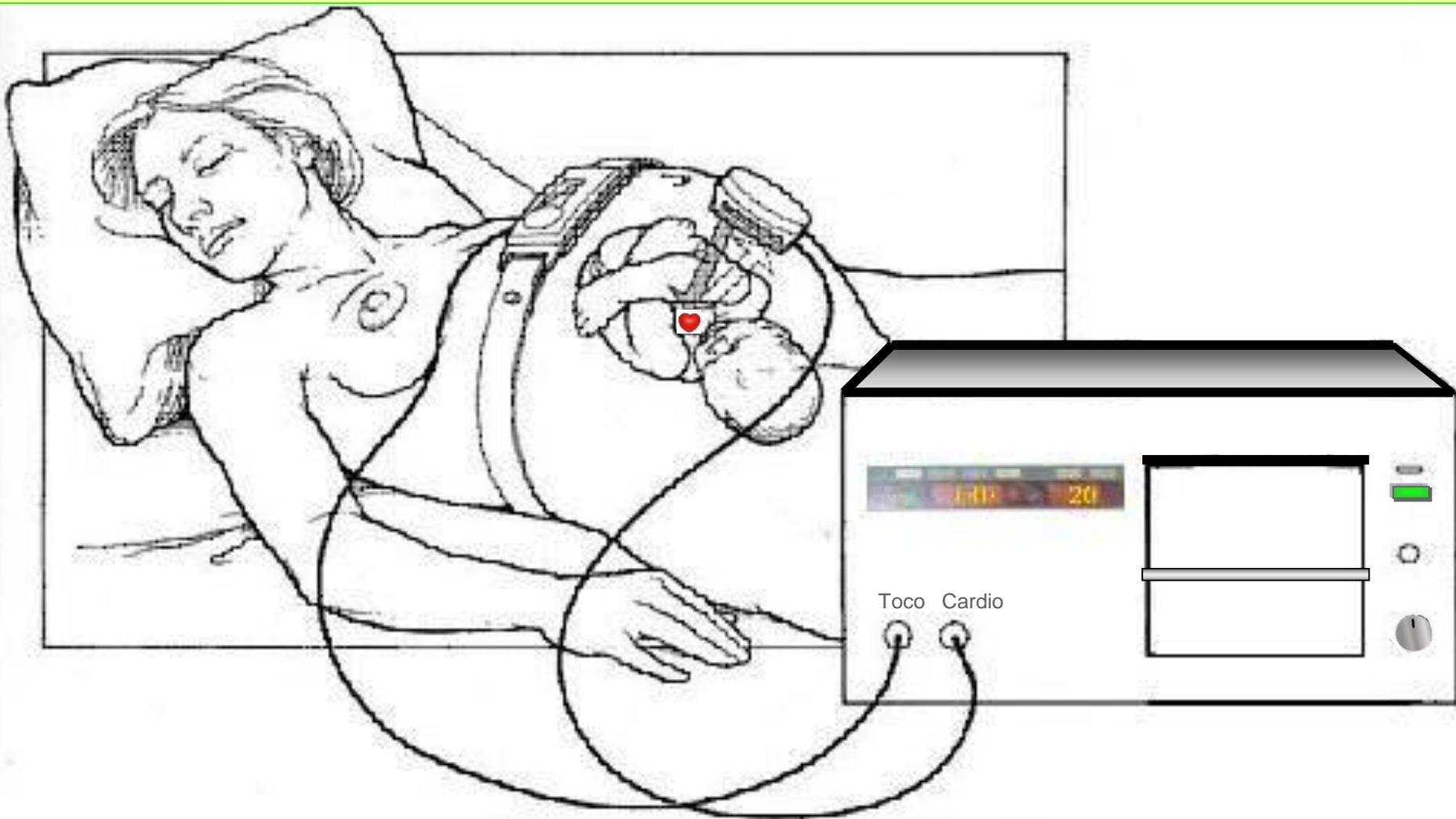
38 min

14 min

22 min

Come tutti ci siamo trovati di fronte all'ambiguità del segnale CTG

..ed a fare i conti con l'ampia variabilità interpretativa che ne diamo



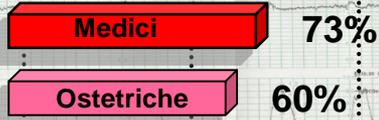


21 medici e 14 ostetriche

Giudizio su 6 tracciati
cardiotocografici
eseguiti in fase attiva di
travaglio



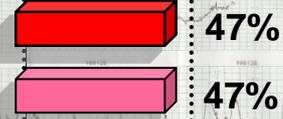
1



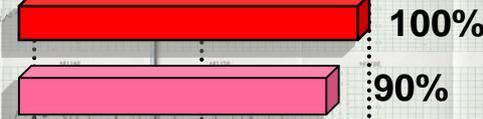
I gravida 42 sett (38 aa. Storia neg)
 Dilatazione 5 cm PP alta, non impegnata
 LA: tinto



2



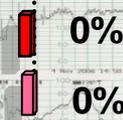
I gravida 40 sett (32 aa. Epilessia – Tegretol)
 Dilatazione 4 cm PP alta, non impegnata
 LA: membrane integre



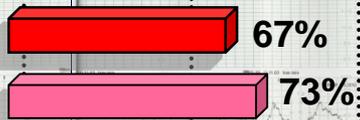
3



III gravida 2 p 40 sett (43 aa. Ipertesa e diab)
 Dilatazione 7 cm. PP impegnata
 LA: chiaro



4



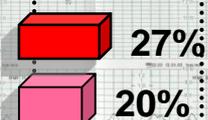
I gravida 41sett (31 aa. Storia neg)
 Dilatazione 7 cm. PP impegnata
 LA: chiaro



5



I gravida 39sett (30 aa. Storia neg)
 Dilatazione 8 cm. PP impegnata
 LA: chiaro



6



I gravida 40sett (32 aa. Storia neg)
 Dilatazione 5 cm. PP alta, non impegnata
 LA: membrane integre



Ma, parlando a colleghi che lavorano molto in ambulatorio vorrei oggi soffermarmi sulla *comunicazione* ricordando delle norme generali

Le parole, ovviamente, sono importanti per *porre dei ponti*:

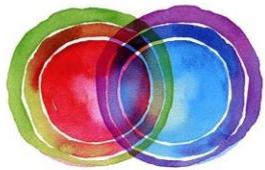
Ma, tal fine occorre evitare che noi si utilizzi un linguaggio imperativo tipo ”..*Lei dovrebbe..*” oppure ”...*Si deve...*”

o anche creare, senza accorgercene, delle barriere verbali come si verifica con frasi sostanzialmente di negazione:

”*Lei non ha considerato che...*” oppure ”...*Lei ha trascurato di...*”.

Più utile sostituirle con modi più positivi di esprimere le stesse cose:

”...*Sembra vi sia anche un punto di vista diverso su questo tema...*”, oppure
”...*è anche possibile suggerire...*”.



il Giardino dei Libri.it
Emanuela Mazza

La relazione
medico-paziente

Manuale di Comunicazione
per i Professionisti della Salute

EDIZIONI ENEA

Invece spesso noi disseminiamo negazioni anche senza saperlo:

se pronuncio la frase

"Lei ha ragione, ma io sono stato occupato con altro paziente"

quello che rimane più impresso non è la prima parte, in cui si dà ragione alla paziente, bensì la seconda, perchè il ma è una congiunzione avversativa che cancella la prima parte, ponendo in risalto, nella mente di chi ascolta, la seconda.

Lo stesso per altre congiunzioni avversative, come però o tuttavia.

Più appropriato utilizzare altre congiunzioni, non *avversative*, come "e", "anche se", "..è vero che...ed è anche vero che....".



il Giardino dei Libri.it
Emanuela Mazza

La relazione
medico-paziente

Manuale di Comunicazione
per i Professionisti della Salute

EDIZIONI ENEA

Un'altra piccola annotazione:

se io dico: "non pensare ad un asino che vola"

è difficile evitare che si formi proprio l'immagine dell'asino che vola: pare sia il nostro *inconscio* che non sappia elaborare la negazione e quindi lascia comunque comparire l'immagine evocata.

Questo soltanto per ricordare che quando diciamo "...non si preoccupi..." difficilmente riusciamo ad essere efficaci: meglio dire "*stia tranquillo*"..

Evitare il *medichese*, o darne pronta traduzione. E' il nostro linguaggio tecnico e ci aiuta ad essere precisi. Ma non risultiamo comprensibili: dobbiamo saper tradurre.

Infine, evitare frasi lunghe: **non vengono recepite.**

E' fondamentale darsi un metodo, seguire uno schema:

Le dinamiche di cui ora parlo ovviamente hanno come teatro anche e soprattutto gli incontri ambulatoriali. Nei quali, come dicevo all'inizio, abbiamo anche un tempo da rispettare

- un colloquio iniziale
- poi il momento della *visita*,
- e finalmente, la fase della *restituzione*

Ricordando che, per essere credibili dobbiamo essere coerenti:
senza contraddizioni fra messaggi verbali e non verbali:
*le pazienti vedono e captano i segnali inviati dal nostro corpo, e,
senza renderse conto, finiscono con il prestargli più attenzione
di quanta ne attribuiscono alle parole.*

Se, la paz. è accompagnata occorre guardarla negli occhi per renderla certa che sia lei la protagonista

La posizione della testa parla alla gente: quando diritta ci farà apparire sicuri ed autorevoli.

Controllate le mani: mantenetele in vista, sul tavolo.



Osservate la giusta distanza: non troppo vicino, che può dare l'impressione di essere invadente, e non troppo lontano che può farvi apparire come scostante.

L'INCONTRO

Sapere ascoltare

...mediamente si ascolta solo il 25%

senza giudicare

... per dare spazio

ascolto attivo, dandone percezione

...senza commenti

L'importanza dell'ambiente

Le domande da porre con metodo

...cominciando da quelle a risposta automatica

...ponendo la paziente al centro dell'attenzione

vorrei soffermarmi un poco sulle
pazienti difficili:
ossia tutte quelle che ci suscitano *sentimenti sgradevoli*

Al centro vi è l'inter-relazione paziente-medico,
con il corteo delle *risonanze emotive* che si
vengono a scambiare fra i due protagonisti



Si tratta di una **combinazione fra** tratti emotivi di entrambi,
medico e paziente



A volte una paziente risulta *sgradevole*
per una grossa *conflittualità* che si innesca in noi medici,
senza alcuna '*colpa*' particolare della paziente

magari solo per il nostro sentirci *impreparati*,
perché ci imbattiamo in una sindrome che non conosciamo:
il timore di risultare, o di apparire *meno affidabili*,
professionalmente non appropriati

In tutti questi casi emerge spesso in noi una frustrazione profonda
nel nostro *bisogno di guarire*, nel desiderio di *essere onnipotenti*,
facendoci sentire *sgradevolmente inadeguati*.

Insomma può capitare che una paziente venga etichettata come
difficile o fastidiosa
solo in conseguenza di un malessere esclusivamente nostro

Magari, quella stessa paziente, nella relazione con un altro
medico, emotivamente meno coinvolto o più esperto
verrebbe vista come del tutto normale

Sarebbe assai più utile, e voglio sottolinearlo,
se ogni medico venisse soprattutto educato a quelli che
Renzo Canestrari chiamava
i sentimenti della inadeguatezza,
o la *precarietà* del proprio "potere-sapere".



In tutti questi casi il nostro obiettivo deve essere quello di
essere di aiuto
senza farci fuorviare dalla nostra *emotività più immediata*.

A tal fine è fondamentale essere educati ad
una specifica *emotività professionale*,
che ci renda capaci di comunicare al meglio

Ecco, questa educazione alla *emotività professionale*
credo sia la base per cercare di *sentirsi appropriati*,
ed è su questa che vorrei soffermarmi,
limitandomi a parlare della visita ambulatoriale.

Un primo concetto che vorrei stressare è che
il colloquio fra medico e paziente
è *qualcosa di diverso*
da quello che può svolgersi in un bar o in un salotto

Più esattamente è un incontro professionale
fra una persona che *chiede una prestazione*,
ed un sanitario che *contrattualmente si impegna* a fornirla.

Inoltre ha la caratteristica di avvenire in *un contesto temporale*,
ossia un certo intervallo a disposizione, mediamente di 20 minuti,
in un particolare *ambiente*, che è la sala visita,
in presenza anche di altri eventuali collaboratori o di
accompagnatori

Ovviamente, quanto più *difficili* le pazienti, o le situazioni, tanto maggiore dovrebbe essere la nostra capacità di inter-reagire al meglio, minimizzando quei tratti che le rendono *difficili*, comunque non esasperandoli e cercando di avere la migliore *consapevolezza* del nostro agire.

e... ricordo che comunicare significa...
messaggi *verbali*, *non verbali*, e *para-verbali*,
attivi sempre e comunque quando ci si trovi l'uno davanti l'altra
e quindi attivi nell'avviare una relazione
efficace o meno

rendere efficace questa relazione richiede che noi si sappia
capire bene quello che ci viene chiesto
ascoltando e contenendo le diverse domande (anche implicite e
nascoste),
elaborando risposte appropriate
da restituire in modo coerente in modo da risultare credibili.

Saper cogliere i tratti di chi ci sta di fronte è sempre importante: quella *arrabbiata*, ad esempio, generalmente manifesta dei segnali abbastanza eloquenti: espressione molto seria, fiato corto con respiri frequenti, eloquio veloce con tono alterato, con evidente tensione muscolare, a volte con tremori.



La *rabbia* può avere motivi diversi, a volte giusti, a volte espressione di altri conflitti interni e profondi, che rimangono mascherati.

Qualunque ne sia il motivo, il nostro primo obiettivo deve essere quello di *disinnescare* quella *rabbia*, evitando di restarvi intrappolati.

A volte la paziente è *arrabbiata* per precisi difetti organizzativi, magari per un'attesa *molto lunga*..



In questi casi saperle dire *quanto si comprenda quella irritazione*,

e quanto si sia apprezzato l'averci atteso,

aggiungendo che la prossima volta si instruiranno meglio le segretarie per dare conto di eventuali disguidi,

I 3 elementi importanti, che le pazienti, migliori quelli del sentirsi

- *riconosciuta nei propri diritti*,
- *compresa nelle proprie esigenze*, e
- *percepire che viene fatto uno sforzo per mettersi nei suoi panni*.

Di solito, se le pazienti sentono queste segnali, riescono poi a trovare una maggiore disponibilità.

Altre volte, magari, sono *arrabbiate* per quello che ritengono sia stato un *errore*

Anche in questo caso, nel sentirci contestati, a volte aggrediti, è importante cercare di *disinnescare* e di comunicare positivamente, senza *chiuderci a riccio*, quasi offesi per *lesa maestà*, superando quelle che ci sembrano accuse ingiuste

Occorre *parlare e spiegare*, avendo cura di presentare le scelte operate non come fatte per presunte certezze, ma per come apparivano più vantaggiose.

In ogni caso esprimendo comprensione per i sentimenti emersi.
Comprensione, non scusa: sono due sentimenti diversi.

A volte poi si scopre che quella *rabbia* era solo il rammarico della paziente per non essere stata capace di partorire per via vaginale.

Oltre quelle *arrabbiate*, vi è un ampio ventaglio di pazienti *potenzialmente difficili*: vi è quella particolarmente *fragile*

che di solito si presenta come ‘...*molto sensibile*’:
per un nonnulla si agita, si allarma, viene presa dal panico.

Sono quelle che invitano, o chiedono che si assuma, nei loro confronti, un *ruolo paternalistico*: ma sono anche quelle meno capaci di affidarsi veramente con fiducia a qualcuno.

C'è la donna *distratta*

che dimentica (o più probabilmente *rimuove*) le prescrizioni: accetta ogni prescrizione, ma rapidamente le cancella, salvo a volte a chiamare perché ha dimenticato qualcosa, o solo per farsi rassicurare.

Qualcuna potrebbe essere definita *riluttante*

se fosse per lei rifiuterebbe l'oggetto della comunicazione per non alterare il proprio equilibrio emotivo, evidentemente già *sentito* come troppo precario.

Non vorrebbe sapere nulla di ciò che potrebbe accadere: spesso non eseguono gli esami o i controlli.

C'è l'introvabile

che vorrebbe deviare altrove ogni messaggio, restando apparentemente imperturbabile di fronte a qualsiasi comunicazione, come se diventasse *impermeabile* ad ogni informazione spiacevole, anche la più esplicita.

A differenza della *riluttante* non si oppone alla comunicazione, ma rimane con il sorriso sulle labbra, a volte minimizzando il senso di ciò che viene loro detto.

Vi è quella *razionale e curiosa*

che sembra invitare reiteratamente alle comunicazioni più schiette e più esaustive, mentre dietro questa apparente forte consapevolezza spesso si cela soprattutto il bisogno di essere tranquillizzata con buone notizie.

Vi è quella oltremodo *esigente*

alla quale tutto sembra dovuto: tempi illimitati, telefonate per ogni dubbio, disponibilità continua. Tutte prove per saggiare la disponibilità del medico, la fruibilità del suo intervento.

Oppure ci si trova di fronte ad una *manipolatrice*

che spesso utilizza la comunicazione soprattutto per coinvolgere altri familiari da cui farsi commiserare o solo coccolare, per acquisire vantaggi nell'ambito della coppia o della famiglia.

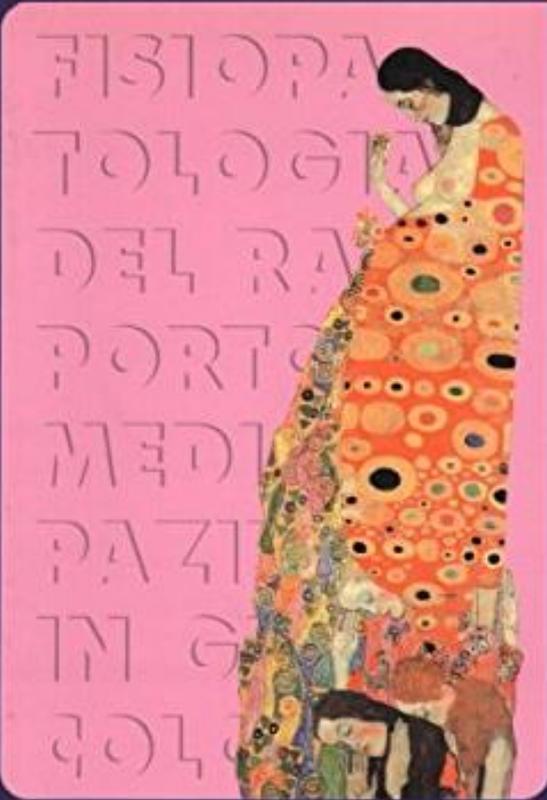
Spesso si mostrano *seduttive*: per cercare di ottenere quello che vogliono, anche se fuori da quanto previsto. Ma, a volte, hanno obiettivi ragionevoli, anche se le azioni non sembrano tali: bisogna essere capaci di dire no, ma anche sapere trattare, quando questo comunque presenta dei vantaggi per la paziente.

Vi sono quelle prevalentemente *somatizzanti*

spesso con una sproporzione marcata
fra ciò che viene riferito e lo stato delle cose.

Naturalmente occorre non dire mai che deriva tutto dalla propria
psiche:
tutti i loro sforzi sono orientati a negare questo collegamento.

i migliori comunicatori sono quelli che mostrano tre precise caratteristiche: obiettivi chiari (miglioramento delle condizioni di partenza),
attenzione alle reazioni dell'interlocutore (ossia alle reazioni che si ricevono),
ed una grande flessibilità, ossia la capacità di proporre il maggior numero possibile di opzioni.



**FISIOPATOLOGIA
DEL RAPPORTO
MEDICO-PAZIENTE
IN GINECOLOGIA**

Giovan Battista Serra

Questa vasta gamma di pazienti,
esemplificativa più che esaustiva,
tutte comprensibilmente
impaurite, difficili e vulnerabili,
dà conto di quanto possa essere
difficile il nostro saper comunicare.

Ma torniamo alla visita:

L'INCONTRO

LA VISITA VERA E PROPRIA

Rispettate il disagio, senza minimizzarlo

Comunicate quello che fate

Restate in silenzio, quasi imperturbabili
ma solleciti ed attenti

LA FASE CONCLUSIVA o di *RESTITUZIONE*

Aspettate il rientro della paziente prima di cominciare ad esporre il vostro parere

Siate ordinati

Riportatevi alle domande poste

Riferite della visita: con chiarezza e sintesi

La lealtà nell'informazione

VENDESI

Fiat Duna 98000 Km unico proprietario
telefonare ore pasti

RIVOLGERSI Maurizio TEL. 06-90627

non sempre è facilespecie per situazioni conflittuali o delicate

LA FASE CONCLUSIVA o di *RESTITUZIONE*

Aspettate il rientro della paziente prima di cominciare ad esporre il vostro parere

Siate ordinati

Riportatevi alle domande poste

Riferite della visita: con chiarezza e sintesi

Informando proponete scelte o ragionevoli dubbi

Imparate ad essere espliciti senza apparire distanti

Usate termini moderati, ricorrete a metafore:

La gravidanza come un viaggio su un'auto sofisticata, potente e delicata

La menopausa come punto di arrivo, ma anche come una tappa, da cui ripartire per prevenire, o per correggere, quelli che possono essere i rischi più evidenti

Le neoplasie come tunnel da attraversare

JAMA Patient Page

Each week, JAMA publishes a health information page called the Patient Page that is written specifically for patients. The Patient Page addresses a topic of interest to patients related to an article published in that week's issue of JAMA. The Patient Page is intended to be used for patient



[JAMA home](#)

Tipo

- Tutti Ginecologia di base Ostetricia Menopausa

Modelli personalizzati

Ost-1°Trim-Esami,Consigli,Terapia compl
Ost-1°Trim-NAUSEA & Vomito
Ost-1°Trim-Solo Consigli
Ost-1°Trim-Solo Esami &Terapia
Ost-1°Trim-Solo Genetica
Ost-2°Trim-Diabete in Gravidanza
Ost-2°Trim-Diabete-Prescrizione Curva Glicemica
Ost-2°Trim-Dieta per sosp diabete
Ost-2°Trim-Esami,Consigli, Terapia compl
Ost-2°Trim-Misurare la crescita
Ost-3°Trim-Esami,Consigli, Terapia compl
Ost-3°Trim-Parliamo del Parto
Ost-3°Trim-Scritto per i PADRI
Ost-3°Trim-Ultimi Giorni..
Ost-3°Trim-Un'attesa che va oltre
Ost-Alcool, Viaggi e Vacanze
Ost-CERTIFICATO ASTENSIONE ANTICIPATA
Ost-CERTIFICATO semplice
Ost-I.V.G.
Ost-Incubazione Malattie Infettive

Modelli di GinHelp

Aborto precoce
ALCOL e gravidanza
Analgesia Peridurale
Consenso intervento gravidanza tubarica
Consenso Laparoisterectomia
Consenso miomectomia
Consenso parto
Consenso Raschiamento
Consenso Taglio Cesareo
Consenso Travaglio di parto preg.T.C.
Consigli tra la 16a e la 28a settimana
Consigli ultime settimane di gravidanza
Cytomegalovirus in gravidanza
Esami I trimestre di gravidanza
Esami II trimestre di gravidanza
Esami III trimestre di gravidanza
Esami in gravidanza esenti ticket
Infezioni genitali da papilloma virus
Le prime settimane di gravidanza
Problemi venosi in gravidanza

Modifica

Elimina

Crea Nuovo

Descrizione modello

Documento selezionato

Visualizza nell'editor di testi

Memorizza nel database

Consegna (memorizza e stampa)

Annulla

?

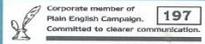


National Institute for
Clinical Excellence

Caesarean section

Understanding NICE guidance – information for
pregnant women, their partners and the public

April 2004



Contents

About this information	3
Clinical guidelines	3
What the recommendations cover	4
How guidelines are used in the NHS	6
If you want to read the other versions of this guideline	7
About caesarean section	8
What you can expect from your care	8
Consent for caesarean section	10
Making decisions about how to have your baby	10
If you request a caesarean section	11
Effects of caesarean section on a woman's health	12
Risks to your baby	15
Medical reasons for considering a caesarean section	16
If your baby is positioned bottom first	17
If you have a viral infection	18
If you are expecting twins	19
If your baby is small	20
If your baby is premature	21

If you are planning a normal birth, what choices may affect your chance of needing a caesarean section?	21
Tests to predict if you will need a caesarean section	21
Where you have your baby	22
Things that reduce your chance of needing a caesarean section	22
Things that do not affect your chance of having a caesarean section	25
Reasons for needing an emergency caesarean section	26
Requesting a caesarean section	27
Timing before a caesarean section	28
Anaesthetics for caesarean section	29
The operation	31
After the operation	34
Going home	37
Having a baby when you have had a caesarean section before	39
Where you can find more information	41
Glossary	43
Appendix A: Summary of the effects of caesarean section on women's health	46
Appendix B: Surgical techniques for caesarean sections	50

“..Some time the baby’s skin may be cut while the opening in the womb is being made. This happens to about 2 of every 100 babies....”

sicuramente la Società ci chiede di dare informazioni precise ed esaurienti

Esempio di chiarezza e di obbedienza alla legge che impone ai commercianti di dichiarare la provenienza dei prodotti



Ho lasciato per ultime altre pazienti *difficili*,
quelle cui si deve comunicare un esito infausto.

Per queste pazienti occorre da un canto sapere usare una certa gradualità, anche per capire quanto, in quel dato momento, quella paziente *vuole davvero sapere*.

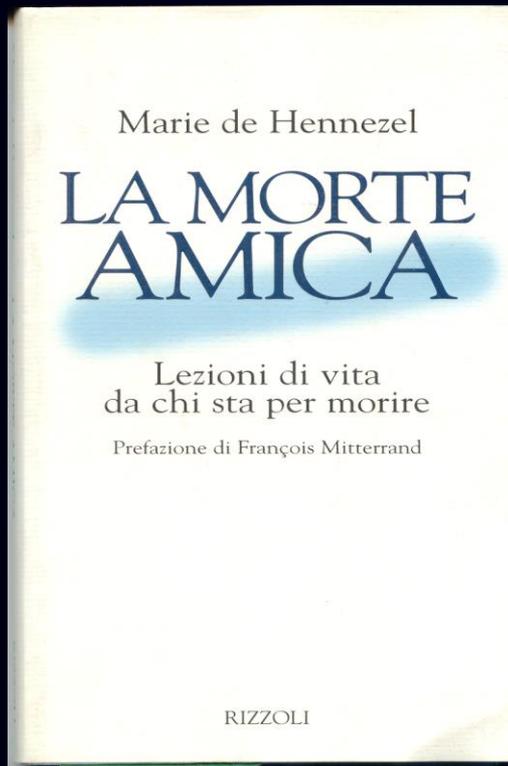
...evitando di dilungarsi nei particolari: la mente umana ha una certa capienza: oltre una certa misura non registra.

Ovviamente le parole crude sono da evitare ed è utile sapersi esprimersi con delle metafore, e fornire sempre motivi consolatori.

Qualche volta, ascoltata la diagnosi, non vogliono più sentirla ripetere, ma l'hanno compresa.

E' importante lasciare sempre ragionevole speranze, e non essere mai del tutto categorici.

Ma è anche importante sapere essere onesti, per dare a questi pazienti gravi il giusto ruolo di protagonisti, sia che sappiano entrare nella loro parte, sia che la rifiutino.



*“...Come morire?
Se c’è una risposta,
sono poche le testimonianze capaci
di ispirarla con la forza di questa...”*

dalla prefazione di Francois Mitterrand

“Viviamo in un mondo che ha paura della morte e che nasconde i moribondi.”

“Conosciamo il vuoto che si crea attorno a chi sta per morire.

Occorre saperne parlare, o soltanto sapere ascoltare”

*“..a volte, guardando come le pazienti, da inizialmente impaurite
arrivano poi a vivere ed a lottare contro la malattia,
ci si sente come privilegiati per l'essere stati testimoni di queste
trasformazioni...*

*Nei casi più gravi ed inguaribili, si può ancora fare molto,
scegliendo di accompagnarli con la parola,
fino alla fine.*

