

Corsi sulle emergenze ostetriche: nelle capacità e nel cuore

Era un manichino: una pelvi femminile e un feto messo al suo interno, parzialmente espulso dalla vagina, in presentazione podalica. Il bimbo seppure di gomma sembrava non attendere altro che gli venissero praticate quelle manovre per favorire la fuoriuscita delle spalle e il disimpegno della testa. Tutto simulava il momento solenne, il più rischioso per il feto e per l'operatore, quello che tutti temono e che per questa ragione è stato inserito nella categoria delle emergenze ostetriche. Poiché si parla di emergenza quando si verifica una situazione che mette ad alto rischio la vita o l'integrità fisica (o psichica) della mamma o del feto la condizione che nell'esercitazione si stava affrontando poteva essere definita un'emergenza perché si era simulato che si fosse palesata d'improvviso al pari di come può avvenire in qualsiasi momento in pronto soccorso o in sala parto. Invece di solito nei corsi si impostano le esercitazioni partendo da una situazione in cui ci si prepara ad assistere un parto podalico insegnando a raccogliere i dati necessari affinché si possano quasi azzerare le possibilità che si sviluppi un'emergenza.

Il medico che in quel momento si apprestava ad eseguire la manovra non poteva certo essere considerato di primo pelo visto che di peli sul capo ne aveva ormai assai pochi e in maggioranza bianchi; in più doveva essere considerato, dai colleghi e dalle colleghe ostetriche lì presenti, un professionista esperto per come gli si rivolgevano.

Lo invito a mettere in atto le manovre che avevo descritto in precedenza nella relazione di apertura e che erano state già eseguite da altri colleghi (Lovset- Mauriceau o Bracht) ma lui resta rigido quasi immobile, poi afferra il corpo del feto e incomincia a tirare in modo maldestro. Lo invito ad abbassarsi e a cambiare l'angolo di trazione associandolo ad una torsione del corpo fetale, sostituendo quindi la forza con la destrezza. Ogni consiglio resta inascoltato: goffamente tira, non ruota, cerco di trattenerlo ma invano. La sua fronte è imperlata di sudore, le mani gli tremano. Lo fermo e ricominciamo insieme tutto da capo ma il risultato non cambia e decido di lasciarlo estrarre il feto in un modo che sarebbe stato letale per qualsiasi neonato in carne ed ossa. Non aggiungo altro per non metterlo a disagio, passo agli altri. L'esercitazione si conclude è ormai sera ci invitano a cena.

Prima di entrare a cena stavo attendendo l'arrivo di tutti gli invitati di fronte al ristorante. Quel collega, che si era trovato in difficoltà nel pomeriggio, mi avvicina e incomincia un lungo racconto. Alcuni anni prima l'avevano chiamato in reperibilità per l'arrivo di un podalico inatteso. Giunto al letto della paziente aveva trovato tutti terrorizzati, la madre urlante e il feto con il corpo espulso e le spalle trattenute. Le braccia erano sbarrate, forse per le manovre maldestre già eseguite prima del suo arrivo. Non era riuscito ad estrarre le braccia se non fratturando un omero, ma la testa restava trattenuta. Il bimbo muore, la madre viene addormentata e il neonato estratto facilitando le manovre dall'alto mediante taglio cesareo. La sua era una piccola città di provincia la notizia viene pubblicata sul giornale, inizia una lunga causa che si concluderà con una prescrizione. Lui cambia città e ospedale ma quel corpicino esanime e le urla della madre che lo imploravano di fare qualcosa per salvare il suo bambino sono lì nella sua mente e ricompaiono ogni volta che sente pronunciare la parola podice.

L'ascolto e lo capisco perché un evento analogo è accaduto anche a me. Passiamo la sera parlandone provando a rileggere in chiave meno emotiva e soprattutto non colpevolizzante l'accaduto. Forse ne traggo anch'io beneficio: questo ascolto a me non l'aveva offerto nessuno, insegnamento e apprendimento fluiscono nelle due direzioni.

Questa è una delle esperienze non dette, che danno una visione diversa ma anche più completa del ruolo che hanno i corsi sulle emergenze in sala parto.

Questo episodio non vuole ridurre l'importanza del grado di preparazione di un operatore in tema di fisiopatologia, di semeiotica e di terapia, che deve anche essere corredato da capacità e destrezze manuali (le cosiddette technical skill) oltre che di gestione del contesto multidisciplinare di equipe (le non technical skill); ma vuole ricordare la necessità di fondere, come sempre nella didattica si dovrebbe, nozioni ed emozioni.

Una manovra, una terapia o una procedura devono essere attuate in determinati momenti nell'arco di pochi minuti quindi la sequenza deve essere perfettamente conosciuta, provata e riprovata. Pensiamo a quando abbiamo provato a fare la prima capriola da piccoli o quando abbiamo aiutato i nostri figli ad apprenderla.

Abbiamo puntato la testa a terra alzando il bacino, abbiamo apprezzato la pressione del peso del corpo sul collo, perplessi nel guardare il mondo intorno a noi a rovescio. Siamo prima ricaduti di lato e poi: prova e

riprova ci siamo riusciti. Tutto ciò era accompagnato dalle incitazioni e dalle rassicurazioni di un genitore, o un amico, o un istruttore secondo il grado di difficoltà della capriola. Poi, conquistata l'istruzione, è avvenuto il passaggio indispensabile verso la tranquillità e la destrezza mediante l'esecuzione dell'intera manovra con successo. In quel momento si viene a creare una specie di scatto automatico, di commutazione cerebrale che trasformeranno buona parte dell'ansia che precedeva la performance in una ferma e determinata concentrazione che garantiranno in futuro la riuscita.

L'essenza dell'apprendimento è stata analizzata e scomposta nella piramide che molti di noi conoscono



essendosela vista propinare di frequente nei corsi di formazione.

Se presentiamo ad altri un tema noi lo apprendiamo al 70%, se simuliamo l'esperienza reale ma soprattutto se la facciamo (non solo in simulazione) il nostro arricchimento professionale in quel determinato argomento raggiungerà il 90%. Come a dire che l'impatto deve coinvolgere contemporaneamente tutti i sensi ma in particolare il tatto. Temperatura, consistenza, mobilità, resistenza si trasformano in componenti essenziali per introiettare una competenza.

Alcuni sono convinti che se propiniamo diapositive, testi, videoclip manichini e debriefing il gioco può considerarsi fatto. Per un po' sono stato convinto anch'io che ciò potesse funzionare e ho provato a farlo ma presto ho avvertito l'inadeguatezza di questo approccio. Anche la letteratura nelle revisioni delle casistiche che seguono alla formazione non ha sempre identificato un miglioramento degli esiti assistenziali.

Sono tornato quindi a rianalizzare il mio passato di medico di sala parto dove tanti mi avevano detto, o detto di fare, o avevano fatto davanti a me. Qualcuno mi aveva anche invitato ad esporre il tema nelle riunioni di reparto o in corso di convegni, ma chi aveva lasciato un segno indelebile nella mia mente (purtroppo pochi), facendomi salire il gradino fondamentale nella scala dell'apprendimento, aveva agito con me condividendo le mie emozioni. Il vero docente era stato colui che con coraggio aveva testimoniato le sue emozioni, comprendendo le mie, concedendomi di essere protagonista seppure supportato. Ho poi riflettuto sulle mie esperienze di docente sul campo, meglio definibile come tutor, quando come assistente anziano o aiuto e poi come responsabile di sala parto o come direttore di UO, ho dato supporto didattico a colleghi giovani, specializzandi e collaboratori. Le componenti essenziali erano state : la presenza, il sostegno, il consiglio, il confronto e il fare insieme. Poi veniva la rielaborazione la riletura e da lì probabilmente la loro salita di un altro gradino sulla scala delle capacità professionali.

Ormai ci sono corsi sulle emergenze ostetriche per tutta l'Italia tenuti da un numero di docenti crescente su tematiche quali ad esempio la distocia di spalle, il podalico, la rottura d'utero, ecc. Molti di questi docenti li vedi girare da un posto all'altro senza soluzione di continuo per cui viene da chiedersi: "ma in sala parto quando ci stanno per acquisire tutte queste competenze didattiche e questa esperienza sul campo che dicono

di avere?” Dato il calo della natalità e l’incidenza dei tagli cesarei (soprattutto elettivi) come hanno fatto nelle unità operative dove lavorano a divenire tanto esperti nell’affrontare eventi così rari? Proviamo a fare un calcolo. I dati Cedap ci aiutano nel condurre una stima. Analizziamo ad esempio le tre emergenze mediamente più offerte nei corsi : podalico inatteso, distocia di spalle, rottura d’utero. Prendiamo un reparto hub che abbia 2000 parti annui (ormai sono pochi quelli che superano questi numeri). La frequenza del podalico a termine è il 4% quindi 80 all’anno a cui possiamo aggiungere il 50% dei prematuri che sono il 7% (140/2) quindi altri 70. Nella classe sesta e settima di Robson i reparti di solito hanno il 96 % di TC perchè, ad esempio, i podalici a termine li giustiziano il prima possibile magari a 37-38 settimane, dopo aver somministrato 24 mg di Bentelan . Quindi ne vengono assistiti il 4 % che su 150 porta a 6 assistenze all’anno per tutta l’equipe, un numero piuttosto basso per girare il mondo ad insegnarne l’assistenza. Passiamo alla distocia di spalle. La prevalenza è molto variabile dipendendo dalla definizione, però se ci riferiamo a quelle vere cioè ai “ tartarughini che ci invecchiano di 10 anni” rileviamo un 4-7 per mille, quindi una decina all’anno per 2000 parti. In reparti dove si esegue un alto numero di TC elettivi: la macrosomia o le sospette sproporzioni feto pelviche piuttosto che il diabete materno vengono “benedetti senza remore” quindi le distocie si riducono a una due all’anno che ovviamente devono capitare tutte a quel docente che è dotato dello straordinario tempismo che gli consente di tornare dalle sue peregrinazioni professorali propri quando nascono quei due bambini (sic!). La rottura d’utero nella casistica della maggior parte delle UUOO è un’araba fenice. I più viaggiano mediamente sul 90% di TC nella quinta classe di Robson cioè le precesarizzate, categoria dove il rischio di rottura d’utero è maggiore, per cui per aver visto un utero rotto devono averlo preso a pugni o a bastonate. I TC nelle precesarizzate rappresentano circa il 10% della popolazione di gravide quindi nel solito reparto con 2000 nati ne avremo 200, però se ne giustiziano il 90% ne restano 20 che, travagliando barricate in gabinetto, riescono finalmente a partorire. Se la rottura d’utero incide per il 5 per mille possono trascorrere molti anni prima che gli operatori di quella UO incrocino una emergenza del genere. Quindi c’è da chiedersi da cosa sia garantita l’expertise millantata. La risposta è semplice viene presa come riferimento la piramide dell’apprendimento non dell’insegnamento. Infatti spesso abbiamo dei docenti che hanno imparato perfettamente bene la lezione e la espongono benissimo con materiale didattico che stupisce con effetti speciali ma mancano dell’esperienza sul campo e lo si avverte ascoltando le loro lezioni o osservando il loro approccio nelle simulazioni. Forse d’ora in poi nei curricula richiesti per la concessione dei crediti da parte dei provider sarebbe utile allegare la tabella riassuntiva delle classi di Robson del reparto nel quale operano o dirigono e forse anche il numero di emergenze affrontate e risolte. In altre parole bisogna passare dal “ fate quello che dico” al “ fate quello che faccio”.

La strada verso una formazione efficace comunque non è conclusa. La cultura, lo skill, i materiali didattici costituiscono gli ingredienti di una ricetta che vede nella comunicazione e nell’ascolto due elementi che è indispensabile aggiungere per ottenere un buon risultato. Verso un manichino inanimato, anche se grazie alla tecnologia sempre più interattivo, è difficile avere un comportamento spontaneo ma se ben sappiamo osservare gli atteggiamenti, le verbalizzazioni e la manualità degli operatori che partecipano al corso possiamo ottenere preziose informazioni sulla loro capacità di intrattenere un rapporto empatico e rispettoso verso la donna. Vediamo manichini profanati da violente visite di operatori con anelli, braccialetti ed orologi; esplorazioni vaginali per apprezzare l’indice di posizione del feto che sono talmente aggressive ed impetuose da respingere il feto in addome. Poi se la simulazione prevede anche un dialogo con il manichino gestito dalla sala di regia si registrano frasi che confermano l’abitudine all’uso di stereotipi comunicativi che si rivolgono alla donna come se fosse una bimba della scuola materna un po’ minus.

“Signora adesso il bambino ha bisogno di nascere e il dottore le darà un aiutino accompagnando la testolina del bimbo!” Quasi che i diminutivi siano garanzia di delicata attenzione. Oppure: “ Trattenga bene il fiato spinga con più forza perchè il bambino soffre ! “ (quindi è la mamma che se non spinge lo fa soffrire) ecc. L’attenzione alla comunicazione e all’ascolto deve essere anche uno strumento dei formatori verso i corsisti. Abituamente arriviamo in un contesto (convegno, corso, ecc) e incominciamo a propinare nozioni, indicazioni, consigli ma su chi ascolta sappiamo ben poco: il più delle volte nome, cognome, titolo accademico e reparto di provenienza. Dati sensibili ma certamente non sufficienti a modulare in modo sicuramente efficace il nostro intervento didattico. Le esercitazioni pratiche e le simulazioni ci avvicinano di più agli allievi consentendoci di adeguare meglio il nostro intervento che diviene ancor più efficace se il corso dura almeno due giorni così che ci venga consentito di aggiungere convivio e conoscenza. Si scende così dal piedistallo del docente e si diventa uno di loro che mette a disposizione la sua esperienza con diversi approcci senza spocchia ma con grande disponibilità. Chiudo portando un altro esempio sulla falsa riga di una medicina narrativa.

Corso sulla ventosa esercitazione pratica proposta in diverse sessioni didattiche a tutti i reparti di una provincia. L'esercitazione prevede l'identificazione dell'indice di posizione e del grado di flessione della testa, stabilite le quali gli allievi devono applicare le ventose ed estrarre il feto. Tocca ad un aiuto "rampantino quarantenne" dall'aria un po' spocchiosa. Abito griffato e rolex insomma un medico affermato. Sistema nella pelvi in cieco il feto in occipito iliaca posteriore poco flesso con rachide posteriore. Chiedo: "Mi dici per favore posizione e flessione?" Esplorazione vaginale veloce del tipo "dita nell'acquasantiera". Risposta "OISA ben flessa" (dicono spesso così perchè è la più frequente). Chiedo "Sei sicuro?" Mi fulmina con uno sguardo scocciato che tradotto sta per "vecchio scemo vuoi insegnare a me il mestiere?" Conferma la diagnosi attacca la ventosa e incomincia a tirare con decisione e gran forza. Da lì a qualche secondo la ventosa si stacca e il poveretto che era accucciato finisce seduto a terra. Ilarità dei presenti. Visto che a terra nella mia vita ho visto finire tanti Guru dell'ostetricia o supposti tali e ci sono finito anch'io non ci vedo niente da ridere. Lascio il feto nella stessa posizione, lui si ricompone e un po' di sudore comincia a comparire sulla sua fronte. Rivisita la donna e torna alla carica applicando la coppetta quasi sull'osso frontale. Altro distacco perchè non avrebbe potuto essere altrimenti. Lo invito quindi a venire dalla mia parte della pelvi per controllare la posizione del bambino. Guarda, sgrana gli occhi, e sotto voce gli scappa un'esclamazione riferita all'apparato genitale maschile. Ripete la visita e riaggiusta nella mente sensazioni e diagnosi.

Passo agli altri. Finito il pomeriggio mi si avvicina e mi chiede: "Scusa ma in una situazione come quella che hai simulato con me tu cosa avresti fatto?". Ritornando a quando nell'altra vita molte volte mi ero trovato in situazioni simili gli rispondo: "Molto dipende dal grado di impegno e dal grado di flessione della testa che deve essere tale da consentirmi di risalire con la coppetta fino al flexion point. Comunque è una applicazione difficile per cui mi accerterei che la sala operatoria sia libera e pronta, spiegherei a mamma e compagno che facciamo questo tentativo perchè la testa sembra poter progredire ma che se dopo due trazioni non accadesse nulla procederei con un taglio cesareo urgente". Mi guarda perplesso, ma interessato, concludendo che in quelle situazioni lui è convinto che sia sempre meglio fare un cesareo. Fine del corso.

Passano alcuni mesi e una mattina ricevo una telefonata, era lui. Si presenta e mi spiega che la scorsa notte di guardia (da cui era appena smontato) era stato chiamato dall'ostetrica per una signora che spingeva da due ore senza esito ma la collega non era stata in grado di definire la posizione del feto. Lui visita la donna fa diagnosi di posizione posteriore poco flessa, guarda con l'eco il rachide, posteriore anche quello, valuta l'impegno e la flessione quindi decide di applicare la ventosa nonostante l'ostetrica fosse nettamente contraria. Trazione, flessione, espulsione. Grande senso di fierezza. Chiude la telefonata con un grazie per ciò che gli avevo trasmesso. Penso soddisfatto: un altro che ha acquisito uno degli strumenti per lavorare in modo più appropriato.

Giuseppe Battagliarin