

## La gravidanza al suo esordio

**Il percorso nascita deve iniziare prima della gravidanza come disvelamento di possibili patologie della coppia che possono inficiare la gravidanza stessa e che in molti casi possono trovare interventi adeguati. E nell'attuare quelle terapie preconcezionali che hanno dimostrato avere un esito sul decorso della gravidanza stessa**

**Pasquale Pirillo**  
Direttivo Nazionale AOGOI

Ogni persona tra i venti e i trent'anni opera scelte che condizioneranno tutta la vita. La scelta di essere ostetrico ginecologo la feci una notte di ottobre di oltre quarant'anni or sono quando Remo Ferraresi della clinica di Perugia, dopo una velocissima applicazione di ventosa, mise tra le mie braccia mia figlia. Scelsi non tanto per emulazione o vocazione ma per essere io, a mia volta, oggetto della smisurata gratitudine che provavo per quel medico.

Giunta la mia carriera all'epilogo spesso gli amici mi chiedono di quanti bambini ho aiutato a nascere, dico che se fossero tutti concentrati sarebbero gli abitanti di una piccola cittadina, i più anziani ormai quarantenni che hanno già continuato il percorso della vita; quasi tutti normali, alcuni con problemi legati a quel momento del venire al mondo.

Un giovane avvocato, che incontro spesso per motivi di lavoro, porta sul viso il segno di



una delle mie prime applicazioni di forcipe; lo guardo e mi chiedo se sono stato maldestro o se gli ho permesso di esserci ed essere anche bravo. Mi consola la sua simpatica gratitudine che era il motivo della mia scelta iniziale di essere ostetrico; se fosse nato in quest'ultimo decennio quasi sicuramente lo vedrei schierato in un tribunale a richiedermi il risarcimento di quel danno.

E mi chiedo perché si sia modificato il rapporto tra noi e le persone che cerchiamo di aiutare e perché questo deterioramento sia ancora più virulento in ostetricia tanto da portarci a quel triste stato di essere sgraditi persino alle compagnie assicuratrici

o da far proporre ad un nostro non onorevole parlamentare l'introduzione del reato di "violenza ostetrica".

Certamente abbiamo medicalizzato la gravidanza creando un rapporto diretto e talvolta anomalo tra noi e la gestante.

La madre, in attesa del figlio meraviglioso, sin dalla prima notizia del suo stato, si affida a noi completamente e quella richiesta-patto non può e non deve essere tradita a pena di passare dalla fiducia totalizzante al rancore più triste.

Sovente il controllo di una gravidanza, anche se a basso rischio, diventa un rituale mensile della coppia che, in anticipo ed anche se mediato da un monitor ecografico, vuole conoscere il figlio. E il loro bimbo è lì, chiaro, ne sappiamo il sesso, ne comunichiamo il peso, l'altezza; se le condizioni sono buone ne ricostruiamo il viso in 4D e vediamo

**La madre, in attesa del figlio 'meraviglioso', sin dalla prima notizia del suo stato, si affida a noi completamente e quella richiesta-patto non può e non deve essere tradita, pena di passare dalla fiducia totalizzante al rancore più triste**

a chi somiglia dei genitori. Chi potrebbe pensare che non abbiamo la capacità di affrontare qualsiasi evenienza pur di consegnare loro il bimbo meraviglioso.

Poi nei nostri Congressi e nelle nostre linee guida, lontani dai principali interlocutori, le coppie che assistiamo, ci diciamo quali sono i limiti diagnostici delle nostre metodiche, ci diciamo che la mortalità e la morbidità perinatale anche se ridotta continuano ad esistere, che non riusciamo a ridurre condizioni come la paralisi cerebrale infantile e che vi sono ancora condizioni gravi per le quali la gravidanza può far morire la donna.

Dobbiamo tendere a demedicalizzare la gravidanza/parto con, non direi più, l'umanizzazione della stessa (termine scontato), ma attraverso la sua socializzazione. Socializzazione come conoscenza profonda del fenomeno.

La donna che si affida al medico/struttura sanitaria non più quasi acriticamente ma che dagli operatori viene educata a conoscere il percorso che la porterà ad essere madre, consapevole anche dei possibili rischi e dei mezzi per evitarli o prevenirli e delle loro conseguenze.

Tale competenza può essere affidata alle strutture consultoriali-territoriali; è in tale ambito che un insieme di figure professionali, in primis l'ostetrica in collaborazione con lo specialista ginecologo, lo psicologo, il sociologo possono individuare il livello di rischio della gravidanza.

Il percorso nascita deve iniziare prima della gravidanza come disvelamento di possibili patologie della coppia che possono inficiare la gravidanza stessa e che in molti casi possono trovare interventi adeguati e nell'attuare quelle terapie preconcezionali che hanno dimostrato avere un esito sul decorso della gravidanza stessa.

**La gravidanza a basso rischio** può essere controllata in ambito territoriale con l'effettuazione degli esami strumentali e di laboratorio che il percorso nascita ha ormai codificato, soprattutto con i corsi di accompagnamento al parto che devono avere il compito di rendere consapevole la coppia, specie se alla prima esperienza, del momento vissuto.

**La gravidanza a medio-alto rischio** deve essere gestita nelle strutture ospedaliere adeguate agli standard previsti dall'attuale, vigente, accordo Stato Regioni noto come decreto Fazio.

Sulla carta è ormai definita la necessità, per ottimizzare i risultati, che il punto nascita gestisca almeno 1000 parti/anno ma, altrettanto necessario, è che la struttura sia dotata di funzioni ambulatoriali in grado di gestire i vari aspetti della patologia in gravidanza a tutta la popolazione ostetrica del territorio.

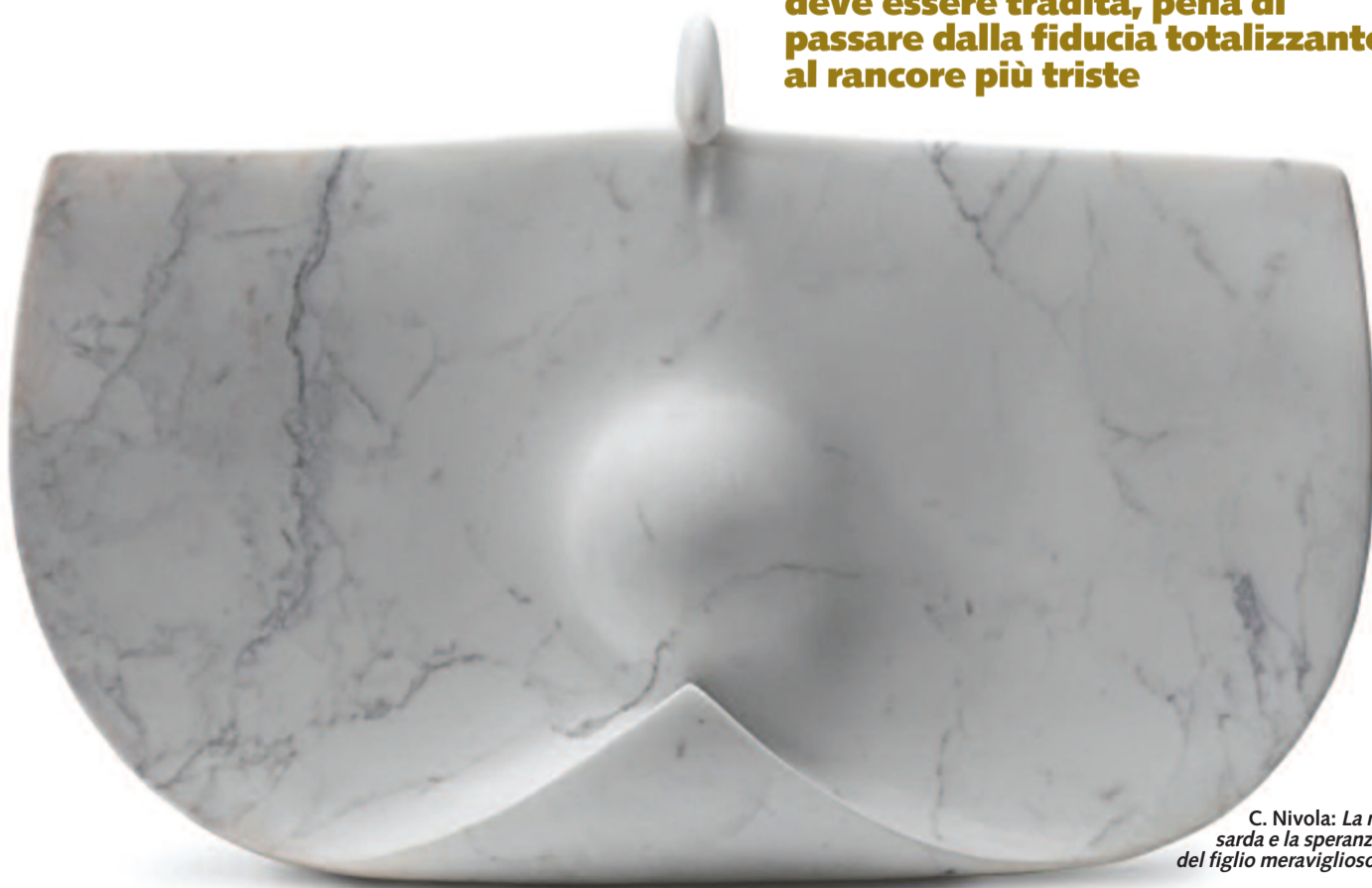
Tutte le strutture che gestiscono il percorso nascita, territoriali e ospedaliere, dovrebbero essere collegate tra di loro e una gravidanza con un grado di rischio ostetrico trovare la risposta nella struttura più idonea a gestire quel livello creando una condivisione sociale e medico-organizzativa della gravidanza stessa.

**Enorme scalpore mediatico ha suscitato l'iniziativa del Fertility Day**; tra i punti oggetto di focalizzazione quello che l'età media materna alla prima gravidanza sia in costante aumento nel nostro Paese; è nei fatti che tale condizione aumenti il rischio ostetrico e l'incidenza del taglio cesareo come è stato dimostrato da un recente documento Aogoi (*Considerazioni sulla frequenza "realistica" a livello della popolazione in Italia del parto per via cesarea, 2015*).

Grande è il rispetto per la situazione tragica della precarietà lavorativa dei nostri giovani che si riflette inevitabilmente sui loro progetti di vita ed è compito della funzione politica trovare una soluzione.

Una politica sanitaria deve comunque farsi carico anche dell'informazione e dello stato conoscitivo della popolazione. Patto per la salute non è solo l'erogazione delle prestazioni, è una crescita culturale che rifondi anche quel patto di fiducia tra medici ed utenti che oggi sembra, si passi l'espressione ad un vecchio medico, malinconicamente incrinata. **Y**

SPECIALE  
CONGRESSO  
91° SIGO  
56° AOGOI  
23° AGUI



C. Nivola: La madre sarda e la speranza del figlio meraviglioso