

MEDICO GENERALE E GRAVIDANZA: UN RAPPORTO PERDUTO?

Opinioni
a confronto

RAFFAELLA MICHIELI

Responsabile Area Ginecologica, SIMG

Che cos'è rimasto del rapporto tra Medico Generale e donna in gravidanza?

Al di là delle cause che ne hanno provocato il distacco, ci chiediamo: è un rapporto che i Medici Generali vogliono recuperare, ne va definitivamente sancita la delega allo specialista o ne esiste una gestione condivisa con rispetto dei reciproci ruoli? Apriamo volentieri questa discussione che potrebbe riguardare molti altri problemi portati all'attenzione del Medico Generale e che più in generale si inserisce nel dibattito europeo sui compiti specifici del nostro ruolo professionale.

Ringraziamo i colleghi che hanno accettato di esprimere su queste pagine il loro parere sul tema oggetto del nostro dibattito.

I Medici Generali della mia generazione (attualmente la maggioranza dei Medici Generali convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale) forse non hanno mai avuto modo di vivere da co-protagonisti con le donne, con le loro pazienti, quei nove mesi così importanti, delicati, e per la maggior parte delle volte felici, durante i quali "si aspetta un bambino". Ormai questa espressione, che sicuramente evoca un evento naturale e fisiologico, è stata quasi del tutto sostituita dalla "gravidanza" intesa come problema ed in quanto tale troppo spesso medicalizzato.

E sulla scia di questo, noi medici di mezza età, non avendo vissuto la realtà del "medico condotto" (che cercava di curare tutto e a volte seguiva anche i parti a domicilio), abbiamo gradualmente dimenticato che per fortuna nella maggior parte dei casi la gravidanza è un evento fisiologico che sicuramente, in un'ottica di prevenzione, va seguito con visite ed esami ematochimici e strumentali (peraltro codificati da un DM 10.9.98), ma

non sempre necessita di continui controlli specialistici. Come per molte altre situazioni, la realtà Italiana è eterogenea ed è probabile che nei piccoli centri la situazione sia diversa, ma nelle grandi città sempre più spesso i Medici Generali vengono a conoscenza dello stato di gravidanza della loro paziente dopo la visita dello specialista ed in occasione della richiesta di accertamenti che variano in maniera incredibile, non sempre in stretta dipendenza delle condizioni fisiche della gestante, ma più spesso in relazione all'esperienza ed alle abitudini del singolo ginecologo/a di fiducia.

Non esiste infatti, al di là degli esami consigliati nel decreto succitato, alcun accordo tra specialisti e tanto meno tra specialisti e Medici Generali sugli esami di laboratorio e strumentali "evidentemente" (nel senso dell'EBM) utili nella gravidanza fisiologica. Risultato di questa situazione è un malessere diffuso dei Medici Generali ancora una volta compressi tra richieste delle pazienti (con i loro foglietti prestampati dove a volte c'è dato di capire quanto meno la settimana di gestazione), le regole delle esenzioni, e la propria professionalità, consci di un ruolo ormai da troppo tempo espropriato.

La Medicina Generale segue le persone sane, non solo i malati, ed è questo uno degli aspetti più belli della nostra professione. La gravidanza fisiologica non rappresenta una malattia e personalmente credo che molte donne la condividerebbero volentieri con il proprio Medico di Famiglia. Ma la Medicina Generale è anche un'attività talmente molteplice, ricca di interessi scientifici che riguardano tutte le specialità mediche, che a volte la delega prende piede senza che ce ne accorgiamo.

Sarebbe anche il Medico Generale contento di riappropriarsi del suo ruolo nel controllo della gravidanza fisiologica? Io credo di sì e credo che dovremmo ricominciare (come si dovrebbe fare per vaginiti, cistiti, alterazione del ciclo, ecc.) a considerare l'apparato genito-urinario una parte del corpo come un'altra e quindi la visita ginecologica una parte essenziale dell'esame obiettivo.

Lo richiedono la salute delle donne e la nostra professionalità!

NOI E LA GRAVIDANZA

Sergio Soldati
Medico Generale, SIMG, Mestre

Quale potrebbe essere il nostro ruolo nella gestione della gravidanza? Ovvero: quali aspetti medici della gravidanza possono toccarci direttamente? E quelli non medici, cioè quelli che riguardano la sfera psico affettiva delle nostre pazienti gravide?

È vero che dovremmo riappropriarci di questo aspetto importante della vita della persona, come anche di altri e che dovremmo re-imparare ad effettuare una visita ginecologica, saper interpretare i segni di una minaccia d'aborto o di una sofferenza fetale, ma tutto ciò comporta un grosso sforzo culturale da parte nostra unito anche ad un po' di coraggio nell'affrontare un mondo perduto da ormai troppo tempo.

D'altra parte qualcosa, oltre alla mera trascrizione di esami in esenzione, possiamo già farla. Si tratta di compiti di tipo squisitamente clinico e di prevenzione che ci permettono d'intervenire quando si verificano eventi morbosi della gravidanza o intercorrenti e che noi siamo in grado tranquillamente di gestire da subito.

Il problema fondamentale è che alcune volte si tende a scaricare completamente la gestione della gravida allo specialista, anche per aspetti che nulla hanno a che fare con la ginecologia, con il risultato che poi il problema viene ulteriormente demandato ad altro specialista di quell'apparato e così via, innescando la consueta girandola di visite ed esami e conseguente aumento dei costi. Provo a fare qualche esempio dei compiti che, secondo me, dovrebbero far parte, delle cose *fattibili da subito* con un minimo di volontà e di organizzazione.

Innanzitutto possiamo individuare le donne che presentano un rischio di base per patologie della gravidanza (precedenti gestosi, abortività ripetuta) o che presentano condizioni a rischio come ipertensione e diabete: in questo modo si può stratificare il rischio ed applicare le opportune misure preventive e terapeutiche.

In secondo luogo si possono facilmente sottoporre tutte le donne gravide ad un controllo di tipo dietetico controllando periodicamente l'incremento della curva ponderale ed indicando l'alimentazione qualitativamente più corretta (cibi allergenici).

Si può attuare un counselling che riguardi la promozione della salute modificando stili di vita errati (fumo, alcool, farmaci) in modo che la maternità diventi anche un'opportunità per stimolare un cambiamento per tutta la famiglia.

Ed ancora, siamo sicuramente in grado di affrontare la gestione di comuni sintomi che spesso possono verificarsi nel corso della gravidanza e che necessitano di una gestione mirata per evitare problemi più grossi; mi riferisco a sintomi come il prurito (epatogestosi, che necessi-

ta di un dosaggio dei sali biliari e di un controllo della funzionalità epatica), le perdite vaginali che richiedono un tampone vaginale, la batteriuria asintomatica (che prelude alla rottura delle membrane e che necessita di periodici esami urine), per non parlare poi delle algie addominali che raramente sono di pertinenza ostetrica, ma che costituiscono forse la maggior causa di ricorso improprio allo specialista ginecologo il quale regolarmente devia il problema ad un secondo specialista di solito il chirurgo e/o il gastroenterologo.

Si può inoltre sottoporre la donna ad un controllo settimanale della pressione arteriosa (per le gestosi).

Questi esempi potrebbero ancora continuare, ma spero sia chiaro il mio pensiero: il Medico Generale è molto adatto ad essere una buona guida per una gestione corretta della maternità centrata sulla famiglia, sulla prevenzione e sui problemi medici principali e che questo "tecnicamente" è già possibile con i mezzi di cui disponiamo attualmente.

LA GRAVIDANZA E LA MEDICINA GENERALE

Chiara Benedetto, Silvia Bussolino, Simona Sdei
Cattedra C di Ginecologia e Ostetricia, Università di Torino

La gravidanza è parte del percorso della vita femminile ed il Medico Generale che gestisce la salute della donna in età riproduttiva, è di necessità coinvolto anche nell'assistenza della gravidanza.

È il Medico Generale, ad esempio, che può preordinare gli interventi di prevenzione primaria in ambito riproduttivo: la vaccinazione rubeolica preconcezionale, l'informazione finalizzata all'acquisizione di abitudini nutrizionali corrette e di uno stile di vita adeguato alla futura gravidanza.

Il Medico Generale assiste la donna portatrice di patologie croniche (ipertensione, diabete, ecc.) che possono interferire con la riproduzione e sulle quali la gravidanza interferisce a sua volta e svolge pertanto un ruolo fondamentale nel monitoraggio e nella terapia della patologia di base, nell'informazione preconfezionale e nella programmazione della gravidanza insieme con lo specialista. Inoltre conosce il nucleo familiare della gestante, e quindi l'eventuale presenza di fattori di rischio e/o di patologie ereditarie.

È il Medico Generale che deve riprendere in carico la paziente dopo il parto: a lui spesso la donna ricorre nel delicato periodo del puerperio con i problemi psicologici e relazionali associati alla nascita; a lui infine ritorna la donna portatrice di patologia pregravidica con le eventuali modificazioni indotte dalla gravidanza.

Il disporre di linee guida di comportamento condivise tra specialista ginecologo e Medico Generale è pertanto esi-

genza sentita, sia per quanto attiene la gravidanza a basso rischio intesa come evento fisiologico della vita femminile, sia per quanto attiene al riconoscimento dell'alto rischio ostetrico, la cui gestione è di pertinenza specialistica. Tale esigenza è già portata nel 1996 i Medici Generali a pubblicare un articolo sulla rivista "Medico e Paziente" (1996;32:6) con il parere degli specialisti ginecologi sull'approccio diagnostico alla gravidanza fisiologica nel tentativo di evitare da un lato interventi immotivati di medicalizzazione e dall'altro di garantire una sorveglianza capace di evidenziare tempestivamente l'insorgenza di alterazioni che possano essere corrette con vantaggio per la salute materna e con prevenzione della morbilità prenatale.

L'integrazione tra Medico Generale e specialista è auspicabile anche dal punto di vista della donna che, in un momento della sua vita ricco di valenze emozionali qual è la gravidanza, necessita di figure di riferimento in accordo tra di loro e pertanto in grado di garantirle continuità sia assistenziale che relazionale.

IL PARERE DEL MEDICO "DI CITTÀ"

*Franco Bagagli
Medico Generale, SIMG Torino*

Come Medico Generale che lavora in una grande città, è frequente che io venga a conoscenza dello stato di gravidanza di una mia paziente al momento della richiesta di "batterie" di esami richiesti dai ginecologi ... ma ancor più spesso mi capita che le pazienti mi chiedano informazioni sull'utilità di tali esami ...

Tante le richieste di informazione che le donne ci rivolgono nel periodo preconcezionale e nel post-parto: la nostra disponibilità è del resto superiore a quella di molti specialisti e la nostra conoscenza della storia clinica delle pazienti è sicuramente superiore a quella di qualunque altra figura professionale.

Personalmente credo sia indispensabile una progressiva demedicalizzazione della gravidanza fisiologica, visione sempre più diffusa anche nell'ambiente specialistico.

In alcune realtà il parto può essere espletato a domicilio, con l'assistenza dell'ostetrica e la reperibilità dello specialista; in alcuni ospedali esistono le "case-parto",

ambienti confortevoli quanto possibile, creati allo scopo di restituire alla "fisiologia" il momento della nascita.

Se è vero che il momento del parto è da considerarsi, nella maggior parte dei casi, un evento che necessita di un ambiente particolare e attrezzato quale quello specialistico ospedaliero, non possiamo affermare la stessa cosa per le fasi iniziali di una gravidanza, o addirittura per la sua intera durata: lo specialista dovrebbe riacquistare il ruolo di consulente e non dovrebbe avvenire, da parte nostra, un "trasferimento di gestione" della "paziente". Lo stesso vale per il delicato periodo del post-partum nel quale si evidenziano problematiche complesse che ben poco hanno di specialistico: si pensi solo al rientro in famiglia con un "componente" in più, i problemi delle mutate relazioni in ambito domestico-parentale, della donna che lavora, dell'allattamento ...

Talvolta tutto questo sfocia in una vera e propria situazione depressiva, e sono i casi in cui la donna e la sua famiglia ricorrono al nostro appoggio.

Troppi ginecologi tendono a non valutare queste problematiche che per il nostro lavoro diventano rilevanti.

È chiaro che i Medici Generali, per tornare a riappropriarsi di un ruolo attivo nei confronti della gravidanza, necessitano di una formazione specifica, ma è altrettanto chiaro che occorre "mettersi d'accordo", giungendo ad un'intesa di fondo e dettagliata con gli specialisti. Alla SIMG il compito di farsi carico di un percorso formativo ad hoc, affiancato dalla stesura di un documento comune fra Medici Generali e ginecologi che definisca le linee di comportamento condivise che comprendano le fasi preconcezionale e del post-partum.

È anche necessario chiarire un dubbio molto diffuso presso i Medici Generali: *quando* una gravidanza può essere definita "patologica", e da chi?

Auspicabile un buon rapporto locale fra Medico Generale e specialistica territoriale che, come per l'ADI, coinvolga anche le ostetriche che spesso seguono gravidanza e puerperio con costanza, partecipazione ed empatia.

La gestione della maternità centrata sulla famiglia, attitudine più che programma scientifico, rispetta l'individualità della donna e la sua autonomia, guidandola e non dirigendola: il Medico Generale, medico della famiglia, potrebbe in un futuro non lontano provvedere alla gestione di questo tipo di maternità.

Un ruolo "perduto", o solo presente da sempre ma da riconoscere e ridefinire?

Possibili ruoli del Medico Generale per la salute della donna in gravidanza

COUNSELLING PREGRAVIDICO	CONTROLLO PATOLOGIE DI BASE	GESTIONE DI SINTOMI MINORI	PROMOZIONE SALUTE IN GRAVIDANZA
Counselling per malattie a trasmissione sessuale	Ipertensione	Perdite vaginali	Alimentazione
Counselling per contraccezione	Diabete	Batteriuria asintomatica	Fumo
Anamnesi familiare per patologie ereditarie, malformazioni, consanguineità	Obesità	Algie addominali	Alcol, sostanze d'abuso
Anamnesi lavorativa	Insufficienza renale	Prurito	Farmaci
Anamnesi ostetrica (pregresse patologie, gravidanze plurime, aborti ...)	Epatopatie	Pressione arteriosa	Attività fisica
Esami ematochimici per maternità responsabile		Malattie intercorrenti (app. respiratorio, gastroenterico, ecc.)	
Immunizzazione per rosolia, controllo toxoplasmosi			

Lasciamo ai colleghi il compito di integrare questa Tabella ... e di comunicarcelo.