

DOPING E MEDICINA GENERALE

Tiziano Sandrini

Medico di Medicina Generale ULSS 20, Verona. Tutor della scuola regionale di formazione specifica di medicina generale

INTRODUZIONE

Quando mi è stato proposto di occuparmi dell'argomento "doping e medicina generale" nell'ambito di questa pubblicazione, e di provare ad analizzare il potenziale ruolo preventivo del medico di base rispetto a questo fenomeno, mi sono subito chiesto: "Ma cosa centro io, medico di famiglia con il doping? Tra l'altro, cosa ne so io di doping? È di pertinenza della medicina dello sport l'argomento delle pratiche dopanti. Poi però ragionando sul mio ruolo in questo ambito preciso mi sono posto i seguenti quesiti: l'approccio alle problematiche legate al doping è compito pertinente alla medicina generale? È un problema sanitario socialmente rilevante e pertanto sicuramente di competenza della medicina generale, o di "nicchia" e quindi, demandabile almeno in linea teorica a colleghi od operatori di secondo livello?

Non conoscendo l'epidemiologia "ufficiale", ho fatto riferimento alla mia "casistica personale". In effetti, nel corso della mia attività ambulatoriale, mi è capitato di entrare in contatto con pazienti che presentavano problematiche d'uso\abuso\mal uso di "vitamine, integratori, amminoacidi ecc", anche se è vero che la mia "casistica personale" (1500 pazienti) ha un valore epidemiologico scarissimo. Leggendo poi, articoli che indagano le dimensioni del fenomeno, le campagne di prevenzione dei mass-media, la presenza sempre più massiccia sul mercato farmaceutico di sostanze "parafarmaceutiche", mi sono reso conto che si tratta di un problema socialmente rilevante.

Qualunque situazione sanitaria, banale o impegnativa che sia, se ha dimensioni sociali rilevanti deve essere affrontata dal medico generale.

A questo punto mi sono detto: provo a scrivere un articolo da medico generale “vero”, cioè da non specialista, da generalista vero, da medico che affronta tutti i problemi sanitari e non solo sanitari che gli si presentano in ambulatorio, da medico che dovrebbe sapere tutto lo scibile della medicina, e, poiché ovviamente questo non è possibile, vive e lavora stabilmente nell’area dell’incertezza professionale, ma altrettanto contemporaneamente nella certezza di essere e dovere essere punto di riferimento preciso, spesso unico, talora indispensabile per il paziente in questa situazione di organizzazione della medicina complessa, complicata e spezzettata fra varie situazioni specialistiche.

FUNZIONI E COMPITI DELLA MEDICINA GENERALE

L'accordo collettivo nazionale recepisce la caratterizzazione della medicina generale italiana secondo i principi espressi dalla definizione europea di medicina generale data da WONCA Europa (la sezione europea dell'associazione mondiale dei medici di famiglia).

Le caratteristiche elencate di seguito definiscono le peculiarità professionali:

- a. la medicina generale è normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso, ed ogni altra caratteristica della persona;
- b. fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie;
- c. sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia alla sua comunità;
- d. si basa su un processo di consultazione unico fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo attraverso un'efficace comunicazione fra medico e paziente;
- e. ha il compito di erogare cure longitudinali e continue secondo i bisogni del paziente;
- f. prevede uno specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza ed incidenza delle malattie in quella precisa comunità;
- g. gestisce contemporaneamente i problemi di salute sia acuti che cronici dei singoli pazienti;
- h. si occupa di malesseri che si presentano in modo aspecifico ad uno stadio iniziale del loro sviluppo e che potrebbero richiedere un intervento urgente;

- i. promuove la salute ed il benessere con interventi appropriati ed efficaci;
- j. ha una responsabilità specifica della salute della comunità;
- k. si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, sociale, culturale ed esistenziale.

Se questi sono i compiti ufficiali e complessivi della medicina generale, quali sono in specifico relativamente al problema doping?

Cercherò di elencarli e successivamente di svilupparli seguendo una scaletta che abbia aspetti più operativi che non meramente metodologici.

Sostanzialmente credo che nell'attività quotidiana dell'ambulatorio io mmg dovrei:

1. sospettare il problema
2. svolgere un'anamnesi mirata
3. porre la diagnosi
4. identificare la possibile terapia
5. monitorare il paziente
6. scegliere quando relazionarsi con il secondo livello
7. mettere in atto pratiche di educazione sanitaria individuale e collettiva, tese alla prevenzione del problema specifico.

Naturalmente bisognerebbe fare tutto questo gestendo "sapientemente" le risorse economiche dell'ente pubblico committente e le risorse di tempo e pazienza degli operatori che naturalmente non sono infinite.

SOSPETTARE IL PROBLEMA

Perché e quando sospetto l'esistenza del problema doping?

Il problema doping deve essere in primis "sospettato" e, soltanto dopo, devono essere poste le domande anamnestiche specifiche, perché do per scontato il fatto che, come medici di assistenza primaria, non abbiamo il tempo per effettuare anamnesi allargate ad ogni tipo di problema a tutti i pazienti che afferiscono in ambulatorio per qualunque aspetto sanitario; perfino i fattori di rischio cardiovascolare non sono rilevati alla totalità dei pazienti.

È chiaro che si può e si deve impiegare la medicina di opportunità, utilizzando la presenza in ambulatorio del paziente per porre domande anche al di fuori del problema presentato al momento avvalendosi delle risorse di disponibilità di tempo del medico relative alla situazione specifica.

Tuttavia, anche questo metodo ha dei limiti: tutti noi facciamo fatica a scegliere cosa

è meglio fare quando un paziente si presenta in ambulatorio una volta l'anno e l'orario di chiusura dello studio è già stato oltrepassato da una o due ore.

Nonostante ciò, il dubbio o il sospetto della presenza di un problema non nasce dal niente.

Devono presentarsi assieme alcune condizioni: sensibilità del medico al problema stesso, conoscenze professionali specifiche sui fattori di rischio, sulle modalità di presentazione cliniche (sintomi e segni), conoscenza delle abitudini del paziente (anamnesi fisiologica).

Si sospetta, si annusa clinicamente un problema quando si conosce bene lo stesso, se ne riconosce l'importanza epidemiologica, clinica, e successivamente si acquista e si affina sensibilità culturale e professionale allo stesso.

È evidente a questo punto che nasce una domanda: i medici di medicina generale italiani sono adeguatamente formati sul problema doping, sulle dimensioni sociali del fenomeno, conoscono le sostanze che sono utilizzate dai pazienti, conoscono i farmaci che possono essere utilizzati come sostanze dopanti, o che possono mascherare le sostanze non lecite?

La loro formazione è professionale o "per sentito dire", magari dai mass-media?

Alcuni piccoli studi effettuati negli anni scorsi danno esito sfavorevole, come emerge dalla pubblicazione del dott. Rosano Aldo dell'istituto italiano di medicina sociale. Lo stesso lavoro riporta dati sulle conoscenze di medici di vari stati europei e non sono segnalate differenze importanti con gli italiani: la scarsa preparazione professionale sul problema delle sostanze dopanti accomuna i medici generali del vecchio continente.

Esiste un evidente bisogno formativo che deve essere colmato con un intervento formativo specifico impostato sul piano metodologico in forma corretta ed aggiornata ai tempi, coinvolgendo cioè, già nella fase preparatoria, tutti gli operatori del settore, compresi assolutamente alcuni rappresentanti degli utenti finali da "formare" al fine di "tarare" giustamente l'evento formativo.

Potrei riassumere che sospetto l'esistenza di un problema solo quando si verificano contemporaneamente due condizioni: conosco il problema in maniera professionale e nel contempo lo stesso problema mi interessa.

Resta aperto il problema di come sviluppare "l'interesse" del medico di medicina generale in questo specifico settore, in una situazione storica precisa nella quale questi è già oberato di impegni professionali precisi e pesanti.

Resta anche aperto il problema della priorità: essendo la risorsa "tempo" finita e non infinita, se il mmg sviluppa interesse e quindi dedica tempo ad un aspetto professionale, inevitabilmente lascerà indietro altri aspetti che dovranno essere pertanto

valutati “meno” importanti nei confronti dello stato di salute di quel paziente o di quella comunità.

Non è questa la sede, né mia intenzione affrontare lo spinoso problema delle “priorità” nella medicina di primo livello, perché questo ci porterebbe molto lontano e fuori dal mandato.

La conclusione inevitabile però, è che l'anamnesi mirata al doping, in queste condizioni storiche della medicina generale italiana, non può essere effettuata a tappeto ad ogni paziente che afferisce all'ambulatorio, ma deve necessariamente essere limitata ai pazienti che il mmg giudica a rischio, a ragione o a torto, viste le sue condizioni di preparazione professionale non ottimale in questo contesto professionale.

DAL PERCHÉ AL QUANDO

Quando sospetto?

In generale, quando ho un paziente malato e quindi sintomatico oppure quando so che è a rischio, utilizzando terminologie mediche a noi mmg ormai usuali nei settori oncologici e cardiovascolari.

Nuovamente si apre il deficit formativo di cui abbiamo appena parlato: noi mmg non sappiamo con certezza chi sia il paziente a forte rischio di doping; sappiamo dei frequentatori di palestre, dei cosiddetti “culturisti”, dei ciclisti professionisti o quasi professionisti, dei sospetti che aleggiano nel mondo del calcio professionistico, della pesistica, del nuoto; ma al medico generale interessa maggiormente lo sportivo amatoriale in genere, non il professionista o figure simili, perché gli amatori sono numericamente molto più frequenti, e sono pure i pazienti che frequentano l'ambulatorio.

Inoltre, la gran parte degli studi epidemiologici effettuati sull'uso di sostanze dopanti va ad indagare studenti delle scuole superiori o delle università.

In pratica, nel mio ambulatorio la gran parte degli sportivi è rappresentata da maschi e femmine di 30\40\50 anni, amatori, non classificabili fra gli atleti: proprio la popolazione NON rappresentata nella gran parte degli studi epidemiologici effettuati negli ultimi anni in Italia e non solo.

Pertanto io mi chiedo: qual è il rischio di questi soggetti?

Se fosse basso, potrei “accontentarmi” di un'anamnesi “veloce”, se fosse medio-alto dovrei allora condurre anamnesi più accurate, ripetute.

Oppure, addirittura, sempre in questa parte di popolazione, il rischio è sconosciuto o misconosciuto?

Sostanzialmente:

- a) a quale tipologia di paziente devo svolgere un'anamnesi accurata?
 - b) Quali domande devo porre?
 - c) Quanto tempo posso impiegare?
 - d) Ho un software per l'attività ambulatoriale con una scheda anamnestica che mi consenta la registrazione veloce e mirata di questi aspetti?
- Provo a dare una risposta alle domande che mi sono poste.

a) A quale tipologia di paziente devo svolgere un'anamnesi accurata?

In teoria bisognerebbe effettuare un'anamnesi accurata ad ogni paziente che pratica attività sportiva; all'agonista perché, probabilmente, è più esposto al "rischio" o "bisogno" o "desiderio" (non saprei come definirlo) di assumere sostanze in grado di modificare la performance sportiva. Sono pazienti molto spesso seguiti "in toto" da medici o strutture specializzate in medicina dello sport ma, altrettanto, sono pazienti che possono afferire all'ambulatorio di medicina generale quando si presentano patologie aspecifiche o che il paziente ritiene aspecifiche. Sta al mmg stabilire gli eventuali collegamenti fra i sintomi presentati dal paziente e l'eventuale uso di sostanze dopanti, cosa che vedo assai ardua, e che apre il problema di un contatto con consulenti o specialisti di secondo livello, che affronterò più avanti.

Però, un'anamnesi veramente accurata andrebbe riservata ai non agonisti, in particolare, ovviamente a mio avviso, a coloro che praticano attività sportive con le seguenti caratteristiche:

- particolare intensità (oltre le 4\6 ore settimanali),
- sport di squadra con partecipazione a manifestazioni chiamate eufemisticamente "non agonistiche";
- partecipazioni a sport particolarmente a rischio: ciclismo, mountain bike, fondo, corsa su strada su lunghe distanze;
- frequenza a quelle palestre dove la pratica del "rinforzo muscolare" è particolarmente esercitata.

Esiste una tipologia di paziente, sempre a mio avviso, particolarmente a rischio, rappresentato dal trentenne\quarantenne, sia maschio che femmina, che dopo aver praticato sport agonistici di varia natura in gioventù, deve, gioco forza, per l'età scegliere sport meno traumatici o meno stressanti su alcune strutture muscolari.

Talora questo è un paziente che non si "accontenta" della pratica sportiva, ma cerca anche il risultato in fatto di tempo o in manifestazioni chiamate non competitive.

Naturalmente, queste caratteristiche sono presenti solo in una piccola fetta di coloro che sono stati sportivi agonisti in giovinezza; non sto sostenendo che tutti o la gran

parte degli ex agonisti è disposta a tutto per il risultato. Tuttavia su questa tipologia di paziente io ritengo sia corretto svolgere un'anamnesi più accurata.

b) Quali domande devo porre?

Bella domanda!

Riprendendo parzialmente alcune affermazioni del precedente punto uno, elenco le domande che io pongo durante la mia attività di mmg:

- tipo dell'attività fisica o sportiva
- quantità della stessa
- livello di pratica: individuale, di squadra, agonistica, amatoriale
- uso di integratori e di che tipo

Quest'ultima è la domanda centrale, la domanda che consente a me di "classificare", se così mi posso esprimere, lo sportivo in varie classi:

1. Lo sportivo che non assume mai nulla, neanche i sali minerali, o le barrette energetiche; questo sportivo spesso si costruisce da solo i sali minerali con prodotti naturali come i succhi di frutta, e sostituisce le barrette con panini, o alimenti simili fatti in casa.
2. Lo sportivo che assume solo sali e barrette, regolarmente o solo in condizioni di grande performance sportiva.
3. Lo sportivo che assume oltre ai prodotti sopra citati anche integratori di vario tipo, spesso da lui poco conosciuti, e di provenienza talora certa (farmacie) ma talora da canali non certi e/o alternativi.
4. Lo sportivo che ammette l'uso di sostanze non lecite, ma saltuariamente e limitate a brevi periodi: attenzione perché, non raramente, questo paziente non è un praticante regolare di sport ma frequenta, anche saltuariamente, la palestra per "irrobustirsi".

Ovviamente il paziente descritto al punto 4) rappresenta un'esigua minoranza dei casi. Il medico deve prestare particolare attenzione al paziente descritto al punto 3), colui cioè che esprime una facilità all'uso di integratori.

c) Quanto tempo posso impiegare?

Altra bella domanda!

Il medico di medicina generale è un professionista che svolge compiti sanitari di varia natura, come ho detto prima.

Teoricamente, dovrebbe occuparsi di ogni aspetto sanitario dei suoi assistiti, o coordinare il processo di diagnosi e cura quando la situazione sanitaria dell'assistito richiede l'intervento di più figure sanitarie.

In pratica non riusciamo ad occuparci di “tutto” e di fatto interveniamo:

- quando il paziente ce lo chiede (medicina a domanda e non ad intervento programmato);
- quando le patologie sono a larga diffusione sociale;
- in prima persona quando le patologie sono affrontabili sul territorio;
- coordinando processi complessi di diagnosi e cura, con altre figure sanitarie e sociali anche di varie istituzioni quando le condizioni clinico-sociali del paziente lo richiedono.

Pertanto, rispondere alla domanda su “quanto tempo posso impiegare” per svolgere un’anamnesi accurata, domanda presuppone il darsi risposta ad altre domande:

- quanto è diffusa la pratica del doping? È un fenomeno sociale o di nicchia?
- Quali sono le conseguenze sullo stato di salute della popolazione a breve, medio, e lungo termine della assunzione di sostanze dopanti?
- Quali sono le procedure più efficienti per raccogliere dati anamnestici nella popolazione in questione?

Se la diffusione del doping o la propensione all’uso di sostanze dopanti sono così diffuse come alcune indagini fatte su popolazioni delle scuole superiori farebbero pensare, e se come sostiene lo scrivente, sono a rischio pure i praticanti amatoriali, si dovrebbe condurre un’anamnesi mirata tutti i pazienti fra i 15 ed i 60\65 anni, in pratica il 50\60 % della popolazione.

La media del tempo dedicato alla visita ambulatoriale per paziente è in Italia intorno agli 8\10 minuti ed è già doppia rispetto alla media inglese e lievemente più alta rispetto alle medie dei tempi di visita delle nazioni centro-europee.

Il mmg deve pertanto effettuare una selezione inevitabile dei pazienti su cui condurre l’indagine anamnestica e limitare assolutamente la raccolta anamnestica in questione ai pazienti che praticano attività agonistica e agli amatori che presentano i comportamenti a rischio sopra precisati.

Cercando di riassumere penso che si potrebbero porre solo tre domande

- che tipo di sport pratici?
- Quante ore dedichi alla settimana?
- Fai uso di integratori? (escludendo solo sali minerali e barrette energetiche)

Credo che con queste tre semplici domande potremmo identificare i pazienti a rischio.

d) Ho un software per l’attività ambulatoriale con una scheda anamnestica che mi consenta la registrazione veloce e mirata di questi aspetti?

Nessuna procedura seria di prevenzione può prescindere da una raccolta efficiente,

veloce, graficamente intuitiva dei dati. Studi precisi dovrebbero essere condotti al fine di identificare con certezza quali siano gli indicatori da raccogliere, al fine di non mettere insieme dati inutili o non significativi.

Il secondo passo dovrebbe essere quello di fornire questi indicatori alle software-house dei programmi più diffusi negli ambulatori di primo livello al fine di costruire tabelle intuitive e veloci nella loro compilazione, e la successiva validazione sul campo di lavoro.

Attualmente non mi risulta che nessun programma o cartella clinica computerizzata per la medicina di primo livello contenga tabelle di raccolta di questi aspetti professionali.

DIAGNOSI

Una volta che il mmg ha identificato, ma anche solo sospettato, un abuso sia saltuario che regolare di sostanze dopanti, il medico dovrebbe visitare il paziente con particolare riguardo agli organi bersaglio di quella o quelle sostanze ed effettuare controlli laboratoristici, nel caso siano necessari. Qualora il mmg non si senta in grado di affrontare in prima persona il quesito della diagnosi, allora si apre una fase delicata nel rapporto medico paziente.

Cerco di precisare il contesto che si può verificare. Il paziente che si presenta in ambulatorio per un problema di qualunque natura, e che è identificato come un paziente che usa sostanze dopanti sia regolarmente sia più spesso saltuariamente, è un soggetto apparentemente sano, e soprattutto è un soggetto che si sente bene, non si sente male, non è soggettivamente malato, se non in una piccola minoranza dei casi.

Pertanto, diventa difficile giustificare un invio ad un consulente di secondo livello, come può essere il servizio di medicina dello sport della ASL territoriale, o il dipartimento delle dipendenze o medici specialisti nella stessa disciplina che praticino attività a libero professionale.

Esclusi i pazienti che presentano situazioni di emergenza, a questo punto entra in gioco la relazione medico paziente, la valutazione per forza soggettiva del medico di quella situazione relazionale precisa, di quel particolare momento.

Il medico può decidere vari atteggiamenti relazionali:

- può affrontare subito il problema;
- può registrare il problema, e decidere di fermarsi lì, lasciando ad un secondo tempo un approccio più organizzato e strutturato, perché sa che il paziente in questione viene regolarmente in ambulatorio per vari motivi;
- può annotare il problema e decidere per un approccio soft con il paziente, perché

sa di non avere una relazione forte, e si comporta di conseguenza;

- vari ed innumerevoli sono i tipi di approccio relazionale, l'importante è non perdere l'occasione e tenere agganciato il paziente con una buona relazione;
- è importante disporre di un sistema organizzativo elettronico o cartaceo in grado di segnalare visivamente in maniera efficace e veloce la presenza di problemi ritenuti rilevanti dall'operatore, ma di questo accennerò più avanti.

Pertanto, potrebbe essere necessaria a questo punto la richiesta di consulenza al secondo livello. Chi è il medico di secondo livello in questo contesto?

Sicuramente il medico specialista in medicina dello sport, pubblico o privato, a seconda della situazione lavorativa nella quale il mmg si trova ad esercitare, ma anche altri specialisti, come il cardiologo, il gastroenterologo, l'ematologo, il farmacologo ed altri, qualora la situazione sanitaria del paziente lo richieda.

Dalla richiesta di consulenza ne consegue inevitabilmente un problema di competenze.

Quali sono le competenze del mmg e quali invece quelle dello specialista nel contesto del problema doping?

Non credo che esista una risposta univoca, una verità unica; tuttavia una "scaletta" di competenze si può tentare di costruire.

È sicuramente di competenza del mmg:

- l'anamnesi del paziente e l'identificazione dei soggetti a rischio (quando possibile e con tutte le incertezze descritte precedentemente);
- l'educazione sanitaria nel senso più ampio del termine anche se il mmg non è certamente l'unico operatore deputato a questo aspetto;
- il monitoraggio della situazione sanitaria globale del paziente;
- il rapportarsi con il secondo livello, ogni volta che il mmg lo ritenga utile, e nelle forme che il sanitario ritiene necessarie per quel caso specifico;
- l'invio concordato con il paziente al secondo livello.

Sono di competenza del medico specialista:

- la gestione delle problematiche sportive dell'atleta agonista;
- la gestione dell'amatore che assume regolarmente o perlomeno frequentemente sostanze dopanti, anche se mi rendo conto che sarà difficile che il paziente collabori;
- la gestione del paziente già "sintomatico".

Resta aperto il problema del paziente che assume integratori in quantità "industriale". Il mmg dovrebbe registrare il problema e rapportarsi al secondo livello quando lo riterrà utile, magari anche solo telefonicamente per una migliore comprensione della situazione.

LA TERAPIA

Se un paziente deve essere sottoposto a terapia per problemi di doping, è per definizione un paziente malato e pertanto la terapia deve essere decisa dallo specialista. Deve essere di competenza del mmg, come per ogni altro paziente, la gestione globale della terapia. Le prescrizioni terapeutiche farmacologiche e comportamentali del collega di secondo livello dovranno essere inserite dal mmg all'interno della gestione globale di salute di quello specifico paziente.

Sul piano deontologico e metodologico non esiste alcuna differenza con le condizioni quotidiane di collaborazione fra professionisti tipiche della nostra professione, quali quelle che abbiamo regolarmente i colleghi specialisti di tutte le branche della medicina.

Potrebbero esserci difficoltà per la scarsa conoscenza di alcuni farmaci o altre forme di trattamento da parte dei mmg, come per tutte le novità, ma queste situazioni possono essere superate con la formazione, con il tempo e con l'esperienza.

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE

Ho cercato precedentemente di classificare, con tutti i riguardi del caso, il paziente in quattro diverse ipotetiche situazioni personali di approccio al problema dell'uso di sostanze dopanti.

Ogni categoria merita un monitoraggio diverso:

1. Al paziente che non manifesta alcun interesse all'uso di sostanze, bisogna solo riconsiderare l'anamnesi specifica con poche domande poste al momento opportuno (quando l'attività di ambulatorio ce lo consente) ogni due o tre anni.
2. Il paziente che assume saltuariamente sali e barrette energetiche va tenuto un po' più sotto controllo, sempre con un'anamnesi specifica, ma anche in questo caso con atteggiamento soft.
3. Il paziente che assume integratori di varia natura va seguito con maggior attenzione, potrebbe essere un paziente a rischio: l'anamnesi (non più di una-due domande) va ripetuta ogni qualvolta è possibile, compatibilmente con la situazione del paziente e dell'ambulatorio.
4. Lo stesso per il paziente che ammette di assumere talora sostanze dopanti: bisogna comunque, sempre privilegiare la creazione ed il mantenimento di una buona relazione, perché solo da una buona relazione nascono buone e "complete" informazioni, soprattutto se raccolte su ambiti "delicati". Questa classe di pazienti potrebbe richiedere il ricorso ad una consulenza di secondo livello, a seconda del pro-

blema che potrebbe presentarsi. Ogni singolo medico saprà decidere modalità e tempi della consulenza.

EDUCAZIONE SANITARIA

Riprendendo la definizione WONCA, il mmg promuove la salute ed il benessere con interventi appropriati ed efficaci ed ha una responsabilità specifica della salute della comunità. Non vi è dubbio pertanto, che sia nostra precisa competenza l'educazione sanitaria.

Precisiamo però il contesto: in alcuni ambiti il mmg è diventato negli ultimi 10\15 anni un operatore sanitario importante e insostituibile nella prevenzione e nell'educazione sanitaria, come ad esempio in tutto il settore cardiovascolare, diabetologico, oncologico.

Nei confronti del problema doping io credo che l'attività di educazione sanitaria della categoria tutta della medicina generale sia stata praticamente nulla negli ultimi anni, anche perché il problema non è "sentito" dal medico generale.

Gli attuali successi nel campo della prevenzione cardiovascolare ed oncologica sono il frutto di campagne di sensibilizzazione della popolazione di ampia portata, ripetute nel tempo, coinvolgenti svariati operatori, e tendenti a chiarire l'importanza di più fattori sulla salute della popolazione.

Negli anni sessanta e settanta alcuni stili di vita e di alimentazione erano socialmente "vincenti".

In seguito, la scienza medica ha dimostrato che erano anche parte in causa nell'indurre o nel favorire alcune malattie.

Il mmg è stato partecipe importante di una campagna di sensibilizzazione più ampia, che ha richiesto e che continua a richiedere l'intervento di operatori sanitari e non sanitari a più livelli; l'utilizzazione dei mass-media è fondamentale come altrettanto fondamentale è l'univocità del messaggio che deve essere mandato alla popolazione (naturalmente ove questa univocità sia sostenuta da basi scientifiche serie e documentate).

Altrettanto bisognerebbe fare con il doping, se il problema acquista o ha già acquistato dimensioni sociali rilevanti.

In particolare in questo ambito del doping vedo importanti tanti altri operatori, anche non medici: tutto il mondo dello sport, anche amatoriale, la scuola, le famiglie stesse.

La stessa "cultura" della società occidentale nel senso più ampio è chiamata in causa in questo ambito: in una società dove chi vince o "emerge" ha sempre ragione, dove

le regole esistono, ma chi le elude, è vincente, dove il confine tra il lecito e l'illecito in ogni ambito diventa sempre più sfumato, dove chi porta i soldi in un paradiso fiscale, è un buon operatore finanziario e non un evasore fiscale, è difficile pensare che un messaggio di un unico operatore sanitario sia sufficiente a rallentare pratiche di uso di stanze tese al raggiungimento di un risultato a “qualunque” costo.

Verrà ascoltato il mmg se sconsigliierà al suo assistito, che pratica uno sport amatoriale, l'assunzione di una certa sostanza perché dannosa per la salute, quando con quella sostanza supererà o potrà superare, o crederà di superare i suoi rivali di sempre e tutti questi lo invidieranno?

La cultura sportiva e la “cultura generale” della società dovrebbero proporre modelli di comportamento per il quale il cittadino, lo sportivo, il medico, il politico, pensionato e chiunque altro dovrebbe dare il meglio di se stesso in ogni ambito; poi, se il cittadino “arriva” primo, secondo o penultimo cambia poco.

Ma passiamo dai sogni ai fatti.

Allora ho spiegato come nel doping l'educazione sanitaria debba essere *in primis* svolta da più operatori.

Nel contesto della medicina generale, nell'ambulatorio quotidiano, cosa fare e come fare?

Il messaggio che deve essere inviato al paziente è che ogni sostanza esogena può potenzialmente essere tossica o dannosa per l'organismo.

Anche sull'uso dei cosiddetti integratori il mmg dovrebbe favorire la cultura della cautela, essendo sostanze poco studiate soprattutto quando usate a dosaggi inusuali. Se applicassimo l'evidence-based medicine agli integratori, quali risultati ci ritroveremo?

Noto nella attività ambulatoriale grande difficoltà a far passare simili messaggi negli ultimi anni: i messaggi “chimera” dell'industria parafarmaceutica sono sempre più pressanti e presenti anche nei confronti della classe medica, figuriamoci nei confronti della popolazione generale.

Inoltre, essendo parafarmaceutici e non farmaci, molti di noi tendono a non applicare a queste sostanze i criteri della evidence based medicine.

COME FARE EDUCAZIONE SANITARIA?

- Attraverso il contatto diretto medico- paziente, utilizzando ogni occasione di incontro, compatibilmente con le risorse di tempo, e aggiungo, di pazienza, del momento.
- Attraverso la consegna di messaggi educativi brevi redatti a hoc, con terminolo-

gia adeguata all'utente finale, come foglietti illustrati, piccole guide illustrate di qualche pagina, (attualmente non presenti nella pratica quotidiana per il problema in questione).

- Attraverso la sala d'attesa, con manifesti, stampati presenti in ambulatorio che abbiano le stesse caratteristiche descritte per i messaggi educativi brevi del punto precedente.

BIBLIOGRAFIA

1. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, Ministero della Salute.
2. WONCA (World Organization of Family Doctors): The European Definition of General Practice/Family Medicine, Wonca Europe 2002.
3. *Il Doping nello sport amatoriale - Conoscenze, studi, iniziative* a cura di Aldo Rosano (Istituto Italiano di Medicina Sociale) Febbraio 2004.