

# Essere un “buon medico”

a cura di Martina Musto, Gabriella Pesolillo, Antonio Votino

Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, SIMG

Ogni laureato in Medicina e Chirurgia ha l'ambizione di essere o diventare un *bravo medico*: ma se dovessimo guardarci in un ipotetico specchio che raffigura quello che i nostri assistiti disegnano come *bravo medico*, le due immagini coinciderebbero? Ci piacerebbe ciò che vedremmo e che ci viene chiesto di essere?

Il cambiamento demografico che ha caratterizzato gli ultimi decenni, con il conseguente aumento delle cronicità e dei pazienti complessi, ha innegabilmente aumentato il divario tra i bisogni percepiti come *prioritari* dai nostri pazienti e da noi.

Se dovessimo sinteticamente (e generalizzando un po') descrivere quello che per i nostri assistiti potrebbe essere il prototipo di *bravo medico di famiglia*, potremmo elencarne tre caratteristiche principali:

*Disponibilità e accessibilità illimitate*: accesso ambulatoriale libero con elasticità di orari; possibilità di richiedere visite domiciliari senza vincoli di appropriatezza e di orari; contattabilità nella notte e nei giorni festivi.

*Propensione alla facile prescrizione di visite specialistiche e di accertamenti laboratoristici e strumentali*: caratteristica che spes-

so, agli occhi del paziente, qualifica il medico anche come *“molto scrupoloso”*.

*Capacità di ascolto* e, più in generale, propensione a soddisfare anche i bisogni non strettamente sanitari dei propri assistiti.

Sembrerebbe quasi che per il medico di medicina generale conoscenze e competenze scientifiche, considerate indispensabili in uno specialista, siano di secondaria importanza. Così come l'adozione di modelli organizzativi più evoluti, finalizzato ad una migliore gestione degli assistiti, non è visto sempre con favore perché percepito piuttosto come un'ulteriore “barriera” nella relazione con il proprio curante.

In realtà, a ben pensarci, anche noi stessi contribuiamo ad aumentare un po' la confusione.

Ognuno di noi ha il *proprio* ideale di *bravo medico*, con differenze talvolta anche significative che si accrescono quando si lavora in condizioni di isolamento intra- e interprofessionale, in assenza di occasioni di confronto, fino a raggiungere i casi limite in cui la professione si avvicina troppo all'*arte* e si allontana pericolosamente dalla *disciplina scientifica*. E, per

finire, non aiuta un contratto che premia la *quantità* di assistiti e il contenimento della spesa, con poca considerazione per la *qualità* del lavoro.

Probabilmente sarà necessario in primo luogo, lavorare su noi stessi se vogliamo che vengano riconosciuti anche dagli assistiti (così come dalle Istituzioni e dal mondo della medicina specialistica) i valori che la maggioranza dei medici di medicina generale riconosce come prioritari nella professione: rigore scientifico, competenze estese in ambito bio-psicosociale, attenzione all'uomo oltre che alla patologia; in altre parole, elevata professionalità. Un diffuso comportamento vocato alla produzione di salute e con solide basi cliniche-scientifiche è l'unico modo che abbiamo per acquisire autorevolezza. Competenza e credibilità sono la base per acquisire il credito necessarie da un lato a gestire le pressioni incongrue dei pazienti e dall'altro a rinegoziare con le Istituzioni una Medicina Territoriale nuova, più vicina alla realtà epidemiologica attuale e rispettosa dell'appropriatezza scientifica e delle risorse disponibili.