

BILANCI DI SALUTE : riflessioni su esperienze concrete e prospettive

Negli ultimi anni su Quaderni ACP sono stati recensiti alcuni studi inglesi che in sintesi testimonierebbero che dei problemi di salute sono di norma i genitori ad accorgersi, indipendentemente dai controlli predisposti, e questo mette in dubbio la reale utilità dei controlli di salute.

Teniamo conto che parlando di rilevazione di problemi o di diagnosi precoce si tocca solo uno degli aspetti di cui si compongono i Bds, che non possono essere ridotti a ciò.

Vediamo una **definizione di Bds** ripresa dal Libretto sanitario regione Campania: *sono visite periodiche che il PdF fa al bambino per seguirne l'accrescimento fisico e lo sviluppo psicomotorio e relazionale e per discutere con i genitori di quello che serve fare per promuovere un buono stato di salute.* Qualcosa quindi utile anche ai bambini sani, in cui non si citano neppure malattie né diagnosi.

Come medici rischiamo spesso un'istintiva attrazione verso la patologia o la ricerca di essa, troppo spesso la normalità viene identificata con il "niente".

Proviamo a metterci per una volta dal punto di vista dei genitori, da parte dei quali vi è una richiesta spontanea di visite di controllo e di consigli. In parte è sempre esistita, o almeno è nata con i pediatri, sicuramente l'abbiamo indotta; in passato trovava come risposta una puericultura ben più rigida e strutturata rispetto all'attuale, e sicuramente non basata su evidenze scientifiche.

Ma non tutto è indotto. C'è un'esigenza profonda dei genitori di sentirsi attenti al loro bambino che può trovare sfogo in visite rituali, oggi meglio incanalata nei Bds.

Sicuramente **si sottovalutano**, fa parte delle insicurezze.

Ma a volte **ci sopravvalutano**: spesso le nostre competenze nel campo dello sviluppo, dell'educazione non sono quelle che sperano.

Le attese dei pediatri nei confronti dei Bds da quelle più nobili a quelle meno confessate: organizzare meglio la propria attività, contenere le visite future, individuare malattie e disturbi, costruire un rapporto attivo di collaborazione, sostenere la funzione genitoriale (oggi forse il più importante ed ambizioso), prevenire il disagio relazionale, educare alla salute e fornire linee guida anticipatorie, stimolare l'autonomia della famiglia dal pediatra, raccogliere e trasmettere dati, autogratificarsi e sentirsi essenziali alla salute dei bambini, ottenere un guadagno aggiuntivo. In questo elenco sono contenuti anche dei veri e propri obiettivi di salute, purtroppo gli aspetti più profondi sono anche quelli meno facilmente verificabili.

Chiedersi se servono i Bds equivale quasi a chiedersi se servono i Pediatri di Famiglia, visto la elevata % di visite per "controllo"; domanda legittima, ma che forse trascende dal tema della relazione. Ricordiamoci piuttosto del ruolo della famiglia nella salute dei bambini, che per fortuna resta più importante del ruolo dei pediatri.

Forse in concreto può essere più utile chiedersi come effettuarli.

In primo luogo dobbiamo **possedere strumenti e capacità.**

Una formazione tale da saper comunicare: è da questa più che dal Bds che nasce il rapporto di fiducia, che può essere stimolata l'autonomia. Per esempio saper porre domande aperte, atte ad acquisire informazioni, ma anche utilizzare la visita medica come strumento di comunicazione non verbale: il modo in cui manipoliamo o consoliamo un neonato vale più di mille consigli, esaminare i genitali esterni abitua noi il bambino ed i genitori a considerarli parti da visitare.

Saper valutare il neonato e promuoverne lo sviluppo neuromotorio con un approccio in cui si valuta normalità e si perseguono le condizioni ottimali perché quel bambino esprima le sue potenzialità nel suo contesto familiare (come si insegna nei corsi Brazelton).

Sapere fornire consigli anticipatori adeguati, per dirla con Brazelton, conoscere i touch-points per l'età

Disporre anche di foglietti...ma evitare di mandare a casa i genitori con montagne di carta

Conoscere le risorse del territorio, le opportunità anche in campo educativo, sociale, sportivo oltre che naturalmente sanitario.

Personale infermieristico cui demandare alcune prestazioni facenti parte dei Bds, soprattutto in un contesto di pediatria di gruppo.

Per comunicare adeguatamente occorre **tempo**, il Bds programmato è un'occasione ideale; soprattutto il primo bilancio, quando si conduce la prima anamnesi e si offre la prima immagine di noi, della nostra

organizzazione del lavoro, del nostro interesse per la famiglia e per i vissuti emotivi collegati al nuovo nato. La **prenotazione** permette di riservarsi il tempo opportuno, ma occorre tener conto del sottogruppo di famiglie incapaci di programmare, non trascurare le barriere sociali e culturali: il rischio è di approfondire il solco, di incrementare l'iniquità. Occorre mantenere elasticità, flessibilità considerare i diversi bisogni, non appiattare.

Resta dunque il grande problema aperto dei bambini a rischio sociale, stranieri ecc., per i quali occorre chiedersi se I Bds praticati nell'ambulatorio del pediatra siano uno strumento adeguato.

Direttamente collegata è allora la questione del **dove effettuarli**: in ambulatorio, magari il primo a domicilio, oppure nel distretto, accoppiato alle vaccinazioni, con un pediatra di famiglia capace di connettersi con le altre risorse dell'ASL.

Riguardo al numero: **pochi ma buoni**. Personalmente temo che la monetizzazione possa portare ad una moltiplicazione di Bds , anche in fasce di età poco significative, dove forse è meglio dedicare più tempo ai problemi (cronici) e fare educazione sanitaria più mirata su alcuni gruppi . Poi si potrà anche pesare e misurare e fare un es. obiettivo completo a tutti gli assistiti una volta l'anno ...ma non chiamiamolo Bds e non facciamolo pagare come tale.

Un Bds può essere un ottimo strumento per occuparsi degli **adolescenti**, ma senza medicalizzare troppo anche questa fascia di età in cui predominano problemi non strettamente medici, e senza la presunzione di affrontare questioni su cui si è poco preparati

Ripensando ai nostri obiettivi credo **dobbiamo cercare degli indicatori di efficacia (almeno di percorso)** relativi alle visite domiciliari ed ambulatoriali non programmate, gli accessi in PS, i ricoveri effettuati tramite accesso diretto in Ospedale, qualche indice di conflittualità fra pediatra e famiglie.

Concludo con una considerazione finale: prestiamo attenzione che quando si è creato un rapporto di profonda fiducia allora vi è anche un **legame affettivo**: entrano in gioco –reciprocamente!- i sentimenti, positivi ma anche negativi, , **che poi occorre saper gestire**.