



Unione europea
Fondo sociale europeo

PON
INCLUSIONE

M



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

FORMAP: UN MODELLO DI INTERVENTO CONDIVISO

Riflessioni di metodo rivolte
a operatrici, operatori e insegnanti
impegnati nell'orientamento
per la salute delle popolazioni RSC
in condizioni di marginalità

Istituto
degli
Innocenti





MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale
Angelo Fabio Marano

Divisione IV - Programmazione sociale. Segretariato della Rete della protezione e dell'inclusione sociale.
Gestione e programmazione dei trasferimenti assistenziali. Politiche per l'infanzia e l'adolescenza
Adriana Ciampa



Presidente
Maria Grazia Giuffrida

Direttore Generale
Giovanni Palumbo

Area infanzia e adolescenza
Aldo Fortunati

Servizio ricerca e monitoraggio
Donata Bianchi

ForMap: un modello di intervento condiviso

Riflessioni di metodo rivolte a operatrici, operatori e insegnanti impegnati nell'orientamento per la salute delle popolazioni RSC in condizioni di marginalità



Unione europea
Fondo sociale europeo



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

A cura di

Monica Grassi con la consulenza di Fulvia Motta

Appendice a cura della dott.ssa Luciana Biancalani (pediatra di famiglia)

Istituto degli Innocenti - Piazza SS. Annunziata 12 - 50122 Firenze
tel. +39 055 2037343 - fax +39 055 2037344 - cnda@minori.gov.it - www.minori.gov.it

2020, Istituto degli Innocenti, Firenze

La presente pubblicazione è stata realizzata dall'Istituto degli Innocenti nell'ambito delle attività previste dal protocollo d'intesa ai sensi dell'art.15, comma 1, legge 241/1990 tra Istituto degli Innocenti e MLPS per lo svolgimento delle attività di assistenza tecnica del PON "Inclusione" CCI N. 2014IT05SFOP001, approvato con decisione della Commissione c(2014)10130 del 17 dicembre 2014, per la realizzazione delle azioni di cui all'asse 3 del PON "Inclusione"-sistemi e modelli di intervento sociale, azione 9.5.1.

Istituto
degli
Innocenti



ForMap: un modello di intervento condiviso

Riflessioni di metodo rivolte a operatrici, operatori e insegnanti impegnati nell'orientamento per la salute delle popolazioni RSC in condizioni di marginalità

Sommario

INTRODUZIONE.....	3
1. Riflessioni intorno al nostro ruolo nella tutela della salute.....	5
2. I pilastri metodologici di ForMap.....	10
2.1 Flessibilità.....	11
2.2 Offerta attiva.....	12
2.3 Lavoro di rete e approccio multidisciplinare.....	13
2.4 Mediazione di sistema.....	15
2.5 Darsi tempo per l'ascolto empatico.....	15
2.6 Decostruire il pregiudizio, dentro e fuori di noi.....	16
 Salute e cultura, alcune considerazioni.....	17
3. Le tappe strategiche di ForMap.....	20
3.1 La conoscenza.....	20
 La conoscenza del contesto normativo.....	27
3.2 L'orientamento sanitario.....	32
APPENDICE. Schede tecniche su aspetti sanitari specifici dell'età pediatrica.....	35
NOTA. Il Progetto nazionale e la dimensione della salute.....	44

INTRODUZIONE

di Adriana Ciampa

Dirigente Divisione IV, Ministero del lavoro e delle politiche sociali

Perché questo quaderno?

Parlare di salute è sempre un tema complesso perché coinvolge molti aspetti del vivere e dell'agire.

Parlare di promozione della salute per gruppi di popolazione fragili è ancora più complesso perché significa muoversi all'interno di una cornice di diseguaglianze e ingiustizie sulle quali non sempre è possibile intervenire.

Parlare di salute a operatrici, operatori e insegnanti che non hanno fatto dell'aspetto sanitario la propria professione richiede chiarezza e determinazione nel definire il possibile ruolo generativo del loro intervento.

Eppure, è proprio per parlare di salute che nasce questo quaderno, o meglio di promozione alla salute e di azioni di contrasto alle diseguaglianze in salute.

A chi ci rivolgiamo?

Alle operatrici e agli operatori dell'area educativa e sociale, che quotidianamente abitano territori di frontiera, nel tentativo di abbattere le barriere di accesso ai servizi e di fruibilità delle prestazioni, indossando un ruolo nodale e poliedrico.

Alle e agli insegnanti della scuola primaria e secondaria di I grado, interlocutori fondamentali nelle reti del Progetto nazionale e osservatori privilegiati delle bambine e dei bambini, delle ragazze e dei ragazzi, nel contesto delle proprie classi.

Le connessioni create a livello locale nell'ambito del Progetto hanno permesso di visualizzare la profonda sinergia che esiste tra la scuola e le azioni di promozione della salute: se per la scuola il mandato istituzionale è il raggiungimento del successo formativo da parte di tutti gli alunni e le alunne, la salute e lo stare bene rappresentano la condizione perché qualsiasi offerta formativa abbia probabilità di successo.

Ecco che, allora, tutte le scuole hanno nella propria *mission* la promozione della salute e tutti i membri della comunità educante ne sono coinvolti attivamente.

Che cosa vi proponiamo?

Di entrare da protagonisti nei processi di avvicinamento tra comunità RSC e servizi per la salute, attraverso l'integrazione di due percorsi contemporanei e convergenti: *l'empowerment* delle famiglie nella capacità di accedere in maniera autonoma ai servizi sanitari e il miglioramento dei servizi stessi nelle pratiche di accoglienza, di sensibilità e comunicazione interculturale.

Quali azioni possono promuovere insieme la scuola, i servizi sanitari, gli enti pubblici, il terzo settore per favorire percorsi di salute virtuosi?

L'ideazione di questo quaderno prende corpo dalla necessità di creare un "alfabeto comune", di modellizzare un metodo di lavoro e, quasi, di offrirvi una "cassetta degli attrezzi" che vi accompagni nel vostro operare.

Non si tratta di un modello teorico e distante dall'agire quotidiano in prima linea; tutto il contrario.

Quanto qui vi proponiamo nasce dalle riflessioni condivise in questa triennalità di sperimentazioni, prende a prestito da altre esperienze di promozione della salute per popolazioni RSC, e si concretizza in una serie di strumenti efficaci ma flessibili, che ci aiutano ad affrontare un contesto sempre "sfidante", privo di formule, che ci pone di fronte a complessità che crediamo sia importante sostenere e accompagnare.

Strumenti che non vanno riposti nella "cassetta degli attrezzi", bensì utilizzati e arricchiti con nuove indicazioni provenienti dalle molteplici unicità dei contesti di sperimentazione.

Vi proponiamo un percorso che, a partire da una riflessione sulla declinazione del nostro ruolo nella promozione del diritto alla salute anche tra i più fragili, costruisce una mappa fatta di parole chiave come pilastri metodologici e di tappe come piccoli passi strategici.

Parlare di salute in un periodo profondamente segnato dall'emergenza epidemiologica da COVID-19, che ci ha visti tutti straordinariamente coinvolti nel continuare a presidiare i nostri territori di azione, seppure con modalità nuove, ci porta a riconoscere l'importanza strategica di costruire e promuovere una visione sempre proiettiva. Di fatto, ci siamo tutti accorti che se abbiamo lavorato bene prima dell'emergenza nell'inserire e accompagnare le famiglie dentro a un processo di promozione della salute e nel costruire una rete intorno e insieme a loro, i percorsi hanno resistito anche dentro l'emergenza.

Quando non si è in emergenza, quindi, è importante, ma soprattutto è possibile, costruire, sperimentare, aprire piste di lavoro e nuove sfide per l'innovazione.

Buon lavoro, che sia guidato dall'audacia.

*“Sappiamo ormai giocare solo coi pezzi neri:
se prima la paura non muove, noi non abbiamo strategia.*

*Volevo invece ricordare – e farlo proprio in questi giorni – che
noi siamo vivi per realizzare delle idee, costruire qualche
paradiso, migliorare i nostri gesti, capire una cosa di più al
giorno, e completare, con un certo gusto magari, la creazione.*

Cosa c'entra la paura?

*La nostra agenda dovrebbe essere dettata dalla voglia, non dalla
paura.*

Dai desideri. Dalle visioni, santo cielo, non dagli incubi.”¹

(Baricco, 2020)

¹ Baricco, A., *Virus. È arrivato il momento dell'audacia*, La Repubblica, 26 marzo 2020.

È attraverso la ricchezza di queste parole che prende forma il racconto della nostra continua ricerca di equilibrio nello “stare nel mezzo”, come il **ripieno di un panino**: da una parte sentirsi schiacciati tra due mondi, due forze motrici opposte (seppure il panino sia qualcosa di morbido, manipolabile). Ma dall'altra, il companatico è ciò che dà gusto: dunque essere il ripieno del panino significa decidere cosa metterci dentro, significa “orientare” il pasto.

È un racconto “situato” del modo di stare nella relazione educativa di un gruppo particolare, in un momento particolare. Se la nuvola l'avessero creata altri operatrici e operatori (o gli stessi in un altro momento), probabilmente sarebbe composta da altre parole.

A partire dall'intreccio delle esperienze, delle intuizioni, delle conoscenze, delle osservazioni, delle domande e delle storie professionali rappresentate da queste parole, e spinti dalla **passione** e dalla **curiosità**, che ci fa avanzare e ci fa desiderare di stare in una relazione di aiuto, possiamo definire qualche linea guida che declini il nostro ruolo anche nella dimensione della tutela della salute.

Operatrici e operatori e come...

- ✓ **sentinelle** nella rilevazione e **comprensione** dei bisogni delle persone RSC (adulti, bambine e bambini), per poi, **traducendo** ciò che abbiamo capito, da una parte sensibilizzare le persone RSC sul diritto alla salute per sé e la propria famiglia e, dall'altra, orientare e sensibilizzare il personale sanitario del servizio pubblico;
- ✓ **bussole** nell'orientare alla conoscenza del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e delle sue strutture e **traghettatori** al loro uso corretto, per favorire l'**empowerment** e l'autonomia delle comunità RSC nel suo utilizzo, come passo verso un percorso di inclusione globale;
- ✓ **promotori** del lavoro di **rete** per offrire risposte ai bisogni sanitari delle persone RSC e avviare percorsi di cura “culturalmente orientati”;
- ✓ **mediatori** e **facilitatori** dell'incontro tra i servizi sanitari territoriali e le famiglie, per ridurre le barriere affinché la relazione e la corretta comunicazione siano sempre garantite, fungendo spesso da **supporto** per entrambi;
- ✓ **advocates** nel rappresentare ai tavoli decisionali istanze volte ad ottenere la fruizione del diritto per le categorie più svantaggiate;
- ✓ portatori di una **progettualità** che va al di là del problema concreto da risolvere;
- ✓ **costruttori** di «**ponti di fiducia**» nell'incontro tra due mondi, ma con negli occhi sempre l'obiettivo di diventare non più necessari ...

Qual è, quindi, il ruolo delle e degli insegnanti nella rappresentazione di una tale complessità?

Ci pare che alcune dimensioni si sovrappongano, certo cambiano il terreno d'azione e gli interlocutori: anche le e gli insegnanti, nella comunità della propria classe, sono sentinelle nell'osservare e comprendere i bisogni e le situazioni di vita delle proprie alunne e dei propri alunni, bussole nell'orientarne i percorsi educativi, nodi della rete costruita intorno ad ognuno di essi, costruttori di ponti di fiducia con la famiglia per promuovere azioni di *child advocacy*.

Come è possibile declinare tutto ciò nel nostro lavoro quotidiano?

Entrare nel merito del nostro ruolo è una scoperta continua, ma porta con sé una complessità che crediamo sia importante tradurre con l'esempio concreto di una storia come tante, raccontata dall'équipe educativa di un Centro di Emergenza Sociale² della città di Milano (anno 2017).

Una storia possibile di incontro/scontro tra una donna rom e un servizio per la salute riproduttiva

Miruna è una donna romena, madre di sei figli e quasi al termine della settima gravidanza. Sappiamo pochissimo di lei: sappiamo che ha vissuto per tanti mesi in macchina, in un parcheggio della città, con la sua famiglia: il marito e i figli.

La accogliamo a seguito della segnalazione della maestra del figlio più grande che faceva parte di un'associazione di *advocacy* locale e che aveva potuto cogliere elementi di estrema difficoltà di quella famiglia grazie al tempo di **osservazione** del bambino nella sua classe.

A tutti noi capita, di fronte a una situazione estremamente complessa, di pensare che qualsiasi azione sia in nostro potere non sarebbe mai abbastanza. A volte, invece, una piccola azione, anche solo nel rappresentare una questione nel tavolo giusto, produce una reazione a catena che apre opportunità: se non fosse arrivata la voce di quell'insegnante attenta, la famiglia di Miruna forse non sarebbe stata "vista".

Torniamo a Miruna: creiamo dei momenti di **ascolto**, spesso riempiti dai suoi silenzi.

Creiamo uno spazio di **accoglienza**, per costruire una **relazione** con lei, che non sia mediata dal marito.

Uno dei primi obiettivi che come équipe educativa ci siamo posti è stato darle l'opportunità di affiancarla in un percorso di **accompagnamento** alla gravidanza. Ci sembrava che questo potesse rappresentare uno scarto rispetto alle esperienze di maternità precedenti. Ci sembrava che questo potesse fare la differenza. Eravamo molto **determinati** a farle sperimentare la bellezza e l'intimità di uno spazio dove vivere la sua maternità. Sapevamo che avevamo davanti una **sfida**, ma non potevamo non provarci, **osare**.

Abbiamo ragionato con lei su temi di **educazione sanitaria**, abbiamo "contrattato" con il marito, li abbiamo **informati** dell'esistenza di una struttura cittadina che avrebbe potuto visitare Miruna nonostante non avesse i documenti sanitari. Abbiamo **rassicurato** entrambi che noi ci saremmo stati, che l'avremmo accompagnata.

Infine, hanno accettato la nostra proposta e abbiamo preso appuntamento.

Il giorno della visita, Miruna si è resa irreperibile con noi e quindi ha mancato l'appuntamento perché aveva bisogno di andare a *manghela*.

Ci siamo sentiti **impotenti**, abbiamo provato **frustrazione** di fronte a quello che credevamo il fallimento di un lungo **processo**, durato settimane e curato con tanta **pazienza**.

² Una struttura emergenziale a bassa soglia, per l'accoglienza di nuclei familiari prevalentemente rom romeni sgomberati da insediamenti abitativi spontanei o sfrattati da alloggi pubblici occupati abusivamente.

Ma ciò che ci ha creato ancora più **confusione** è stata la comunicazione del servizio a cui lei non si è presentata, che ci chiedeva attenzione e impegno nel fare da filtro e di mandare loro le persone più meritevoli.

Per noi, essere arrivati a farle prendere quell'appuntamento rappresentava già un **passaggio** prezioso. Come rispondere? Come rappresentare il valore di tutto ciò che era avvenuto prima?

Per fortuna la confusione ha anche il potere di trasformarsi in apprendimento, di essere creativa. Può creare innovazione nella voglia di ricercare una strada possibile.

Abbiamo provato a visualizzare cosa ci servisse in quel momento, quale fosse il nostro obiettivo finale.

In fondo noi avevamo un'azione di promozione da fare, non ci interessava solo risolvere quel problema. Dovevamo trovare una **strategia** per mantenere una **relazione positiva** con il servizio.

Non potevamo essere **sinceri**: non avremmo potuto dire loro che ai nostri occhi stavano tenendo un atteggiamento di **intolleranza** che non avrebbe aiutato Miruna e che con quella risposta stavano eccessivamente **semplificando**.

Quali strumenti professionali potevamo usare?

Se non potevamo essere sinceri, abbiamo però deciso di essere **onesti**. La **soglia** tra sincerità e onestà è molto sottile. Allora la domanda che ci ha guidato è stata: come essere autentici?

Lo abbiamo fatto decidendo di restare semplicemente coerenti con il nostro obiettivo: continuare ad aiutare quella persona.

Da una parte, abbiamo incontrato ancora Miruna, riconoscendole il diritto di scegliere di non proseguire con il percorso di accompagnamento alla gravidanza, di agire una scelta dicendoci autenticamente ciò che le serviva, non quello che pensava volessimo sentirci dire. Non era una decisione che potevamo prendere noi.

Una manciata di giorni dopo ha partorito la sua bambina.

Dall'altra, abbiamo dato un **feedback** al servizio attraverso una lettera.

Milano, 21 maggio 2017

Gentile Dottoressa,

Siamo molto dispiaciuti per l'accaduto e ci scusiamo per la preziosa opportunità offertaci e clamorosamente mancata dalla nostra ospite, la signora Miruna.

Vede, anche noi come lei, abbiamo passato molti anni chini sui libri a studiare la relazione di aiuto, la compliance con l'utente, il patto educativo, il protagonismo del soggetto... e molto altro. Poi, carichi di ideali e di molti strumenti acquisiti all'università, ci siamo trovati catapultati nelle aree disagiate della metropoli, che sono anche a Milano discariche umane, e lì non abbiamo trovato utenti e neppure soggetti in grado di essere protagonisti della propria esistenza (a volte maledetta). Vi abbiamo trovato uomini e soprattutto donne deprivate di tutto, anche della propria femminilità. Conoscerà certo anche lei la fatica mostruosa del tentativo di togliere da ogni volto la polvere depositatasi per molti anni. Parliamo della polvere dell'ignoranza, della rassegnazione, del non essere rispettate neppure dal proprio uomo, della fatica di vivere, della fatica nella ricerca di sotterfugi per sopravvivere. Nel nostro lavoro, stiamo tentando di favorire

ogni donna accolta perché impari a togliere questa polvere dal suo volto così che, vedendosi allo specchio, colga la bellezza della dignità umana, della sua femminilità, della maternità responsabile. Insomma, la bellezza del suo essere donna. Sapesse che fatica che stiamo facendo! La signora Miruna, mamma di sei figli, che ha “mancato la visita” è meritevole o non è meritevole?

Non lo sappiamo. Siamo certi che sia una persona, che sia una donna che non conosce i suoi diritti e neppure le possibilità di cui può usufruire.

Ci piace di più il termine “affidabile” rispetto al termine “meritevole”.

Le assicuriamo, per concludere, che noi lavoriamo con meritevoli e spregevoli e con tutti ci impegniamo a educarli alla affidabilità.

Le invieremo ancora persone bisognose e vedremo di individuare quelle “più affidabili”, insomma quelle più pronte, sperando di non essere da loro clamorosamente smentiti. Ci scusi ancora anche a nome della signora Miruna.

L'équipe educativa

Questa lettera ha rappresentato il tentativo, peraltro riuscito, di comprendere e riconoscere reciprocamente le nostre “ragioni”, che fossero in termini di fatiche o di fragilità. La dottoressa ha trovato il tempo per ragionare con noi e, a partire da un piano di riflessione condivisa, abbiamo rifondato le basi per proseguire la nostra collaborazione.

I pilastri metodologici di ForMap

*“Quando pensi di avere tutte le risposte,
la vita ti cambia tutte le domande”*
(Charlie Brown)

Quali sono i principi guida che possono farci strada nel disegnare una mappa metodologica di strategie di intervento efficaci? Immaginandola sempre come una mappa in costante movimento e trasformazione, a fronte di nuove domande, scoperte, ma anche fallimenti, criticità e quindi riletture e nuove sperimentazioni.

Alcune considerazioni preliminari che fungano da categorie interpretative:

- **La grammatica dell'accoglienza**, attorno a cui ruota gran parte del lavoro con le nostre due popolazioni di riferimento (le comunità RSC e il personale sanitario): farci accogliere da loro e, parallelamente, creare un contesto accogliente nei servizi.

Tra le diverse declinazioni dell'agito pedagogico “accogliere”, scegliamo di considerare la sua forma riflessiva, che richiama il significato di **farsi accanto (a...)**. Ecco che la **prossimità**, intesa come interdipendenza positiva, interconnessione, solidarietà, qualità della relazione, assume un ruolo centrale. A noi il compito di **stare nel mezzo**, operando simultaneamente sui due fronti: quello delle comunità RSC e quello del personale sanitario.

- **Agire nel locale avendo uno sguardo globale**, prendendo in prestito lo slogan ambientalista *“Think globally, act locally”*.

È importante mantenere sempre una visione d'insieme quando si sta risolvendo il problema dell'individuo, per tre ordini di motivi.

In primo luogo perché ciò che vi proponiamo è un approccio centrato sui diritti.

Le sofferenze sono intersecate fra loro: la promozione della salute non può essere slegata dall'agire sui determinanti sociali della salute quali le condizioni di vita quotidiana, il contesto abitativo, il lavoro, l'istruzione, il reddito, la nutrizione, il grado di esclusione sociale, i fattori di stress e di sofferenza psicosociali: *“Abbiamo bisogno di risposte in rete semplicemente perché le domande sono reti e la negazione di questa semplice verità crea risposte unilaterali, falsamente lineari, verticali, separate, non trasparenti. È la sofferenza delle persone che è in rete, perché è la realtà che è una rete di fattori di rischio ed è la risposta alla sofferenza che troppo spesso non è in rete. Ed è questo che crea le barriere e l'inefficacia della risposta”*.³

³ Saraceno, B. (2010), *Il Paradigma della Sofferenza Urbana*, Souquaderni n.1 - Centro Studi Internazionale sulla Sofferenza Urbana.

In secondo luogo, in considerazione dei contesti in cui spesso ci muoviamo: luoghi totalizzanti, schiacciati sulla quotidianità. Ecco, allora, che è necessario fare lo sforzo di tendere sempre alla costruzione di una visione proiettiva: non occuparci soltanto di risolvere il problema nell'immediato, spesso portato con urgenza, ma attivare processi di cambiamento a medio-lungo termine.

Infine, è importante dare attenzione a entrambe le forze motrici che convivono nelle comunità: la forza del singolo e la forza del gruppo. Non può esserci lavoro sull'individuo senza un lavoro simultaneo sulla comunità, il cui potere si muove lungo la traiettoria di due poli dialettici: quello di sostenere, ma anche quello di stigmatizzare.

Proseguendo il percorso di meta-riflessione sulle parole, nei prossimi paragrafi andiamo a definire le modalità che riteniamo siano efficaci per "farci accanto", stare nel mezzo, esserci.

ForMap: Flessibilità, Offerta attiva, lavoro di Rete, Mediazione di sistema, Ascolto empatico, decostruzione del Pregiudizio.

2.1 Flessibilità

Agiamo in una realtà nella quale è impossibile definire e implementare modelli di intervento predeterminati, per la diversità sia delle situazioni di vita delle persone RSC, sia delle risposte territoriali ai loro bisogni di salute: un approccio orientato alla flessibilità nelle strategie di azione ci permette di "cucire un vestito su misura" per ogni identità e situazione con cui interagiamo.

In coerenza con la filosofia di fondo che guida i nostri interventi, orientata all'autonomia delle comunità e dei singoli RSC nella fruizione del proprio diritto alla salute, il nostro compito è quindi quello di promuovere e progettare percorsi individualizzati, ma non speciali, non paralleli, piuttosto che vadano a integrare quelli esistenti.

In questo senso, è necessario porre una costante attenzione al processo educativo che accompagna la flessibilità, al fine, da un lato, di evitare il rischio di produrre trattamenti differenziali e, dall'altro, di favorire l'inclusione e l'integrazione territoriale: costruire un rapporto di fiducia reciproca che ci permetta di accogliere e offrire la nostra professionalità anche attraverso un accompagnamento alla comprensione delle regole di funzionamento del mondo dei servizi, che ne contrasti l'istintivo allontanamento.

Prendiamo ad esempio una delle barriere all'accesso e alla fruizione dei servizi sanitari per i RSC: la difficoltà di comprensione del loro funzionamento, che può portare ad atteggiamenti e comportamenti ritenuti non adeguati al contesto.

Se proviamo ad indossare il cappello della dottoressa che avrebbe incontrato Miruna è chiaro che il non riconoscimento delle procedure di un'organizzazione rappresenta un nodo critico, perché rischia di mettere in crisi il sistema.

D'altra parte, una deroga totale alle regole non tutelerebbe il diritto di tutti di usufruire di quel servizio e non abitua le persone alla rigidità delle procedure di altri contesti istituzionali, come il mondo della scuola, ad esempio. È una continua negoziazione tra modi di funzionamento.

Lo scarto non è una questione di buonismo o cattivismo, piuttosto di assumersi la responsabilità di operare la scelta che riteniamo più onesta (nell'accezione definita nel capitolo precedente), sostenendo dei sì potenti e dei no coraggiosi.

Allora le domande che crediamo possano accompagnarvi nella programmazione degli interventi nei vostri contesti di azione (la scuola, i luoghi di vita, i servizi, ecc.) sono: quanta flessibilità può tollerare un sistema? In che modo la rigidità può essere flessibile? E, ancora, come la flessibilità può essere governata?

Anche la flessibilità ha delle regole.

Quali risorse possiamo mettere in campo?

Nella vicenda di Miruna abbiamo utilizzato strumenti relazionali per essere noi stessi flessibili nel confronto, elastici nella comunicazione, aperti all'alterità e a punti di vista e ordini culturali diversi.

La relazione è il nostro primo "attrezzo", ed è anche il più potente.

Lo abbiamo visto in questi mesi di chiusura della scuola: *"se tutte «le» scuole sono chiuse, «la» scuola è rimasta aperta solo dove «scuola» è il nome che diamo alla relazione che sopravvive alla chiusura dell'edificio".⁴*

In questo processo di reciproco avvicinamento è stato altrettanto importante riuscire a mantenere sempre saldo il nostro ruolo di operatrici e operatori, orientando il dialogo e la costruzione di un rapporto di fiducia reciproca al rilevamento e alla comprensione dei reali bisogni sanitari e delle modalità più adeguate per affrontarli e risolverli.

Come un camaleonte che cambia colore, che sa adattarsi alle situazioni, senza però perdere la sua identità.

Ciò che ha fatto davvero la differenza è stata la decisione condivisa da tutti gli attori coinvolti di impegnarsi nella comunicazione, nell'incontro e nella comprensione, sforzandosi affinché l'incontro avesse un esito positivo, e investendo in questo incontro.

2.2 Offerta attiva

Parlando di offerta attiva si entra in un campo minato: troppo spesso, infatti, viene intesa come l'offerta di servizi "in loco" (nel campo o a domicilio), soluzione comoda e facile sia per le persone RSC, che non devono adattarsi a regole così difficili per loro, sia per il personale sanitario che, in questo modo, "delimita" lo spazio del diritto delle persone RSC a usufruire dei servizi, tenendoli "fuori", dove non danno fastidio.

Al contrario, l'offerta attiva di prestazioni sanitarie direttamente nei luoghi di vita, è un approccio innovativo solo se inserito in un agire inclusivo di medio-lungo termine, orientato a promuovere la capacità delle persone RSC di accedere in maniera autonoma ai servizi sanitari.

Essere presenti nelle famiglie con un'offerta attiva di orientamento ai servizi e di educazione alla salute, accompagnando il personale sanitario delle strutture presso i luoghi di vita delle persone RSC, è una declinazione particolarmente preziosa del concetto di prossimità, che crea il terreno fertile per l'incontro, riduce le distanze, pone le basi per la creazione di una relazione di fiducia reciproca.

Si chiede ai servizi di proiettarsi oltre le proprie mura, di "andare verso" le popolazioni che faticano a portare loro le proprie domande di cura: questo movimento, se da una parte,

4 D'Avenia, A., Rubrica *Ultimo banco*, Corriere della Sera, 23 marzo 2020.

permette agli operatori della salute di fare un'esperienza relazionale profonda, svincolata dall'immaginario stereotipato con cui generalmente possono leggere questa realtà, dall'altra permette alle famiglie e alle persone RSC di vivere questa esperienza di incontro nella propria zona di comfort, nel proprio territorio, in una dimensione protetta.

Nella cornice del Progetto nazionale, che sostiene azioni di promozione del diritto alla salute attivando processi virtuosi di avvicinamento tra comunità RSC e servizi per la salute, l'offerta attiva può assumere un ruolo strumentale prezioso: pone, infatti, le basi per poi promuovere e facilitare l'accesso delle persone RSC ai servizi territoriali di competenza del personale sanitario precedentemente incontrato presso il campo, nella consapevolezza di poter ritrovare una persona conosciuta, che saprà accoglierli e da cui riceveranno ciò di cui hanno bisogno.

L'accoglienza è un processo di cura continuo ma *l'imprinting* iniziale è il momento più delicato: se le relazioni nascono in un clima di accettazione e percezione positiva dell'altro è più probabile che gli sviluppi futuri delle stesse proseguano lungo tale direzione.

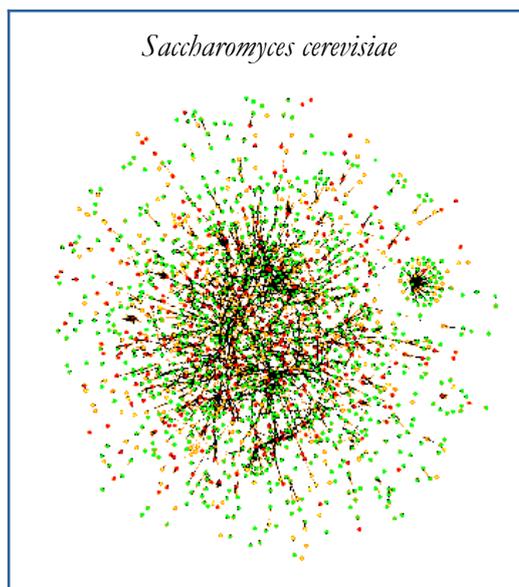
2.3 Lavoro di rete e approccio multidisciplinare

Joining forces ("unire le forze") è il presupposto da cui parte il *framework* europeo.⁵

Per affrontare il tema della rete prendiamo in prestito dalle scienze biologiche l'immagine delle proteine del lievito che lavorano per creare interconnessioni, rappresentative di come la natura si dispone a rete per migliorare la propria efficacia ed estensione.

Nonostante si riconosca una spinta naturale a "unire le forze", nelle scienze sociali il lavoro di rete e l'approccio multidisciplinare racchiudono una molteplicità di sfide: ricondurre i fenomeni di salute e malattia e le azioni di tutela del diritto alla salute all'interno di una visione sistemica in cui diventa possibile produrre pratiche condivise a partire da linguaggi differenti.

È un processo faticoso da costruire ma porta con sé una funzione formativa fondamentale: produce un cambiamento nella visione complessiva del nostro lavoro e ci permette di ragionare nell'ottica di un potenziamento delle risorse territoriali e del consolidamento di una



⁵ L'EU Framework for National Roma Integration Strategies up to 2020 (Comunicazione n. 173 del 5 aprile 2011) promuove un impegno senza precedenti per tutti gli Stati-membri dell'Unione Europea, in materia di inclusione delle comunità RSC nei rispettivi territori nazionali.

PDF disponibile in italiano sul sito web ufficiale dell'Unione Europea:

< <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011DC0173&from=IT> >.

Il 7 ottobre 2020 la Commissione ha pubblicato il nuovo quadro strategico: *EU Roma strategic framework for equality, inclusion and participation for 2020–2030*.

PDF disponibile in inglese sul sito web ufficiale dell'Unione Europea: <

https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/union_of_equality_eu_roma_strategic_framework_for_equality_inclusion_and_participation_en.pdf >.

connessione con i servizi sanitari che non cessi di funzionare con la fine dell'intervento, lasciando in eredità il bagaglio delle conoscenze accumulate e costruite collettivamente e i contatti di base per orientare le persone RSC ai servizi sanitari.

La rete è un modello di lavoro che si è dimostrato essere la forza e la ricchezza del Progetto nazionale: lo scambio interdisciplinare, l'assunzione di un approccio integrato, cooperativo e coordinato ha favorito l'attivazione di processi di scambio paritario. Il coraggio di mettersi insieme, contaminarsi, aprire campi di sperimentazione, ha permesso al Progetto di identificare obiettivi comuni, senza sovrapporre gli interventi e mettendo in atto strategie condivise. È stato possibile agire in maniera efficace su situazioni di estrema complessità, rendendo il sistema più capacitante nel raggiungere risultati non frammentati, altrimenti irraggiungibili.

Se guardiamo ai contesti di *governance* del Progetto, i Tavoli Locali e le Equipe Multidisciplinari, a cui alcuni territori hanno avuto l'opportunità di vedere la partecipazione anche di rappresentanti del servizio sanitario pubblico, è stato possibile aprire anche un discorso tematico sulla salute che ha dato voce all'elaborazione di piccoli interventi e sperimentazioni concrete, a partire dalle situazioni che i partecipanti ai tavoli avevano negli occhi.

Lavorare in rete ha significato investire tempo e risorse per far fronte alla necessità di agire insieme, pur nella distinzione dei ruoli: da una parte, è stata evidente la centralità del servizio sanitario pubblico nel promuovere e governare le azioni di tutela della salute collettiva e agire sulle disuguaglianze di salute; dall'altra si è dimostrato di fondamentale importanza il ruolo di supporto e mediazione delle associazioni del privato sociale per rendere più accessibili i percorsi di presa in carico; dall'altra ancora, molti interventi non avrebbero avuto vita senza la segnalazione della scuola, attraverso lo sguardo attento delle e degli insegnanti che hanno portato ai tavoli i bisogni delle bambine e dei bambini, delle ragazze e dei ragazzi: dalle mancate vaccinazioni, a problemi alla vista; da cambiamenti improvvisi nel comportamento, all'abuso di farmaci ecc.

Ognuno ha fatto con cura e premura "il suo pezzo", collegandolo e orientandolo a quello degli altri, e ciò ha permesso di trasformare le buone prassi di cui sono costellati i territori, in interventi condivisi.

Il lavoro di rete ha, inoltre, risposto al bisogno di avvicinare alle professioni mediche sguardi di sistema complessi che permettano a coloro che devono svolgere un compito tecnico (ad esempio la promozione del piano vaccinale, azioni di prevenzione, ecc.) di stare in un pensiero che tenga insieme processualità e dinamiche tra di loro dissonanti, modi di guardare al mondo e modi di pensare.

Infine, la rete ha creato l'opportunità di far incontrare persone e organizzazioni diverse ed è stata l'occasione per allargare la riflessione, ponendosi quindi anche come risorsa per superare la solitudine delle professioni.

Le risorse vanno conosciute: è importante che ognuno di noi si interroghi su cosa è in suo potere fare per farsi conoscere e abbassare le difese e le paure degli altri.

Come facciamo a costruire un contesto inclusivo se noi stessi non siamo inclusivi?

Alcune domande "faro" per guidare e supervisionare il processo di costruzione di una rete: quali sono i soggetti presenti sul territorio? Altri stanno andando nella nostra stessa

direzione? Con chi possiamo interagire? Abbiamo pensato di coinvolgere nella progettazione i destinatari del nostro intervento? Esistono altri che vanno in direzioni diverse? In che modo ne possiamo tener conto? Quanto siamo disposti a collaborare con gli altri? Quanto siamo disponibili ad entrare in relazione? Quanto siamo disponibili a essere solidali, condividendo risorse, idee, progetti?

2.4 Mediazione di sistema

Ragionare in un'ottica di mediazione di sistema significa fare parte di un processo di trasformazione organizzativa che presuppone un riorientamento dei servizi sanitari verso una maggiore permeabilità e fruibilità per i cittadini più lontani da essi.

Nonostante sia una strategia orientata a produrre cambiamento all'interno del mondo dei servizi per la salute, non può prescindere dal conoscere e riconoscere i bisogni sanitari delle popolazioni target:

*“Conoscere quei bisogni che non hanno la forza o la capacità di diventare domanda è particolarmente importante, proprio perché le fragilità più rilevanti spesso rimangono silenti. Ma il movimento avviene anche in senso contrario, come “ritorno” ai servizi che, ripensandosi in funzione di tali bisogni, imparano a farsene carico”.*⁶

Ed è proprio nel sostenere questo movimento di “andata e ritorno”, che mette in comunicazione modi di pensare differenti e di cui le strutture sanitarie devono farsi carico, che si concretizza il nostro ruolo.

Un cenno merita la dimensione del tempo. La mediazione è un processo che si costruisce faticosamente e lentamente; è un lungo percorso pieno di contraddizioni.

Inoltre, il compito di avvicinare le popolazioni più lontane dai servizi non può essere esternalizzato come un pacchetto al mediatore, ma tutto il sistema deve raggiungere un grado di competenza interculturale diffusa, tale da saper accogliere anche i gruppi più marginali. Il mediatore si riconfigura, in quest'ottica, come un promotore di lavoro di rete.

Come si evince dalla storia di Miruna, affinché le persone RSC possano usufruire di mediazione, è necessario che ci sia mediazione tra di noi che, nell'ambito dei nostri rispettivi ruoli, rappresentiamo il sistema.

2.5 Darsi tempo per l'ascolto empatico

Tutti noi affrontiamo un atto comunicativo per esprimere qualcosa che desideriamo venga compreso; il sentire che le nostre visioni del mondo vengono ignorate o svalutate ci porta a innalzare una barriera di difesa nei confronti del nostro interlocutore.

Saper creare un clima di fiducia agendo intenzionalmente l'empatia attraverso la competenza comunicativa ci permette di non cadere in questi fraintendimenti.

Empatia è la parola centrale della nostra nuvoletta, è quella che è stata scelta più volte.

L'empatia è il primo strumento sul quale ci spendiamo nella relazione, quando le persone vengono da noi. E da come le accolgo, determino il resto.

⁶ Baglio, G., Eugeni, E.; Geraci, S. (2019), *Salute globale e prossimità: un framework per le strategie di accesso all'assistenza sanitaria da parte dei gruppi hard-to-reach*, *Recenti Progressi in Medicina*, 110 (4), p. 159-164.

La capacità di empatia è tanto fondamentale nella fase di ascolto, quanto difficile da acquisire: è necessario stare autenticamente vicino all'altro, stando attenti a non proiettare il proprio mondo nell'altrui esperienza.

L'empatia è uno strumento professionale molto complesso e pericoloso: empatia è relazione circolare ma ha bisogno che restiamo fedeli alla nostra alterità, senza perderci in quella del nostro interlocutore. Se non riusciamo a fare questa operazione, rischiamo di offuscare la lettura del bisogno reale della persona che vogliamo aiutare.

Questo approccio si differenzia molto rispetto alla strategia della "simpatia": un atteggiamento certamente più facile e rassicurante. Tuttavia è insensibile alla differenza, perciò nega la verità dell'altrui esperienza.⁷ Mostrare "simpatia" per le difficoltà e le sofferenze del nostro interlocutore finisce per essere distruttivo per noi, inutile per lui.

Empatia non è compiacenza. Empatia non è essere cortesi.

Empatia è utilizzo dell'intelligenza emotiva.

Darsi il tempo per l'ascolto empatico al fine di favorire una narrazione dei bisogni di salute: è proprio a partire dalla decodifica dei significati importanti che emergono da una tale narrazione che si creano le condizioni affinché la persona RSC condivida il percorso di cura che gli proponiamo, al fine di ottenere maggiori probabilità di *compliance* e di efficacia del percorso di cura, nonostante la tendenza a interrompere i percorsi di cura alla scomparsa dei sintomi sia un rischio sempre presente.

È, quindi, importante essere perseveranti, esserci in modo "fedele", non essere di passaggio: mantenere la fiducia che se quanto abbiamo proposto funziona, avrà ricadute sugli altri membri della famiglia e della comunità (passaparola) e inciderà positivamente su altre dimensioni di fragilità.

2.6 Decostruire il pregiudizio, dentro e fuori di noi

Nell'incontro tra donne e uomini RSC e personale dei servizi sanitari ci si scontra con una situazione sociale di distanziamento reciproco in cui il circolo vizioso del pregiudizio rischia di far arretrare entrambi in una posizione di difesa. La diversità appare, quindi, come un'irriducibile barriera: a fronte di un atteggiamento di diffidenza del personale sanitario nei confronti di un'utenza definita "inaffidabile", c'è una forte sfiducia nell'Istituzione da parte delle persone RSC.

Nell'interazione con la diversità è facile, infatti, scivolare in modi di osservare la realtà che, seppur impliciti o inconsapevoli, rischiano di portarci a mettere in atto forme di pregiudizio indiretto, produrre trattamenti differenziali, o, ancora, episodi di discriminazione.

Riflettiamo su alcune tendenze nelle modalità delle persone RSC nell'accesso ai servizi per la salute, che contribuiscono a rendere difficile la continuità assistenziale: l'alta mobilità sul territorio nazionale e internazionale; la scarsa propensione a mettere in atto comportamenti di natura preventiva; il rivolgersi ai servizi sanitari solo nella fase acuta della malattia; un uso improprio del pronto soccorso, assunto come punto di riferimento, invece che rivolgersi al medico di base; l'interruzione dei percorsi di cura alla scomparsa dei sintomi; la difficoltà di

⁷ Bennet, M. J. (2002), *Superare la regola d'oro: simpatia ed empatia*, in Bennett, M. J. (a cura di), *Principi di comunicazione interculturale*, Milano, Franco Angeli.

adeguarsi alle procedure; la fatica di conservare e utilizzare i documenti sanitari; la tendenza del nucleo familiare allargato a intervenire direttamente sulle modalità e sui tempi della somministrazione della cura.

Con quale prospettiva leggiamo questi comportamenti?

Ai poli opposti del dibattito che accompagna il “discorso rom” troviamo da una parte un eccesso di minimizzazione delle differenze culturali, nella rassicurante convinzione che in fondo siamo tutti uguali – tutti uguali a me (approccio universalistico) –, dall'altra una sorta di rassegnazione nel ritenere che tutte le difficoltà dell'altro siano attribuibili alla sua differenza culturale (approccio del differenzialismo culturalista).

Come “stare nel mezzo” affinché l'altro non sia più un'alterità inconoscibile?

Ancora una volta giocano un ruolo essenziale la sensibilità interculturale, la conoscenza, la disponibilità e la capacità di esperire le diversità culturali in maniera più sofisticata.

A partire dal riconoscimento delle proprie visioni del mondo e dei reciproci pregiudizi, lo sforzo sta nell'impegno vicendevole ad accorciare la distanza sociale, a modificare, distruggere e poi ricostruire un nuovo codice fatto sempre di parole, di silenzi, di vicinanza o lontananza, di sguardi, ma negoziando un significato condiviso.

Dobbiamo tuttavia essere coscienti che fare i conti con i pregiudizi di cui tutti noi siamo inevitabilmente portatori è una questione che non può essere risolta una volta per tutte: le nostre visioni del mondo ci condizionano sempre. Averle decostruite e problematizzate attraverso un lavoro su noi stessi, d'altra parte, ci dà qualche strumento in più per non permettere al pregiudizio di bloccare il nostro agire.



Salute e cultura, alcune considerazioni

Al fine di dotarci di chiavi di lettura utili all'interpretazione di alcune tendenze nelle modalità di accesso delle persone RSC ai servizi per la salute e per gestire il nostro ruolo di mediazione fra differenti modi di intendere i processi di salute e malattia, è sempre importante interrogarci su come le persone e le comunità RSC affrontano, concettualizzano e prevengono ciò che collettivamente considerano come una minaccia per la salute e, quindi, per la comunità stessa.

L'elaborazione sociale e culturale dello “stare bene” e dello “stare male” può essere compreso solo se inserito nel più ampio ordine di rappresentazioni condivise, per cui una malattia non è solo una disfunzione dell'organismo che può avere conseguenze fisiche e psicologiche dolorose e traumatiche; la malattia porta con sé un significato collettivo e simbolico che rischia di sconvolgere l'intero assetto sociale del gruppo mettendone in discussione l'identità stessa.⁸

Di seguito, azzardiamo alcune interpretazioni delle osservazioni fatte nel lavoro sul campo, nella consapevolezza che la cultura di un popolo non è

8 Sutherland A. (1992) *Gypsies and Health Care*, «The Western Journal of Medicine», [September] 157(83):276-280. PDF disponibile su: NCBI < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1011276/> >.

mai omogenea, che concezioni e credenze sono concetti fluidi, che mutano costantemente attraverso le esperienze quotidiane, l'interazione fra gli individui ed i gruppi, gli spostamenti sul territorio, ecc.

Tuttavia, se consideriamo che la salute ha una forte componente sociale, anche la cultura, la tradizione, le rappresentazioni collettive possono offrire una chiave di lettura interessante delle modalità con cui ci si avvicina alla malattia, attuando pratiche che coincidono, si scontrano o convivono con quelle dell'universo *gagè*.

Tale organizzazione della realtà si esprime a partire da una serie di categorie oppostive quali puro/impuro, interno/esterno, buona salute/malattia, fortuna/cattiva sorte, sicurezza/pericolo, pulito/sporco, onore/vergogna, ordine/disordine, che investono l'intera dimensione simbolico-cognitiva delle comunità RSC, fornendo loro le coordinate e le regole necessarie per apprendere e affrontare la vita nel modo che ritengono più giusto e sicuro possibile.

Alcuni risvolti pratici di tale visione:⁹

- La malattia deve avere dei sintomi e un nome affinché possa essere riconoscibile e quindi affrontata. L'intero processo, dalla diagnosi alla guarigione, deve essere il più rapido possibile, immediato, a causa della stretta associazione tra malattia e morte.
- Allo stesso tempo, rendere evidente la malattia dimostra la negativa condizione in cui ci si trova e porta le persone RSC a ignorare i sintomi più blandi e a ricorrere al medico solo quando è indispensabile e i segni "del male" non sono più occultabili.
- Alcune patologie, come per esempio il cancro, sono causa di grande angoscia perché considerate una condanna a morte; si evita persino di parlarne, come se ciò potesse preservare dall'ammalarsi. In questi casi la diagnosi tardiva è dovuta in parte al rifiuto di affrontare il malessere, alla paura di sapere e rendere così la malattia reale.
- La malattia coinvolge tutta la famiglia, così come il dolore per un lutto. Malattia e dolore comportano a loro volta il rischio di ammalarsi, ma allo stesso tempo richiedono il supporto della rete familiare che si stringe intorno alla persona sofferente aiutandola a prendere le decisioni e a gestire il proprio male. Si affrontano anche lunghi viaggi, mettendo da parte le priorità quotidiane, pur di assistere la persona malata.
- L'ospedalizzazione è temuta e rifiutata perché costringe le persone a stare lontane dalla comunità, a stretto contatto con altri malati, spesso condividendone la stanza, mangiando cibo preparato da *gagè*, a indossare camici che non coprono appropriatamente la parte inferiore del corpo, divenendo quindi vulnerabili ed esposti a rischi di "contagio" continui. In caso di ospedalizzazione le visite di parenti e amici sono frequenti e avvengono sempre in gruppi numerosi.
- Normalmente è la donna ad occuparsi della salute dei vari membri

9 Ricordy, A., Motta, F., Geraci, S. (2014) *SaluteRom. Itinerari possibili*, Bologna, Pendragon, p. 69-74. PDF disponibile su: Caritas Roma < <http://www.caritasroma.it/2014/01/rom-e-salute-le-pubblicazioni/> >.

della famiglia e che prende le decisioni per la tutela delle bambine e dei bambini.

- Le donne possono sentirsi particolarmente a disagio nel corso di visite che hanno a che vedere con la parte inferiore del corpo, come quelle ginecologiche. È bene quindi che l'operatore sanitario richieda il permesso prima di procedere.

Le tappe strategiche di ForMap

Il metodo di lavoro che vi abbiamo proposto si traduce in atti concreti, in strategie di lavoro di campo che possono accompagnarvi nei vostri interventi di promozione della salute “fra” e “per” le persone RSC.

Vi proponiamo qui degli elenchi ragionati delle tappe, che riteniamo essere le più importanti, da immaginare come sempre accompagnate trasversalmente dai pilastri metodologici che sorreggono la proposta di metodo di ForMap: la flessibilità, l’offerta attiva, il lavoro di rete e l’approccio multidisciplinare, la mediazione di sistema, l’ascolto empatico e la decostruzione del pregiudizio.

Nella prassi, queste diverse strategie stanno tra loro in un rapporto di continua comunicazione: si intrecciano, si contaminano, si susseguono a diverse velocità, si invertono, possono essere stravolte o ignorate, proseguono parallele, si ripetono.

Ci sembra che le tappe di ForMap possano essere suddivise in due gruppi semantici, tra di loro interdipendenti: la conoscenza, quale elemento fondante di un corretto operare, e l’orientamento sanitario, inteso come la finalità cardine del nostro intervento di promozione della salute.

3.1 La conoscenza

Conoscenza degli elementi che possono influenzare le modalità di accesso dei RSC ai servizi sanitari (vedi cap. 2.6). Questi sono da ricercare in un incrocio variabile di fattori concreti (ad esempio la priorità di urgenze di sopravvivenza quotidiana, le condizioni di vita precarie, la povertà, le difficoltà nella comunicazione, esperienze di discriminazione diretta ecc.) e aspetti culturali (vedi Lente di ingrandimento: “Salute e cultura, alcune considerazioni”). La conoscenza di questi elementi ci permette una comprensione accurata dei comportamenti per poi tenerne conto nella programmazione degli interventi di accompagnamento e delle attività didattiche ed educative in una prospettiva inclusiva, al fine di compensarne gli effetti negativi affinché non diventino barriere insuperabili.

Conoscenza della normativa di accesso al Sistema Sanitario nazionale e regionale. Ma soprattutto è importante conoscerne a fondo l’applicazione territoriale e nei diversi distretti della stessa città (vedi Lente di ingrandimento: “La conoscenza del contesto normativo”).

Conoscenza delle politiche e degli interventi a favore della popolazione RSC del territorio, per comprendere a fondo la cornice entro la quale si inseriscono i nostri interventi (“trovare il nostro posto”) e per identificare gli interlocutori corretti a cui la scuola può portare le proprie segnalazioni, come è avvenuto per la famiglia di Miruna.

Conoscenza delle strutture sanitarie e dei servizi attivi sul territorio, attraverso la costruzione di mappature ragionate come strumento base per il nostro agire. Per costruire le mappe ragionate è importante creare un contatto diretto con le strutture, verificandone non solo le modalità di accesso (giorni e orari di apertura, presa appuntamento, procedure ecc.), ma anche il grado di difficoltà ed eventuali barriere alla fruizione. Crediamo sia particolarmente utile una sistematizzazione di queste informazioni in schede. La possibilità di avere raccolte *open source*, da tenere sempre aggiornate, è patrimonio prezioso non solo per l'equipe educativa e per gli operatori che si susseguiranno, ma anche perché facilita la costruzione collettiva e la trasmissione delle conoscenze su un dato territorio. La mappa ragionata è uno strumento che si costruisce nel tempo e tutta la rete ne è coinvolta. Non è uno strumento statico, tutt'altro: è oggetto di aggiornamento e revisione continua. Di seguito un esempio di mappa ragionata da cui prendere spunto.

Strumento di lavoro: la mappa ragionata¹⁰

Insiediamenti: VIA PONTINA KM 22,800 – TOR DE CENCI – TOR PAGNOTTA – CANNETO VIA LAURENTINA							
Municipio XII Asl C Distretto 12							
	referente	indirizzo	telefono	giorni	orari	accesso e documenti	linee di trasporto
Scelta medico di famiglia e pediatra di libera scelta	Dott.ssa Pompei	Via Lipparini 13	06 65022193	da lunedì a venerdì	8.00-12.30	Permesso di soggiorno e CF	Dalla stazione Laurentina bus 776
				Martedì giovedì	14.30- 16.30		
Rilascio STP	Sig. Curcio	Via Lipparini 13	06 651005445	Lunedì martedì Venerdì	9.00- 12.00	Passaporto	Dalla stazione Laurentina bus 776
Ambulatorio STP	Dott. Samihaboa Dalou	Via G. Noventa 1	06 65021587	Martedì	8.30- 12.30	Accesso libero il martedì con STP	Dalla stazione Laurentina bus 776
Consultorio (ginecologia e pediatria)	Dott.ssa Magliocchetti	Viale Ignazio Silone 100	06 650999208	da lunedì a venerdì	8.30- 13.30	Appuntamento STP	Dalla stazione Laurentina bus 776
				Lunedì giovedì	14.30- 17.30		
Centro vaccinale 0 - 18 anni	Dott.ssa Cannistraci	Via Noventa 1	06 65021587	Da concordare	Da concordare	Appuntamento certificato delle precedenti vaccinazioni e STP	Dalla stazione Laurentina bus 776
	Dott. Di Lazzaro	Via G. Frignani 83	06 65087954	Da concordare	Da concordare		Dalla stazione EUR Femi bus 706 -705
Medicina scolastica (riammissione scolastica)	Dott. Sepe	Via G. Frignani 83	06 65087954	lunedì mercoledì venerdì sabato	8.30- 10.00	Accesso libero con tessera STP	Dalla stazione EUR Femi bus 706 -705
Tutela della Salute Mentale dell'età evolutiva (TSMREE)	Dott. Gasperini	Viale C. Sabatini snc	06 651006447	Da concordare	Da concordare	Appuntamento certificato delle precedenti vaccinazioni e STP	Dalla stazione EUR Femi bus 777- 778
	Dott.ssa Totonelli	Via di Valleranello 51	06 651006415	Da concordare	Da concordare	Appuntamento e tessera STP	Dalla stazione EUR Femi bus 706 -705
Centro salute mentale (CSM)	Dott.ssa Rocco	Via Orio Vergani snc 7° porte	06 65014162	Accesso diretto	Da concordare		Dalla stazione Laurentina bus 776
Servizio di tossicodipendenze (SERT)	Dott.ssa Aiello	Osp. S. Eugenio p.le dell'umanesimo 10	06 651002455 06 65016639	da lunedì a venerdì	7.15- 14.00	Passaporto STP	Dalla stazione EUR Femi bus 706
				Sabato	7.15- 13.00		
Poliambulatori	Dott. Furno	Via Gemmano 12 – Vitinia	06 652370752	da lunedì a sabato	8.30- 12.30	Prenotazione Cup al n. verde 803333 prescrizione medica e STP	Treno direzione Ostia fermata Vitinia
	Dott. Di Lazzaro	Via G. Frignani 83	06 65087954	da lunedì a sabato	8.30- 12.30		Dalla stazione EUR Femi bus 706 -705
	Dott.ssa Carino	Via civiltà Romana 15/A	06 65925534	da lunedì a sabato	8.30- 12.30		Metro B Eur Femi Eur Palasport
	Dott. Triolo	Viale C. Sabatini snc	06 651006442	da lunedì a sabato	8.00- 18.00		Dalla stazione EUR Femi bus 777- 778
Analisi cliniche	Dott.ssa Carino	Via civiltà Romana 15/A	06 65925534	da lunedì a sabato	7.30 – 10.00	Programmato prescrizione medica STP	Metro B Eur Femi Eur Palasport
	Dott. Triolo	Viale C. Sabatini snc	06 651006442	da lunedì a sabato	7.45- 9.45	Prescrizione medica e STP	Dalla stazione EUR Femi bus 777- 778
Ospedali		S. Eugenio P.le Umanesimo	06 651001				Stazione EUR Femi bus 706

10 Baglio, G., Barbieri, F., Cacciani, L., Certo, C., Crescenzi, A., Forcella, E., Fraioli, A., Gnolfo, F., Geraci, S., Motta, F., Sestieri, M., Sprovieri, M., Trillò, M.E. (2008) (a cura di), *Salute senza esclusione: campagna per l'accessibilità dei servizi socio-sanitari in favore della popolazione Rom e Sinta a Roma*, GrIS Lazio e Area sanitaria Caritas Roma, p. 43. PDF disponibile su: Epicentro - Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica < <http://www.epicentro.iss.it/focus/globale/nomadi.asp> >.

Nell'ambito di questo lavoro di mappatura è importante anche identificare le strutture/gli ambulatori più accoglienti e con le modalità di accesso più semplici. Tuttavia, è importante continuare a promuovere una comunità di professionisti che facciano della sensibilità interculturale uno dei cardini del proprio lavoro e, soprattutto, per quanto riguarda gli ambulatori di Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, avere l'attenzione di non sovraccaricare sempre le stesse figure professionali, per non rischiare di provocare l'effetto opposto.

Le mappature ragionate, inoltre, costituiscono un materiale che può essere tradotto in "mappe di fruibilità" (anche queste in costante monitoraggio e aggiornamento) per le persone RSC: "foglietti" essenziali ma completi scritti in stampatello maiuscolo per facilitarne la lettura (oppure, in caso di analfabetismo, per farli leggere ai passanti a cui chiedere indicazioni), dove vengono riportate tutte le indicazioni utili per accedere a un servizio particolare: giorni, orari, modalità di accesso, persone di riferimento, i mezzi pubblici necessari per raggiungerli dal contesto di vita ("fare la strada").

Di seguito, un esempio di mappa di fruibilità.

Strumento di lavoro: le mappe di fruibilità¹¹

<p>Donne, uomini e bambini stranieri hanno diritto alle cure mediche. Se non puoi iscriverti al SSN, il primo passo è fare la tessera STP o ENI. Con la tessera STP o ENI Donne e Bambini possono farsi visitare al Consultorio</p>		
<p>Area Sanitaria Caritas Diocesana di Roma</p> 	<p>Asl RMC - Municipio XII</p> <p>Consultorio via Ignazio Silone 100</p> <p>DAL LUN AL VEN 8:30-13:30 LUN E GIOV 14:30 17:30 TEL. 06-51008322</p>  BUS 776 (FERM. 3 PONTE VIA I. SILONE)	<p>Asl RMC - Municipio XI</p> <p>Consultorio via Montuori 5</p> <p>TEL. 06-5120017 06-5131528</p>  BUS 715 (FERMATA LARGO SETTE CHIESE)
	<p>Pediatra </p> <p>LUN 8:30-13:30 MERC 14:30-17:30</p>	<p>Asl RMC - Municipio XI</p> <p>Consultorio via Dei Lincei 93</p> <p>DAL LUN AL SAB 9:00-13:00 (NO MERC) LUN E MERC 14:00 19:00 TEL. 06-51008646</p>  BUS 670 (FERM. TOR MARANCIA/ARCADIA)
<p>Costruire nell'emergenza:  percorsi di orientamento sanitario con e per i Rom</p>	<p>Pediatra </p> <p>MARTEDÌ dalle 9:00 alle 13:00 LUNEDÌ MERCOLEDÌ dalle 14:00 alle 19:00</p>	<p>Pediatra </p> <p>MERCOLEDÌ dalle 9:00 alle 13:00</p>
		<p>Vaccinazioni </p> <p>LUNEDÌ alle 15:00 alle 18:00 MERCLEDÌ dalle 9:15 alle 12:15</p>

<p>Donne, uomini e bambini stranieri hanno diritto alle cure mediche. Se non puoi iscriverti al SSN, il primo passo è fare la tessera STP o ENI. Con la tessera STP o ENI puoi essere visitato dal dottore nell'ambulatorio per stranieri</p>		
<p>Asl RMD - Municipio XIII</p> <p>Ambulatorio per stranieri via Paolini 34 Ostia Lido</p> <p>TEL. 06-56481</p>  TRENO ROMA-LIDO (FERMATA LIDO-CENTRO)	<p>Asl RMD - Municipio XIII</p> <p>Ambulatorio per stranieri via Casal Bernocchi 61 Casal Bernocchi</p> <p>TEL. 06-56487054</p>  TRENO ROMA-LIDO (FERMATA CASAL BERNOCCHI)	<p>Asl RMD - Municipio XV</p> <p>Ambulatorio per stranieri via Fermi 161</p> <p>TEL. 06-56485400</p>  BUS 170 (FERMATA MARCONI/MEUCCI)
<p>Tessera STP o ENI </p> <p>LUNEDÌ MERCOLEDÌ GIOVEDÌ VENERDÌ dalle 9:00 alle 11:30</p>	<p>Tessera STP o ENI </p> <p>LUNEDÌ MERCOLEDÌ VENERDÌ dalle 8:30 alle 10:30</p>	<p>Tessera STP o ENI </p> <p>MARTEDÌ VENERDÌ dalle 11:00 alle 13:00</p>
<p>Visite mediche </p> <p>LUNEDÌ MERCOLEDÌ GIOVEDÌ VENERDÌ dalle 9:00 alle 11:30</p>	<p>Visite mediche </p> <p>LUNEDÌ MERCOLEDÌ VENERDÌ dalle 8:30 alle 10:30</p>	<p>Visite mediche </p> <p>MARTEDÌ VENERDÌ dalle 11:00 alle 13:00</p>

11 Realizzate nell'ambito del progetto Caritas Roma (2011), *Costruire nell'emergenza: percorsi di orientamento sanitario "con" e "per" i rom - fase 2*, Fondi CEI 8x1000.

Conoscenza degli interlocutori privilegiati all'interno delle strutture sanitarie: prendere contatto diretto con gli operatori delle strutture per individuare persone di riferimento accoglienti e disponibili a restare in rapporto con noi per il monitoraggio condiviso dei percorsi promossi. A partire da una conoscenza diretta, è anche possibile programmare un'azione di offerta attiva direttamente nei contesti di vita.

Questa conoscenza, d'altra parte, garantisce un supporto anche al personale sanitario che così ha la possibilità di avere un riferimento che può supportarlo nei percorsi di presa in carico delle persone RSC.

Conoscenza degli altri soggetti del privato sociale e delle Pubbliche Amministrazioni che operano nel campo, per evitare sovrapposizioni e stabilire collaborazioni che vadano in una direzione metodologica coerente, supportando percorsi che vedono intersecarsi più aree del bisogno. Spesso capita, infatti, che il Progetto coinvolga soltanto alcune famiglie del campo, oppure che le stesse famiglie siano coinvolte in più progettazioni e che, quindi, abbiano più punti di riferimento che è necessario interagiscano, anche per contrastare la tendenza delle persone RSC di portare le proprie richieste a tutti gli interlocutori che incontrano.

Conoscenza delle reti informali attive nel campo, per favorire il passaparola tra appartenenti alla stessa comunità: punti di riferimento riconoscibili e quindi ritenuti più affidabili. Sostenere la rete di solidarietà interna, approfondendo gli intrecci delle relazioni tra le famiglie e tra le persone ci permette di "utilizzare" i rapporti positivi tra pari per facilitare il raggiungimento di obiettivi di promozione della salute.

Conoscenza del tipo di rappresentatività presente nel campo in modo tale da verificare con le famiglie stesse quali possano essere le modalità condivise per stimolare la partecipazione.

La rappresentanza è un tema complesso, che porta con sé alcuni elementi di complessità, primi tra tutti il rischio che si trasformi in censura o in delega operativa.

Il coinvolgimento attivo della popolazione RSC richiede, quindi, alcune attenzioni nella definizione dei criteri per la rappresentanza e la partecipazione: è importante che essi non siano legati al nostro bisogno di relazionarci con poche figure, possibilmente sempre le stesse, al fine di facilitare le nostre azioni di promozione della salute. È necessario, perché funzioni, che la rappresentanza sia espressione di un bisogno di *empowerment* da parte di quel gruppo particolare.¹²

La difesa di un diritto è qualcosa che va costruito insieme: è importante non ricadere nell'idea che dobbiamo essere noi, in loro rappresentanza, a difendere il diritto alla tutela della salute. Il riconoscimento delle persone RSC come Soggetti di Diritto, considerandoli non più solo come fruitori di un servizio ma come un nodo della rete, rappresenta una sfida per tutti al fine di costruire insieme "*politiche possibili*".¹³

Conoscenza dello stato di salute, della posizione giuridica e sanitaria ed eventuali scadenze, dei percorsi sanitari già intrapresi, dei punti di riferimento già conosciuti sul

12 Ricordy, A., Trevisani, C., Motta, F., Casagrande, S., Geraci, S., Baglio, G. (2012), *La Salute per i rom. Tra mediazione e partecipazione*, Pendragon.

PDF disponibile su: Caritas Roma < <http://www.caritasroma.it/2014/01/rom-e-salute-le-pubblicazioni/> >.

13 Vitale, T. (2009) (a cura di), *Politiche possibili. Abitare le città con i rom e i sinti*, Roma, Carocci.

territorio. Per sistematizzare queste informazioni, può essere utile inserirle in schede tematiche, oppure organizzate per nucleo familiare, oppure ancora, per le situazioni più complesse, diari individuali, in cui segnare gli esiti degli appuntamenti.

Questo lavoro, che può ad un primo sguardo sembrare una sovrastruttura, è particolarmente importante per tenere traccia di percorsi spesso travagliati, a volte sospesi e poi ripresi dopo diverso tempo, quasi mai lineari. Di seguito ne suggeriamo un esempio.

Strumento di lavoro: scheda tematica sui percorsi vaccinali di tutti i minori in età di obbligo scolastico residenti in un contesto abitativo comunitario¹⁴

Nuclei	Numero	COGNOME	NOME	M/F	Data di nascita	Fasce d'età	LUOGO DI NASCITA		C.F.	TS sì/no	SCADENZA gg/mm/aa	MMG/PLS di riferimento	Contatti	vaccinazioni
							Città	Nazione						
1	1													
	2													
	3													
	4													
2	5													
	6													
	7													
3	8													
	9													
4	10													
	11													
	12													

¹⁴ Scheda realizzata dall'équipe educativa di un Centro di Emergenza Sociale del Comune di Milano, al fine di sistematizzare le informazioni relative ai minori, utili al fine di monitorarne i percorsi vaccinali (Settembre 2017, a seguito delle novità introdotte a livello nazionale dalla Legge n. 119/2017: obbligatorietà della vaccinazione per l'accesso dei minori in età di obbligo scolastico).



La conoscenza del contesto normativo

Un elemento di conoscenza indispensabile per orientare le persone RSC ai servizi sanitari è il contesto normativo nel quale si dà l'accesso. Ci inseriamo qui in un terreno paludoso e infido, che si è andato complicando nel tempo ed è estremamente variegato, in definitiva piuttosto frustrante per chi opera in prima linea con un'azione di orientamento e supporto.

Non pretendiamo di dare tutte le risposte ai problemi che incontrate concretamente, bensì di offrirvi alcuni elementi di chiarezza e delle semplici linee guida che vi aiutino a ragionare nelle differenti situazioni per individuare possibili soluzioni.

Il contesto in cui ci muoviamo è quello di un Sistema Sanitario che, considerando la salute come bene universalmente fruibile, garantisce l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini.

Alla fine degli anni '90, in risposta alle necessità sanitarie degli stranieri che venivano in Italia, è stato costruito un corpo giuridico coerente e moderno con una chiara volontà di inclusione ordinaria degli immigrati nel sistema di tutela della salute di tutti i cittadini e di ricezione del bisogno e della domanda di salute anche dei soggetti ai margini del sistema.

Il nostro obiettivo nell'accompagnare soggetti fragili è prima di tutto promuovere la giusta e corretta fruizione del diritto, diritto alla salute che la Costituzione e la normativa specifica italiana riconoscono, fondando il Servizio Sanitario Nazionale su tre principi ispiratori: l'equità, l'universalità e la solidarietà.

Ciò significa prima di tutto orientare le persone *RSC di nazionalità italiana o stranieri con un regolare titolo di soggiorno in Italia* alla obbligatorietà dell'iscrizione al SSN e alla fruizione di tutti i servizi che questa offre. È esperienza comune di tutti noi, alla domanda di mostrare i documenti sanitari, vedere una persona RSC tirare fuori la Tessera Sanitaria, il tesserino STP e a volte anche quello ENI chiedendoci quale vogliamo: il nostro compito è, in base alla posizione giuridica dell'individuo, fargli utilizzare il livello giusto di diritto, senza favorire una naturale tendenza dei soggetti fragili a cercare le vie più "comode", che però li lasciano sempre ai margini del sistema.

Ciò nel nostro percorso ForMap lo chiamiamo flessibilità ben governata.

Agli stranieri extracomunitari irregolarmente presenti l'assistenza sanitaria è comunque erogabile previa assegnazione di un codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) che garantisce cure ospedaliere e ambulatoriali per urgenze, malattie essenziali, medicina preventiva e riabilitativa. Qualora l'immigrato irregolare sia in stato di indigenza è prevista anche l'esenzione dal singolo ticket assegnando il codice X01. Il codice STP ha validità nazionale, ha durata di 6 mesi ed è rinnovabile.

Il quadro si complica quando si parla di *stranieri comunitari*: l'ingresso nel 2007 di Romeni e Bulgari nell'U.E. ha comportato grossi problemi per l'assistenza sanitaria, in quanto Romania e Bulgaria rifiutavano la reciprocità dei finanziamenti (che vige fra gli Stati dell'UE) per le prestazioni sanitarie all'estero per certi gruppi di loro cittadini che non ricevevano assistenza neppure nel proprio Paese d'origine. Si tratta di cittadini comunitari indigenti che, pur soggiornando in Italia da più di tre mesi, non si trovano nella possibilità di chiedere l'iscrizione anagrafica e di conseguenza al SSN, per i quali la Nota Ministeriale informativa del 19 febbraio 2008 ha chiarito che *"hanno comunque diritto alle prestazioni indifferibili e urgenti"*, armonizzandosi con le norme di principio dell'ordinamento italiano, che sanciscono la tutela della salute per ogni individuo e garantiscono cure gratuite agli indigenti (art. 32 della Costituzione).

L'applicazione di tale principio si è però scontrato con norme nazionali confuse e incerte e soprattutto con la delega di competenza alla sanità regionale che ha interpretato liberamente l'indicazione: nonostante l'Accordo Stato-Regioni e Province Autonome, siglato all'unanimità il 20 dicembre 2012, preveda, fra l'altro, l'equiparazione dei livelli assistenziali e organizzativi del codice STP al codice ENI (Europeo Non Iscritto) e l'estensione del tesserino codice ENI nelle regioni che non lo hanno ancora previsto, solo tredici Regioni e una Provincia Autonoma lo hanno recepito con apposito Atto, mentre quattro Regioni hanno emesso solo alcuni provvedimenti di allineamento.

Inoltre, a livello nazionale, nella definizione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 Gennaio 2017), viene garantito il diritto all'iscrizione al SSN e quindi l'assistenza del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG) a tutti i minori figli di immigrati extracomunitari irregolari presenti sul territorio nazionale (art. 63), senza tuttavia citare esplicitamente i minori figli di immigrati comunitari irregolari.

Infine la legislazione nazionale non prevede, per i comunitari irregolari indigenti, il codice di esenzione X01 che annulla il ticket per le prestazioni diagnostiche, specialistiche e farmaceutiche.

Il codice ENI ha validità regionale, ha durata di 6 mesi ed è rinnovabile.

In questo quadro complesso, costellato di norme e circolari a volte in contrasto, con una frequente interpretazione scorretta dell'autonomia decisionale locale, a voi operatori, operatrici e insegnanti chiamati a orientare persone straniere fragili, molto spesso appartenenti alla categoria di cittadini comunitari indigenti, è richiesto di sapervi muovere nel quadro generale, approfondendo la normativa regionale, per poi conoscerne a fondo l'applicazione comunale e anche tra i diversi distretti della stessa città.

Nell'ambito del Progetto ci troviamo soprattutto a lavorare con i minori figli di immigrati irregolari e su questo aspetto cerchiamo di dare

informazioni più dettagliate riassumendole nello schema sottostante¹⁵ nel quale sono state prese in analisi unicamente le Regioni coinvolte dal Progetto nazionale.

Alcune chiavi di lettura dello schema:

- L'assistenza sanitaria per tutti i **minori** figli di **immigrati** (intesi fino al compimento del 18° anno) è prevista tramite iscrizione al Servizio Sanitario Regionale (SSR).
- I **minori** figli di immigrati **extracomunitari irregolari**, intesi fino al compimento del 18° anno, hanno tutti il diritto a iscriversi al SSR e al PLS o al MMG a seconda dell'età; se nella fascia di età compresa fra 0 e 6 anni, sono esonerati dal ticket sanitario a parità di condizioni con il cittadino italiano.
- Per i **minori** figli di immigrati **comunitari irregolari** non è prevista l'iscrizione al SSR ma solo un'assistenza sanitaria tramite l'assegnazione di un codice ENI.
- Nonostante per i minori stranieri irregolari sia prevista un'assistenza sanitaria tramite iscrizione al SSR fino al 18° anno di età, alcune Regioni la riconoscono fino al 14° anno.
- Per l'iscrizione al SSR è necessario il Codice Fiscale: attualmente fra i minori figli di irregolari, solo quelli nati in Italia possiedono il C.F., a questi vanno aggiunti solo pochi altri in possesso di tale codice. Nei restanti casi, in mancanza del C.F., in molte Regioni vengono utilizzati i codici STP/ENI "ampliati" dalla possibilità di accesso al PLS o al MMG.
- Visite occasionali: il minore non è iscritto al PLS o al MMG, ma può accedere gratuitamente e illimitatamente alle visite presso un qualsiasi PLS o MMG convenzionato.
- In alcune Regioni i minori, figli sia di comunitari ENI sia di extracomunitari STP, non possono accedere al PLS o al MMG, ma solo al pediatra del consultorio o negli ambulatori STP/ENI.
- Viene segnalato in varie Regioni come alcune famiglie decidano di restare STP per evitare il pagamento dei ticket, nonostante in questo caso possano accedere soltanto al pediatra di consultorio, compromettendo la continuità delle cure. È importante in tali casi accompagnare alla ricerca di strumenti alternativi per la diminuzione delle spese, quali le esenzioni ticket (età, reddito, disoccupazione, malattia ecc.), più che avvalorare l'uso scorretto del diritto.

In generale, possiamo affermare che l'assistenza sanitaria per i minori figli di irregolari è presente in tutte le Regioni prese in analisi, anche se con notevoli disparità, in particolare legate allo status giuridico.

15 Reinterpretazione della Tab. n. 2 in NAGA-Milano et SIMM, *Attuale Legislazione sanitaria italiana per immigrati irregolari e attuale fruibilità di tale legislazione a livello regionale*. Rapporto 2019.

PDF disponibile su: SIMM < <https://www.simmweb.it/973-attuale-legislazione-sanitaria-italiana-per-immigrati-irregolari-e-attuale-fruibilit%C3%A0-di-tale-legislazione-a-livello-regionale-rapporto-2019> >.

Regione	Tutela della salute di tutti i minori figli di immigrati irregolari
Calabria	Mancata assegnazione della tessera di iscrizione al SSR, persiste l'utilizzo di codici STP e ENI. L'accesso all'assistenza sanitaria ambulatoriale avviene solo tramite la pediatria di consultorio o di ambulatorio ospedaliero.
Campania	Disparità di trattamento fra minori extracomunitari e comunitari: <ul style="list-style-type: none"> • SSR o STP: assegnazione del PLS o accesso agli ambulatori in regime di visite occasionali; • ENI: accesso al pediatra di consultorio. In entrambi i casi, non vi è necessità di rinnovo.
Emilia Romagna	Disparità di trattamento fra minori extracomunitari e comunitari: <ul style="list-style-type: none"> • SSR o STP: assegnazione del PLS o accesso agli ambulatori in regime di visite occasionali; • ENI: accesso al pediatra di consultorio. L'iscrizione al SSR è rinnovabile ogni 12 mesi.
Lazio	Disparità di trattamento fra minori extracomunitari e comunitari: <ul style="list-style-type: none"> • SSR o STP: se in possesso del Codice Fiscale, è prevista assegnazione di un PLS; • negli altri casi e per gli ENI è previsto l'accesso al pediatra in ambulatorio ASL o del volontariato con ricettario regionale (ambulatori STP/ENI). Se codici STP/ENI il rinnovo è semestrale, se SSR il rinnovo è annuo.
Liguria	Tutti i minori possono ottenere l'iscrizione al SSR e la contestuale assegnazione al PLS ma solo se in possesso del Codice Fiscale, altrimenti possono accedere solo al pediatra di Consultorio. La scadenza è pari a quella del codice di riferimento.
Lombardia	La Regione non ha aderito al codice ENI. I minori sono tutti iscrivibili al SSR (con rinnovo ogni 12 mesi) ma senza contestuale assegnazione del PLS/MMG (accesso agli ambulatori in regime di visite occasionali). Tutti i minori di 14 anni hanno diritto all'esenzione dal ticket sanitario senza limiti di reddito. La Regione ha aggirato l'ostacolo del Codice Fiscale per l'iscrizione al SSR utilizzando un codice STP al posto del C.F. per gli extracomunitari e, non avendo l'ENI, un codice identificativo provvisorio (NAR) per i comunitari.
Piemonte	I minori sono tutti iscrivibili al PLS attraverso l'iscrizione al SSR, senza necessità di rinnovo.
Puglia	La Regione ha aderito al codice ENI ma con molte limitazioni: viene rilasciato solo per le urgenze. Sono considerati minori i ragazzi e le ragazze sino al compimento dei 14 anni. Disparità di trattamento fra minori extracomunitari e comunitari: <ul style="list-style-type: none"> • SSR o STP: assegnazione del PLS o accesso agli ambulatori in regime di visite occasionali; • ENI: accesso al pediatra di consultorio. È previsto il rinnovo ogni sei mesi.
Sicilia	La Regione ha aderito al codice ENI, tranne nella Città di Catania. Sono considerati minori i ragazzi e le ragazze sino al compimento dei 14 anni. I minori sono tutti iscrivibili al PLS con il codice STP/ENI, con rinnovo ogni sei mesi.
Toscana	I minori sono tutti iscrivibili al PLS (con SSR, STP/ENI), senza necessità di rinnovo. Si rilevano problemi per il rilascio del Codice Fiscale.
Veneto	Sono considerati minori i ragazzi e le ragazze sino al compimento dei 14 anni. Mancata assegnazione della tessera di iscrizione al SSR: persiste l'utilizzo dei codici STP/ENI. Con i codici STP/ENI viene previsto l'accesso solo al Pediatra di consultorio o di ambulatorio ospedaliero.

A conclusione di questo approfondimento sul diritto regionale, riteniamo importante citare la recentissima ordinanza del tribunale di Venezia del 19 Ottobre 2020¹⁶ sul contenuto del diritto alla salute per tutti i minorenni.

In particolare, l'ASGI¹⁷ ha agito in giudizio con ricorso contro la Regione Veneto, denunciando come discriminatorio il diniego di iscrizione ordinaria al SSN dei cittadini stranieri minori di età irregolarmente soggiornanti.

Viene, quindi, condannato il comportamento discriminatorio della Regione Veneto per il mancato riconoscimento, a favore di minorenni figli di irregolari, sia comunitari che extracomunitari, di un servizio ambulatoriale pediatrico pubblico accessibile gratuitamente equiparabile al Pediatra di Libera Scelta cui dà diritto l'iscrizione al SSN.

Questa ordinanza è rilevante per due ordini di motivi:

- si tratta della prima causa di discriminazione su questo punto e rappresenta un precedente giudiziario importante, che può avere ricadute anche su altre regioni, poiché il principio utilizzato (l'eguaglianza di tutti i minori nel diritto fondamentale alla salute) è universale.

Inoltre, un unico ricorso (a partire da un caso o da un'associazione che si fa promotrice) ha la forza di cambiare radicalmente la situazione di tutta la regione.

- è un esempio virtuoso di come i principi contenuti nella Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (firmata a New York il 20 Novembre 1989 e ratificata e resa esecutiva in Italia con L.176/1991), a trent'anni dalla sua approvazione, trovano concreta attuazione nel far valere diritti fondamentali.

Infine un breve accenno merita anche il tema della **tutela sociale della gravidanza e della maternità**, per il quale vi è una disparità di trattamento fra donne extracomunitarie e donne comunitarie.

In particolare, le donne extracomunitarie irregolarmente presenti sul territorio, durante la gravidanza e i primi 6 mesi dopo il parto hanno diritto a un permesso di soggiorno "per cure mediche" che permette loro l'iscrizione temporanea al SSN o l'assegnazione di un codice STP.

Le donne comunitarie non iscrivibili al SSN hanno diritto solo al codice ENI, che le tutela nel "percorso gravidanza", con il corrispondente codice di esenzione. Ne consegue che le donne comunitarie che vivono in territori ove non viene rilasciato il codice ENI, restano escluse dal sistema di tutela sociale e di protezione della gravidanza e della maternità.¹⁸

Nonostante la complessità dell'argomento, gli interessi economici e politici coinvolti e l'arbitrarietà di tante decisioni prese, anche nel campo dell'applicazione a livello locale della normativa è possibile un nostro intervento di *advocacy*. Molte modifiche migliorative, infatti, sono frutto di

16 Ordinanza scaricabile su: ASGI < <https://www.asgi.it/banca-dati/tribunale-di-venezias-ordinanza-19-ottobre-2020/> >.

17 Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione – Associazione di Promozione Sociale.

18 La Regione Lombardia, pur non avendo aderito al codice ENI, ha recentemente introdotto (Deliberazione n. XI/1046, 17 dicembre 2018) anche per le donne comunitarie irregolari la gratuità delle prestazioni legate alla gravidanza, al parto, all'IVG.

segnalazioni da parte delle e degli insegnanti e di pressioni di operatori e operatrici coinvolti nei servizi e nel privato sociale che, inseriti in un lavoro di rete, portano le istanze ai giusti livelli decisionali e ottengono la fruizione del diritto per le categorie più svantaggiate.

Un esempio diretto di cui abbiamo fatto esperienza nel percorso dell'attuale triennalità del Progetto nazionale è quello della città di Catania.

Nonostante la Regione Sicilia abbia aderito al codice ENI, a Catania nella prassi si è verificata una cessazione dell'assegnazione del codice stesso, in considerazione del mancato pagamento delle prestazioni secondo gli accordi Italia-Romania.

La prassi di rifiutare la concessione del Codice ENI, l'iscrizione al SSR e la conseguente assegnazione del PLS ai minori cittadini comunitari non residenti in Regione, a meno che non fossero nati a Catania, è stata evidenziata in sede di Tavolo Locale e di Tavolo tecnico sulla salute come priva di fondamento giuridico e lesiva del diritto alla salute dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze rom.

Nel mese di Giugno 2019 questa situazione si è sbloccata, grazie al lavoro di rete con il responsabile dell'Ambulatorio ASP coinvolto.

Attraverso questa operazione di mediazione tra servizi, si è quindi ottenuta la garanzia che ogni minore rom rumeno, indigente comunitario, non residente ma domiciliato nel territorio di Catania potesse avere accesso alla pediatria di base tramite il rilascio del codice ENI.

3.2 L'orientamento sanitario¹⁹

Prima di scomporre le diverse fasi e le attenzioni da tenere sempre presenti nel fare orientamento sanitario, crediamo che una premessa di processo sia necessaria: il nostro agire è sempre orientato a che la relazione con i servizi per la salute, seppur avviata con il nostro aiuto, diventi progressivamente autonoma, attenuando a poco a poco l'accompagnamento e il monitoraggio dei percorsi.

Il decalogo dell'orientamento sanitario:

1. Orientare ai servizi a partire dall'**adempimento delle procedure amministrative necessarie all'accesso al SSN**.
2. **Garantire una presenza continuativa e costante per tutta la durata e le fasi del percorso di orientamento** (può essere interessante sperimentare la figura del *case manager*, che abbia in mente tutto l'impianto dell'intervento dalla sua origine). È importante prevedere colloqui di verifica e monitoraggio, anche ravvicinati, in particolare prima e dopo le visite: ciò permette di ricordare gli appuntamenti presi (ed, eventualmente, riprendere i messaggi contenuti nella "mappa di fruibilità" per assicurarsi che tutto sia stato compreso nel modo corretto) e farsi informare sull'esito dell'incontro e sui passi successivi. Eventualmente può essere utile fare una telefonata anche alla figura sanitaria di riferimento.

¹⁹ Rielaborazione da Ricordy, A., Motta, F., Geraci, S. (2014), *SaluteRom. Itinerari possibili*, Pedragon, p. 145-147.

3. **La creazione di strumenti per il monitoraggio dei percorsi** (un diario, un calendario dove segnare gli appuntamenti, ecc.) può aiutare ad avere sotto controllo i percorsi avviati, anche a distanza (quando non è previsto un accompagnamento).
4. Spesso risulta necessario supportare, in maniera più o meno sostanziale, le persone nel **prendere l'appuntamento telefonico** presso il servizio centralizzato di prenotazione, o chiamando direttamente la struttura sanitaria interessata. Se, da una parte, è bene accompagnare le persone nel procedimento da eseguire, al fine di evitare un primo fallimento nella comprensione che rischia di minare il proseguimento del percorso, dall'altra è importante evitare di sostituirsi totalmente (come sempre d'altronde), eventualmente coinvolgendo un familiare di supporto.
5. Può essere opportuno **prevedere o proporre un primo accompagnamento** nel caso in cui venisse richiesto direttamente e noi ritenessimo che abbia un senso per sostenere il percorso di quella persona; oppure di fronte a un fallimento nel tentativo di un invio autonomo (la persona inviata al servizio non vi si è recata oppure, pur avendo provato, non è riuscita a raggiungerlo o ad accedervi); oppure, ancora, se la persona ha difficoltà ostacolanti nella comprensione dei messaggi comunicativi o una storia clinica particolarmente complessa e non c'è nessuna figura di accompagnamento all'interno della sua rete di supporto informale.

Essendo finalizzato a illustrare il percorso per colmare il *gap* del disorientamento spaziale, l'accompagnamento deve avvenire rigorosamente con i mezzi pubblici, per garantirne la replicabilità. Può essere anche pensato come un accompagnamento collettivo, ossia di più persone insieme in modo da ottimizzare tempo e risorse e incoraggiare le persone più insicure: portare più mamme con i loro bambini a eseguire le vaccinazioni, per esempio; oppure accompagnare alcune donne in stato di gravidanza a svolgere insieme la prima ecografia. Ovviamente è ancora più importante in questo caso accordarsi con le figure sanitarie di riferimento per valutarne l'opportunità.

Dopo un primo accompagnamento non dovrebbe esserci bisogno di ripeterne un secondo, tuttavia possiamo valutarne la possibilità con flessibilità.

6. **Promuovere la solidarietà familiare**, sollecitando l'aiuto da parte dei diversi componenti della famiglia nella gestione pratica ed emotiva del percorso di cura e della malattia.
7. **Coinvolgere l'intera comunità di riferimento**, promuovendo azioni di sensibilizzazione, riducendo così atteggiamenti di paura e pregiudizio nei confronti delle persone coinvolte.
8. **Identificare quali possano essere gli ostacoli reali che abbiano eventualmente arrestato un percorso avviato**. Approfondire in tal senso le cause possibili (paure, dinamiche familiari, incidenza di altre priorità, incomprensione delle indicazioni fornite, ecc.), tentando di andare al di là delle motivazioni apparenti o inizialmente espresse, in quanto spesso gli stati emotivi, le chiavi interpretative diverse o la complessità delle situazioni possono interferire nella comunicazione verbale.
9. **Approfittare degli incontri e soprattutto degli accompagnamenti per introdurre temi di educazione sanitaria**, quali prevenzione, cura dell'igiene personale, corretta

alimentazione, conservazione di documenti sanitari (eventualmente tentando insieme una prima sistematizzazione degli incartamenti, impostando una cartellina nuova), ecc. e per affrontare nell'informalità e in una "zona franca" dal campo, temi delicati (quanti di voi hanno vissuto il rituale "caffè dell'accompagnamento" ?!)

- 10. Favorire il diffondere delle informazioni attraverso il passaparola**, incentivandolo, valorizzando le prime esperienze positive vissute, anche attraverso gli accompagnamenti. Incoraggiare, inoltre, le persone che devono tornare presso un servizio, dove sono già state e di cui conoscono il funzionamento, a portare con sé qualcuno ancora inesperto che abbia lo stesso bisogno.

APPENDICE

Schede tecniche su aspetti sanitari specifici dell'età pediatrica

A cura della dott.ssa Luciana Biancalani, Pediatra di famiglia

I Bilanci di Salute

I Bilanci di Salute sono ormai da molti anni una realtà nell'ambito delle cure primarie pediatriche.

Rappresentano uno strumento importante per una presa in carico dinamica e prospettica del bambino che cresce e si sviluppa, poiché contribuisce a centrare importanti obiettivi di prevenzione.

In particolare, i primi 1000 giorni costituiscono il periodo in cui l'ambiente ci condiziona maggiormente e che influenza la nostra salute e il benessere per tutta la vita. L'ambiente dei primi anni di vita delle bambine e dei bambini influisce sulle traiettorie di crescita fisica, cognitiva e socio-emozionale e sulle opportunità della vita.²⁰

Nella tabella di seguito viene riportato il piano base dei Bilanci di Salute, poi implementato nel numero di visite e azioni in maniera differente tra i Sistemi Sanitari Regionali.

20 Disuguaglianze di salute: < <https://www.disuguaglianzedisalute.it/category/temi/primiannidivita/> >. Data ultima consultazione: 15/12/2020.

PIANO BASE		PRIMO LIVELLO DI IMPLEMENTO			SECONDO LIVELLO DI IMPLEMENTO
BILANCI DI SALUTE		OBIETTIVI			
ETÀ	INTERVENTO	MODULO DI EDUCAZIONE SANITARIA	MODULO DI PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE	AZIONE ESECUTIVA	AZIONE INTEGRATIVA
60-90 giorni	- Esame fisico - Misurazione peso, altezza, circonferenza cranica - Valutazione psicomotoria e sensoriale	- Prevenzione incidenti da trasporto in auto - Prevenzione Sids - Prevenzione complicanze da fumo passivo - Sostegno all'allattamento al seno	Promuovere i livelli di copertura per le vaccinazioni previste dai calendari vaccinali	Linea guida: - trasporto sicuro in auto - prevenzione Sids - fumo passivo - aspetti nutrizionali Consenso informato sulle vaccinazioni Informazioni reazioni avverse ai vaccini	- Riflesso rosso - Riflessi pupillari - Questionario di rilevazione delle capacità uditive - Vaccinazioni
180 giorni +/-30 giorni	- Esame fisico - Misurazione peso, altezza, circonferenza cranica - Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti domestici	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Linea guida: caduta e pericoli sul fasciatoio	- Questionario di rilevazione delle capacità uditive - Riflesso pupillare alla luce - Riflesso rosso
-30 giorni 360 giorni +60 giorni	- Esame fisico - Misurazione peso, altezza, circonferenza cranica - Valutazione psicomotoria e sensoriale	- Prevenzione incidenti - Prevenzione disturbi alimentari soprappeso e obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Presentazione MPR e recupero ritardi vaccinali Linea guida: pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei, ecc. Linee guida nutrizionali	- Cover test - Vaccinazioni
24 mesi +/- 120 giorni	- Esame fisico - Misurazione peso, altezza, circonferenza cranica - Valutazione psicomotoria e sensoriale - Valutazione linguaggio	- Prevenzione incidenti - Prevenzione disturbi alimentari soprappeso e obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei, ecc. Linee guida nutrizionali	- Stereo test di Lang - Cover test
3 anni +/- 180 giorni	- Esame fisico - Misurazione peso, altezza, circonferenza cranica - Valutazione psicomotoria e sensoriale - Valutazione linguaggio	- Prevenzione incidenti - Prevenzione disturbi alimentari soprappeso e obesità	Recupero dei ritardi vaccinali	Linee guida nutrizionali	- Vaccinazione - Stereo test di Lang
5/6 anni	- Esame fisico - Misurazione peso, altezza, circonferenza cranica - Valutazione psicomotoria e sensoriale - Valutazione linguaggio	- Prevenzione incidenti - Prevenzione disturbi alimentari soprappeso e obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Sostegno al regolare completamento del ciclo vaccinale Linee guida nutrizionali	- Vaccinazione - Podoscopia - Test di acuità visiva

La valutazione della **funzione visiva** durante i Bilanci di Salute è importante per individuare precocemente patologie che richiedono un intervento tempestivo.

ETÀ	AZIONE	MALATTIA
Nascita e prime settimane di vita	Riflesso Rosso	Cataratta e glaucoma congenito
18-24 mesi	Stereo test	Ambliopia
3-4 anni	1ª visita oculistica	Vizi di rifrazione e ambliopia
5-6 anni	Acuità visiva	Miopia / astigmatismo / colori

La valutazione della **funzione uditiva** alla nascita e durante i Bilanci di Salute è importante per identificare precocemente patologie che richiedono un intervento tempestivo al fine di attivare un adeguato intervento di recupero.

ETÀ	AZIONE	MALATTIA
Nascita e prime settimane di vita	Otoemissioni acustiche (in ospedale)	Sordità congenita
7-9 mesi	Boel test	Ipoacusia e sviluppo comunicazione
24-36 mesi	Questionario	Sviluppo del linguaggio

Il piano vaccinale

La vaccinazione è stata definita una delle più grandi scoperte mediche mai fatte dall'uomo, la cui importanza è paragonabile, per impatto sulla salute, alla possibilità di fornire acqua potabile alla popolazione. Le vaccinazioni rappresentano il gesto più efficace, semplice e sicuro per proteggere le bambine e i bambini contro importanti malattie, che possono essere causa di gravi complicanze o per le quali non esiste una terapia efficace.

I vaccini oggi disponibili sono sempre più efficaci e sicuri, grazie ai progressi della ricerca medica e alla complessa serie di controlli di qualità a cui vengono costantemente sottoposti.

È importante ricordare che le vaccinazioni agiscono proteggendo indirettamente anche quei bambini e quelle bambine che, per particolari problemi immunitari non possono essere vaccinati. Questo avviene perché la presenza di molti bambini e bambine immuni per effetto dei vaccini interrompe la catena di trasmissione dell'infezione riducendo le possibilità che coloro che non sono immuni vengano in contatto con i rispettivi agenti patogeni (presenti nei portatori di malattia).

In letteratura vengono riportati effetti collaterali, in genere di lieve entità, e alcune, rare, complicazioni gravi: nonostante vadano prese tutte le precauzioni per evitarli, ciò non deve indurre a evitare di vaccinare i bambini e le bambine.

Il «Decreto-Legge prevenzione vaccinale» a seguito della conversione in Legge da parte del Parlamento (Legge n. 119/2017) ha introdotto l'obbligatorietà della vaccinazione per l'accesso dei minori in età di obbligo scolastico.

Con l'entrata in vigore di questa legge, anche la scuola, insieme alle operatrici e agli operatori di Progetto, è coinvolta nel monitoraggio del percorso vaccinale dei minori.

Importante anche la vaccinazione stagionale dell'influenza soprattutto per le bambine e i bambini, le ragazze e i ragazzi che vivono in condizioni di indigenza o risiedono in contesti comunitari.

Di seguito il calendario vaccinale del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019.²¹

21 Ministero della Salute: < <http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=4828&area=vaccinazioni&menu=vuoto> >. Data ultima consultazione: 15/12/2020.

Il calendario vaccinale del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni	Soggetti ad aumentato rischio	
DTPa**		DTPa		DTPa			DTPa			DTPa***	dTpaIPV	1 dose dTpa**** ogni 10 anni			(1)	
IPV		IPV		IPV			IPV			IPV						
Epatite B	EpB-EpB*	Ep B		Ep B			Ep B								(2)	
Hib		Hib		Hib			Hib								(3)	
Pneumococco		PCV		PCV			PCV							PCV+PPSV	(4) ^^	
MPRV								MPRV		MPRV					(6) ^	
MPR								oppure MPR + V		oppure MPR + V					(5) *****	
Varicella															(6)^	
Meningococco C								Men C [§]			Men ACWY coniugato				(7)	
Meningococco B^^		Men B	Men B		Men B			Men B								
HPV											HPV [°] : 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino)				(8)	
Influenza														1 dose all'anno	(9) °°	
Herpes Zoster														1 dose#	(10)	
Rotavirus		Rotavirus## (due o tre dosi a seconda del tipo di vaccino)														
Epatite A															(11)	

IPV	=	vaccino antipolio inattivato
Ep B	=	vaccino contro il virus dell'epatite B
Hib	=	vaccino contro le infezioni invasive da <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
DTPa	=	vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare
dTpa	=	vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare, formulazione per adulti
dTpa-IPV	=	vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare e polio inattivato, formulazione per adulti
MPRV	=	vaccino tetravalente per morbillo, parotite, rosolia e varicella
MPR	=	vaccino trivalente per morbillo, parotite, rosolia
V	=	vaccino contro la varicella
PCV	=	vaccino pneumococcico coniugato
PPSV	=	vaccino pneumococcico polisaccaridico
MenC	=	vaccino contro il meningococco C coniugato
MenB	=	vaccino contro il meningococco B
HPV	=	vaccino contro i papillomavirus
Influenza	=	vaccino contro l'influenza stagionale
Rotavirus	=	vaccino contro i rotavirus

	Co-somministrare nella stessa seduta
	Somministrare in seduta separata
	Vaccini per categorie a rischio

Note

*) Nei figli di madri HBsAg positive, somministrare entro le prime 12-24 ore di vita, contemporaneamente alle Ig specifiche, la prima dose di vaccino. Il ciclo va completato con la 2a dose a distanza di 4 settimane dalla prima; a partire dalla 3° dose, che deve essere effettuata dal 61° giorno, si segue il calendario con il vaccino combinato esavalente.

***) Pur lasciando ai decisori territoriali la valutazione finale della schedula migliore in funzione dell'offerta vaccinale locale e delle sue tempistiche, si ritiene utile suggerire uno schema di inserimento della vaccinazione anti-meningococcica B. La sequenza di vaccinazione raccomandata è la seguente (i giorni sono ovviamente indicativi e non cogenti):

- **Esavalente + Pneumococco** ad inizio 3° mese di vita (61° giorno di vita)
- **Meningococco B** dopo 15 giorni (76° giorno)
- **Meningococco B** dopo 1 mese (106° giorno)
- **Esavalente + Pneumococco** dopo 15 giorni, ad inizio 5° mese di vita (121° giorno)
- **Meningococco B** dopo 1 mese, ad inizio 6° mese di vita (151° giorno)
- **Esavalente + Pneumococco** a 11 mesi compiuti
- **Meningococco B** al 13° mese
- **Meningococco C** sempre dopo il compimento dell'anno di vita

**) La terza dose va somministrata ad almeno 6 mesi di distanza dalla seconda.

***) La quarta dose, l'ultima della serie primaria, va somministrata nel 5°-6° anno di età. È possibile anche utilizzare dai 4 anni la formulazione tipo adulto (dTpa) a condizione che i genitori siano adeguatamente informati dell'importanza del richiamo all'adolescenza e che siano garantite elevate coperture vaccinali in età adolescenziale.

****) I successivi richiami vanno eseguiti ogni 10 anni.

*****) In riferimento ai focolai epidemici degli scorsi anni, si ritiene opportuno, oltre al recupero dei soggetti suscettibili in questa fascia di età (*catch-up*) anche una ricerca attiva dei soggetti non vaccinati (*mop-up*).

^*) Soggetti anamnesticamente negativi per varicella. Somministrazione di due dosi di vaccino a distanza di ≥ 1 mese l'una dall'altra.

^^*) Bambini che inizino la vaccinazione nel corso del secondo anno di vita devono eseguire due dosi; qualora iniziassero nel corso del terzo anno è sufficiente una dose singola.

L'offerta di una dose di PCV contenente un numero di valenze maggiore è fortemente raccomandata a bambini mai vaccinati o che abbiano in precedenza completato il ciclo di vaccinazione con PCV7. Nel caso si tratti di bambini in condizioni di rischio sono raccomandate due dosi.

§) Dose singola. La vaccinazione contro il meningococco C viene eseguita per coorte al 13°-15° mese di vita. Per la seconda coorte a 12-14 anni, si raccomanda che una dose di vaccino Men ACWY coniugato sia effettuata sia ai soggetti mai vaccinati in precedenza, sia ai bambini già immunizzati nell'infanzia con Men C o Men ACWY. Nei soggetti a rischio la vaccinazione contro il meningococco C può iniziare dal terzo mese di vita con tre dosi complessive, di cui l'ultima, comunque, dopo il compimento dell'anno di vita.

°) Somministrare due dosi a 0 e 6 mesi (vaccino bivalente tra 9 e 14 anni; vaccino quadrivalente tra 9 e 13 anni); tre dosi ai tempi 0, 1, 6 (bivalente) o 0, 2, 6 mesi (quadrivalente) nelle età successive.

°°) Vaccinare con il vaccino stagionale, i soggetti a rischio previsti dalla Circolare Ministeriale.

#) Somministrazione raccomandata a una coorte di soggetti di 65 anni di età.

##) Raccomandato in offerta universale, co-somministrabile con tutti gli altri vaccini previsti per i primi mesi di vita.

Vaccinazioni per soggetti ad aumentato rischio

- (1) **dTpa**: numero di dosi a seconda che si tratti di ciclo di base o di booster; per le donne, al terzo trimestre di ogni gravidanza (idealmente 28a settimana)
- (2) **Epatite B**: 3 Dosi, *Pre Esposizione* (0, 1, 6 mesi) 4 Dosi: *Post Esposizione* (0, 2, 6 sett. + booster a 1 anno) o *Pre Esposizione imminente* (0, 1, 2, 12)
- (3) **Hib**: per soggetti a rischio di tutte le età mai vaccinati in precedenza - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età
- (4) **PCV**: fino ai 5 anni, poi PCV/PPSV
- (5) **MPR**: 2 dosi ad almeno 4 settimane di distanza; a seconda dell'età e dello stato immunitario nei confronti della varicella, è anche possibile la co-somministrazione del vaccino trivalente MPR con quello monovalente contro la varicella o l'impiego del tetravalente MPRV
- (6) **Varicella**: 2 dosi ad almeno 4 settimane di distanza; a seconda dell'età e dello stato immunitario nei confronti di morbillo, parotite e rosolia, è anche possibile la co-somministrazione del vaccino monovalente contro la varicella con quello trivalente MPR o l'impiego del tetravalente MPRV
- (7) Ai soggetti ad aumentato rischio offrire, **meningococco ACYW e meningococco B** - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età
- (8) **HPV**: tutte le età come da scheda tecnica - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età
- (9) **Influenza**: tutte le età come da scheda tecnica - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età
- (10) **Herpes zoster**: a partire dai 50 anni di età
- (11) **Epatite A**: numero di dosi come da scheda tecnica

I Disturbi del Neurosviluppo

I Disturbi del Neurosviluppo si manifestano nelle prime fasi dello sviluppo e sono caratterizzati da deficit del funzionamento personale, sociale e scolastico. Essi comprendono il Disturbo da deficit dell'attenzione/Iperattività e Il Disturbo Specifico dell'Apprendimento.

ADHD (Disturbo da deficit dell'attenzione/Iperattività)

L'ADHD può colpire tutte le fasce di età pediatrica e riguarda circa il 5% dei bambini e delle bambine.

Può essere distinto in 3 sottotipi:

- una forma classica, caratterizzata da iperattività, impulsività e disturbo d'attenzione;
- una meno frequente e più difficile da riconoscere in cui compare solo il deficit di attenzione (presente soprattutto nelle femmine);
- infine una terza, caratterizzata da prevalente iperattività e impulsività.

Il Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA)

Il DSA è una condizione persistente che si presenta con diversa espressività clinica nelle varie fasi dello sviluppo.

È caratterizzato dalla presenza di abilità di lettura, scrittura e calcolo significativamente inferiori a quanto ci si aspetterebbe in base ai seguenti fattori:

- l'età
- il quoziente intellettivo
- l'istruzione ricevuta.

Questa difficoltà può essere dovuta a storia familiare positiva per DSA, ritardo del linguaggio, nascita prematura, esposizione prenatale alla nicotina.

L'età in cui più comunemente è identificato e trattato è quella della scuola primaria (più spesso tra 7 e 9 anni), ma può iniziare a manifestarsi anche in età prescolare.

I bambini e le bambine con questi disturbi devono essere inviati direttamente o con la richiesta del medico (a seconda delle Regioni) al Servizio di Neuropsichiatria Infantile.

Gli operatori e le operatrici che prendono in carico il problema possono essere diversi: il/la neuropsichiatra, neuropsicologo/a, il/la logopedista, il/la psicomotricista, ecc.

Occorre precisare che caratteristica essenziale del DSA è la persistenza (criterio A del DSM-5, APA, 2013), definita come un ristretto progresso dell'apprendimento per almeno sei mesi nonostante la messa a disposizione di interventi sulle difficoltà e aiuti extra a casa e a scuola, mirati a migliorare le abilità fonologiche o le strategie di identificazione delle parole. Ciò significa che, prima di inviare un bambino alla NPI, occorre che la scuola metta in atto degli interventi di recupero.

La legislazione italiana sui DSA (Legge 170 - GU n. 244 del 18.10.2010) è molto esplicita a questo proposito quando prescrive: *"per gli studenti che, nonostante adeguate attività di*

recupero didattico mirato, presentano persistenti difficoltà, la scuola trasmette apposita comunicazione alla famiglia”.

Secondo le Linee Guida del Ministero Istruzione Università e Ricerca (MIUR) per il diritto allo studio delle alunne e degli alunni, delle studentesse e degli studenti con DSA (DM 12/07/2011), i servizi territoriali di Neuropsichiatria (UONPIA), le strutture diagnostiche di II livello e i centri di riferimento regionale devono produrre certificazioni atte a dimostrare che il percorso diagnostico è stato realizzato secondo le indicazioni della Consensus Conference ed è corredato dai codici nosografici (ICD-10).

Oltre ai DSA possiamo incontrare bambini con **Bisogni Educativi Speciali (BES)**:

1. alunni e alunne con disabilità, per il riconoscimento dei quali è richiesta la presentazione di un'apposita certificazione (legge 104/92) che prevede l'assegnazione dell'insegnante di sostegno;
2. alunni e alunne con disturbi evolutivi specifici tra i quali: deficit di linguaggio, deficit non verbali, deficit motorio, deficit di attenzione e iperattività (ADHD), funzionamento cognitivo limite (o *border line*);
3. alunni e alunne con svantaggio sociale, culturale e linguistico.

La Legge 53/2003 e la Legge 170/2010 prevedono la predisposizione di Piani Didattici Personalizzati (PDP).

Per l'attivazione da parte della scuola dei Piani Didattici Personalizzati è necessario che il genitore si rechi dal medico curante del minore, il quale compila la richiesta per l'accesso al servizio di NPI di zona tenendo conto della fascia di priorità concordata a livello aziendale fra i vari operatori.

Dopo la visita neuropsichiatrica o neuropsicologica o, ancora, psicologica e la valutazione di specifici test viene consegnata al genitore una relazione con la diagnosi del disturbo. Tale relazione deve essere portata alla scuola per attivare il Piano Didattico Personalizzato, secondo la legge 170/2010.

In casi di disabilità che richiedono l'applicazione della legge 104/92 il genitore consegnerà la relazione al medico curante, il quale provvederà a redigere il certificato INPS.

Il genitore dovrà quindi recarsi presso un patronato con tutta la documentazione sanitaria e relative certificazioni. Il patronato si occuperà della pratica per la richiesta di invalidità. Il genitore riceverà la convocazione per la visita medico-legale presso l'ASL/ASP. Infine arriverà presso l'indirizzo della famiglia la lettera con la risposta e il punteggio di invalidità, se riconosciuto.

La scuola, vista la documentazione, farà richiesta per l'insegnante di sostegno.

Il Progetto nazionale e la dimensione della salute

Il **Progetto Nazionale per l'inclusione e l'integrazione dei bambini Rom, Sinti e Caminanti**, promosso nel quadro delle azioni PON Inclusione [FSE 2014-2020] dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, il Ministero della Salute e l'Istituto degli Innocenti,²² coinvolge le principali città metropolitane italiane: Bari, Bologna, Catania, Firenze, Genova, Messina, Milano, Napoli, Palermo, Reggio Calabria, Roma, Torino e Venezia.

Realizzato a partire dall'anno scolastico 2017/18, il Progetto è lo *scale up* del percorso sperimentale avviato nel 2013 con tredici città riservatarie nell'ambito della legge 285/97.

In questo arco temporale è stato significativamente esteso il coinvolgimento di territori, scuole, bambine, bambini, adolescenti e famiglie RSC,²³ generando evoluzioni positive in termini di consolidamento e ampliamento della *governance* (snodo strategico per lo sviluppo della rete locale), di miglioramento costante, seppur lento, del tasso di frequenza scolastica e del successo scolastico (in termini di ammissione alla classe successiva).²⁴

Finalità generale del Progetto è quella di ridurre la marginalità estrema promuovendo interventi di inclusione sociale e scolastica di famiglie, di bambine e bambini e di adolescenti appartenenti alle comunità Rom, Sinti e Caminanti, nell'integrazione di tre contesti di azione principali: la scuola, gli spazi abitativi e di vita e la rete locale dei servizi.

In questa cornice progettuale, uno degli obiettivi specifici prioritari riguarda la dimensione della salute.

In sintonia con la *"Strategia Nazionale d'Inclusione dei Rom, dei Sinti e dei Caminanti"* [UNAR, 2012] e con il *"Piano d'azione Salute per e con le comunità Rom, Sinti e Caminanti"* [Tavolo Nazionale Salute, 2015],²⁵ il Progetto nazionale si propone di agire sulle disuguaglianze di salute che sono proprie delle fasce più deboli della popolazione, nella convinzione che dedicare tempo di riflessione a come accompagnare i più fragili della città sia importante per il benessere di tutta la comunità territoriale: ciò che scopriamo per e con loro è una novità promettente per le politiche che riguardano tutti.

22 L'Istituto degli Innocenti è responsabile dell'assistenza tecnico-scientifica del Progetto.

23 A partire dal coinvolgimento, nel 2013, di 29 plessi scolastici, 42 classi, 115 alunni RSC, 900 alunni totali, il Progetto nazionale nel 2019 ha raggiunto 84 plessi, 336 classi, oltre 600 alunni RSC e oltre 7000 alunni totali.

24 Cfr. Istituto degli Innocenti di Firenze, *Report intermedio di valutazione del Progetto nazionale per l'inclusione e l'integrazione dei bambini rom, sinti e caminanti. Anno 2019*.

25 Il *"Piano d'Azione Salute per e con le comunità Rom, Sinti e Caminanti"* è un documento di programmazione e indirizzo per le Regioni e le istituzioni del SSN, elaborato nel 2015 dal Tavolo nazionale Salute presso il Ministero della Salute, in riferimento alla *"Strategia Nazionale d'Inclusione dei Rom, dei Sinti e dei Caminanti"* (asse 3. SALUTE: *"Migliorare l'accesso ai servizi sociali e sanitari disponibili sui territori implementando la prevenzione medico-sanitaria, con particolare riferimento alle fasce più vulnerabili della popolazione di origine Rom e Sinti"*).