

## Volume 17 - 3 Settembre 2018

---



### Pazienti Senza Fissa Dimora e servizi territoriali Interventi di rete per pazienti senza tetto e senza cura

#### Autori

Giuseppe Riefolo, Silvia Raimondi

DSM RM/1 UOC Via A. di Giorgio, Roma  
([giuseppe.riefolo@fastwebnet.it](mailto:giuseppe.riefolo@fastwebnet.it))

---

#### Riassunto

All'interno di un Centro di Salute Mentale in considerazione dell'elevato numero di fallimenti degli interventi operati sulla popolazione dei Senza Fissa Dimora, è stato analizzato il fenomeno alla luce di due variabili: l'organizzazione operativa della risposta ed il profilo psicopatologico dei soggetti S.F.D. Questa analisi ha prodotto la costituzione di una equipe costituita da operatori del DSM, del SOS del Comune di Roma, Vigili Urbani ed associazioni di Volontariato. Sul piano psicopatologico sembra efficace la distinzione in "home-deprived", soggetti SFD per condizioni di povertà e "home-less" persone con disagio psichico reattivo a fallimenti del progetto di vita. La costituzione di un gruppo di lavoro integrato, ha permesso di gestire con maggiore efficacia situazioni che in passato ponevano in scacco istituzioni ed operatori. Tale tipo di intervento richiede una rete di collaborazioni fra servizi che abbiano chiare le competenze reciproche. L'intervento non ha richiesto alcun investimento economico supplementare.

**Parole Chiave:** *home-deprived*, home-less, povertà, psicopatologie, lavoro d'equipe, servizi territoriali psichiatrici

---

## Abstract

Homeless subjects and mental Health Services. Network interventions for homeless and patients without care.

In a Public Mental Health Service, in consideration of the many failures of the actions undertaken on the Homeless' population, the phenomenon is analyzed through two variables: the operational organization of the response and the psychopathological profile of the homeless population. The result implied the constitution of a team made up of staff belonging to the Mental Health Department, the Social Emergency Room of the City of Rome, the traffic police and voluntary associations. The distinction in two main categories, "home-deprived", a condition due to concrete poverty and "home-less" people with psychic disorders responsive to life project's failures, seems effective even on a psychopathological area. The establishment of an integrated working group, allowed to manage more effectively situations which in the past led to certain failures. This kind of intervention needs a network of partnerships between services where each competence is clearly known. To be underlined that this intervention did not required any additional financial investment.

**Key Words:** *home-deprived, home-less, poverty, psychopathologies, teamwork, Mental Health Services*

---

## Una premessa

Chi lavora in un servizio territoriale pubblico di Salute Mentale, spesso deve rispondere a complicate richieste di intervento per soggetti SFD i quali, a vario livello di intensità e di gravità psicopatologica, presentano disturbi del comportamento. Puntualmente, in questi casi, la domanda non arriva direttamente dai pazienti, ma è posta da comuni cittadini, operatori di associazioni di volontariato od operatori sociali di altri servizi pubblici o ancora da forze dell'ordine o vigili urbani.

Tale modalità molto aspecifica e sostenuta solo sull'urgenza, produce puntualmente un profondo senso di impotenza nei nostri servizi e contestualmente irritazione nei servizi richiedenti il nostro intervento. Nella migliore delle ipotesi in simili circostanze si tenta di prescrivere o somministrare una terapia farmacologica quando possibile, ma con estrema difficoltà in quanto, in un Centro di Salute Mentale, non sono disponibili farmaci per le urgenze e la prescrizione di una terapia farmacologica ha poco senso se il paziente non ha le condizioni minime per mantenere la necessaria continuità ed adesione alla cura, né per disporsi a tornare per i controlli successivi. Da sempre questo tipo di utenza rappresenta per i servizi psichiatrici territoriali un elemento di impotenza, ma soprattutto è sempre stato evidente come tutti i servizi coinvolti a vario titolo, debbano arrendersi di fronte alla impossibilità di stabilire percorsi di cura e di assistenza adeguati e soddisfacenti.

---

## Analisi di un particolare tipo di domanda complessa

Nel nostro servizio territoriale, in concomitanza con una delle ennesime richieste "urgenti" proposte al nostro servizio, a partire dal 2010, iniziamo ad occuparci del problema in modo organico, analizzando sia le caratteristiche dei quadri patologici che ci si presentano, sia le difficoltà di collaborazione fra le molte istituzioni coinvolte a vario titolo e che puntualmente tendevano solo a rimpallarsi la responsabilità dell'intervento.

Da un'analisi anche molto elementare, emerge che ognuna delle organizzazioni coinvolte non conosce le competenze e le specificità delle altre e ciascuna proietta sulle altre istituzioni o sugli altri operatori il peso dell'urgenza e soprattutto la frustrazione della propria impotenza di fronte alla complessità dei casi che si presentano (1). La apparente "gravosità" dei casi, in effetti, comincia a definirsi meglio proprio in ordine alla dimensione della "complessità" della domanda, che in quanto tale, necessita di un intervento per così dire "multidisciplinare", dove si rende necessaria la collaborazione e l'intervento di più organizzazioni.

---

## Costruire reti

Il primo livello di intervento che abbiamo pensato è stato quello di contattare tutte le organizzazioni - private, di volontariato, pubbliche, sanitarie, assistenziali,... - che a vario livello risultano coinvolte nella domanda di intervento urgente che questo tipo di pazienti evoca. Si è proceduto ad una serie di incontri preliminari in cui ribadire la necessità della conoscenza reciproca, delle rispettive competenze e specificità per poi stabilire percorsi articolati possibili in situazioni di urgenza socio-sanitaria che coinvolgesse soggetti SFD. Si è formato, quindi, un gruppo a cui partecipano: Distretto Sanitario; SPDC; Polizia Municipale; associazioni di volontariato; Sala Operativa Sociale (SOS) del Comune di Roma; residenze delle Suore di Santa Teresa di Calcutta; alcune cliniche private convenzionate; volontari a titolo personale; alcune parrocchie; ecc...

In quanto servizi sanitari per la salute mentale abbiamo ribadito la nostra specificità ad occuparci di pazienti che presentassero problemi di ordine psicopatologico, collaborando con operatori di altre organizzazioni allo scopo di sostenere possibili percorsi di cura, dai più impegnativi che implicino anche ricoveri ospedalieri in Trattamento Sanitario Obbligatorio, fino ad interventi verso pazienti che accettino le cure ambulatoriali presso il nostro servizio. E' stato stabilito e concordato un Protocollo di intesa al fine, non tanto di vincolare, quanto di precisare le competenze e le reciproche responsabilità per gli interventi da intraprendere. Da diversi anni quindi, questo gruppo integrato ha brevi riunioni ogni due mesi, e mantiene i contatti soprattutto attraverso una mailing list. La collaborazione prevede soprattutto un costante monitoraggio dei bisogni di questo tipo di utenza nel territorio del nostro servizio (un territorio di circa 100.000 abitanti); il monitoraggio dei casi già seguiti dove l'aiuto delle organizzazioni di volontariato è essenziale in quanto sono i volontari, soprattutto, a mantenere i contatti tra il nostro servizio e i pazienti; infine il gruppo cura accoglienza di nuovi casi e definizione dei possibili interventi (2).

---

## Il livello psicopatologico. Ovvero: la prevalenza dissociativa

Un secondo momento di analisi ha riguardato la possibilità di definire soprattutto da un punto di vista psicodinamico le caratteristiche specifiche del tipo di utenza che molto spesso sono offuscate dalla prevalenza di aspetti sociali regrediti o degradati. La nostra esperienza con questo tipo di pazienti suggerisce la presenza di uno specifico quadro patologico al confine fra disturbi borderline o schizoidi di personalità e disturbi schizofrenici, che comunque richiamano, con diverso livello di intensità, caratteristiche di reattività ad esperienze di vita traumatiche contingenti. In ambito psicopatologico queste caratteristiche di "reattività traumatica" si organizzano e riscontrano frequentemente su strutture di personalità sufficientemente integre, ovvero con ampie aree della personalità sostanzialmente sane, ma che, nel percorso di cura, evidenziano una organizzazione psicopatologica

riferibile soprattutto ad esiti di gravi esperienze traumatiche (spesso connesse all'esperienza migratoria) piuttosto che a disorganizzazione schizofrenica (3). Tale prognosi positiva confligge con l'apparente estrema gravità che il quadro clinico sembra suggerire, dove la componente di degrado sociale viene a prevalere e a connotare la componente più evidente del quadro clinico. In sostanza soprattutto nei pazienti migranti, che riguardano due terzi dei nostri utenti, il quadro clinico prevalente è di Disturbo post-traumatico, mentre negli utenti italiani spesso riscontriamo un quadro schizofrenico con livelli di grave regressione comportamentale dove questi pazienti, proprio attraverso la "soluzione" *home-less*, hanno perso i contatti con i propri servizi di appartenenza. Inoltre, soprattutto analizzando alcuni comportamenti "attivi" dei pazienti più gravemente dissociati (4), emerge come molto spesso essi riescano ad organizzare e mantenere "attivamente" separati, o in conflitto fra loro, i diversi operatori che se ne occupano (spesso sono disponibili con alcuni operatori, ma ostili ad altri; da alcuni operatori accettano soluzioni solo finché queste soluzioni non coinvolgano altri operatori o altre organizzazioni; sul piano della sussistenza elementare risultano particolarmente capaci per quanto, alcune volte in conflitto con le proposte di alcuni operatori...).

La storia clinica di alcuni di questi pazienti (5) risulta estremamente significativa ed esemplare nel senso di descrivere un'attiva capacità di tenere separati tutti i contesti di realtà che si occupano di loro: in tutti i pazienti di cui ci siamo occupati, compresi soprattutto due nord-africani che hanno avuto bisogno di ricovero in TSO, emerge sempre come questo tipo di paziente si collochi *attivamente* in una sorta di "terra di nessuno" dove essi organizzano l'impossibilità di poter andare avanti, ma anche di poter tornare indietro rispetto ad eventuali esperienze di migrazione (per quanto riguarda pazienti migranti) o di allontanamento dal proprio domicilio (per quanto riguarda soggetti italiani che per motivi psicopatologici si sono allontanati dal proprio contesto familiare).

Nei due casi più gravi di cui ci stiamo tuttora occupando, è evidente che entrambi siano venuti in Italia con progetti lavorativi o di studio particolarmente organizzati, ma che non hanno saputo rispondere alle difficoltà qui incontrate ripercorrendo la via del ritorno nel proprio paese di origine, così collocandosi in una dimensione senza tempo e senza processo che li salva dalla insostenibile verifica depressiva di presentare un fallimento del proprio progetto di vita. In questi due casi tale soluzione "terra di nessuno", al momento del nostro intervento era attiva già da circa 25 anni e il nostro intervento integrato ha sicuramente permesso di riattivare parametri dell'ordine temporale e processuale che ora fanno pensare alla possibilità di un prossimo reintegro di questi pazienti nel proprio contesto di origine.

In un periodo di intervento relativamente breve il nostro gruppo si è occupato di circa 50 pazienti, perlopiù di etnia slava e nordafricana, alcuni dei quali molto gravi, hanno avuto bisogno di ricoveri presso Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, mentre altri sono stati seguiti (e lo sono tuttora) ambulatorialmente. Al momento i pazienti italiani di cui ci siamo occupati sono circa dieci.

Giovanni, un paziente calabrese che da oltre 4 anni era insediato nel parco dell'Istituto Don Orione, ha accettato le cure ambulatoriali e, contattati i servizi di appartenenza, è tornato in Calabria; John, originario del Ghana, insediatosi da anni presso il parco della Farnesina, continuamente ubriaco, occupava le aiuole di Ponte Milvio. Nel quartiere, proprio per queste sue abitudini era noto come "Tavernello". Da alcuni anni è ospite presso le Suore di Calcutta al Coelio, da dove può anche allontanarsi, ma non ha più abusato di alcol; Patrizia, una paziente psicotica di un municipio est di Roma, dopo aver messo in crisi il PS del S. Spirito dove aveva accessi quasi quotidiani per curare una "ferita insanabile"

alla gamba da cui era possibile vedere la tibia, è da oltre due anni stata ripresa in carico dal servizio con cui aveva sospeso i contatti e, recuperati i rapporti con la famiglia di origine, è ospite di una Casa Famiglia; Joseph, originario del Burkina Faso, dopo oltre 25 anni di permanenza presso il laghetto dell'Olimpica a Tor di Quinto, è ora ospite della residenza Don Calabria inserito in un centro diurno; Vasile, psicotico e grave alcolista, è stato accompagnato personalmente da una volontaria in Romania e mantiene contatti Skype con alcuni del nostro gruppo; Salvatore, dopo numerose "bonifiche" subite alla Collina Fleming da parte della "Unità per il decoro urbano" del comune di Roma, è tornato a Torino dalla famiglia d'origine: Abbiamo contatti telefonici con lui e soprattutto con la sorella. Intanto è stato preso in carico dal servizio territoriale di Moncalieri, dove è residente.

Capita che alcuni pazienti siano seguiti per un periodo e poi, magari hanno fatto perdere nuovamente le loro tracce. In questi casi, la nostra posizione è quella di tollerare queste discontinuità rimanendo in attesa che, in qualche modo, questi pazienti possano magari tornare a sollecitare un contatto con il nostro gruppo. In questi casi si tratta di utilizzare come risorsa il fatto che, proprio per le caratteristiche strutturali di un "servizio territoriale" i pazienti (non solo i SFD...) attraverso ripetuti episodi di contatto, possano descrivere una propria ed originale continuità seriale, ovvero una continuità attraverso accessi (*contatti*) discontinui (6).

Nel nostro intervento, abbiamo provato a tentare una suddivisione in due classi dei pazienti che proponevano la prevalenza di un grave quadro di esclusione dal contesto sociale attraverso la soluzione SFD. Separiamo pazienti con disturbi psicologici dovuti all'esperienza della povertà concreta e pazienti con disturbi psicopatologici dovuti a fallimenti di progetti di vita.

Nel primo caso i disturbi psicopatologici sono riferibili a modalità di adattamento a contesti sociali regrediti che permettono al soggetto un sufficiente funzionamento sociale. In questa categoria i soggetti mantengono, a livelli di organizzazione primitiva, le proprie competenze di relazione sociale, la competenza ad organizzare progetti di sopravvivenza e, quindi, la competenza, spesso molto ben strutturata ed articolata, alla conoscenza di percorsi di utilizzo di soluzioni assistenziali che, soprattutto, abbiano la caratteristica di non esporli a livelli anche minimi di responsabilità e di processualità che imponga la loro partecipazione e collaborazione attiva. Si tratta della gran parte dei soggetti SFD, che peraltro sono in grande aumento negli ultimi tempi segnati dalla crisi economica, che riescono a contattare direttamente o indirettamente le istituzioni assistenziali o anche sanitarie; che sanno organizzare autonomamente soluzioni di vita residenziali (occupando casali abbandonati, utilizzando ponti, ecc...) accedendo a piccole soluzioni di aggregazione sociale, organizzando e condividendo le proprie soluzioni di vita con altri, definendo piccoli gruppi coesi su modalità estremamente concrete di sopravvivenza. In questo caso si tratta di pazienti che sollecitano soprattutto le competenze dei servizi sociali e l'intervento psichiatrico può limitarsi semplicemente a piccole prescrizioni farmacologiche ed incontri diradati di valutazione del percorso di reinserimento sociale.

Nel secondo caso i pazienti risultano decisamente "organizzati" secondo una modalità di relazione nettamente dissociata con nessuna o scarsissima capacità di relazione. Si tratta di soggetti che, prima ancora che reattivi a esperienze di povertà concreta, sembrano aver organizzato una modalità esistenziale dissociata a seguito di - e quindi reattiva a - esperienze di fallimento di progetti di vita. La soluzione dissociativa sembra essere l'ultima soluzione *vitale* di una sorta di suicidio psicologico-esistenziale per cui questi soggetti, nella loro soluzione psicopatologica, si mantengono in vita, ma in un contesto relazionale per il quale loro devono essere trasparenti, anzi invisibili. Si tratta di una profonda

ferita narcisistica che si organizza a livello ontologico, in persone peraltro sostanzialmente "sane". Per fortuna, nell'ambivalenza vitale del sintomo, mentre per alcuni versi cercano soluzioni per la propria invisibilità, parallelamente si collocano in contesti sociali dove la loro visibilità si segnala in modo particolare per motivi di ordine concreto e sociale. Infatti solitamente occupano posti frequentati da molta gente (parchi, giardinetti,...) o si collocano all'incrocio di importanti arterie stradali sia urbane che extraurbane (Salvatore, ha dimorato per anni in un esiguo spazio ricavato fra tre guard-rail all'intersezione di tre vie ad alta percorrenza all'altezza di corso Francia...). A differenza della prima tipologia di utenti, questo tipo di pazienti non accede a posti di sufficiente emarginazione e distanza dal rumore sociale. Anzi, sembrano cercare questa dimensione secondo modalità automatiche e dissociate. Soprattutto, si tratta di pazienti che non accedono ed evitano attivamente ogni forma di aggregazione con altri soggetti SFD. In uno dei casi tra i più gravi seguiti dal nostro gruppo, il paziente, vivendo in un parco, aveva talmente assimilato le abitudini di vita - sul piano alimentare e dei bisogni fisiologici - dei cani che frequentavano il parco da conservare sotto terra il cibo e da non avere più il controllo degli sfinteri. Un altro paziente - descritto in questo lavoro - vivendo all'interno di un parco molto frequentato, si era costituito una trincea di giornali e *cellophan* e viveva nella convinzione di non avere pelle o organi interni (infatti la prima parte dell'intervento, durata alcuni mesi in regime di ricovero, ha permesso che ciascuno dei due pazienti recuperasse le abitudini alimentari e dell'uso degli sfinteri e si riconoscesse capace di avere pelle ed organi interni...). In questo tipo di pazienti ciò che appare come degrado e perdita di competenze vitali, in realtà va considerato come progetto attivo, di ordine dissociativo, da parte del paziente il quale, (ovviamente sul piano inconscio) attivamente si mantiene all'interno di una socialità anonima e diffusa, mentre tende a disarticolare ogni nesso che possa connetterlo, sul piano relazionale specifico, al contesto sociale. Soprattutto, interrompe attivamente ogni possibile nesso che il contesto sociale, che lo circonda e che si occupa di lui, possa organizzare anche attraverso il coordinamento di interventi.

Cerchiamo di proporre come la disorganizzazione, l'autoreferenzialità e il costante senso di risentimento e fallimento in cui puntualmente operano tutte le organizzazioni che si occupano di questo tipo di pazienti sia da riferire soprattutto alla collusione delle nostre organizzazioni con un progetto patologico (dissociativo) attivo, sostenuto da questo tipo di pazienti (1). Non a caso, questo secondo tipo di pazienti risulta sostanzialmente inavvicinabile da ogni programma di recupero con grande frustrazione degli operatori che se ne occupano, mentre il primo gruppo di pazienti - ovvero quelli che sanno organizzare la regressione dovuta all'esperienza di povertà concreta - risultano molto più gratificanti per gli operatori che se ne prendono cura, in quanto rispondono, seppur in modo concreto, alle sollecitazioni finalizzate alla loro integrazione ed assistenza.

Fatte queste premesse di ordine psicopatologico, potremmo dire che la prima categoria di pazienti corrisponderebbe alla definizione di "*home-deprived*", dove è la mancanza di un bene primario e la contingenza delle condizioni di vita scadute a determinare gli aspetti più gravi del disagio; mentre la seconda aderisce alla condizione di "*home-less*", dove non è la povertà il fattore precipitante quella condizione. La rete interdisciplinare che è stata organizzata dal nostro gruppo si è occupata in modo essenziale di questo secondo gruppo di pazienti in cui un profondo disturbo psicopatologico riferibile all'identità sembra essere preminente nella organizzazione della marginalità. Per il primo gruppo di pazienti riteniamo che gli interventi di sostegno sociale, per quanto magari sostenuti anche da possibili

consulenze di ordine psicopatologico, risultano preminenti e spesso risolutivi (per quanto questi pazienti vanno comunque rispettati nella loro esperienza traumatica della povertà che ne motiva molto spesso la estrema organizzazione concreta spesso stabilizzata e regressivamente funzionale).

Nell'intervento verso la categoria di pazienti psicopatologicamente più gravi che abbiamo definito "*home-less*" vi è la necessità che una serie di servizi, soprattutto sanitari, si organizzino in rete definendo le reciproche competenze e soprattutto percorsi positivi possibili attraverso cui prendersi cura di questi soggetti (ribadiamo che, sul piano formale, questi pazienti non potrebbero essere ricoverati presso SPDC perché solitamente pazienti non in acuzie e, peraltro potrebbero non essere seguiti dai nostri servizi psichiatrici territoriali in quanto, solitamente, non volontari o, comunque, non collaborativi...). Vogliamo ribadire che, nella presa in carico attiva di questi pazienti, spesso c'è necessità di forzare in qualche modo i rigidi limiti che definiscono il comune ambito di intervento di un servizio territoriale, trovandosi spesso ai limiti delle (se non appena oltre le...) norme che regolano i ricoveri, le prese in carico e persino l'accesso ai servizi per i bisogni di base.

---

## Manutenzione della rete e cura dei percorsi

Ciò che è centrale in questo tipo di organizzazione è la *manutenzione* di una rete composta dai vari servizi sanitari, sociali e di volontariato. Questo permette che pazienti con queste caratteristiche possano ricevere cure e possano rientrare nei percorsi di sostegno sociale necessario. Alla fine, tale intervento risulta estremamente più economico - oltre che più efficace - rispetto a quanto finora realizzato, in quanto l'assenza di coordinamento invalida l'esito delle iniziative, spesso inutilmente reiterate ed inefficaci, con attivazione di grave conflittualità ed effetto di delega fra i diversi operatori e le diverse organizzazioni convocate per "risolvere" il caso.

Vogliamo ribadire che, a differenza della gravità apparente delle situazioni di disturbo psicopatologico e disagio sociale in cui incontriamo questo tipo di pazienti, si tratta di soggetti capaci di organizzare difese dissociative rispetto ad eventi gravemente traumatici per la loro esperienza (7). Sappiamo bene che, in psicopatologia un'alta reattività del quadro clinico, per definizione significa esistenza di una buona struttura di personalità capace di organizzare difese dissociative prima che di frammentarsi nella destrutturazione schizofrenica. Le difficoltà emerse in questo tipo di intervento sono dovute soprattutto alla completa mancanza di reti e protocolli relativi alla integrazione delle funzioni fra le diverse organizzazioni coinvolte. Ciò implica che, da parte dei servizi, generalmente, piuttosto che operare in un assetto di assunzione di responsabilità, si attivino comportamenti di delega e di evitamento, protettivi rispetto ai livelli di fallimento e frustrazione conseguenti alla assenza di progetti prestabiliti e concertati.

Per quanto concerne, infine, l'entità quantitativa del fenomeno, dal nostro vertice, essa appare estremamente esigua, ma di tale complessità che spesso pochi casi sembrano attivare un grande clima di impotenza e di confusione nei vari servizi coinvolti (2). Sarebbe utile che, a nostro parere, le organizzazioni comunali organizzassero un centro di raccordo e di collegamento fra le diverse istituzioni e che fossero definiti possibili percorsi clinici e riabilitativi per le diverse tipologie di utenti. Infatti gravi carenze permangono sul piano dei contatti con le ambasciate consolari per gli utenti stranieri, o con i servizi sociali per difficoltà di ordine normativo: spesso questi utenti sono sprovvisti di documenti necessari per l'accesso a vari dispositivi assistenziali, anche di natura medica. Infine il nostro gruppo trova continue difficoltà di ordine procedurale e burocratico per la realizzazione dei ricoveri presso le

cliniche convenzionate, o per i percorsi di rimpatrio che sicuramente non contemplano nella loro strutturazione casi di pazienti che attivamente hanno difficoltà ad accettare di recuperare proprio i contatti e i nessi con i paesi e le famiglie di origine.

---

## Joseph C.

Joseph, ha 63 anni. Ha lasciato giovane il Burkina Faso nel 1978 per studiare Medicina a Padova. Durante il corso di laurea si è bloccato su un esame e da allora ha smesso di studiare. Ha provato a frequentare il corso di infermiere, ma la dimensione traumatica, evidentemente, gli impediva, oramai, di trovare alcun esito rispetto al progetto originario di migrazione. Per vivere ha provato a suonare in alcuni locali, e poi come bracciante agricolo sia al nord che al sud. Racconta di alcune aggressioni e violenze fisiche. Per molti anni ha vissuto in un parco di Roma, dove è stato seguito per molti anni da un gruppo di volontari e da alcuni privati cittadini. Viveva dentro una trincea di giornali, coperto da un telo, in tutte le stagioni e a qualsiasi temperatura. Non chiedeva mai nulla, e parlava pochissimo. Non ha mai accettato di lasciare il parco ed essere ospitato in una residenza, né ha mai accettato di poter essere curato sia sul piano fisico che psichico. In una prima fase, e per alcuni anni, J. è stato seguito presso il parco in cui viveva, assistito da un gruppo di volontari che andavano a trovarlo costantemente. Si è accettato che avesse ricavato un suo equilibrio all'interno di una situazione pur molto regredita. Nel parco aveva viveri e indumenti sufficienti e lui non chiedeva e non accettava altro. Quando è stato cacciato in modo violento dal parco la sua condizione di vita è diventata molto precaria e pericolosa e, persistendo la sua totale indisponibilità ad accettare qualunque forma di aiuto è stato deciso un ricovero obbligatorio. Le condizioni fisiche al momento dei primi contatti erano gravemente compromesse soprattutto sul piano della cura della persona, dell'alimentazione e delle condizioni di vita (viveva all'interno di un mucchio di buste di plastica e di giornali). Negli ultimi tempi era visibilmente deperito. Nel momento in cui è stato contattato dal nostro gruppo potevano sussistere gravi rischi fisici soprattutto per motivi medici e di esposizione al clima che andava da gravi periodi di freddo a periodi di grande caldo estivo. Soprattutto i pericoli di sopravvivenza sono aumentati in modo netto dopo l'espulsione violenta dal parco e l'essersi fermato in una piccola aiuola messa fra arterie stradali di grande traffico in uno svincolo del GRA. E' a questo punto che si decide di attuare un ricovero obbligatorio presso un reparto di psichiatria di un ospedale pubblico.

Presentava un grave quadro psicopatologico che, sul piano diagnostico descrittivo poteva giustamente essere definito come schizofrenico paranoide con temi di influenzamento e di grandiosità. Al tempo stesso presentava temi deliranti tipo "Cotard", ovvero di negazione di parti del corpo e di ogni fisiologia somatica. Il dialogo con lui era totalmente frammentato e riportato subito a temi deliranti. Non vi era nessuna capacità di relazione con i parametri di spazio e di tempo. E' stato in SPDC per circa 6 giorni durante i quali è stato visitato quotidianamente dai volontari del nostro gruppo ed ha iniziato una terapia con farmaci neurolettici a dosaggi medio-bassi. Il ricovero è continuato per circa due mesi presso una clinica psichiatrica convenzionata, dove è migliorato molto sul piano psicopatologico recuperando la capacità di organizzare i pensieri e di avere un dialogo con gli altri. Ha accettato di contattare una residenza gestita da Suore di S. Teresa di Calcutta dove accetta di trasferirsi e dove ha ripreso a curarsi sul piano dell'igiene e, gradualmente, ha preso l'abitudine di uscire da solo dall'istituto delle suore. Nonostante un veloce miglioramento, non ha potuto essere trasferito presso una struttura che cura l'inserimento lavorativo dei giovani del quartiere perché non aveva un permesso di soggiorno e, per la



legislazione italiana risultava clandestino. E' stato possibile ottenere un permesso di soggiorno per motivi medici ed è stato inserito presso una residenza religiosa dov'è ospite da circa tre anni. In questi anni, sono stati contattati i parenti che vivono in Burkina Faso ed una sorella e recentemente un fratello, grazie alla collaborazione con i volontari di S. Egidio, sono venuti a trovarlo. Il gruppo di lavoro ha deciso di aspettare che i miglioramenti clinici di J. siano sufficienti ad un pieno ed adeguato ritorno a casa. Dopo la partenza, poche settimane fa (marzo 2018) di Theodore, suo fratello minore, ha accettato di avviare la richiesta di rimpatrio che è prevista per il prossimo novembre. I temi deliranti sono sostanzialmente ricomposti tranne quando si toccano elementi riferibili alla sua identità. Per ora accetta di poter tornare dalla sua famiglia "per poter poi ottenere i documenti con cui ritornare in Italia non più da clandestino".

L'intervento è stato possibile solo dopo aver organizzato una rete di collaborazioni complementari fra istituzioni e servizi che fino a quel momento intervenivano in modo isolato non riuscendo a conseguire alcun miglioramento di J. Ne è emerso che le condizioni psichiche di J. siano molto meno compromesse di quanto potevano apparire all'inizio in quanto risulta presentare ampie parti sane della propria personalità ed è possibile ipotizzare un completo recupero psichico in tempi anche brevi. Sicuramente l'intervento coordinato di rete è risultato, in questo caso come in altri effettuati dal gruppo in questi anni, efficace sul piano degli esiti e non ha richiesto alcuna risorsa economica aggiuntiva rispetto a quelle in dotazione a ciascun servizio. Si è trattato solo di una diversa organizzazione del lavoro (1).

---

## Alcune considerazioni critiche

C'è da riconoscere che, sul piano della normativa legale vigente, J. non avrebbe potuto ottenere alcuna forma di aiuto sia sociale che medico. Non sarebbe stato possibile ottenere un ricovero in regime di TSO in quanto la patologia psichiatrica non si evidenziava in modo acuto. Peraltro non poteva essere curato ambulatorialmente perché totalmente non-collaborativo e per le patologie internistiche non accettava (e non era in grado di aderire ad) alcuna forma di ricovero volontario. Non avendo permesso di soggiorno (anzi: risultando avere avuto in passato – quando già stava molto male sul piano psichiatrico - un decreto di espulsione dall'Italia) non poteva essere soggetto di interventi riabilitativi o residenziali protetti né di sussidi economici per eventuali progetti. Attualmente avendo ottenuto, su nostra iniziativa, un permesso di soggiorno per motivi sanitari è possibile possa accedere a forme di sussidi economici e poter essere trasferito presso una struttura dove ha notevolmente migliorato le capacità e possibilità di inserimento sociale. Finora tutte le organizzazioni – quelle sanitarie pubbliche, dei Vigili Urbani, e del volontariato - che si sono occupate del suo caso lo hanno fatto sicuramente eccedendo – assumendosene le responsabilità anche legali – i limiti delle proprie competenze come previste dalla legge.

In fine, la posizione prescrittiva che in questi casi, per la legislazione italiana costringe al ricovero obbligatorio (TSO) potrebbe essere più agevole se si disponesse di alcuni possibili posti letto (uno o due nell'intera area di Roma...) in reparti non necessariamente psichiatrici dove ricoverare i pazienti, valutarne lo stato psico-fisico, iniziare le prime cure farmacologiche e formulare un iniziale percorso di recupero della rete familiare e sociale. Il ricovero in regime di TSO è sicuramente sovradeterminato per questo tipo di pazienti i quali, dopo l'iniziale obbligo a lasciare il posto in cui si sono insediati (strada, piazza, giardinetti,...) accettano volentieri di collaborare al progetto di recupero. Pertanto, all'iniziale proposta di TSO non segue mai la conferma della proposta convertendosi immediatamente la proposta di TSO in trattamento volontario. Inoltre i comuni reparti ospedalieri non sono adeguatamente attrezzati

per accogliere e aiutare questo tipo di pazienti nella cura dell'igiene fisica e nella valutazione preventiva di possibili patologie infettive che, se non diagnosticate per tempo, possono determinare gravi ripercussioni nell'intero ospedale. In un caso, ad esempio, il reparto psichiatrico ha dovuto chiudere per una settimana dopo il ricovero di una nostra paziente affetta da scabia. In un altro caso il P.S. ha avuto un momento di blocco per alcune ore dopo il sospetto che un nostro paziente potesse essere affetto da Tbc. In Italia, in questi casi, la rete fra istituzioni e servizi non è prevista e l'autonomia e le rispettive "mission" di ciascun servizio sostanzialmente impediscono la organizzazione di una rete coordinata di intervento, con grande dispendio di energie anche economiche oltre che di vissuti di frustrazione degli operatori coinvolti. Sicuramente l'intervento coordinato di rete è risultato, in questo caso come in altri effettuati dal gruppo in questi anni, efficace sul piano degli esiti e non ha richiesto alcuna risorsa economica aggiuntiva rispetto a quelle in dotazione a ciascun servizio. Rispetto, ad esempio, ai casi di cui un CSM si occupa di solito, nonostante la gravità clinica inizialmente molto esplicita, non è stato necessario attivare interventi di particolare impegno concreto poiché nel contatto con J., mediato dalla profonda fiducia che lui aveva nei volontari che se ne occupavano da anni, è stato sufficiente organizzare un contesto relazionale di fiducia anche attraverso la sostanziale tolleranza, da parte del nostro gruppo, delle "soluzioni psicotiche deliranti" da lui adottate per negare l'intollerabile fallimento a cui la sua esperienza di migrante lo aveva esposto. La iniziale prescrizione del ricovero in TSO ha semplicemente avuto il senso di inaugurare un percorso di cui il nostro gruppo si è assunta, necessariamente, la "responsabilità psichica" (8). La sua condizione clinica risulta nettamente modificata parallelamente alla sua capacità di aver recuperato fiducia nella dimensione relazionale, fino a quel momento pervasa solo da deliri rispetto a cui il suo vagabondare risultava reattivo e "psicoticamente risolutivo".

La gestione di questo caso è risultata, alla fine, complessa ma sufficientemente semplice ed economica soprattutto perché sono emerse insospettite capacità di integrazione da parte di J. oltre che disponibilità alla collaborazione da parte della famiglia di origine.

C'è da segnalare, comunque, che sul piano strettamente formale il nostro servizio, a Roma, avrebbe potuto evitare di occuparsene in quanto J. non presentava acuzie, né era disposto ad alcuna collaborazione attiva. Pertanto già la stessa "competenza clinica" in questo caso (come di solito accade) avrebbe potuto inaugurare una sequela di rinvii di competenze fra servizi con l'esito di lasciare un soggetto psichicamente sofferente e bisognoso, privo di cure, nel suo attivo e raffinato collocarsi stabilmente sul crinale delle competenze dei vari servizi, ovvero quel luogo che abbiamo definito, la "terra di nessuno".

Pertanto, sarebbe auspicabile, a nostro parere, che le modalità di organizzazione a rete dei vari servizi, non siano solo affidate a posizioni volontaristiche di alcuni operatori, ma che possano organizzarsi in precisi nuclei di intervento per questo tipo di soggetti ed in precise normative che descrivano il percorso di presa in carico di pazienti SFD con gravi problemi psichiatrici. Si tratterebbe di individuare modalità che spostino l'organizzazione dei servizi dalla "competenza formale" alla "competenza clinica" attraverso l'organizzazione, magari, di apposite *équipes* multidisciplinari per questo tipo di utenza che magari facciano capo alle amministrazioni comunali prima che sanitarie.

(PS. Sulla vicenda di Joseph è disponibile un breve video della durata di 13' che può essere richiesto agli autori).

---

## Riferimenti bibliografici

- 1) Riefolo G. (2017). Dinamiche di lamentazione nei servizi territoriali, Riv. Sperimentale di Freniatria CLI, 1, 2017, pp. 75-94
- 2) Comunità di Sant'Egidio (2012). Rapporto sulla povertà a Roma e nel Lazio, Milano, Francesco Mondadori; ASSNAS (2003) (a cura di Franca Dente e Graziella Povero). I Senza Fissa Dimora in Italia. Giornata Mondiale contro la povertà estrema 17 ottobre 2003.
- 3) Van der Kolk B. (2014). Il corpo accusa il colpo, Cortina, Milano, 2015.
- 4) Riefolo G. (2012). Scissione e dissociazioni nell'evoluzione del processo analitico. in, Campoli G., Meterangelis G., Pirrongelli C. (a cura di) Dissociazione, scissione, rimozione, Franco Angeli, Milano, pp.163-180.
- 5) <http://www.smes-europa.org/profiles>; Assessorato alle Politiche per la Promozione della Salute (2000). Storie di barboni rasati a secco, Armando, Roma.
- 6) Stern D. (1995). La costellazione materna, Bollati-Boringhieri, Torino, 1995; Riefolo G. (2001). Psichiatria prossima. La psichiatria territoriale in un'epoca di crisi. Bollati-Boringhieri, Torino.
- 7) Van der Hart O, Nijenhuis E.R.S., Steele K., (2006). Fantasmi nel Sé, Cortina, Milano, 2011; Meares R. (2012). Un modello dissociativo del disturbo borderline di personalità, Cortina, Milano 2014.
- 8) Meltzer D. (1967). Il processo psicoanalitico, Armando, Roma, 1971.