

Persone senza dimora: un fenomeno in evoluzione

Firenze, 12 giugno 2025

Salute mentale nelle persone Senza Dimora

Giuseppe Riefolo

Società Psicoanalitica Italiana

SMES-Italia

*“senza il riconoscimento da parte di un'altra persona
siamo alla deriva; non possiamo sapere chi siamo
quando siamo in uno stato di completo isolamento”*

(Ogden, 2022, 56)

In sintesi:

- Mi occupo di pazienti Senza Dimora con gravi problemi psichiatrici (3-5%);
- Il comportamento di questi soggetti risulta particolarmente insostenibile per il contesto sociale, ma si organizza automaticamente uno stato di “accomodamento reciproco” in cui si negozia una coesistenza con il contesto sociale finché non si verifica una frattura e quindi una crisi;
- Il sistema sociale e persino il sistema di assistenza si organizzano non per il riconoscimento del problema, ma per l’evitamento della “crisi”

Tesi:

- La condizione SD è una figura psicopatologica specifica
- Connessa ad eventi traumatici sia relazionali che complessi
- Comporta specifiche modalità dissociative;
- Condizione post-traumatica di sopravvivenza di stati del Sé dissociati;
- Gli oggetti concreti sono elementi di relazione e reciprocità
- Gli interventi si organizzano con elementi concreti

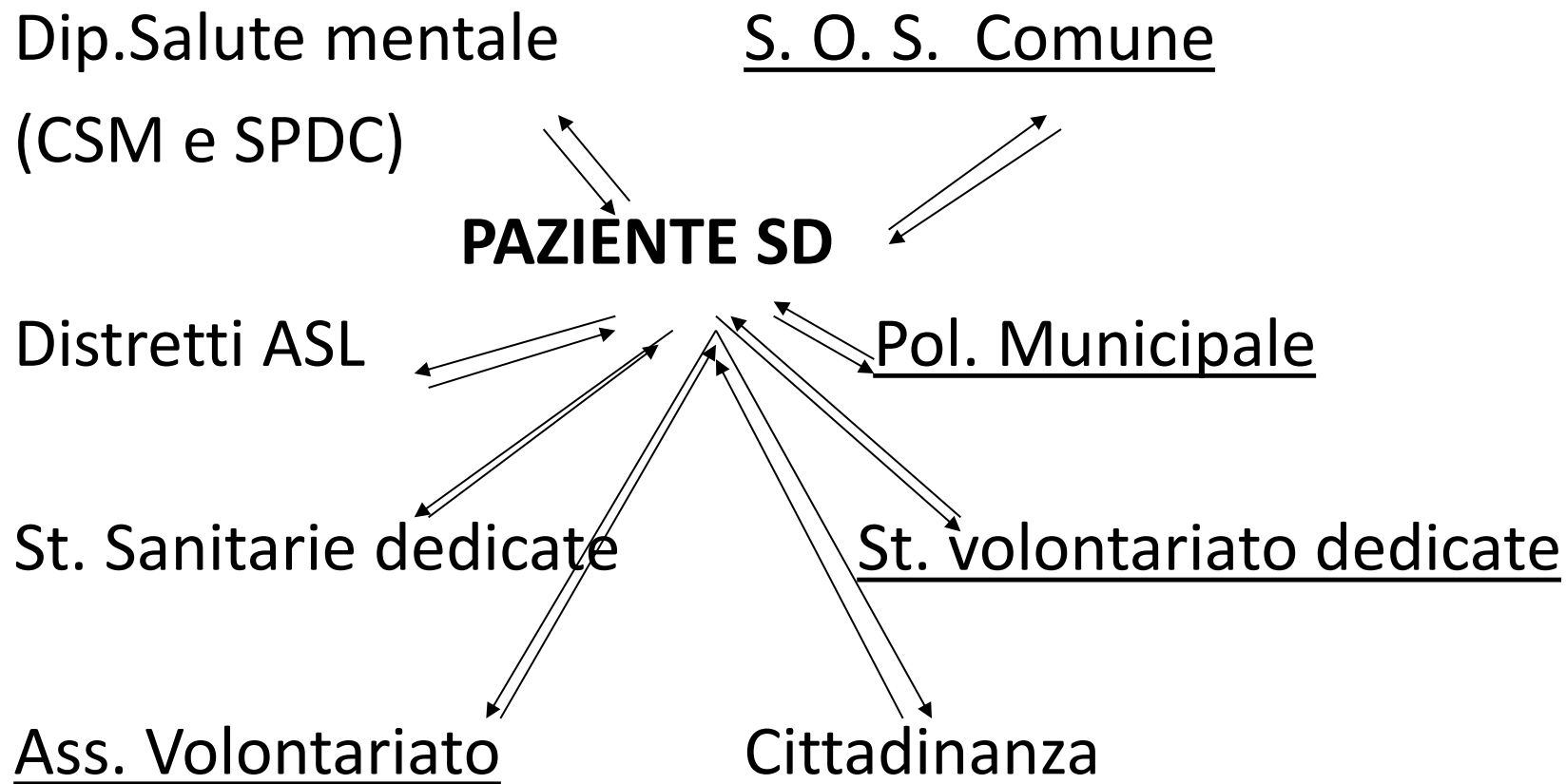
Senza Dimora

- è una **non diagnosi** a cui prevalgono opache posizioni di ordine sociale che descrivono il caso come barbone o senza fissa dimora
- mai come in questo caso di disturbo psicopatologico, il quadro clinico è preciso nelle sue caratteristiche di base: esperienza traumatica; ritiro e dissociazione con evitamento attivo di ogni rischio di rottura del quadro clinico; particolarità della soluzione dissociativa creativa..
- patologia precisa e necessità di una terapia che abbia le caratteristiche di doversi integrare ed “usare” psicologicamente molti elementi concreti.

Senza Dimora

- La soluzione homeless è una soluzione molto specifica, riferibile essenzialmente ad una soluzione dissociativa difensiva diversa dalle soluzioni dissociative schizofreniche
- spegnimento di aree dolorose che vengono negate con una contemporanea soluzione dissociativa creativa per cui il soggetto, proprio mentre vuole nascondersi si mette particolarmente in evidenza.
- si tratta di separare e custodire aree integre dell'esperienza minacciate da eventi particolari (evento migratorio) quali persino il possibile rischio di un processo schizofrenico.

La situazione:



Premesse: SD e servizi psichiatrici

- questi soggetti, quando bisognosi di aiuto psicologico, vengono indirizzati verso servizi territoriali (CSM; SPDC) che, puntualmente, non riescono ad accoglierli perché non potendosi sintonizzare con la dimensione homeless, non si riconoscono di adeguata “competenza clinica” determinando un’ulteriore esperienza di espulsione
- se le posizioni di aiuto sono solo di ordine assistenziale, per quanto in buona fede, si collude con le soluzioni dissociative dei pazienti sostenendone il processo di cronicità che comporta un progressivo adattamento dei soggetti ad un processo di disinvestimento

I servizi per SD si strutturano in modo simmetrico alla dimensione psicopatologica dei pazienti: difficoltà di funzionare in rete.

Quindi: Servizi (attenzione) specifica

Premesse: SD e psichiatria

- 15-20% dei SD lo sono per problematiche psichiatriche;
 - a. Problemi psichiatrici compatibili con i servizi sociali e sanitari;
 - b. Problemi psichiatrici gravi (3-6%)**
- **Problemi diagnostici nei pazienti gravi:**
 - italiani: esiti evolutivi di schizofrenia (Patrizia; Salvatore, Giovanni, Antonio...)
 - stranieri: soprattutto DPTS a seguito dell'esperienza migratoria: (Joseph; John; Samuel; Patricia, Elizabeth, Schikut,....)

Premesse: OMELESSNESS E SALUTE MENTALE

(Cockersell, 2018)

POPOLAZIONE GENERALE		PERSONE SENZA DIMORA
1 – 4%	schizofrenia	16 – 30%
5 – 13%	disturbi di personalità	50 – 70%
11%	disturbi di ansia e depressione	50 – 80%
1,3%	tentativi di suicidio	42%

SD e servizi psichiatrici

Il quadro clinico è:

“essere visibili nella invisibilità”

Dissociazione dei nessi affettivi (interni/esterni) socio-familiari

Ovvero:

Questi pazienti occupano posti molto frequentati e non sono contattabili minimamente sia sul piano relazionale che affettivo:

QUALE ACCOGLIENZA

- Considero la “vita in strada” come una sorta di «delirio concreto» necessario per la sopravvivenza psichica del soggetto che, quindi può essere incontrato attraverso «cose» e «azioni»
- vedere l’invisibilità e ricomporre le cesure nette che questi soggetti hanno organizzato verso il contesto esterno.
- Quindi: l’accoglienza “psicologica” è prima di tutto “concreta”

Intervento:

- L’accoglienza si organizza attraverso “dispositivi intermedi” capaci di comunicazioni reciproche: quindi l’accoglienza differenziata per livelli di soglia (lookers; accoglienze con i cani; funzione dei letti sul suolo; ricoveri a bassissima soglia, ricoveri in TSO,...)
- Ricucire a ritroso i nessi socio-familiari nel rispetto dei tempi dei soggetti:

Collaborazione fra servizi?

- **Collaborazione come **opzione****

- Protocolli di intesa;
- Riferimento a buone pratiche;
- Riferimento a funzionamento ottimale;
- Responsabilità non chiare
- Interdipendenze passive
- Assenza di convenienza reciproca concreta
- “lamentazione” come registro di funzionamento

Collaborazione fra servizi?

- **Collaborazione come organizzazione**
 - Protocolli di collaborazione;
 - definizione di «domini di competenza»
 - interdipendenze fra «domini di competenza» specifica;
 - responsabilità circoscritte e chiare;
 - interdipendenze attive;
 - convenienze reciproche concrete
 - «responsabilità» come registro di funzionamento.

SD gravi e servizi psichiatrici

- Dott. Binario: Area '95 (via Marsala) -

- L'inclusione viene attivamente respinta da questo tipo di pazienti;
- Il quadro clinico può essere letto come:
 - Perdita progressiva e passiva di ogni competenza psicologica;
 - attivo diniego di ogni forma di contatto e di inclusione

Lettura passiva: è collusiva con il progetto patologico;

Lettura attiva del quadro clinico: “il ragno e la ragnatela”

- Si tratta di persone “sane” con una storia ricca.
- Si dispongono attivamente al centro dei contesti sociali
- Attiva capacità di non essere rintracciati
- Prevalenza nella popolazione migrante;
- Si collocano attivamente in una “terra di nessuno”

SD gravi e servizi psichiatrici

- Dott. Binario: Area '95(via Marsala) -

- nella loro regressione questi pazienti non possono tollerare “l’inclusione”, ma bisogna cercare una modalità compatibile (coesiva) che rispetti il livello di funzionamento minimo: “fissa dimora”?
- Ripercorrere a ritroso e in modo creativo il progetto di ritiro attivo del paziente, quindi:
 - Posizione prescrittiva;
 - Recuperare contatti gradualmente;
 - “Ricovero” prima che “dimora”; (*recipere*: accogliere)
 - Ricostruzione della rete storica di origine
 - Accettazione di percorsi ciclici parziali
 - Rispetto dei livelli regrediti di funzionamento

SD gravi e servizi psichiatrici

- Dott. Binario: Area '95 -

- Progetto di:
- Collegamenti con il DSM (CSM e SPDC)
 - Collaborazione in atto con CSM di via Palestro (RM.1) e CSM di via Monza (RM.2)
 - SAMIFO?
 - Ambulatorio CARITAS (via Marsala)
- Partecipazione ad un progetto in cui sia previsto
 - L'intervento su strada
 - Presenza di ASS. Sociale nell'équipe
 - Possibilità di ricovero per SD in collaborazione con un Casa di Cura (reparto infermieristico?)
 - Collaborazione strutturata (e non solo: opzionale...) con Servizi Pubblici e Volontariato (problemi di documenti, residenza, inclusione sociale e abitativa..)

Infine:

Domande: - perché lavorare di più?

- perché occuparsi di non-utenza?

- La **rete** è più economica oltre che più efficace;
- Rappresentazione dinamica e non solo quantitativa degli impegni dei servizi;

Nuovi scenari ← (risorse) → **meno lavoro**

Soluzioni dinamiche ↔ **cronicità/abbandono**

- Opportunità di contatti con altre istituzioni e arricchimento degli scenari possibili per un servizio psichiatrico (ridiscutere il campo delle collaborazioni e delle competenze specifiche)