

Un invisibile molto visibile: Un caso di homeless con Psicosi Paranoidea

Alessia Capasso*

Riassunto:

Il fenomeno dell'homelessness rappresenta una sfida complessa per i servizi di salute mentale. Spesso, la vita in strada è l'esito di traiettorie che sfociano in una condizione paradossale in cui l'invisibilità sociale diventa uno strumento di visibilità sintomatologica.

In questo lavoro viene presentato il caso clinico di A., un uomo di 60 anni vissuto per anni in strada a Roma in una condizione di grave isolamento e degrado, con una diagnosi di Psicosi Paranoidea. Viene descritto il modello di intervento integrato e multidisciplinare attuato dal Presidio Psico Sociale Area 95, incentrato sull'intervento di una solida rete tra servizi del terzo settore, CSM e risorse informali (familiari, amici, evidenziando come un sinergico approccio di rete possa consentire la promozione di un graduale recupero delle parti sane della personalità e un reinserimento nel tessuto sociale anche in situazioni di grave patologia psichica e marginalità sociale.

Parole chiave: Brief socio-clinical report; homelessness, salute mentale, Area 95, intervento integrato

* Psicoterapeuta sistemico-relazionale, coordinatrice del presidio psico-sociale "Area 95"

A very visible invisible: A case of a homeless person with Paranoid

Psychosis

Alessia Capasso*

Abstract:

The phenomenon of homelessness represents a complex challenge for mental health services. Life on the streets is often the outcome of trajectories that lead to a paradoxical condition where social invisibility becomes a tool for symptomatic visibility.

This paper presents the clinical case of A., a 60-year-old man who lived on the streets of Rome for years in a state of severe isolation and degradation, with a diagnosis of Paranoid Psychosis. The integrated, multidisciplinary intervention model implemented by the Presidio psico-sociale Area 95 is described. This model is focused on establishing a strong network among third-sector services, Community Mental Health Centers (CSM), and informal resources (family, friends), highlighting how a synergistic network approach can promote a gradual recovery of healthy parts of the personality and reintegration into the social fabric, even in situations of severe mental illness and social marginality.

Keywords: Brief socio-clinical report; homelessness, mental health, Area 95, integrated intervention

* Systemic-Relational Psychotherapist, Coordinator of the "Area 95" Psycho-Social Center.

1. Introduzione

I dati Istat (2011) rilevano che, ad oggi, un terzo dei servizi offerti alle persone senza dimora riguarda i bisogni primari e concreti (cibo, vestiario, igiene personale e distribuzione di farmaci); accoglienza diurna e notturna; cui si aggiungono i servizi di segretariato sociale e di presa in carico e accompagnamento. Il Comitato dei diritti economici, sociali e culturali delle Nazioni Unite ha definito la povertà come *“una condizione umana caratterizzata dalla privazione continua o cronica di risorse, capacità, opzioni, sicurezza e potere necessari per godere di un tenore di vita adeguato e dei diritti civili, culturali, economici, politici e sociali”* (Nazioni Unite, Consiglio dei Diritti Umani, 2012, p. 2).

Le persone senza dimora rappresentano una parte della popolazione sottoposta a continui cambiamenti di carattere sociale ed economico, determinati anche da movimenti demografici, cui è precluso il pieno accesso ad un tenore di vita adeguato e conseguentemente al pieno godimento dei diritti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2013, p.7) definisce la salute mentale come *“uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni”*, aggiungendo che la salute mentale: *“può essere influenzata da tutta una serie di fattori socio-economici, sui quali è necessario agire attraverso strategie globali di promozione, prevenzione, trattamento e recovery in un approccio di government globale”* (WHO, 2013, p. 7) e dunque riconoscendo tra gli individui più vulnerabili: le persone anziane, le persone che vivono in situazioni di povertà, le vittime di discriminazioni e violazioni dei diritti umani, le persone affette da malattie croniche, molte delle quali sperimentano situazioni estreme di indigenza e marginalità.

Il fenomeno dell'homelessness richiede una lettura multilivello e multifattoriale, vista la complessità che lo caratterizza. Alla condizione di povertà materiale e abitativa è

necessario collegare una esperienza vissuta di povertà relazionale. La povertà relazionale, storie di infanzie infelici e dolorose sono spesso alla base della frattura che si crea e fa da preludio al paradossale tentativo di rendersi visibili attraverso l'invisibilità. Le persone senza dimora ci appaiono quindi "specialiste" nell'attivarsi nel rendersi visibili, nel disperato tentativo di non esserlo. 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 (come parchi, giardinetti, ecc...) o si collocano all'incrocio di importanti arterie stradali sia urbane che extraurbane.

Lavoro nell'ambito della salute mentale e esclusione sociale da circa 20 anni presso Binario 95, realtà consolidata del terzo settore a Roma, e nell'ascolto delle storie narrate dalle persone senza dimora incontrate nei servizi dove ho lavorato colpisce un aspetto, c'è come uno stesso filo rosso a collegarle, quello di un'infanzia caratterizzata da maltrattamento, abusi e povertà sociale, costellata da risorse affettive precarie, altalenanti o assenti. Ritrovarsi a vivere da homeless, nella maggior parte dei casi, sembrerebbe il triste traguardo di una traiettoria evolutiva minata fin dall'infanzia, dalla nascita in famiglie multiproblematiche e poco o nulla accudenti e da un sistema, quello sociale, scolastico, sanitario, che non ha visto o non è riuscito a prevenire e/o intercettare storie di sofferenza e dolore che nel tempo sono andate incistandosi. La trascuratezza e l'abbandono della cura del proprio corpo diventano, paradossalmente e simbolicamente, corazza di protezione e strumento di denuncia verso un sistema (familiare, istituzionale, sociale) che ha fallito.

Le persone senza dimora incontrate negli anni di lavoro sul campo mi hanno insegnato che la condizione di vivere per strada, in isolamento e chiusura verso l'altro, è stata l'unica soluzione individuata come possibile per rimanere ancorati, nonostante tutto, difensivamente, alla vita. Nel contatto quotidiano, che richiede un avvicinamento delicato, paziente e graduale da parte di un'equipe multidisciplinare, le persone sperimentano nuovi modi di stare in relazione, anche recuperando abilità comunicative arrugginite o mai allenate.

Ho incontrato e conosciuto persone con problematiche di dipendenza da sostanze e/o alcol, spesso unici anestetici individuati a un dolore altrimenti insopportabile. Alcune persone sono in carico presso i servizi di salute mentale territoriali, con diagnosi afferenti all'area delle psicosi; altre hanno una storia migratoria traumatica alle spalle e soffrono di disturbo post traumatico da stress.

Si tratta di persone *sui generis*, per le quali garantire l'accesso ai servizi di salute mentale risulta ancora più complicato per varie ragioni. Prima di tutto le difficoltà legate alle scarse o precarie condizioni igieniche, in secondo luogo c'è l'aspetto della regolarità nell'assunzione della terapia farmacologica, chi vive per strada per forza di cose fatica a maturare motivazione e costanza. Nei casi più complessi il confine tra area della salute mentale, disabilità e servizi tossicologici sfuma e con esso si allungano i tempi per la presa in carico da parte di servizi oberati e affaticati dall'assenza di risorse.

Le storie delle persone senza dimora incontrate nel tempo raccontano di ferite profonde e della necessità di costruire un modello di intervento complesso e in rete con i servizi del territorio. L'attivazione dei servizi afferenti all'area della salute mentale per una presa in carico necessita di tempi lunghi, sia per il percorso di accompagnamento e costruzione della motivazione da parte della persona che per i tempi e l'organizzazione dei servizi.

Le molteplici fragilità di queste persone rischiano di rimanere inascoltate o non accolte da servizi territoriali che non hanno sufficienti risorse da investire e dedicare per la strutturazione di un progetto individuale che possa accogliere e tenere in considerazione i vari aspetti intrecciati come in un groviglio: le dipendenze, l'immigrazione, le violenze subite, le fragilità psicologiche, la psicopatologia, in coesistenza, spesso, con altre patologie (diabete, ipertensione, HIV). Il rischio maggiore diviene quello di frammentare l'intervento, in un rimbalzo di competenza per settore o in base ai servizi offerti dai singoli presidi sanitari, in antitesi con i bisogni della persona e spesso in risonanza con la frammentazione interiore che la persona sperimenta già da troppo tempo. L'offerta territoriale del SSN, nell'ambito della salute mentale, subisce l'inconciliabile esito del fronteggiare l'elevato numero di richieste di

accesso e le esigue risorse a disposizione. La situazione è ulteriormente complicata dalla spinosa tematica relativa alla richiesta di residenza, siccome le persone senza dimora, per motivazioni diverse, spesso sono sprovviste di documenti, e ciò comporta una limitazione all'accesso ai diritti e alle cure.

Infine, il faticoso processo di riscatto dal vissuto di stigmatizzazione sociale del “barbone, clochard, senza tetto, ...”, tende a frenare, per alcuni, l'accesso autonomo al servizio territoriale per la salute mentale, per il timore di una stigmatizzazione ulteriore; in altri casi la condizione del senza dimora rende la persona indisponibile e inaccessibile alle cure.

Il lavoro sul campo e l'analisi dei bisogni ha portato nel tempo la Cooperativa *Europe Consulting* per cui lavoro (altrimenti meglio conosciuta con il nostro servizio di punta *Binario 95*), a sperimentarsi in attività pilota, consolidatesi come buone prassi volte alla tutela della salute mentale e alla promozione del benessere psicologico delle persone senza dimora: il Presidio Sanitario *Area 95*.

2. Il contesto di intervento: Area 95

Il Presidio Psico Sociale *Area 95* promosso da *Binario 95* e *SMES Italia* (Salute Mentale ed Esclusione sociale) è realizzato nei locali concessi in comodato d'uso da FS Italiane nei pressi della Stazione Termini di Roma, in Via Marsala 95.

Il Presidio è stato avviato nel settembre 2022 per offrire sostegno psicologico e psichiatrico per la tutela della salute mentale delle persone senza dimora o particolarmente vulnerabili della nostra città. L'Equipe del Presidio *Area 95* è costituita da professionisti psichiatri, psicologi-psicoterapeuti e operatori sociali che garantiscono la possibilità di realizzare interventi psicoterapeutici individuali o di orientamento e accompagnamento ai servizi sociali, ma anche supportare gli enti o gli operatori del terzo settore nella gestione di quei casi particolarmente complessi, anche fungendo da strumento di connessione tra il mondo della strada e quello delle istituzioni sanitarie.

3. I nostri pazienti: Aspetti psicopatologici

Distinguiamo 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 delle persone senza dimora, 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”.

4. Il caso di A.

A., ha 60 anni. Ha lasciato giovane un paesino tra Lazio e Campania nel 1995 dopo essersi laureato a Roma in Giurisprudenza. Dopo il corso di laurea si è bloccato nel tentativo di abilitarsi alla professione di Avvocato e da allora ha smesso di studiare. Ha provato a gestire l'emporio di famiglia in provincia quando il padre è venuto a mancare, ma la dimensione traumatica, iniziata con la morte precoce della madre, evidentemente, gli impediva, oramai, di trovare alcun esito rispetto al progetto originario di vita.

Per vivere ha esaurito i risparmi di famiglia, e poi ha iniziato sempre più frequentemente a dormire in strada nelle sue frequenti “gite” a Roma, fino a stanziare definitivamente sulle strade del Centro storico. Per molti anni ha vissuto quindi tra le ville immerse nel verde nel cuore della città e le vie del lusso di Roma, fino ad essere seguito per molti anni da un gruppo di operatori sociali e volontari delle varie unità di strada note a Roma. Viveva vicino ai cassonetti dell'immondizia, coperto da un bustone nero per raccogliere i rifiuti, in tutte le stagioni e a qualsiasi temperatura, quando gli operatori lo hanno conosciuto. Non chiedeva mai nulla, ma parlava molto sia con i turisti che con operatori e volontari, mostrandosi affabile, simpatico e con estrema cultura.

Non ha mai accettato di lasciare il centro storico 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, A. è stato seguito, assistito dai caparbi operatori e volontari che andavano a trovarlo costantemente. Tuttavia gli operatori non hanno mai accettato che avesse ricavato un suo equilibrio all'interno di una situazione pur molto regredita. Persisteva la sua totale indisponibilità ad accettare qualunque forma di aiuto, finché gli operatori si sono rivolti ad *Area 95*. Le condizioni fisiche al momento dei primi contatti con lo psichiatra e me erano apparentemente buone, sembrava rimanere su un

piano di realtà fintantoché non gli si proponeva un piano di accoglienza alternativo alla strada, sebbene 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 buste dell'immondizia) apparisse la sintomatologia psicopatologica.

Nel momento in cui è stato contattato dal nostro gruppo non sussistevano gravi rischi fisici per motivi medici e di esposizione al clima che andava da gravi periodi di freddo a periodi di grande caldo estivo, ma si evidenziava sempre più il rischio che A. sparisse dai radar per evitare le offerte di accoglienza. È a questo punto che si decide di attuare un ricovero obbligatorio presso un reparto di psichiatria di un ospedale pubblico, essendo A. ancora residente presso l'abitazione di famiglia, rimasta abbandonata.

Il ricovero obbligatorio è stato ragionato, dopo un lungo periodo di contatti e soprattutto in sinergia con il Centro di salute mentale di competenza, costruendo quindi una rete di *stakeholders* intenzionati a costruire e mantenere la rete sociale di A., compresi l'unico fratello rimasto e il gruppo di amici storici del liceo che ancora lo andavano a trovare in strada, nonché protagonisti della segnalazione iniziale all'unità di strada e al CSM. Dopo diverse riunioni organizzative e di monitoraggio, il TSO è stato autorizzato dalle istituzioni e effettuato con non poche resistenze da parte di A.

Dopo poche ore al Pronto Soccorso più vicino, A. è stato trasferito presso l'SPDC di competenza sul territorio di residenza, accettando di fatto il ricovero per diverse settimane e mostrando di accettare le cure già dopo le prime ore in clinica. La rete di attori sociali è stata sempre presente, alcuni partecipando anche al ricovero obbligatorio, mostrandosi supportivi e resistendo agli attacchi iniziali di A.

Gli psichiatri di *Area 95* sono sempre andati periodicamente in visita sin dal ricovero in SPDC e anche dopo quando è stato trasferito in convenzione col SSN in una seconda clinica per disagio psichico, co-conducendo con i sanitari della clinica, di fatto, il piano di cure pensato e proposto ad A. Dopo qualche mese gli aspetti deliranti floridi nella psicosi paranoidea di A. hanno lasciato spazio dapprima ad aspetti più depressivi e poi nel corso dei mesi ad una regressione, ad un affidarsi ai sanitari sempre meno

oppositivo. Si è potuto quindi proporgli un'accoglienza, finito il periodo di cure in clinica, lavorando sulle sue difficoltà a dormire con altre persone in stanza, tanto da spingerlo a dormire sul pavimento in corridoio per un lungo periodo.

Nel centro di accoglienza gestito dalle Suore di Madre Teresa di Calcutta, il sistema di regole ma anche il *maternage* dimostrato soprattutto dalla Madre Superiora, ha consentito ad A. di entrare in un processo di ricostruzione di abitudini e consuetudini perse da tempo e di riallenare la sua socialità nella convivenza. La rete sociale in questo processo di supporto, parallelamente ai progressi di A., si è sempre riunita periodicamente, e nella divisione di ruoli e compiti ognuno per la propria parte di competenze e possibilità, oltre all'accettazione dei farmaci antipsicotici, ha permesso ad A. di sperimentare un paracadute relazionale che lo ha tenuto saldo al percorso di cura.

Oggi A. sta per entrare in un progetto di Housing First dove sperimenterà di nuovo, dopo tanti anni, l'autonomia alloggiativa e l'assunzione di impegni e responsabilità progressive. Col supporto di un gruppo di operatori sociali si allenerà ai piccoli gesti quotidiani dimenticati da tempo e si prenderà cura di sé e della casa come forse non è stato mai in grado di fare, apprendendo forse per la prima volta cosa significa sperimentare la frustrazione in condivisione con altri in grado, nel frattempo, di sorreggerlo e costruire con lui la motivazione per lui più vincente.

5. Conclusioni

Sul piano psicopatologico A. ha recuperato gradualmente la capacità di organizzare i pensieri e di avere un dialogo con gli altri, lasciando progressivamente da parte la necessità difensiva di dialogare frammentando i pensieri, riportati a temi deliranti, per lo più a tema paranoico. Sul piano concreto ha ripreso a curarsi nell'igiene e, gradualmente, ha preso l'abitudine di uscire da solo, seppur rassicurato dal sistema di regole disciplinato dalle Suore. Sta frequentando un laboratorio di cucina per reimparare a cucinare in vista dell'autonomia alloggiativa.

È emerso col tempo sempre di più che le condizioni psichiche di A. 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 recupero psichico in tempi anche medi.

L'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”. 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”; il lavoro di rete, a completamento e parallelamente, ha fatto da specchio al lavoro interno di A. di “ricucire i pezzi” frammentati difensivamente, dimostrando di essere il modello di intervento elettivo per queste situazioni.

Bibliografia

Istat (2011). *I servizi offerti alle persone senza dimora*. https://www.istat.it/wp-content/uploads/2011/11/senza_dimora_dati_2010.pdf

Nazioni Unite, Consiglio dei Diritti Umani (2012). *Principi guida delle Nazioni Unite su povertà estrema e diritti umani*. https://www.ohchr.org/Documents/Publications/OHCHR_ExtremePovertyandHumanRights_EN.pdf

World Health Organization. (2013). *Piano d'azione per la salute mentale: 2013-2020*. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789241506021_ita.pdf