

Laid Back, times of emergency and times of relations. Clinical report of work experience in the "Sala Operativa Sociale", Social Emergency service of Roma Capitale

Nicola Lupo *, *Giuseppe Scurci***

Abstract

The “Sala Operativa Sociale” - SOS (Social Emergency Control Room) is a complex public service dealing with a very wide range of issues, such as those regarding homeless people, elderly people lacking family support, difficult relationships between users and services. These issues are often included and confused in the macro category of “Social Emergency”, a concept that is not useful in defining practice-related objectives and guidelines. The emotional urgency that characterizes social workers’ interventions makes very difficult to analyze users’ demands, as well as others institutions’ requests addressed to the SOS service. The risk of a user marginalization is constantly present when colluding with requests for intervention without taking into account the complex relational dynamics relation in which social workers are involved dealing with people in the street, on call, with a strong institutional mandate. Psychology and psychoanalysis can give a contribution to guide this practice towards an organizational development, especially in analyzing the demand of users and customers of the service. This clinical report provides an example of this potential work.

Keywords: social emergency; marginality; homelessness; social emergency control room; clinical psychology.

* Clinical Psychologist, postgraduate student of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand SPS, Rome. Email: nicola.lupo2@gmail.com

** Clinical Psychologist, postgraduate student of European Institute of Research in Psychoanalytic Psychotherapy, IREP, Rome. Email: giuseppe.scurci@gmail.com

Lupo, N., & Scurci, G. (2015). Laid Back, times of emergency and times of relations. Clinical report of work experience in the "Sala Operativa Sociale", Social Emergency service of Roma Capitale. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* 1, 15-26. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

Laid Back, i tempi dell'emergenza e i tempi della relazione. Resoconto psicologico clinico di un'esperienza di lavoro nella "Sala Operativa Sociale", servizio di Emergenza di Roma Capitale

*Nicola Lupo**, *Giuseppe Scurci***

Abstract

La Sala Operativa Sociale – SOS – è un servizio complesso rivolto a un ventaglio molto ampio di problematiche, tra cui quelle dei senza fissa dimora, delle persone anziane prive di un sostegno familiare, della difficile connessione tra utenza e servizi esistenti.

Tutte queste problematiche sono spesso confuse tra di loro nella macro categoria dell'“emergenza sociale”, categoria che nella pratica è poco utile a definire obiettivi e ad orientare ad una prassi. L'urgenza emozionale che caratterizza gli interventi, rende molto difficile analizzare e interpretare la domanda dell'utenza e le richieste provenienti degli enti che si rivolgono al servizio SOS. Il rischio di agire una marginalizzazione dell'utente è costante nel momento in cui si collude con la richiesta d'intervento e non si tiene conto della complessa dinamica relazionale in cui si è coinvolti lavorando con le persone, in strada, su chiamata con un mandato istituzionale forte.

La psicologia e la psicoanalisi possono dare un utile contributo per orientare tale prassi verso uno sviluppo organizzativo, specie se implicate in un'analisi della domanda di utenti e committenti del servizio. In questo resoconto clinico un esempio di tale possibilità di lavoro.

Parole chiave: emergenza sociale; marginalità; sala operativa sociale; senza fissa dimora; psicologia clinica.

* Psicologo clinico, specializzando in Psicoterapia Psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda. SPS (SPS), Operatore Unità Mobile, Sala Operativa Sociale Roma Capitale. Email: nicola.lupo2@gmail.com

** Psicologo clinico, specializzando in Psicoterapia Psicoanalitica, Istituto Europeo di Ricerca in Psicoterapia Psicoanalitica IREP, Roma. Operatore Unità Mobile, Sala Operativa Sociale Roma Capitale. Email: giuseppe.scurci@gmail.com

Lupo, N., & Scurci, G. (2015). Laid Back, i tempi dell'emergenza e i tempi della relazione. Resoconto psicologico clinico di un'esperienza di lavoro nella "Sala Operativa Sociale", servizio di Emergenza di Roma Capitale [Laid Back, times of emergency and times of relations. Clinical report of work experience in the "Sala Operativa Sociale", Social Emergency service of Roma Capitale]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* 1, 15-26. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

Dexter Gordon (1923-1990) tenorsassofonista americano della scena jazz be-bop¹, personalità carismatica, ha ispirato diverse generazioni di sassofonisti, musicisti, artisti e scrittori come Kerouac, legato alla *beat generation* degli anni '60. Famoso per il suono poderoso che otteneva dal suo sax Conn "Lady Face", Dexter Gordon è stato uno dei migliori interpreti di ballads, i pezzi lenti "ballati" del jazz. La sua lirica espressiva e avvolgente è caratterizzata da un modo particolare di interpretare il ritmo. Gli altri jazzisti dicevano che Dexter suonava "laid back" cioè stava dietro al ritmo e mai "fuori tempo", dando un'ampiezza e una profondità fuori dal comune ai brani che interpretava. Riferendoci alla concezione ritmica di Dexter Gordon, facciamo l'ipotesi che i tempi delle relazioni interpersonali e i tempi dell'emergenza sociale, non solo non corrispondano, ma spesso confliggano, rendendo l'intervento spesso poco efficace ed efficiente e comportando un rischio notevole, quello di non analizzare la domanda e di agire una marginalizzazione.

Questo contributo nasce da un'esperienza lavorativa di due psicologi clinici, nell'Unità di Strada (di seguito UdS) del servizio di pronto intervento sociale di Roma Capitale: la Sala Operativa Sociale – S.O.S.². Quella che viene proposta in forma di resoconto è una riflessione, seppur parziale e limitata, sulle dinamiche emozionali vissute da operatori, utenti e committenti del servizio, oltre che sulla domanda e sul mandato sociale con cui la SOS si trova a intervenire, a partire dal rapporto con enti pubblici e privati che ne richiedono i servizi.

La presenza della SOS sull'intero territorio cittadino conferisce al servizio un punto di vista privilegiato su problematiche ricorrenti e gli attribuisce, di fatto, una funzione di meta-servizio; per questo motivo riteniamo utile impostare questa breve riflessione immaginando uno sviluppo e una progettualità nel merito.

La SOS è un servizio di pronto intervento istituito nel 2002 dall'allora Assessorato alle Politiche Sociali e dei Servizi alla persona e per la promozione della salute del comune di Roma³. Il servizio è stato realizzato⁴ per dare risposta a domande sociali complesse. Utilizza come strumento base di intervento un circuito emergenziale d'accoglienza, strutturato in Centri per adulti senza fissa dimora e Centri per madri con figli minori, che, caratterizzati da una residenzialità a tempo determinato, mirano a dare un tetto e connettere le persone che si trovano a vivere ai margini della società con i servizi socio-sanitari del territorio.

La prassi operativa è solitamente la seguente: un numero verde, attivo tutto l'anno, 24 ore su 24, riceve segnalazioni e richieste d'intervento. Tali richieste vengono riorganizzate da una centrale operativa (front office), che stabilisce se la segnalazione è pertinente al servizio, fornisce informazioni a chi telefona oppure invia un'UdS sul posto per approfondire il caso. Le UdS operano in stretto rapporto con la strada, le periferie urbane⁵ e i senza fissa dimora e svolgono verifiche domiciliari in favore di anziani soli o di persone non-autosufficienti, con l'obiettivo di connettere tali persone con i servizi sociali o sanitari territoriali, che a loro

¹ La nascita del bebop coincide con il ritorno all'identità nera del jazz, la cui spinta è stata quella di differenziarsi e liberarsi dalla cultura dominante delle orchestre "bianche", che nell'epoca dello swing aveva organizzato un business della musica, con gli afro-americani come attrazione. Anche se i boppers erano mal pagati, erano consapevoli della loro eccellenza, curiosi di proseguire la loro avventura e di esplorare nuovi percorsi musicali attraverso una competenza creativa e tecnica. Secondo un'analogia proposta da Carli (2009), l'eccellenza dei boppers può essere apprezzata solo da coloro che comprendono il jazz; la psicologia italiana starebbe quindi vivendo un momento analogo a quello del bebop. Mentre gli psicologi si moltiplicano a dismisura nel nostro paese, sono in molti a pensare che la società abbia un bassissimo rispetto della loro professione, dimenticando che la legittimazione viene cercata nello scientismo, nelle discutibili ibridazioni della psicologia con le aree della psicodiagnosi e con un tipo di psicoterapia dominata dal modello medico-ortopedico (si veda la nota 13). Se prendiamo per buona l'analogia tra bebop e psicologia, la stessa analogia potrebbe valere anche per le altre professioni o in generale per i servizi sociali, in cui si ascolta per lo più la musica delle orchestre "bianche".

² Maggiori informazioni su www.comune.roma.it/wps/portal/pcr?jppagecode=sala_operat_soc_sos.wp

³ Oggi Dipartimento Politiche Sociali, Sussidiarietà e Salute.

⁴ Secondo la "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" (328/2000), ogni Comune deve dotarsi di un Servizio di Pronto Intervento Sociale e di Prossimità al Cittadino (SPIS). Nel comune di Roma però lo SPIS è presente già dal 1988 e solo nel 2002 è divenuto l'attuale SOS. È quindi da tempo che la città di Roma affronta alcune problematiche complesse, come quella dei senza fissa dimora.

⁵ Le periferie di Roma sono dei contesti urbani di cui è spesso difficile definire la storia, la distinzione tra uso abitativo e produttivo, tra spazi verdi, agro romano e quartieri abitati. In particolare Roma è stata investita da una forte diffusione urbana (sprawl) sia all'interno che all'esterno delle antiche mura cittadine, già a partire dall'unità d'Italia. Tuttavia il primo piano regolatore risale solo al 1962, quindi la città è composta da spazi 'pieni' e da numerosi spazi 'vuoti' che dividono i quartieri tra loro. Si tratta quindi di una città unica per diffusione urbana, che favorisce enormemente la marginalità e l'abbandono di alcune zone, per esempio quelle dei grandi parchi pubblici cittadini, di cui è difficile immaginare un utilizzo pubblico e relative attività culturali al loro interno.

volta stabiliscono quale tipo di intervento predisporre. Per facilitare i rapporti con il territorio la SOS è dotata di un servizio sociale professionale (back office) che cura la rete e segnala i casi analizzati dalle UdS ai servizi competenti per specifiche tecniche o mandato istituzionale.

Pur non disponendo di dati statistici⁶ circa la tipologia di segnalazioni che la SOS riceve quotidianamente, si può affermare che le richieste di intervento che arrivano al servizio possono variare di molto, sia per il tipo di richiesta, che per il tipo di segnalante. Le richieste di aiuto possono, infatti, pervenire dagli utenti direttamente interessati al servizio, dai municipi, dalle aziende sanitarie locali (di seguito ASL), dalle forze dell'ordine, dai cittadini, dalle organizzazioni della società civile o da tutti coloro che rilevano una situazione di urgenza o di rischio psicosociale⁷.

Sembra quindi che un primo elemento caratterizzante la SOS sia che la molteplicità delle richieste che processa, spesso non provenga dai fruitori dell'intervento. Frequentemente le richieste arrivano perché alcune categorie di persone portano a un fallimento delle regole di convivenza, innescando nei segnalanti un vissuto di paura e di perdita di controllo. Per la SOS stessa a volte è difficile sospendere l'agito ovvero "sospendere la reattività emotionale come unica soluzione di rapporto possibile" (Carli, Paniccia, & Grasso, 2007) e fermarsi a comprendere il problema che ha generato il fallimento delle regole di convivenza⁸, a causa della complessità dei problemi con cui lavora. Può ad esempio venirgli chiesto di "accogliere in un centro" una persona segnalata da una struttura sanitaria, nonostante questa faccia richiesta di aiuto presso un pronto soccorso. Può ricevere la richiesta di nascondere il problema, spostando dall'ingresso di una farmacia un "senza fissa dimora", o allontanando da un determinato punto una persona che le forze dell'ordine ritengono problematica ma che di fatto non sta compiendo alcun tipo di reato.

C'è sempre il rischio che invece di tutelare la persona con alta vulnerabilità sociale, i servizi collaborino ad agirne l'emarginazione. Si tratta quindi di un lavoro complesso in cui l'esperienza è ritenuta centrale, ma alla quale è necessario affiancare una riflessione forte sull'esperienza stessa⁹, quindi sulla complessità delle relazioni affrontate (relazioni tra servizi, relazioni tra operatori, relazioni tra utenti e operatori) e su quello che operatori, committenti e utenti del servizio esperiscono in termini di dinamiche emozionali.

In molte situazioni d'intervento le UdS e in generale i servizi della SOS, sono investiti da una forte ambiguità emotiva (Carli, 2007)¹⁰. Chi richiede l'intervento della SOS cerca a volte di risolvere un suo problema (ad

⁶ Sarebbe utile pensare di fare non tanto una ricerca sull'utenza, quanto sul tipo di richieste che utenti, cittadini ed enti fanno alla SOS, nell'ipotesi che la rappresentazione sociale del servizio dia degli indizi interessanti e utili per un suo sviluppo organizzativo.

⁷ In una recente ricerca intervento (Carli et al., 2012) sul rischio psicosociale in un ospedale romano, sulla soddisfazione del personale e sulla dinamica collusiva di quel contesto, è emerso come la soddisfazione del personale sia fortemente correlata con il rischio psicosociale. A un valore più basso di soddisfazione vi è un più alto rischio, mentre a un valore più elevato di soddisfazione corrisponde un più basso rischio. L'ipotesi fatta è che la bassa soddisfazione, congiunta a culture anomiche, segnali le aree maggiormente a rischio dell'ospedale, sulle quali intervenire. Per rischio psicosociale s'intende quindi uno scarso accordo entro un'organizzazione sugli obiettivi che l'organizzazione stessa persegue.

⁸ La convivenza è la componente simbolica della relazione sociale, definita quale area entro la quale si situa l'intervento psicologico. Lo psicologo viene definito come professionista che promuove e sviluppa i sistemi di convivenza. In tal senso, la psicologia, emancipata dal modello medico, da una sua restrittiva definizione, limitata nella prassi ai disturbi mentali, alla sofferenza psichica, al disagio, entro prospettive di cura e di guarigione, è la scienza che si occupa di convivenza. La convivenza, in questo modello, è all'incrocio delle tre componenti che la originano, quindi la relazione tra "sistemi di appartenenza" ed "estraneo", fondata su "regole del gioco" convenute (Di Maria, 2001; Carli & Paniccia, 2003).

⁹ Per "riflessione sull'esperienza" s'intende la creazione di momenti e di "spazi di pensiero" in cui sospendere l'agito organizzativo, attraverso l'istituzione di momenti formativi. Facciamo riferimento ad "[...] un pensare che viene condiviso, a partire da esperienze lavorative comuni, individuate come significative, e producenti criteri da testare successivamente nell'azione organizzativa [...] quando si assume una "posizione meta" sulle esperienze, si va a caccia di eventi critici; ma non per valutare gli sbagli e le pecche [...] La posizione meta non è controllante, ma esplorativa e verificante; e gli eventi critici sono privilegiati perché propongono le discontinuità, le crisi del processo organizzativo, attraverso le quali si può meglio comprendere quali siano i modelli di comportamento presenti [...] il nuovo che va individuato e categorizzato, le linee evolutive che vanno colte e potenziate. (Carli & Paniccia, 1999, p. 201).

¹⁰ Pensiamo con Carli che l'ambiguità sia una caratteristica del modo di essere inconscio della mente, cioè il modo con cui la mente vive le relazioni e la realtà: una miscela di emozioni che ci portano a vivere l'altro come "amico" e allo stesso tempo come "nemico"; "appartenete a noi", e allo stesso tempo "estraneo"; "noto" e allo stesso tempo "ignoto". L'ambiguità può indurre ansia e giustificare la propensione ad agire emozionalmente il rapporto con l'oggetto, secondo una modalità di attacco-fuga, di dipendenza o di accoppiamento (secondo le ipotesi di Bion). L'ambiguità però è anche risorsa per la conoscenza della realtà e tollerarla richiede la competenza di stabilire relazioni con oggetti di cui è difficile avere una

esempio un senza dimora che dorme davanti al portone di casa) o pone una domanda di comprensione. Ci riferiamo in particolare a quei segnalanti in cui è rintracciabile l'interesse di dotarsi di categorie utili a leggere e comprendere problematiche sociali complesse, come ad esempio le motivazioni che causano la marginalità di alcune categorie sociali, delle dinamiche migratorie, della malattia mentale o dell'evoluzione dello stesso processo di marginalizzazione. Il secondo aspetto della richiesta è più trattabile, non solo perché meno violento, ma anche perché aperto a scenari di sviluppo più ampi per gli enti o per i cittadini che ne fanno richiesta.

Vediamone un caso. A seguito di numerose segnalazioni avvenute nei giorni precedenti, incontriamo G., persona senza fissa dimora che vive per le strade di Roma nei pressi del centro storico. In particolare l'installazione di un importante set cinematografico ha richiesto a tutti i presenti di allontanarsi dal posto in cui G. vive, per le ore necessarie alle riprese del film. L'utente non ha però in alcun modo voluto spostarsi, tanto che la produzione, alla fine, l'ha ingaggiato come comparsa. "I'm Bond, vagabond", diceva un cartello che per diversi giorni ha tenuto con sé.

Generalmente le UdS intervengono in questi casi offrendo agli utenti la possibilità di essere inseriti in un centro di accoglienza, ma essendo G. famoso per il suo alcolismo e per la sua reattività a questo tipo di proposta, abbiamo provato a relazionarci con lui in modo diverso. Si è tentata l'interlocuzione, cercando di conoscere meglio la persona e la sua storia di vita, con l'ipotesi che costruire una relazione emozionalmente significativa potesse creare uno sviluppo per lui e per il servizio.

Scopriamo così che G. ha avuto per molti anni una professione ben retribuita, motivo per cui dice di avere da parte una cospicua pensione che vorrebbe utilizzare per un affitto. Riferisce però di aver trovato non poche difficoltà nel cercare un appartamento, viste le sue condizioni di persona senza fissa dimora e la sua scarsa affidabilità in fase di contrattazione. Afferma inoltre di soffrire di improvvise coliche, dovute probabilmente a dei calcoli renali e che, anche in questo caso, la sua condizione di clochard lo ha portato a vedersi rifiutare le numerose richieste di ricovero rivolte alle svariate ASL che ha incontrato. Scopriamo infine che G. ha un rapporto molto stretto con una donna senza fissa dimora che da diversi anni vive per strada al suo fianco, con cui ha fatto diversi viaggi.

Dopo che gli abbiamo consegnato delle coperte per la notte, l'utente si è messo a raffigurare con una penna la professione che svolgeva prima di iniziare a vivere per strada e dopo averci regalato il disegno competentemente realizzato, ci ha chiesto di tornare da lui al più presto. Dice che gli ha fatto piacere interloquire con noi in una modalità per certi versi "divergente"¹¹ e ci suggerisce i nomi di alcuni artisti del suo paese di origine da cui prende spunto per disegnare.

È possibile interrompere qui questa breve resocontazione: a nostro modo di vedere, quanto fin ora detto ci permette di fare già alcune ipotesi sulla domanda che questo utente porta al servizio.

Innanzitutto ci sembra che G. viva in modo conflittuale la sua condizione di marginalizzazione dalla società e dal Sistema Sanitario Nazionale (di seguito SSN) e che tale conflittualità rischi di essere riproposta anche nel rapporto con la SOS, specie se i servizi offerti da questa vengono vissuti dai lui come marginalizzanti. È proprio la marginalità la categoria emozionale che ci può permettere di comprendere i vissuti di operatori ed utenti che si trovano insieme ad "essere fuori" da altri servizi, in questo caso per strada, luogo solitamente non deputato all'intervento¹².

Contrariamente al sentire comune, G. sente come il suo problema non sia l'assenza di un tetto per la notte, bensì il vivere ai margini delle relazioni sociali, di essere escluso da tale possibilità. Da questo punto di vista non è scontato che portare G. in un centro di accoglienza sia un'azione in grado di ridurre il suo vissuto di marginalizzazione. Piuttosto alcune azioni messe in atto dai servizi possono essere vissute dall'utenza come ulteriormente marginalizzanti, specie se non permettono l'emergere della soggettività emozionale o delle

configurazione definitiva o stereotipata. Se si tollera l'ambiguità del rapporto con l'altro, allora sarà possibile elaborarla, vederne le motivazioni, svelare le contraddizioni, ricostruirne la complessità, creare legami tra i vari aspetti. La dissoluzione dell'ambiguità può quindi essere il risultato di un "pensiero" e di uno scambio avvenuto con l'oggetto estraneo (Carli, 2007).¹¹ È interessante notare che la parola "divergere" ha la stessa radice della parola "divertire". Ci è parso che G. fosse divertito nel corso del nostro intervento. Ad ogni modo l'etimo di queste due parole rimanda alla possibilità di lavorare promuovendo la convivenza di questo tipo di utenza con il contesto.

¹² In realtà c'è una lunga tradizione all'intervento in strada, che si potrebbe considerare, come quella degli avvocati di strada (www.avvocatodistrada.it), del volontariato religioso o laico, ma anche quelle degli psicologi che lavorano come "Compagno Adulto" (www.rifornimentoinvolto.it), oppure quello della promozione della convivenza all'interno dei quartieri (Carli & Sesto, 2015).

problematiche vissute dagli utenti in un momento specifico della loro vita. Non s'intende qui dire che i centri di accoglienza siano contesti marginalizzanti, piuttosto che l'accoglienza se non è accompagnata dall'analisi della domanda dell'utente (Carli & Paniccia, 2003), può essere vissuta come marginalizzante.

C'è un forte dibattito fra servizi pubblici e volontariato organizzato, rispetto ai tempi e le modalità dell'intervento. Secondo una prospettiva culturale vivere per strada non sarebbe una malattia da diagnosticare ma una scelta di vita, mentre secondo un'altra prospettiva sulla marginalità e sull'emergenza sociale bisogna intervenire prontamente. Crediamo che la dicotomia "scelta di vita" versus "intervento basato sull'emergenza" sia sterile, perché fa perdere di vista cosa una particolare persona in un particolare momento chieda ai servizi. Per questo pensiamo sia rischioso per l'efficacia dell'intervento ritenere che gli operatori di strada siano un ausilio tecnico per un rapido passaggio a una presa in carico relazionale solo successiva. Piuttosto la costruzione di una relazione emozionalmente significativa con gli utenti non dovrebbe essere procrastinata a ingresso nel circuito di accoglienza avvenuto, ma proposta fin dal primo intervento come modalità di lavoro. Sullo sfondo la necessità di mettere in dubbio il modello medico-ortopedico (Carli, 1987)¹³ e la fantasia che per lavorare con le persone senza fissa dimora sia necessario che queste prima accettino di avere 'una fissa dimora' presso un centro di accoglienza.

È interessante notare come tutte queste fantasie relative al modo con cui condurre l'intervento, falliscano proprio nei casi come G., cioè per quelle persone che nonostante vivano in una condizione di estrema marginalità, possiedono ancora delle risorse sociali, relazionali ed economiche e che probabilmente non sono disposte ad essere trattate secondo un modello di intervento standardizzato¹⁴.

Analizzare la domanda degli utenti è a nostro modo di vedere un buon modo per creare uno sviluppo organizzativo della SOS nel rispondere alle richieste. Ad esempio pare che G. richieda *in primis* che si abbia una relazione emozionalmente significativa con lui, in grado di far emergere vissuti, desideri e aspettative in rapporto alla sua storia di vita. In particolare ci sembra che tramite questo intervento sia stato utile spendere la competenza a relazionarsi con una forte complessità emozionale che l'utenza di questo tipo comporta; alcolista e reattivo da una parte, divertente e interessato ai rapporti sociali dall'altra. Ricostruire insieme a G. la sua storia di vita è stata un'operazione non solo psicologico-clinica, quanto un intervento importante che ha permesso di costruire una relazione con lui.

Da questo punto di vista il fatto che G. si sia proposto per certi versi come un "artista di strada" può essere interpretato come il tentativo di essere desiderabile dagli operatori, oltre che come la competenza a tenere delle relazioni sociali, secondo l'ipotesi per cui questa sia una buona alternativa alla marginalità. Anche se con questo intervento non si sono risolti i problemi di G., si è costruita con lui una relazione di committenza importante, i cui fini sono sostenerlo a riprendere i rapporti con il SSN, ma il cui obiettivo centrale è continuare a stare in un rapporto con lui.

Si tratta in questo caso di una domanda per cui le risorse da mettere in campo non sono solo quelle economiche necessarie per finanziare un posto letto all'interno di un centro di accoglienza, quanto quelle professionali e organizzative.

Sembra infatti che vi sia la necessità di individuare le competenze organizzative necessarie per mettere in piedi situazioni alloggiative che non siano vissute come marginalizzanti¹⁵, specie per quelle persone che pur vivendo in condizioni di difficoltà hanno risorse economiche e relazionali per poter stare in un regime di sostegno misto (contributo economico pubblico e risorse proprie), in cui il pubblico potrebbe pensare a quali servizi erogare all'interno di tali strutture. Ci sembra inoltre interessante riflettere sul mandato sociale che la SOS e gli operatori

¹³ Ci riferiamo qui all'accezione etimologica della parola ortopedico, cioè alla fantasia che l'intervento debba in qualche modo ricondurre alla rettitudine (*reconduo ad ortum*); in altri termini si ritiene che l'unico intervento possibile sia la riduzione del comportamento sintomatico e non la costruzione di una relazione (Carli & Paniccia, 2003).

¹⁴ Pare che per rapportarsi proficuamente a un certo tipo di utenza sia necessario accettare la condizione di vita delle persone su cui si interviene, rinunciando alla fantasia che l'intervento possa cambiare le persone in modo onnipotente. Intervenire sulla base di una domanda ci costringe, per esempio, ad aiutare questa persona a rapportarsi al SSN e non a ridurre il suo status di senza fissa dimora.

¹⁵ Numerose sono le sperimentazioni alloggiative in tal senso sia in Italia che a livello comunitario. Housing sociale, co-housing, gruppi appartamento, per citare alcuni esempi. Nonostante il rischio di ideologizzazione di tali sperimentazioni, il numero ridotto di persone che vivono in tali contesti ci pare essere il tratto che accomuna molte proposte in tal senso. In particolare crediamo che ciò possa favorire la creazione di relazioni significative al loro interno, nell'ipotesi che ciò possa essere per certi versi terapeutico. Per maggiori info consultare: www.feantsa.org/spip.php?rubrique25&lang=en e www.fiopds.org/housing-first/.

dell'UdS sentono sulle loro spalle, quindi sulla possibilità di mettere in discussione il vissuto che l'intervento debba essere risolutivo di una situazione di emergenza.

Crediamo che interessarsi alle storie di vita di tali persone sia un'operazione culturale molto interessante¹⁶, sia all'interno che all'esterno dei servizi. Ci riferiamo alla domanda di comprensione che spesso proviene dai segnalanti, quindi da cittadini o dagli enti, in merito alle cause della marginalità, quindi alle richieste spesso provenienti dalla società civile o da enti locali alle prese con il complesso compito di professionalizzare le proprie funzioni e migliorare i propri progetti di aiuto.

Il divergere da modalità di intervento date per scontate, ha finito per divertire l'utente, che nel raccontare la sua storia di vita ha trovato degli interlocutori interessati a comprendere la sua situazione e che per questo gli ha chiesto di tornare nuovamente a trovarlo, accettando l'idea di essere visitato da un medico se accompagnato dagli operatori dell'UdS.

Vediamo invece un caso in cui la richiesta d'intervento proviene da parte di un ente pubblico e non da utenti o da cittadini.

Un'ASL segnala la presenza di una donna con "problematiche sociali" che staziona nei pressi dell'ospedale e richiede alla SOS di intervenire per favorirne l'accesso all'interno di un apposito centro. Richiedendo ulteriori informazioni al segnalante, la SOS scopre che si tratta di M., una donna anziana, di 84 anni, ben nota al servizio in quanto, nonostante abbia una pensione molto elevata, che le permetterebbe di vivere a sue spese in una qualsiasi struttura pubblica o privata, conduce una vita da senza fissa dimora.

L'anziana è non-autosufficiente, ha infatti entrambe le gambe gonfie e purulente e cammina con estrema difficoltà con l'ausilio di una sedia a rotelle. Nonostante abbia bisogno di cure mediche, non riesce quasi mai ad avere un rapporto significativo con le persone o con gli enti che incontra. Piuttosto parla continuamente della sua vita passata, di quanto era ricca, del suo importante marito oggi defunto, della lussuosa casa che aveva, negando in modo delirante la sua situazione attuale di persona fortemente marginalizzata.

Giunta sul posto l'UdS trova la donna fuori dall'ingresso del pronto soccorso, custodita da una guardia giurata, a cui è stato detto di aspettare i servizi sociali che verranno ad aiutare l'anziana. È stata dimessa dal pronto soccorso, in quanto valutata come codice verde – poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili – e in particolare perché, lasciata in sala d'attesa, ha causato l'allarme e le lamentele degli altri pazienti, anche a causa del cattivo odore che l'accompagna e per il suo continuo parlare del suo importante passato.

Interpellando il medico del pronto soccorso in merito alla scelta di dimetterla, nonostante stesse chiedendo a suo modo delle cure mediche per le ulcere alle gambe, ci viene risposto che tali cure vengono generalmente fatte domiciliariamente da un familiare del paziente, ma non è possibile ricoverare una persona che non ha una famiglia come nel suo caso, perché nessuno verrebbe poi a riprenderla.

M. ha finito per chiamare da sé un taxi per tornare nella strada in cui vive da diversi anni, dicendoci che non è quello il modo di trattare una signora dal passato glorioso e che nonostante l'età, è ancora una donna molto bella.

Quello del pronto soccorso è un contesto di intervento frequente per la SOS e come nel caso che resocontiamo è estremamente problematico, perché al nostro arrivo la donna era già stata dimessa dall'ospedale, tramite un'azione per certi versi violenta¹⁷. Il pronto soccorso, spesso caratterizzato da criticità di tipo organizzativo/strutturale¹⁸, nel tentativo di espellere le persone vissute come problematiche, tenta di farsi aiutare

¹⁶ In merito a questo citiamo, a titolo esemplificativo, la rivista *Shaker* (www.shaker.roma.it), nata da un interessante sperimentazione sociale nel 2006 all'interno di un centro diurno, oggi realtà culturale.

¹⁷ Paniccia (2013) fa l'ipotesi che il rischio psicosociale e la conflittualità siano più alti dove la trasformazione dell'utente in paziente è meno compiuta, come nel pronto soccorso o nei servizi ambulatoriali, cioè dove la posizione dell'utente è meno ritualizzata. Sono quindi a rischio di espulsione tutte quelle domande che sono percepite come "impertinenti".

¹⁸ Dalle Linee Guida del Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del SSN Direzione Generale della Programmazione Sanitaria ufficio III: "Le criticità di tipo organizzativo/strutturale che possono verificarsi a livello extraospedaliero e ospedaliero, sono da riferirsi principalmente a: 1. insufficiente modalità di interazione tra i sistemi extra e intraospedalieri 2. insufficiente dotazione di personale infermieristico assegnato alla ricezione delle chiamate in Centrale Operativa 118, al triage sul posto e al triage in Pronto soccorso; 3. collocazione logistica delle sale d'attesa, rispetto all'area triage, tale da non consentire la rilevazione immediata di repentini ed imprevedibili aggravamenti della sintomatologia negli utenti in attesa o da permettere l'allontanamento del paziente dal pronto soccorso senza aver informato gli operatori o all'insaputa degli stessi". Per ulteriori informazioni si veda: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1934_allegato.pdf.

da un ente esterno, in questo caso dalla SOS e dalla vigilanza. Gli operatori UdS che sono tenuti a intervenire sul luogo della segnalazione, si trovano perciò di fronte ad una domanda intrattabile nella sua formulazione: “allontanare l’elemento problematico” e “ripristinare l’ordine” nel pronto soccorso, nonostante secondo il regolamento della SOS, un utente non auto-sufficiente non sia considerato adatto per centri del circuito comunale.

Per gli operatori dell’UdS risulta impossibile astenersi dall’intervenire nella relazione, perché si è chiamati a reagire pro o contro l’utente. Ci si trova davanti a due possibilità: colludere con le richieste o capire cosa stia succedendo nel rapporto, pensandolo secondo una strategia d’intervento. È possibile quindi che gli operatori si alleino con l’utente rivendicando i suoi diritti, che provino a rifiutare la delega a intervenire, oppure che colludano con la richiesta dell’ospedale di espellere il problema. In questo conflitto l’utente di solito scompare, come se “venisse incontro” agli enti concentrati sulla difficoltà di definire biunivocamente il problema, se di tipo sociale o psichiatrico/sanitario.

In questo spaccato vediamo come sia difficile pensare che il cliente del servizio SOS sia esclusivamente l’utente a rischio di emarginazione sociale. Piuttosto analizzando la situazione da un punto di vista organizzativo, pare essere il servizio pubblico ospedaliero ad avere una richiesta nei confronti dei servizi sociali. Gli enti che si rivolgono alla SOS o in generale ai servizi sociali, lo fanno per dei problemi che non solo non vogliono trattare, ma che comportano un intervento complesso, per cui probabilmente non hanno le categorie interpretative o l’organizzazione necessaria.

In particolare ci sembra che proprio intorno alla non-autosufficienza ruoti una questione rilevante in rapporto alla presa in carico dell’utenza, cioè la difficoltà di funzionamento dell’ospedale in assenza di una rete familiare o sociale di supporto, che al termine dell’intervento medico debitamente settorializzato, in questo caso sulle gambe, allontani l’utente dall’ospedale.

La non-autosufficienza di M. fa temere all’ospedale che la sua presa in carico divenga infinita non solo nel tempo, ma anche in termini di costi economici ed emozionali necessari a curare una persona anziana che non può guarire, ad esempio dalla vecchietta, dalla malattia mentale o dalla marginalità. È chiaro che in questo modo di lavorare la domanda dell’utente di vedersi curare le gambe è del tutto ignorata, in favore della fantasia di cambiare la persona senza che questa lo abbia mai richiesto.

Il tema centrale è a nostro avviso la frustrazione nel vedere la persona nella sua interezza. Anche volendo considerare ciò che dice M. sul suo passato glorioso un delirio, questo avrebbe comunque pienamente a che fare con il rapporto che M. ha con l’ospedale. La donna anziana dice di essere ancora bella e fa mostra dei suoi soldi, per dimostrare di essere ancora degna di essere trattata dagli ospedali a cui si rivolge, nonostante il suo modo di fare faccia desistere gli ospedali dal prenderla in carico.

Sullo sfondo di questo caso e di numerosi altri casi d’intervento c’è un tema rilevante per la cultura dei servizi italiani¹⁹, cioè la frammentazione delle domande di aiuto in sanitarie, psichiatriche e sociali. Tale settorializzazione si è radicata nei servizi negli anni ‘80 e ‘90, quelli in cui la legge Basaglia (180/78) è stata applicata. Questa scissione rende difficile il dialogo tra diversi enti pubblici in rapporto alla malattia mentale, alla disabilità e in generale alla non-autosufficienza²⁰, con il rischio che le persone con scarso potere contrattuale, quelle fortemente marginalizzate e quelle senza una famiglia di supporto si trovino ed essere espulse dalle ASL²¹ e ad essere delegate ai servizi sociali.

In rapporto all’assenza di una famiglia di supporto, l’ospedale chiede pressantemente ai servizi che questi si sostituiscano alla famiglia assente, non solo in caso di malattia mentale più o meno diagnosticata, ma per esempio anche nel caso di persone alcoliste sole che si recano presso un pronto soccorso²².

¹⁹ Secondo Carli e Panizza (2013) alla chiusura dei manicomi, avvenuta a seguito dell’applicazione della legge Basaglia (180/78), corrisponde un ritorno alle famiglie di origine dei familiari malati e un’espulsione della malattia mentale dagli ospedali.

²⁰ A tal proposito Panizza (2013) propone una riflessione su quale tipo d’intervento possa essere fatto da giovani psicologi sulla disabilità, sia giovanile che adulta. Una competenza perseguibile da questi psicologi nell’assistenza domiciliare, a scuola o nella gestione di servizi dedicati, è quella di attenuare la violenza presente nelle relazioni attraverso il recupero di una domanda di rapporto dei disabili, il più delle volte ignorata.

²¹ Se l’applicazione della legge Basaglia ha causato il ritorno dei malati mentali nelle famiglie di appartenenza (Carli & Panizza, 2013), le persone che invece sono prive di una rete familiare o sociale di sostegno vivono oggi in condizioni di marginalità, alcune di queste per strada.

²² Numerosi sono i casi di alcolisti soli che si recano presso un pronto soccorso. È difficile ad esempio discernere le persone senza fissa dimora che cercano un riparo, da quelle che invece chiedono aiuto a sopportare l’astinenza da alcol o a essere

Nonostante il pronto soccorso neghino di avere un rapporto con la non-autosufficienza, con la malattia mentale, con l'alcolismo e con le persone senza fissa dimora, è possibile affermare che in realtà hanno rapporti profondi, oltre che problematici, con queste categorie di utenza. Allo stesso modo si può dire che la SOS ha, a tutti gli effetti, un rapporto con le ASL e in particolare con i diversi pronto soccorso che ne richiedono l'intervento. Piuttosto pare si lavori in assenza di un'analisi dei rapporti presenti tra utenza, ospedale e servizi e sulla base di un'emergenza caso per caso.

A nostro avviso si possono invece fare diverse riflessioni sui servizi che il Dipartimento Politiche Sociali, Sussidiarietà e Salute potrebbe erogare o progettare in collaborazione con questi enti terzi. Se non è possibile per i servizi soddisfare la richiesta di sostituirsi alla famiglia dell'utente²³ è invece un'alternativa interessante lavorare per integrare competenze nei pronto soccorso e costruire degli strumenti di supporto sociale per gli utenti soli. È ad esempio auspicabile che il Dipartimento non tenti di sostituirsi alle numerose comunità etniche, religiose o laiche presenti nella città, ma che ne costruisca rapporti e connessioni, proponendosi come raccordo tra funzioni sostitutive e integrative, tra pubblico e privato. Si tratta non solo di integrare competenze progettuali volte a includere queste funzioni diverse, ma anche di sviluppare competenze interpretative, volte a individuare i problemi che mettono in crisi i funzionamenti organizzativi di diversi enti, nell'ipotesi che i "casi particolari" diano molte informazioni anche sul "funzionamento normale".

Stipulando dei rapporti di collaborazione con gli enti che la SOS incontra, si potrebbero ad esempio individuare competenze e progettualità necessarie e gestire il problema della delega dall'ospedale alla SOS, ma anche quello dalla SOS all'amministratore di sostegno²⁴. Interrompere il dispendioso e ripetitivo rinvio ad altri enti o ad altri istituti, via via con meno organizzazione e strumenti, potrebbe accorciare anche di molto la filiera, i tempi e i costi pubblici dell'intervento.

Riportiamo brevemente un ultimo caso in cui disabilità, indigenza e procedure giudiziarie s'intrecciano, evidenziando il fallimento di alcune politiche di assistenza sociale.

Si tratta di uno sfratto per morosità a carico di una famiglia che vive in affitto in un appartamento di un'anziana signora, cui non viene corrisposto il canone di locazione da circa tre anni. Il nucleo familiare è composto da un ragazzo con diagnosi di schizofrenia e dai suoi genitori, entrambi disoccupati e con una diagnosi di depressione. La procedura prevede che dopo una denuncia del locatore e il fallimento della mediazione tra avvocati, locatore e affittuario, un giudice decreti uno sfratto esecutivo, che viene eseguito da un ufficiale giudiziario e dalle forze dell'ordine.

Come operatori SOS veniamo convocati a un incontro preliminare presso la questura territoriale. Ci sono le forze dell'ordine, l'ufficiale giudiziario e l'avvocato della padrona di casa. Veniamo avvertiti che nella stessa via dell'appartamento ci sono movimenti per i diritti della casa pronti ad ostacolare lo sfratto, e che Rai Tre è preparata a documentarlo. Le forze dell'ordine, fortemente motivate a cercare un *escamotage* per rimandare l'intervento, chiedono se la SOS ha soluzioni alloggiative alternative, immediatamente disponibili. Anche se la richiesta è impropria, in quanto SOS dispone solo di dormitori per persone senza fissa dimora, si può ipotizzare la presenza di una domanda che le forze dell'ordine stanno rivolgendo ai servizi sociali e in particolare alla SOS, rispetto all'ambivalenza che tale tipo di interventi comporta per il loro ruolo di forza pubblica. Ci riferiamo

supportati nel desiderio di cambiare la loro situazione di alcolisti. Ricordiamo che molti ospedali hanno al loro interno un Polo Alcolologico presso cui fare ricoveri brevi in fase di astinenza acuta, ricevere cure farmacologiche, partecipare a gruppi psicoterapeutici o a gruppi di auto-aiuto, quindi che non è improprio per un alcolista recarsi al pronto soccorso.

²³ Pensiamo con Paniccia (2012) che i progetti e i servizi integrativi possono scegliere di intervenire su dati fattuali attivando "funzioni sostitutive" risolutorie dei problemi dell'utenza, o "funzioni integrative" che si occupano di vissuti e che potenziano le competenze relazionali entro i contesti in cui convive la disabilità. In molti casi la marginalizzazione avviene in quei contesti medicalizzati in cui c'è una prevalenza di competenze sostitutive e una deficienza di quelle integrative. Della costruzione di funzioni integrative e non marginalizzanti può occuparsi utilmente la psicologia (Paniccia, 2012).

²⁴ In un'analisi di Paniccia (2014) sul mandato sociale dell'amministratore di sostegno (istituto introdotto dalla legge n.6 del 2004), emerge come il valore costituzionale della solidarietà come attitudine civica sia contrapposto alla competenza organizzativa. L'intervento sulla relazione non è riconosciuto, mentre l'unica prestazione professionale retribuibile tende a essere quella sul singolo individuo.

Come emerge da quest'analisi però la funzione dell'amministrazione di sostegno, basata su questa cultura, è attraversata da antinomie e da conflittualità forti. La psicologia può da questo punto di vista, interloquire proficuamente con questo relativamente nuovo ruolo, ma anche con la medicalizzazione e con l'ottica giuridica, rispettando le divergenze e trovando modalità integrative.

all'ambivalenza tra il ruolo esecutivo e la funzione di tutela del cittadino a cui le forze dell'ordine sono contemporaneamente chiamate.

C'è anche un medico legale, l'unico che può legalmente annullare uno sfratto, certificando rischio medico per gli esecutati e per questo frequentemente convocato se si vuole ostacolare l'esecuzione in modo "perverso". Il medico dichiara subito la sua intenzione a non commettere un falso in atti d'ufficio, rimettendo la scelta di rimandare lo sfratto nelle mani degli altri presenti.

È quindi l'anziana signora a rinunciare, tramite il suo avvocato, concedendo tempo ulteriore alla famiglia per trovare una soluzione insieme ai movimenti per la casa, che si sono offerti di individuarla entro le case o palazzi pubblici che occupano abusivamente.

In questa situazione come operatori viviamo l'emozione che, come il medico legale, anche la SOS fosse stata chiamata non per agevolare l'intervento, bensì per impedirlo. Cioè per mettere dei granelli di sabbia in un ingranaggio che si era messo in moto contro la volontà di tutti coloro che sono stati coinvolti. C'era la fantasia, potenziata dalla presenza dei movimenti per la casa, che ci fosse non un problema su cui lavorare, bensì un persecutore contro cui combattere in nome di diritti inviolabili. A far fallire queste fantasie sono state le stesse forze dell'ordine, che non erano minimamente intenzionate a vestire i panni del nemico e che forse per questo quel giorno vestivano abiti borghesi.

La conclusione del caso è stata profondamente faticosa; tutte le competenze sono state messe fuori gioco: sanitaria, sociale, amministrativa e giudiziaria. Si percepiva che la stessa situazione si sarebbe ripetuta più e più volte, sullo stesso caso; in assenza di obiettivi, con un forte spreco di risorse pubbliche.

Colpisce che tra la tutela della proprietà privata e i diritti degli sfrattati, sembra non ci sia alcuna regola condivisa, né una progettualità tra i diversi enti che lavorano in modo sovrapposto su tali problemi.

La sabbia gettata negli ingranaggi insabbia non solo le istituzioni, ma anche i problemi su cui le istituzioni intervengono. Togliere un po' di sabbia da questa macchina, quindi immaginare un intervento in tale contesto, non può prescindere dal riconoscere il fallimento della cultura dell'emergenza su cui molti servizi organizzano il loro funzionamento.

Recuperando la possibilità per la SOS di costruire rapporti e connessioni con altri enti, quindi rinforzando la sua valenza di meta-servizio, siamo interessati come psicologi a verificare per esempio se c'è una domanda da parte delle forze dell'ordine, dei pubblici ufficiali, delle istituzioni competenti a intervenire sulle questioni qui proposte, creando dei rapporti di collaborazione che limitino la frammentazione e la coazione a ripetere, per sperimentare una modalità collaborativa e progettuale volta a prevenire gli sfratti e non solo ad ostacolarli.

La Sala Operativa Sociale è un servizio complesso rivolto a un ventaglio molto ampio di questioni, spesso confuse tra loro nella macro categoria dell'"emergenza sociale", categoria che nella pratica è poco utile a definire obiettivi e a orientare una prassi²⁵. L'urgenza emozionale che caratterizza gli interventi rende molto difficile analizzare e interpretare le richieste provenienti dagli enti che si rivolgono al servizio SOS. Questo aspetto è molto interessante, in quanto sono proprio gli enti locali e le istituzioni pubbliche a rivolgere il maggior numero di richieste al servizio SOS.

Nella fase di riorganizzazione che la SOS sta affrontando si potrebbe utilmente verificare, per mezzo di una ricerca intervento, come gli enti e in generale i segnalanti vedono il servizio di emergenza, cosa immaginano di trovare interpellandolo, quali domande gli rivolgono e in generale come se lo rappresentano emozionalmente.

Un ulteriore sviluppo per il servizio potrebbe essere quello di pensarsi non solo come unità di intervento, ma anche di progettazione e sperimentazione volta a migliorare la gestione di problematiche complesse. Come il caso di G. suggerisce, recuperare le storie di vita degli utenti, oltre ad essere un'operazione psicologico clinica, utile agli utenti, potrebbe dare vita ad un dibattito di interesse pubblico sulla promozione della convivenza²⁶ in una città fortemente problematica come Roma.

Facendo tesoro del timing di Dexter Gordon, la cui competenza è quella di suonare *laid back*, crediamo che un'operazione utile allo sviluppo organizzativo di questo contesto organizzativo potrebbe essere quella di

²⁵ Scriviamo in un periodo storico in cui intorno a "l'emergenza sociale", "l'emergenza alloggiativa" e "l'emergenza rifiuti" a Roma, ruota non solo l'incompetenza organizzativa, ma anche la cultura del consumo delle risorse pubbliche.

²⁶ Riportiamo un interessante sperimentazione fatta da uno di noi insieme ad un gruppo di docenti, studenti e tirocinanti psicologi dell'allora Facoltà di Psicologia I, Università "La Sapienza", nel quartiere San Lorenzo di Roma, il cui obiettivo è stato quello di costruire nuove regole di convivenza in un quartiere di Roma, vissuto come problematico da amministrazione e cittadini (Carli & Sesto, 2015).

riflettere sulle azioni che marginalizzano e quelle che promuovono la convivenza, lavorando sulla formazione degli operatori alla funzione riflessiva, ossia la capacità di riconoscere gli stati mentali propri e altrui (Fonagy & Target, 2001) e all'analisi della domanda²⁷. Crediamo che non agendo l'urgenza emozionale che caratterizza molti interventi, si possano costruire relazioni emozionalmente significative con le persone che chiedono aiuto.

Bibliografia

- Brescia, F., Cafaro, B., Civitillo, A., Crisanti, P., Giacchetti, V., Girardi, D., ... Viola, C. (2013). Otto esperienze di intervento psicologico clinico entro Unità Operative ospedaliere e di assistenza domiciliare riabilitativa [Eight experiences of clinical psychological intervention within operational units of hospitals and home care rehabilitation]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 12-25. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Carli, R. (1987). *Psicologia Clinica. Introduzione alla Teoria e alla Tecnica* [Clinical Psychology. Introduction to the theory and technique]. Torino: Utet.
- Carli, R. (2001). Prefazione [Preface]. In F. Di Maria (Ed.) *Psicologia della convivenza*. [Psychology of coexistence]. (pp. 9-18) Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R. (2007). Pulcinella o dell'ambiguità [Punchinello or 'on ambiguity']. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 376-389. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2009). Riflessioni metaforiche sulla nascita del be bop [Metaphorical thoughts on the birth of bebop]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 97-101. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1999). *Psicologia della formazione* [Psychology of training]. Bologna: il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand. Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2013). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto* [The culture of service in Italy. From psychiatric patients to the new users: the evolution of the demand and the dynamics of relationship]. Milano: FrancoAngeli.

²⁷ Citando Carli e Paniccia (2003) possiamo in conclusione definire con analisi della domanda la promozione dello "...sviluppo di una persona o di un sistema sociale fondato sulla competenza a trattare con l'estraneo e ad istituire una relazione di scambio con l'altro" (p. 49). Si tratta di competenze centrali per un servizio come la SOS, che lavora quotidianamente con l'estraneità delle persone a forte rischio di marginalità, nel difficile compito di promuovere la convivenza di tali persone entro dei sistemi sociali che paiono fortemente disgregati. Come psicologi clinici siamo interessati a dare il nostro contributo per promuovere tale sviluppo.

- Carli, R., Paniccia, R.M., & Grasso, M. (2007). *La formazione alla psicologia clinica. Pensare Emozioni* [Training in clinical psychology. Think Emotions]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., Paniccia, R.M., Atzori, E., Cinalli, S., Brescia, F., Mazzeo, G., ... Dolcetti, F. (2012). Il rischio psicosociale in un ospedale romano: il rapporto tra cultura locale e soddisfazione nell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri [Psychosocial risk at a Hospital in Rome: the relationship between Local Culture and satisfaction at San Filippo Neri Hospital Complex Authority]. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 76-90. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Sesto, C. (Eds.) (2015). *Miti e convivenza. Resoconto di un intervento psicologico nel quartiere romano di san Lorenzo* [Myths and social coexistence: Report of a psychological intervention within the Roman neighborhood San Lorenzo]. Retrieved from https://books.google.it/books/about/Miti_e_convivenza_Resoconto_di_un_interv.html?id=HsfFCQAAQBAJ&redir_esc=y
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e Funzione Riflessiva: Selected papers of Peter Fonagy and Mary Target*. (V. Lingiardi & M. Ammaniti, Eds. & Trans.). Milano: Raffaello Cortina.
- Paniccia, R.M. (2012). Gli assistenti all'autonomia e all'integrazione per la disabilità a scuola. Da ruoli confusi a funzioni chiare [The assistants to the autonomy and integration for disability in school. From roles confused to clear functions]. *Rivista di Psicologia Clinica, 2*, 165-183. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia, R.M. (2013). Disabilità. La domanda rivolta alla psicologia attraverso i resoconti di esperienze di giovani psicologi [Disabilities. The question posed to psychology through the reports of experiences of young psychologists]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 80-87. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Paniccia, R.M. (2014). L'amministrazione di sostegno e le categorie emozionali della solidarietà [Special Needs Administrator and emotional categories of solidarity]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, 2*, 6-25. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

Sitografia

www.comune.roma.it
www.fiopd.org
www.feantsa.org
www.shaker.roma.it
www.avvocatodistrada.it