

Silvia Raimondi,* Giuseppe Riefolo**

Uno spazio per chi non ha dimora

Premessa: i luoghi e le ragioni di ‘Area 95’

Area 95 è prima di tutto un dispositivo di accoglienza che intercetta una serie di richieste prevalentemente relative all’ambito della salute mentale per persone senza dimora, spesso senza documenti e/o residenza, persone migranti dell’ambito della estrema marginalità. Si tratta di bisogni che, nonostante l’estrema regressione dello stile di vita, sono destinati altrimenti a rimanere inevasi per ragioni di ordine organizzativo/burocratico che mal si conformano al tipo di utenza richiedente.

Binario 95, in Via Marsala 95 a Roma, è il luogo nel quale si svolge il nostro intervento. Il nome di questa struttura è un rimando alla contiguità con la Stazione Termini, situata a poche centinaia di metri. Nella stessa via si trovano un ostello Caritas e alcuni locali della Azienda Municipale Ambiente, l’azienda che si occupa della gestione dei rifiuti della Capitale (il rimando al rifiuto è tristemente suggestivo in questo caso). L’equipe di Area 95, fatta eccezione per la Dott.ssa Alessia Capasso, è al momento composta da professionisti di SMES (Salute Mentale Esclusione Sociale) ITALIA¹, una agenzia di promozione sociale che si occupa di persone senza dimora con disagio psichico.

Binario 95 nasce in occasione dell’ultimo giubileo del 2000, quando Ferrovie dello Stato (FS), attraverso *Europe Consulting*, loro emanazione

*Psicologa e psicoterapeuta, board SMES-EUROPA. Ambulatorio ‘Area 95’, Roma, Italia. E-mail: silviaraimondi2@gmail.com

**Psichiatra, membro ordinario e AFT SPI, presidente SMES-Italia. Ambulatorio ‘Area 95’, Roma, Italia. E-mail: giusepperiefolo1@gmail.com

¹ SMES ITALIA è un’Agenzia di Promozione Sociale senza fini di lucro nata nel 2017 dalla convergenza di psichiatri, psicologi, educatori, operatori e ricercatori sociali, appartenenti a diversi enti attivi nel campo dell’inclusione sociale, sulla necessità di sviluppare un organismo, con sede in Italia, che traducesse l’impegno e la mission perseguita da anni a livello europeo da SMES EUROPA, ovvero quello di sviluppare risposte, riflessioni, progetti sul tema dell’esclusione sociale connessa con il disagio mentale.

deputata ad occuparsi dei fenomeni di marginalità sociale nelle principali stazioni della rete FS, rende disponibili dei locali per l'accoglienza di quelle persone che arrangiano la loro vita in stazione, deturpandone il 'decoro'.

Binario 95 offre quindi la disponibilità di alcuni posti letto, di una serie di attività volte al recupero di competenze delle persone che per varie ragioni si trovano a vivere in modo precario per strada, di un magazzino per le necessità di vestiario, di un servizio docce e di un servizio lavatrici; *Europe Consulting* inoltre, attraverso il sistema *Help Desk*, oltre a fornire informazioni più generali sull'accoglienza (mense, dormitori, ecc.), offre la possibilità di accedere ad Internet, il sostegno per la costruzione di un Curriculum Vitae nel caso si sia alla ricerca di un lavoro, un primo contatto con operatori legali per eventuali questioni legate soprattutto alla acquisizione di documenti che rendano regolare la presenza dei migranti e/o che ristabiliscano le pre-condizioni per l'accesso al mondo del lavoro e sanitario. Ogni intervento è personalizzato, grazie ad un sistema di interviste effettuato al momento della prima accoglienza.

Il soggetto senza dimora e la soluzione *homelessness*

Si calcola che al momento a Roma il numero dei soggetti senza dimora si aggiri intorno ai 16.000 e che circa 5-600 di loro siano persone che, per gravi problematiche psichiatriche, sono inaccessibili alle comuni forme di assistenza, quelle sociali e soprattutto quelle sanitarie (Riefolo, 2023). Va detto che il censimento delle persone senza dimora (SD) è una delle tante questioni spinose di questo fenomeno, pertanto, i dati qui riportati hanno valore approssimativo, probabilmente per difetto².

La definizione fin qui utilizzata di 'persona senza dimora', fa evidentemente riferimento ad una condizione concreta, dell'ordine sociale, che nulla dice dei costrutti relativi all'ambito sanitario o psichico e che, pertanto, rimanda semplicemente ad interventi di ordine assistenziale concreto. (Riefolo, 2019).

Sul piano sociale, essere SD rappresenta una diagnosi che evoca automaticamente la soluzione di un bisogno che, quindi, rimane nella dimensione di un bisogno concreto riferibile all'ambito dell'assistenza sociale. Questo può essere vero nella gran parte della popolazione così detta SD, ma il problema è quando essere SD non sia uno stato, ma un dispositivo psicopatologico finalizzato alla soluzione di un dolore acuto che implica l'identità. Nella storia di molti SD vi è l'adattamento, alcune volte doloroso e anche drammatico, alle

² Nel censimento 2021 dell'Istat per la prima volta sono stati indagati anche i SD. La popolazione di SD, ma iscritti all'anagrafe è di circa 100 mila soggetti, ma ovviamente, il dato dei reali SD è stimato in circa 500 mila soggetti. Nel censimento precedente, non ISTAT, ma a cura della CARITAS e FioPSD del 2011, erano circa 125mila.

nuove condizioni imposte soprattutto dalla migrazione. Le storie sono sempre molto drammatiche, ma si possono risolvere in un sufficiente adattamento a condizioni di vita marginale, comunque funzionali: lavori precari o di basso livello retributivo; adesione ad aree di microcriminalità o anche vera e propria criminalità. Soprattutto per le donne: lavori di assistenza e sfruttamento fino alle drammatiche situazioni di prostituzione. Per quanto possiamo inorridire di fronte ad alcune di queste ‘soluzioni di adattamento’, in quanto psicologi non ci compete la posizione di giudizio, ma ci occupiamo delle capacità dei soggetti SD di saper usare le proprie risorse al fine di mantenere una ‘continuità del Senso di Sé’ (Stern, 1985; Bromberg, 2006; 2011) nonostante l’impatto traumatizzante della migrazione in un contesto nuovo ed estraneo a Sé. Pertanto, la *homelessness*, nei casi in cui il soggetto non riesce a trovare una sufficiente – per quanto regredita – funzionalità, non è più una condizione di adattamento alla violenza sociale, ma una condizione di sopravvivenza che permette di sospendere e recidere nessi e legami, sia sul piano esterno, ma soprattutto sul piano interno. La *homelessness* diventa una soluzione che, negando soprattutto il contatto e la relazione, dissocia configurazioni del Sé al fine di evitare la riattivazione dolorosa ed insostenibile di aree emozionali traumatiche alla base della condizione dovuta all’esperienza migratoria (Campbell, 2006; Aronson, 2021). Ci riferiamo ad una popolazione che riguarda il 3-5% dei SD per i quali la soluzione SD non è una condizione funzionale di integrazione nel nuovo contesto, ma una sospensione dissociativa che permette la non integrazione nel nuovo contesto, perché tale integrazione ‘può anche essere insostenibile per la mente, non solo spiacevole’ (Bromberg, 2011, p. 106). Pertanto, se ci si emancipa da una ‘non-diagnosi’ come quella descrittiva e concreta di SD, ci si accorge che mai come in questo caso di disturbo psicopatologico, il quadro clinico sia 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 (Riefolo e Raimondi, 2018; 2020).

Soprattutto nel caso dei migranti, che, in sostanza rispondono ad una dinamica automatica di autoselezione al momento della partenza per cui partono i più capaci e promettenti del loro clan familiare (Losi, 2000), sembrerebbe essere proprio il fallimento traumatico del progetto migratorio la base sulla quale poggiano quadri sintomatologici apparentemente schizofreniformi, perlopiù reattivi alle drammatiche vicissitudini del viaggio ed alle molteplici difficoltà di inserimento nelle terre ‘promesse’ di approdo. Una prima evidenza che emerge dall’attività clinica di ‘Area 95’ è che, soprattutto per i soggetti migranti³, nonostante la grave presentazione dei quadri clinici, non si tratta

³ I migranti fra i SD sono circa 80%. Per la quota di italiani, ovvero il 20% spesso si tratta di pazienti psicotici, con grave e lunga storia di disturbo spesso schizofrenico paranoide, che sono usciti dai percorsi dell’assistenza psichiatrica territoriale.

praticamente mai di disturbi psicotici, ma di reazione al trauma della migrazione. La risposta reattiva sembrerebbe pertanto riferibile all'area dei disturbi post traumatici da stress: 'si tratta dello spegnimento (dissociazione) di aree dolorose delle proprie competenze che vengono negate con una contemporanea soluzione 'creativa' per cui il soggetto, proprio mentre vuole nascondersi, si mette particolarmente in evidenza' (Riefolo, 2018; 2019).

È esperienza comune, infatti, quella di osservare presenza di SD con visibili comportamenti psicopatologici soprattutto in luoghi molto frequentati: piazze, chiese, stazioni, parchi... In questo modo questi soggetti realizzano la propria dimensione dissociativa: essere invisibili mentre si è in situazioni di alta visibilità! Simmetricamente il contesto che li accoglie si muove nella stessa dimensione dissociativa. Ci si rende conto dell'esistenza di questi soggetti solo quando mettono in atto comportamenti irregolari, altrimenti possono essere tollerati per lunghi periodi e persino adottati dal contesto che in questa adozione collusiva riesce a negarne la presenza (Riefolo e Raimondi, 2018; 2020).

A sostenere un atteggiamento di indifferenza verso tale fenomeno si aggiunge una idea ancora troppo diffusa, cioè quella convinzione per la quale vivere per strada rappresenti per molti una scelta deliberata, ovvero l'immagine romantica del *clochard*. Un convincimento che, oltre che colludere con la parte distruttiva del sintomo, protegge noi dall'insostenibile timore che tale condizione possa riguardarci. Ad esorcizzare tale timore, si preferisce rifugiarsi nella idea consolatoria che gli *homeless* abbiano operato una scelta di vita: tra i vantaggi di questa posizione si aggiunge il fatto di sentirsi esonerati ed assolti dalla idea di dover intervenire in soccorso, qualora se ne presentino le circostanze. Questa posizione, a nostro parere, è reattiva e simmetrica alla dissociazione dei pazienti di cui ci occupiamo: la prima sollecitazione dissociativa, su piano relazionale e di stabilire distanza, vuoto e inaccessibilità spegnendo ogni elemento di crisi psicopatologica, mantenendo invece il riconoscimento della configurazione critica di estremo bisogno sul registro somatico. Vogliamo sostenere che, in questi casi, la domanda di aiuto segue il registro concreto e somatico, mentre non viene espressa sul piano relazionale e psicologico. Pertanto, l'accoglienza della domanda di aiuto va colta sul registro della presentazione somatica e non sulla richiesta esplicita la quale, non a caso, in modo dissociativo, non esprime (persino nega) alcun bisogno.

Le istituzioni

In modo speculare a quanto fin qui descritto, sembrerebbe che nessuna Istituzione sia realmente deputata ad occuparsi delle persone SD con disturbi psichiatrici. Questi soggetti li troviamo, puntualmente, in una terra di nessuno,

dove nessuna istituzione si sente competente ad intervenire. La dinamica è precisa. Finché il soggetto SD non crea problemi concreti (ovvero: si mantiene invisibile pur nella estrema visibilità) nessuno interviene e si accetta (in senso dissociativo: si collude) che il soggetto si mantenga nella sua condizione di estrema regressione psico-fisica. Quando questo esile equilibrio si incrina e il soggetto per una serie di motivi (igienici, alcolismo, comportamenti intrusivi e disturbanti, ecc.) si rende concretamente 'visibile', ciascun servizio che viene convocato dalla eventuale urgenza si affretta a riconoscersi impotente e respinge automaticamente e aggressivamente la competenza su qualche altro servizio. Le istituzioni (alla fine, in Italia, sono anche numerose...) organizzate secondo una modalità di intervento autoreferenziale riescono solo a respingere il soggetto SD verso un altro servizio che si suppone debba essere competente. Ovvio che nessun servizio può da solo rispondere alle complesse e complicate domande che un SD pone. Accade che si assiste puntualmente ad un rimpallo di responsabilità e competenze: l'ordine pubblico, rinvia al sociale che a sua volta rinvia alla psichiatria che a sua volta rinvia all'ordine pubblico. C'è da riconoscere, comunque, che quando un SD presenta visibili problematiche psichiatriche non esiste realmente un ambito di accoglienza adeguato: nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, dove spesso arrivano, inutilmente, con proposte di trattamento sanitario obbligatorio, non possono ricoverarsi perché le loro condizioni igieniche e sanitarie sono estremamente precarie (pidocchi, scabbia, alcolismo, tubercolosi). Nei Centri di Salute Mentale questi soggetti non accettano di recarsi e alla fine, non essendo, di base, violenti, le forze dell'ordine difficilmente possono intervenire. La domanda di aiuto, comunque, è estremamente visibile. Non accoglierla significa costringere implicitamente la persona a mettersi in evidenza in altri modi, spesso violenti e alcune volte, drammatici⁴. Peraltro, la difficoltà di presentare o ottenere documenti, in questi casi complica in modo notevole l'accesso alle cure. La contraddizione tra posizioni amministrative, che richiedono di fissare nel Comune una residenza per poter accedere al diritto alla salute mentale e la nostra utenza, in stato di grave emarginazione sociale, crea un vuoto di azione e di intervento che si concretizza in una serie di rinvii e deleghe tra servizi sociali e servizi sanitari, dove tutti hanno ragione a vari livelli e nel mezzo rimane inascoltata una richiesta di aiuto, alla quale corrispondono troppo spesso caotici ed improvvisati interventi emergenziali destinati a ripetersi generando un generale e diffuso senso di frustrazione e impotenza.

⁴ In questo gioco di rimpalli emerge proprio in questi giorni che, nonostante varie segnalazioni, a Rovereto un SD con gravi problemi psichiatrici era conosciuto da molti servizi, ma nessuno riusciva a prendersene cura finché l'unico contenimento possibile e drammatico ha dovuto essere il carcere. Lo scorso 11 agosto Susan John, una nigeriana di 43 anni in carcere alle Vallette di Torino per 'reati legati alla migrazione clandestina' chiedeva inutilmente di poter incontrare suo figlio di 4 anni, forse autistico. Avrebbe dovuto aspettare 7 anni, ma lei per farsi ascoltare ha cominciato a non alimentarsi, ma venerdì 11 agosto non ce l'ha fatta.

La nostra tesi è di assumere questo complesso campo organizzato sull'evitamento non come una semplice disorganizzazione dei servizi, ma come la proiezione attiva e raffinata delle modalità dissociative di questi soggetti i quali ripropongono, nel contesto sociale, esattamente la propria organizzazione interna dove Stati del Sé pur funzionali, non si connettono con altri stati del Sé determinando una organizzazione dove la dissociazione diventa una 'struttura' rigida e non riesce a funzionare come 'processo' (Bromberg, 2006, p. 5). Ancora una volta il soggetto SD non è un povero sbandato, ma un organizzatore attivo e raffinato di una struttura dissociativa che sul piano sociale determina la coesistenza di numerosi servizi, tutti per sé stessi validi, ma incapaci di organizzare un processo dove nessuno 'deve risolvere' il problema, ma ciascuno sia chiamato a fare la propria parte. Il soggetto SD, quando si organizza su un grave quadro psicopatologico, non è un 'poveraccio', ma il ragno che tesse e cura la tela in cui i vari servizi si ritrovano paralizzati. L'intervento, quindi, può solo essere di riconoscimento della complessità e, per emanciparsi dalla paralisi, deve curare la possibilità di nessi con altri servizi, ovvero 'collaborazione'.

Distinguiamo tra 'collaborazione' e 'cooperazione', attribuendo al primo concetto una dimensione più ampia e intersoggettiva rispetto alla semplice cooperazione (Riefolo, 2001). Inoltre, nel campo specifico di cui ci stiamo occupando, la nostra posizione è precisa e si fonda sul riconoscimento della posizione attiva dei soggetti SD nel determinare il contesto di accoglienza e di cura. Infatti, nella linea delle seduzioni dissociative sostenute da questi pazienti, pensiamo che si debba passare da una posizione di 'collaborazione come opzione' fra servizi, ad una 'collaborazione come organizzazione'. Significa che, attualmente, spesso i servizi presentano la disponibilità a collaborare, ma, puntualmente, questa viene ritirata o semplicemente si sospende perché i servizi, non tollerando il sano riconoscimento depressivo dei propri limiti, ritirano la collaborazione. Invece, in un sistema in cui la collaborazione possa essere 'organizzata' essa diventa prima di tutto un obiettivo dell'intervento e può mantenersi (essere curata) cercando di proporre a ciascun servizio la 'convenienza' anche concreta della collaborazione con altri servizi. Nel nostro caso, ad esempio, offrire consulenze ad istituzioni residenziali di volontariato (Suore di S. Teresa di Calcutta, S. Egidio, Caritas, ecc.) ci permette di poter accedere facilmente ad opportunità residenziali per pazienti che non sapremmo dove ricoverare. Anche la collaborazione, a nostro parere deve configurarsi come un 'processo' dissociativo, altrimenti diventa una 'struttura' dissociativa dovuta al fallimento di autorappresentazioni onnipotenti.

L'intervento

Come detto, lo iato tra area sociale e sanitaria, impedisce di fatto una presa in carico continuativa, orientata alla tematica della esclusione

sociale, che presenta caratteristiche assai specifiche anche dal punto di vista clinico.

L'attivazione di un servizio clinico ambulatoriale, collocato all'interno dei contesti che il SD riconosce implicitamente come 'propri', può permettere che la domanda di aiuto sia accolta non attivando aspettative grandiose, ma semplicemente curando un punto di ascolto ed accoglienza concreta non organizzato sull'evitamento. Inoltre, un presidio clinico di accoglienza collocato nel contesto di vita dei soggetti SD (nel nostro caso la stazione Termini di Roma) può rappresentare un ponte verso i servizi psichiatrici e sociali territoriali con i quali, prima che attivare un automatico passaggio di competenze, si può 'organizzare' una collaborazione reciproca⁵.

'Area 95' si pone alla intersezione tra marginalità e istituzioni, con particolare riferimento a quelle psichiatriche, fungendo da snodo e luogo di raccordo tra una domanda spesso confusa ed incerta, il più delle volte mediata e complicata, e servizi che non sono organizzati all'accoglienza e trattamento di una popolazione che ha caratteristiche spesso incompatibili con le caratteristiche strutturali di quel servizio. Un esempio è quello del rischio di accogliere in reparto un paziente che presenti patologie contagiose (tubercolosi, epatiti, HIV, scabbia) assai diffuse nella popolazione SD. Allo stesso modo, il sistema psichiatrico in Italia si fonda sulla condizione della appartenenza territoriale, a garanzia della continuità della cura, garanzia che evidentemente in questi casi manca già nelle premesse.

'Area 95', oltre a richieste dirette, accoglie richieste da professionisti impegnati nel settore del sociale e della marginalità, operatori di comunità, assistenti sociali, o semplici cittadini che, a vario titolo, siano riusciti a stabilire una relazione con la persona in difficoltà, connazionali conosciutisi in strada, conoscenti occasionali o vecchi compagni di scuola che abbiano riconosciuto, in uno dei tanti 'barboni' agli angoli della città, un loro conoscente, nonostante la condizione di degrado.

Il nostro intento è di attivare percorsi che possano dare la necessaria continuità di cura alle persone che si rivolgono a noi, valutando e cercando di risolvere attraverso i canali più appropriati questioni di ordine burocratico per l'accesso ai servizi sanitari, attivando prima di tutto accoglienza e, magari, percorsi psicoterapeutici di ordine 'focale', ovvero finalizzati all'individuazione di una problematica urgente centrale. Nel campo dell'accoglienza vi è anche la possibilità di prescrivere terapie farmacologiche e, alcune volte, con-

⁵ Bisogna riconoscere che i servizi territoriali sia psichiatrici che sociali non hanno risorse per occuparsi di questi soggetti i quali, sostanzialmente, hanno la caratteristica (la specificità) di poter essere abbandonati. Piuttosto, quindi, che colpevolizzare i servizi per la loro posizione espulsiva, conviene offrire loro collaborazione. Un servizio specifico quale 'Area 95', presso la stazione Termini accoglie e segue questi pazienti. In cambio, i servizi possono offrirci disponibilità a ricoveri, all'accesso ai servizi sociali, alle prescrizioni farmacologiche e sanitarie, impossibili per un servizio fondato sul volontariato.

segnare direttamente alcuni farmaci resi disponibili dalla collaborazione con il vicino poliambulatorio Caritas. L'area di accoglienza, che si compone, spesso di pochi incontri – magari non solo con il soggetto interessato, ma insieme ad altre figure che appartengono al suo contesto – e finalizzata, attraverso operazioni estremamente ‘concrete’, a cercare di ricucire relazioni sociali ed affettive, dissociativamente sospese e a stabilire rapporti di reciproca collaborazione con le strutture territoriali ‘ufficialmente’ preposte.

L'esperienza fin qui maturata ci ha aiutati a mettere ancor meglio a fuoco alcune caratteristiche di questa popolazione, che, particolarmente nel caso di migranti, risulta essere sostanzialmente sana dal punto di vista psichiatrico, e che individua nella soluzione *homelessness* la sola possibilità di sopravvivenza a seguito del violento fallimento dell'esperienza migratoria. Occuparsi attivamente di questi soggetti, profondamente sofferenti, ponendosi in sintonia di fondo con la esperienza del fallimento piuttosto che sulla seduzione dissociativa evitante, apre ad una riflessione anche rispetto alla qualità, adeguatezza e costo degli interventi fino a qui disponibili all'interno del nostro Sistema Sanitario. L'evidenza dimostra che accogliere ed occuparsi attivamente della richiesta di aiuto di questi soggetti, comporta infine costi estremamente minori rispetto alle posizioni di respingimento ed evitamento. Il problema è che, particolarmente in questi casi, il buon governo debba fondarsi sulle evidenze della clinica, mentre di solito – e particolarmente nei servizi per SD con gravi problematiche psichiatriche – accade esattamente il contrario.

BIBLIOGRAFIA

- Aronson, T. (2021). The Difficulty to Reside: On Analytically Oriented Psychotherapy With the Homeless, *Contemporary Psychoanalysis*, 57:3-4, 408-445.
- Bromberg, P.M. (2006). *Awakening the Dreamer*. Routledge, New York (tr. It. Destare il sognatore, Cortina, Milano, 2009).
- Bromberg, P.M. (2011). *The shadow of the tsunami: and the growth of the relational mind*. Routledge, New York (tr. It. L'ombra dello tsunami, Cortina, Milano, 2012).
- Campbell, J. (2006). Homelessness and containment – A psychotherapy project with homeless people and workers in the homeless field. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20(3), 157-174.
- ISTAT (Censimento 2021). Disponibile da: <https://www.secondowelfare.it/povert-e-inclusione/persone-senza-dimora-i-dati-del-censimento-istat/>
- Losi, N. (2000). *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico*. Feltrinelli, Milano.
- Riefolo, G. (2001). *Psichiatria prossima. La psichiatria territoriale in un'epoca di crisi*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Riefolo, G. (2018). Gruppi aperti: esperienze di supporto psicologico nelle stazioni ferroviarie. *Rapporto Annuale, in Osservatorio Nazionale della solidarietà nelle stazioni italiane*, EC Edizioni, Roma, pp. 90-91.
- Riefolo, G. (2019). Le persone senza dimora. I servizi e le risorse (Atti delle tavole rotonde 'Termini Sociale, 2018), Multiprint, Roma, pp. 25-26.
- Riefolo, G. (2023). Rulan e lo sgombero dei fantasmi, *Vaso di Pandora, dialoghi in psichiatria e scienze umane*. Disponibile da: <https://vasodipandora.online/rulan-e-lo-sgombero-dei-fantasmi/>

-
- Riefolo, G., Raimondi, S. (2018). Pazienti Senza Fissa Dimora e servizi territoriali. Interventi di rete per pazienti senza tetto e senza cura. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici (Rivista online di Psichiatria)*, volume 17.
- Riefolo, G., Raimondi, S. (2020). Homelessness: Il gruppo e la dimora. Un gruppo psicoanalitico aperto per Senza Dimora, *KOINOS Gruppo e Funzione Analitica*, VIII, 1-2, 2020, pp. 89-107.
- Stern, N.D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. Basic Books, New York. (tr. It. Il mondo interpersonale del bambino, Bollati Boringhieri, Torino, 1987).

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 2 September 2023.

Accettato: 4 September 2023.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:852

doi:10.4081/rp.2023.852

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

