

# Ragazzi vulnerabili: prima curati e poi dimenticati in ospedale

FEDERICO POROPAT

IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo"

*Pediatria 2025, il caso dei ragazzi vittime di abbandono o allontanamento familiare, segregati nei reparti e dimenticati dalle istituzioni. L'ospedale, da luogo di cura, è divenuto la comoda soluzione del sistema per l'assenza di strutture comunitarie adeguate, ma la condanna più dura per l'adolescente privo di un progetto di vita alternativo.*

## GIANNA, CONGELATA IN UN LIMBO

Gianna ha 16 anni e, da cinquanta giorni, il Pronto Soccorso è il suo domicilio forzato. Non è qui per una necessità clinica, ma per un fallimento della rete che la imprigiona. Anche la sua è una storia complessa di abbandono (cresciuta in Tunisia, fuga clandestina in Italia) che l'ha portata, in assenza di un collocamento, a vivere in un contesto insalubre con un ventitreenne, fino al ritrovamento da parte delle forze dell'ordine. Nonostante le fragilità sociali e una positività a sostanze, la sua esigenza non è medica, ma di tutela e progetto di vita. L'assenza di una comunità disponibile ha imposto il ricovero, trasformando il reparto nel suo luogo di permanenza coatta. Gianna manifesta chiaramente l'incapacità di sopportare la *routine* rigida: protesta per i risvegli mattutini, si scontra per il pianto dei bambini e per le uscite sempre accompagnate. I suoi atteggiamenti aggressivi e infantili sono la sua reazione visibile al confinamento. Di fronte alla nostra incapacità di offrirle un progetto concreto, Gianna ha interiorizzato il blocco. Ha capito che la sua vita è congelata in un eterno presente con responsabilità ridotte e, paradossalmente, ne trae un vantaggio: si illude di avere il coltello dalla parte del manico, rifiutando le

## VULNERABLE ADOLESCENTS: FIRST TREATED AND THEN LEFT IN THE HOSPITAL (*Medico e Bambino 2025;44(10):651-653. doi: 10.53126/MEB44651*)

### Key words

Vulnerable adolescents, Social segregation, Forced confinement

### Summary

*This is an outcry against a silent, devastating phenomenon within the Italian healthcare system: the forced conversion of the hospital into an institution of social segregation for vulnerable adolescents. Through the tragic real-life stories of three teenagers, victims of family violence, neglect and institutional inertia, the paper highlights how, after receiving necessary clinical care, these minors are deliberately abandoned in a bureaucratic limbo. Lacking adequate community placements, hospitals are forced into the improper role of social custody, transforming the rigid clinical environment into a de facto total institution. This forced confinement is branded as institutional violence, which generates a 'secondary illness' - a profound psychological and social degradation - as the system, blocked by chronic resource shortages and inter-sectorial disorganization (Social Services, Judiciary and Health Systems), denies these young individuals their fundamental right to a life project. The delay, often lasting over months, is a costly waste of resources and an ethical scandal. An urgent and structural investment in community networks is needed to end this institutional anomaly and restore freedom and future to these vulnerable adolescents.*

proposte di impiegare il tempo ospedaliero, sapendo che siamo incapaci di proporre una soluzione costruttiva. Il sistema, anziché offrire uno sbocco, ha risposto al conflitto solo con il rimpallo, trasferendola da un reparto all'altro. Oggi Gianna attende in ospedale: senza un piano, senza una comunità che risponda. La sua condizione è la dimostrazione che la detenzione forzata crea un danno dove non c'era malattia, spingendo l'adolescente a manipolare l'inerzia istituzionale per la propria sopravvivenza emotiva.

## BARBARA, UNA MARGINALITÀ CHE SI AUTOALIMENTA

Barbara, 15 anni. Non è una storia di fuga, ma di tentativi disperati di trovare stabilità in un mondo di violenza. Dopo aver trascorso la sua infanzia in Egitto con i nonni, si ricongiunge in Italia con la famiglia, a 13 anni, ma è un salto nel vuoto: trova una madre inerme, un padre agli arresti domiciliari, allontanato dal nucleo per violenza domestica e una sorella con disturbo *borderline* di personalità.

Il clima familiare è così tossico che il neuropsichiatra che la valuta una prima volta le prescrive quetiapina, nel sospetto di un disturbo post traumatico da stress. Quando i lividi e un morso sul braccio diventano la prova delle aggressioni subite in casa, la tutela interviene, ma fallisce immediatamente: la prima comunità fuori regione, non capace di contenere le sue crisi di agitazione e le sue fughe, la respinge. Da quel momento, Barbara diventa un pacchetto scomodo da smistare.

L'ospedale che l'accoglie la trasferisce prima a noi, per competenza geografica, e poi la decisione di un Giudice, privo di alternative, è il punto di non ritorno: riportarla, seppur temporaneamente, nel luogo del trauma, a casa. Non è un progetto, è un cinico calcolo. Barbara, prevedibilmente, fugge di nuovo. Per mesi scompare nel silenzio burocratico. Non è più una ragazza in attesa, ma una risorsa umana perduta. La rete la ritrova infine in un'altra Regione: prostituta, cocainomane e incinta. Oggi, Barbara attende di nuovo, ricoverata nel nostro ospedale. Ma l'attesa è moltiplicata: ora cerca un posto per sé e per il bambino che porta in grembo.

### PIERO, CURATO MA NON LIBERO

Piero, 16 anni, arriva accompagnato dalle forze dell'ordine in ospedale. Cacciato di casa da una famiglia che ha stentato di accettare la sua diagnosi di disturbo dell'umore e con una storia di abuso di sostanze, da alcuni mesi vive senza una fissa dimora. L'ospedale è inizialmente un porto sicuro. Il ricovero è motivato dalla necessità di inquadramento clinico e sociale.

Fin da subito Piero appare collaborante, a tratti presenta degli accessi di rabbia che però la terapia farmacologica in breve riesce a contenere. I genitori confermano la loro intenzione ad abbandonarlo per cui viene affiancato da un educatore e progressivamente accetta di frequentare uno spazio giovani esterno, tornando in reparto solo per la notte. Questo permette una riduzione dei farmaci, il suo umore mi-

gliora, e il progetto di ricerca di una comunità terapeutica viene declassato a una comunità educativa. In breve, l'ospedale lo salva, ma subito dopo, lo imprigiona. Le settimane si trasformano in mesi. Inizia la lenta, dolorosa discesa. Nonostante la sua collaborazione di base, la vita intraospedaliera si trasforma in una tortura. I suoi scatti di rabbia, inizialmente forse attribuibili alla sua storia di dipendenza, si rivelano presto riconducibili alla frustrazione del blocco. Il personale, esausto e incapace di accettare un ricovero inappropriato così prolungato, fatica a volte a trovare una *de-escalation* adeguata, ponendosi a tratti in maniera conflittuale con il ragazzo. I sanitari non sono cattivi, sono operatori costretti in un ruolo improprio. Le suppliche al Tribunale restano inascoltate.

L'inerzia del sistema ha congelato novantotto giorni della vita di Piero.

Quando finalmente, dopo oltre tre mesi di reclusione burocratica, Piero viene collocato, lascia il reparto con un fardello in più: venti chili acquisiti e una profonda cicatrice di frustrazione istituzionale.

Gianna, Barbara e Piero - nomi fittizi di storie dolorosamente vere - non sono eccezioni. Le loro storie sono infatti l'emblema di un fenomeno silente ma devastante che non si può più ignorare: la conversione dei reparti ospedalieri, in particolare quelli dedicati alla Neuropsichiatria Infantile e alla Pediatria, in strutture di segregazione non per scelta clinica, ma per necessità sociale. Parliamo degli adolescenti con gravi fragilità familiari, formalmente allontanati dai genitori per provvedimento del Tribunale per i Minorenni, che, pur avendo superato la fase acuta, restano bloccati nelle corsie, talvolta rimpallati da un reparto all'altro. Non sono pazienti, ma ospiti coatti, in attesa di un posto in una comunità terapeutica o educativa che semplicemente non c'è.

Il cuore del problema risiede nel fallimento del sistema di Welfare. L'ospedale, la cui funzione è l'alta intensità assistenziale e la cura delle patologie acute o complesse, si ritrova a

operare con un mandato improprio: la custodia sociale. In questo paradosso, l'istituzione sanitaria è costretta a negare la propria missione clinica. L'ambiente ospedaliero, rigido e inadatto alla quotidianità e allo sviluppo, trasforma il reparto in una istituzione totale *de facto*.

Questa detenzione forzata, dettata dall'inerzia del sistema, costituisce una vera e propria violenza istituzionale. Il confinamento coatto non è neutrale; al contrario, produce un inevitabile degrado della condizione psichica e sociale del minore. È la prova che la struttura stessa, e non solo la patologia, è fonte di sofferenza. Al disagio iniziale si aggiunge una vera e propria "malattia aggiunta", generata dalle restrizioni e dalle imposizioni di un sistema bloccato e immobile, incapace di fornire risposte tempestive. Il ragazzo è negato nella sua persona, immobilizzato nel suo sviluppo e privato della libertà di accedere a un progetto di vita.

La responsabilità di questo stallo non è ascrivibile a un singolo attore, ma a un meccanismo inceppato. I Servizi Sociali, pur essendo deputati alla tutela e all'identificazione di un luogo sicuro, si scontrano con la carenza cronica di offerta e con tempi di risposta inaccettabilmente lunghi da parte delle strutture accreditate. A cascata, i giudici, pur responsabili della tutela del minore, si trovano privi di alternative concrete e sono costretti a delegare all'ospedale la gestione emergenziale. Il risultato è un'inerzia burocratica che lascia il minore appeso a un filo, intrappolato in un circuito dove i tempi di attesa superano di gran lunga la loro tollerabilità emotiva.

La Comunità terapeutica o educativa, al contrario dell'ospedale, dovrebbe essere il luogo in cui si realizza il vero progetto di libertà e riabilitazione, offrendo un ambiente strutturato e relazionale, volto a ricostruire quel senso di appartenenza negato dalla famiglia d'origine e replicato dal confinamento ospedaliero.

In questo contesto di ricovero di mera custodia, è fondamentale riflettere su chi possa rappresentare un punto di continuità e, soprattutto, un anel-

lo di prevenzione. Il pediatra di famiglia (PdF) è la figura sanitaria più vicina alla famiglia e in posizione unica per agire come sentinella sociale, intercettando i primi segnali di disagio minorile e di vulnerabilità genitoriale, ben prima che la situazione raggiunga il punto di rottura familiare. Il suo ruolo, potenziato e riconosciuto, non dovrebbe essere solo di cura della malattia fisica, ma di prevenzione delle situazioni a rischio. L'estensione dell'età di pertinenza del PdF fino ai 18 anni, oggetto di dibattito, rafforzerebbe questa figura professionale nel monitoraggio critico dello sviluppo e nell'attivazione precoce della rete di supporto, contenendo la crisi prima che l'adolescente venga inghiottito nel limbo dell'ospedalizzazione forzata.

Sono relativamente giovane e quindi forse incauto nelle mie riflessioni. Tuttavia non credo di ingannarmi se,

in quanto descritto, ravviso una risonanza storica, una situazione in qualche modo assonante con quella denunciata dal dott. Basaglia molti anni fa. La logica basata sulla segregazione e la conversione di un luogo di cura in un luogo di custodia annullante la soggettività, torna a manifestarsi. Sebbene i metodi siano cambiati, l'effetto sul minore è identico: la negazione della libertà per assenza di alternative e l'ignoranza dei bisogni della persona in nome della disorganizzazione sistemica.

Il prolungamento di questi ricoveri non solo è eticamente insostenibile, ma rappresenta anche un enorme spreco di risorse, distogliendo personale e posti letto da chi ha un effettivo bisogno di cure sanitarie. Dobbiamo chiedere alle Istituzioni un'assunzione di responsabilità che sia celere e risolutiva. Non servono palliativi, ma una

riforma strutturale: è necessario sbloccare con urgenza gli investimenti per la creazione di una rete capillare e adeguata di comunità e rafforzare il coordinamento intersettoriale tra Sanità, Comuni e Servizi Sociali. È imperativo chiudere questa anomalia istituzionale e restituire ai ragazzi il loro futuro. Lo Stato, nel suo dovere di tutela, non può permettersi di negarsi relegando i suoi cittadini più fragili in un limbo ospedaliero.

**Indirizzo per corrispondenza:**

Federico Poropat  
[federico.poropat@burlo.trieste.it](mailto:federico.poropat@burlo.trieste.it)