

Simona Di Marco

simonadimarcos@gmail.com

Italia, Rimini

Psicoanalisi operativa ed etnoclinica in un Centro di Salute Mentale e nella rete di Comunità: l'esperienza dell'Équipe Inclusion e Marginalità a Rimini

Abstract

Il presente contributo illustra l'esperienza clinica e istituzionale sviluppata nel territorio di Rimini per la presa in carico di persone in condizione di grave emarginazione adulta (senza dimora, richiedenti asilo e migranti con traumi complessi).

Superando il riduzionismo biomedico di fronte ai fenomeni di «sofferenza urbana» (B. Saraceno), il modello attua un esperimento epistemologico fondato sull'integrazione tra la psicoanalisi operativa di gruppo di E. Pichon-Rivière e l'etnoclinica complementarista di G. Devereux.

Il dispositivo poggia su due livelli strutturali permanenti:

L'Équipe Inclusion del CSM: gruppo multiprofessionale paritario (psichiatra, infermiere, educatore, assistente sociale, TeRP) dotato di un setting protetto e di un ECRO condiviso. La sua tarea esplicita unisce la presa in carico diretta (budget di salute, abitare, inserimento lavorativo IPS, colloqui etnoclinici) alla consultazione e supervisione etnoclinica di secondo livello per i servizi territoriali. Si ipotizza che la tarea implicita elabori le ansie basiche (perdita e attacco), il controtransfert istituzionale (F. Guattari) e quello culturale (G. Devereux; M.R. Moro).

L'Équipe Marginalità territoriale: snodo comunitario interistituzionale (Comune, SerDP, bassa soglia) che opera nei luoghi di vita secondo il principio del «governo dal basso» (A. Appadurai), includendo prioritariamente i determinanti sociali di salute sia nella valutazione dei bisogni che nelle risposte di cura.

Riconoscendo la salute mentale come «adattamento attivo alla realtà», il lavoro dimostra come la complessità imponga una mente gruppale comunitaria. Questo dispositivo non va inteso come un'eccezione per i margini, ma come modello di intervento garantito da tutte le istituzioni per tutte le persone che richiedono percorsi di cura condivisi.

Parole chiave: marginalità, inclusione, comunitario, multidisciplinare, dispositivo

PRESENTAZIONE DEL LAVORO

Buonasera a tutte e a tutti,

sono qui oggi a condividere un'esperienza di lavoro clinico e istituzionale maturata all'interno del Dipartimento di Salute Mentale pubblico della città di Rimini.

SVILUPPO

L'oggetto del nostro lavoro è l'incontro con persone adulte in condizione di grave marginalità che presentano sofferenza psichica e accedono al Centro di Salute Mentale, nello specifico, a un'équipe multidisciplinare dedicata alla loro presa in cura.

Si tratta in larga parte di persone migranti, richiedenti asilo o prive di status giuridico regolare, provenienti da contesti geografici e culturali eterogenei. Uomini e donne che portano i segni di percorsi migratori traumatici e che sono esposti a condizioni di homelessness, a una radicale deprivazione materiale e a una complessa vulnerabilità socio-sanitaria, in cui la sofferenza psichica severa si intreccia frequentemente con disturbi da uso di sostanze e condizioni di violenza agita e subita.

Questi fenomeni complessi sono maggiormente spiegabili come emergenti di un processo collettivo di sofferenza urbana, che si collocano al termine di un percorso di fallimenti rispetto all'inclusione e alla difesa dei diritti fondamentali (Saraceno, 2019). Di fronte a questa clinica del margine, il paradigma biomedico classico e l'ambulatorio tradizionale si scontrano con i propri limiti epistemologici: rischiano di ridurre le ferite inferte dalla violenza sociale a mere disfunzioni intrapsichiche individuali, prodotte invece dalla negazione dei diritti, dalla precarietà dell'abitare e dall'invisibilità sociale.

La cornice teorica: L'esperimento tra Psicoanalisi Operativa ed Etnoclinica

Per dare senso e metodo a questa complessità, la nostra équipe ha intrapreso un esperimento teorico e metodologico: tenere insieme la psicoanalisi operativa di gruppo di

Enrique Pichon-Rivière con l'etn clinica di matrice complementarista, fondata sull'opera di Georges Devereux.

Questo innesto teorico è per noi fondamentale.

Georges Devereux ha introdotto il principio del complementarismo, stabilendo che il dato psicologico e il dato antropologico-culturale debbano essere pensati insieme, senza che l'uno riduca l'altro a mera variabile secondaria. Nel nostro modello, il contesto socio-culturale di provenienza della persona migrante e/o in condizione di marginalità non è un elemento accessorio, ma un codice simbolico vivo: una rete di appartenenze, miti e sistemi di parentela che deve entrare a pieno titolo nella riflessione clinica.

Enrique Pichon-Rivière, d'altra parte, ci fornisce lo strumento operativo per rendere viva questa convergenza attraverso il concetto di epistemologia convergente e la costruzione di un ECRO condiviso.

Il dispositivo interno al CSM: Setting, Équipe e Mente Gruppale

L'Équipe Inclusion è un dispositivo istituzionale permanente all'interno del Centro di Salute Mentale che possiede un setting rigoroso e definito: un luogo (il Centro di Salute Mentale), un tempo protetto (il giovedì pomeriggio) e un preciso compito.

Ispirata ai principi del gruppo operativo, l'équipe comprende professionisti con funzioni e ruoli differenti: una psichiatra, un'infermiera, un educatore, un'assistente sociale, una tecnica della riabilitazione psichiatrica (TERP).

Tutti i componenti condividono un ECRO che costituisce la nostra matrice comune: è lo strumento che permette di leggere la sofferenza contemporaneamente come vissuto psichico, come fenomeno corporeo, come significato culturale e come esito di una precisa condizione sociale, geopolitica e giuridica.

Significa pensare la sofferenza psichica come emergente di una dinamica più ampia, come espressione di conflitti e ansie del contesto, risultante di fattori che si influenzano reciprocamente.

Il compito: Presa in carico diretta e consultazione di secondo livello

All'interno di questo dispositivo, il compito (tarea) si declina su due livelli operativi precisi:

La presa in carico diretta delle situazioni complesse: co-costruiamo progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati ad alta intensità comunitaria. Utilizziamo strumenti quali il budget di

salute, l'inserimento lavorativo con metodologia IPS (Individual Placement and Support), percorsi di accoglienza e di stabilizzazione abitativa, colloqui etnoclinici e setting di gruppo a geometria variabile che coinvolgono i mediatori culturali e, laddove possibile, anche le reti familiari transnazionali nei paesi d'origine.

La funzione di consultazione e supervisione etnoclinica di secondo livello: la nostra équipe si costituisce anche come spazio di consulenza clinica e metodologica per le altre équipes territoriali del Centro di Salute Mentale e per i servizi territoriali (SPDC, servizi per la Tutela Minori, etc) che incontrano difficoltà nella presa in cura di persone provenienti da universi socio-culturali diversi.

L'integrazione con la comunità: L'Équipe Territoriale Allargata (Equipe Marginalità)

La complessità richiede risposte complesse, la cui elaborazione necessita di dispositivi che travalichino i confini istituzionali, escano fuori dall'ambulatorio e siano autenticamente comunitari.

Per questo motivo il nostro dispositivo analitico non resta isolato all'interno del CSM. La sua efficacia si fonda su un secondo asse, anch'esso permanente: l'integrazione strutturale con l'Équipe Marginalità territoriale, nodo organizzativo del Centro Servizi per il contrasto alla povertà, costituitosi a Rimini nell'ambito del PNRR. Il Centro servizi si costituisce come snodo di coordinamento e supporto strumentale alle attività dei centri e dei servizi sul territorio che si occupano di soggetti in condizione di grave marginalità sociale.

L'équipe marginalità territoriale si incontra a cadenza regolare (due volte al mese) insieme agli operatori del SerDP ai servizi sociali del comune, ai legali esperti in diritto dell'immigrazione, all'Ambulatorio di medicina di base per migranti e agli operatori della bassa soglia, delle unità di strada e delle realtà di autogestione sociale della città.

Definiamo questa équipe come un dispositivo comunitario, interistituzionale e multidisciplinare per gestire la complessità: un dispositivo capace di riprodurre socialità dove è stata interrotta e di restare dentro le comunità in cui le persone vivono. L'équipe opera nei luoghi fisici in cui la marginalità abita: la stazione, la strada, accoglienza di bassa soglia. È quella che Arjun Appadurai definisce «governo dal basso» (governmentality from below): una prassi in cui la salute non viene calata dall'alto, ma co-costruita partendo dall'ascolto del bisogno insieme ai soggetti stessi.

Il lavoro dell'équipe si articola in diverse fasi metodologiche:

La co-costruzione della narrazione biografica della persona, volta a identificare fattori di rischio e di protezione;

L'individuazione delle risorse e delle offerte del territorio e la negoziazione di un progetto personalizzato.

Il dispositivo gruppale consente l'analisi della domanda e la ridefinizione del bisogno attraverso l'apporto di tutti gli integranti in un'ottica multidimensionale. Le prime azioni sono finalizzate a garantire prioritariamente i determinanti sociali di salute (la casa, l'avvio dei percorsi legali per la regolarizzazione giuridica) e l'assistenza sanitaria di base e l'invio, se necessario, ai servizi specialistici di salute mentale e al SerDP.

Il compito implicito: Resistenze, dinamiche istituzionali e ansie basiche

Come sappiamo dalla psicoanalisi operativa, nessun compito esplicito può realizzarsi senza l'elaborazione del compito implicito.

I componenti dell'équipe provengono da più istituzioni che si influenzano attraverso proiezioni reciproche di vissuti, fantasie, aspettative, storie, immagini collettive e diverse rappresentazioni dei concetti di legge, di cura e di malattia, che costituiscono una densa trama di aspetti transferali e controtransferali. A ciò si aggiunge lo specifico mandato a cui ogni istituzione è chiamata a rispondere, aspetti a loro volta influenzati dal clima socio-politico locale e globale.

Ogni operatore è inserito all'interno di ambiti con propri mandati (impliciti ed espliciti) che orientano e possono ostacolare le relazioni nel gruppo di lavoro.

Per comprendere queste resistenze ci vengono in aiuto due costrutti teorici fondamentali:

Il concetto di transfert e controtransfert istituzionale teorizzato nell'ambito della psicoterapia istituzionale da Félix Guattari, che si riferisce alle dinamiche istituzionali inconsce in relazione al contesto e alla comunità in cui l'istituzione stessa è collocata;

Il concetto di controtransfert culturale, teorizzato originariamente da Georges Devereux e approfondito da Marie Rose Moro, che considera la componente culturale del controtransfert: ovvero l'insieme delle reazioni consce e inconsce, implicite ed esplicite, degli operatori di fronte alla diversità culturale e alle differenze.

Inoltre, aspetti di sofferenza e trauma non elaborati possono riflettersi specularmente nella relazione tra i componenti dell'équipe.

Il lavoro nell'équipe mobilita intensamente le due ansie basiche teorizzate da Pichon-Rivière:

La paura della perdita: il timore dell'operatore di perdere le proprie certezze tecniche, i riferimenti teorici rassicuranti e l'identità professionale precostituita;

La paura dell'attacco: l'angoscia paranoide e persecutoria di fronte al "nuovo", in cui l'alterità culturale, il trauma e la cruda violenza della deprivazione vengono vissuti dall'operatore come una minaccia invasiva e disorganizzante, di fronte alla quale ci si sente inermi e privi di difese tecniche.

Se queste ansie non vengono pensate, il rischio istituzionale è la fuga verso difese controtransferali scissorie: l'iper-psichiatrizzazione difensiva («è incomprendibile, dunque è psicotico») o, all'opposto, l'evitamento burocratico («è solo un problema socio-culturale o assistenziale, non ci compete»).

L'équipe è il luogo analitico in cui il controtransfert culturale e istituzionale può essere finalmente accolto.

Ipotizziamo che il compito implicito dell'équipe consista nell'analizzare questi aspetti: permettere alle ansie di essere nominate e affrontate affinché il processo di cura possa proseguire senza arenarsi nella paralisi istituzionale.

CONCLUSIONI

Un paradigma per la salute mentale pubblica

In conclusione l'esperienza dell'équipe nasce dall'incontro fecondo tra psicoanalisi operativa ed etnoclinica.

Enrique Pichon-Rivière ci ha insegnato che la salute mentale consiste nell'adattamento attivo alla realtà: la capacità trasformativa di un soggetto di incidere sul proprio mondo relazionale e materiale. Per una persona migrante in condizione di grave emarginazione, consentire un adattamento attivo significa restituirle la possibilità di parola, il riconoscimento della propria identità e l'accesso pieno alla comunità dei diritti.

Questo implica ricercare costantemente la complessità sistemica delle cause, un'operazione che può essere condotta unicamente attraverso il lavoro di rete dentro la comunità.

Il nostro desiderio è che i dispositivi di cura collettivi e multidisciplinari non rimangano un'eccezione confinata ai margini, ma si affermino come un modello strutturale, garantito

dalle istituzioni a chiunque affronti una condizione di complessità e necessità di percorsi di cura co-costruiti.»

Vi ringrazio per l'attenzione.

Riferimenti Bibliografici

- Appadurai, Deep democracy: urban governmentality and the horizon of politics, «Environment & Urbanization», Vol. 13, n. 2, 2001
- Saraceno, Salute globale e diritti. Conversazioni sulla cura e la salute mentale, DeriveApprodi, 2022
- Leonardi, La colpa di non avere un tetto. Homelessness tra stigma e stereotipi, Eris Edizioni, 2021
- B. Saraceno, Psicopolitica. Città, salute, migrazioni, DeriveApprodi, 2019
- U. Fabietti, L'identità etnica. Storia e critica di un concetto equivoco, Carocci, 1995
- G. Devereux, Saggi di etnopsichiatria generale, Armando Editore, 2007
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - fio.PSD, Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia, 2015
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023
- Regione Emilia-Romagna, Piano regionale per il contrasto alle povertà 2022-2024
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) M5C2 - Investimento 1.3 Housing First e Stazioni di posta - Sub-investimento 1.3.2 Stazioni di posta (Centri servizi per il contrasto alla povertà)
- E. Pichon-Rivière, Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale, Libreria Editrice Lauretana, Loreto, 1985 (ed. orig.: El proceso grupal, Nueva Visión, Buenos Aires, 1977).
- F. Guattari, La trasversalità [1964], in Psicoanalisi e trasversalità, Orthotes, Napoli-Salerno, 2024.
- J. Bleger, Psicoigiene e psicologia istituzionale, Libreria Editrice Lauretana, Loreto, 1989 (ed. orig.: Psicohigiene y psicología institucional, Paidós, Buenos Aires, 1966)