

La cura nell'Istituzione Carceraria

Gianluca Biggio

Abstract

Dopo una premessa storica sul tema *Carcere, Pena e Cura*, si descrive la nascita della Prigione come Istituzione a partire dal diciassettesimo secolo. Solo da pochi decenni sono state avviate delle riformulazioni che hanno introdotto delle finalità di riabilitazione. Nell'articolo vengono esplorate le potenzialità riabilitative alla luce di una lettura socioanalitica della struttura. Vengono illustrati alcuni casi clinici gestiti con una visione psicoanalitica che confermano la possibilità di esercitare un'azione psicoterapeutica nei confronti dei detenuti. In fine viene descritto un Progetto Europeo del 2014, denominato *REHAB*, che ha avuto come scopo quello di abbassare le barriere comunicazionali tra i vari attori istituzionali supportando in alcune aree interstiziali una relazione terapeutica tra i vari componenti della Istituzione.

Parole chiave

Psicologia istituzionale, psicoanalisi, socioanalisi, espiazione, riabilitazione, relazione terapeutica, storia del carcere.

Carcere, pena e cura. Premessa storica

In “Sorvegliare e punire”, Michel Foucault (1975) descrive la nascita dell'istituzione carceraria come un'organizzazione restrittiva il cui scopo è di far espiare una condanna. Solo le riformulazioni del secolo scorso hanno aperto la via a una concezione rieducativa del carcere.

Il carcere era in precedenza sostanzialmente concepito come edificio-fortezza atto a imprigionare e allontanare il reo dalla società per motivi di sicurezza.

Il diritto romano riconosceva pene di carattere privatistico per i trasgressori di norme di interesse individuale, da comminare mediante un processo civile, e pene di carattere pubblico per i trasgressori di norme d'interesse collettivo da sancire attraverso un processo penale.

Le pene private erano generalmente pene pecuniarie e consistevano in una somma da versare all'offeso per risarcire il danno subito. Le pene pubbliche variarono nel corso del tempo: la più grave rimase quella capitale ma vennero applicate anche l'esilio, la fustigazione, le pene pecuniarie, la destinazione ai lavori forzati o alle arene circensi.

Il sistema penale medievale, basato sui criteri della vendetta privata, non fu propizio allo sviluppo del regime carcerario. Nella società feudale non esistevano luoghi fisici istituzionali di contenzione, con regole penali chiare ed equiparabili per tutti. Il carcere medievale, punitivo e privatistico si fondava sulla categoria etico-giuridica del “taglione”, e anche sul criterio del potere di condanna del feudatario.

Dopo la concezione feudale della pena come “legge del taglione”, nel secolo XVI si assiste a un progressivo cambiamento del concetto di pena e inizia a formarsi il nucleo dell'ideologia penale pre-illuminista. A poco a poco in Inghilterra, i ladri e le prostitute, insieme ai vagabondi, ai poveri e ai ragazzi abbandonati, anziché essere sottoposti alle comuni sanzioni dell'epoca, vengono raccolti nei palazzi di custodia (concessi dal sovrano) e obbligati a “riformarsi” attraverso il duro lavoro e la disciplina. Nasceva così nel 1557 la prima “House of Correction” o “Workhouse”, caratterizzata dall'organizzazione rigida del tempo, strutturato in azioni lavorative sempre uguali e ripetitive.

Questa situazione europea dura sino alla rivoluzione francese. Dopo la pubblicazione “Dei delitti e delle pene” (1764/66) di Cesare Beccaria, le nuove teorie rivoluzionarie borghesi, politiche e sociali, favorirono l'affermarsi di una nuova struttura giuridico-normativa, in Francia, il codice rivoluzionario

del 1791, e in Germania, il codice bavarese del 1813, stabilivano un'equivalenza tra delitto e pena cercando di sottrarre quest'ultima all'arbitrio dei privati. In questo clima vennero accolte con favore le teorie di alcuni "riformatori" inglesi tra cui spicca il filosofo e giurista Jeremy Bentham¹, che assegna al carcere, un carattere di controllo e di lavoro, al fine di spingere i detenuti verso un ruolo produttivo di risocializzazione.

Nasce la nuova struttura architettonica del carcere moderno (carcere Benthamiano), fatta di "bracci" (o "raggi") e rotonde, costruito in modo che i carcerieri stando fermi nel posto di guardia sito sulla rotonda potessero avere la visuale piena su un intero braccio di celle, o su più bracci (a raggiera). A Milano alla fine del XVII secolo vengono realizzate una "Casa di Correzione" e un "Ergastolo". Nella prima struttura vengono rinchiusi i colpevoli di reati minori tenuti in regime di separazione; nella seconda i condannati per gravi reati che non vivono in isolamento (diverrà obbligatorio in seguito) e vengono utilizzati in lavori di pubblica utilità.

Arrivando a più recenti decenni, il 1988 rappresenta un anno cruciale per via della riforma del codice penale italiano. In quell'anno, vedeva infatti la luce il nuovo codice di rito che introduceva il principio della riabilitazione sociale oltre a quello della pena².

Attualmente l'apertura del carcere ad altre istituzioni sanitarie territoriali (salute mentale e tossicodipendenze) ha sostenuto ulteriormente l'idea di una rieducazione con potenzialità terapeutiche per queste strutture.

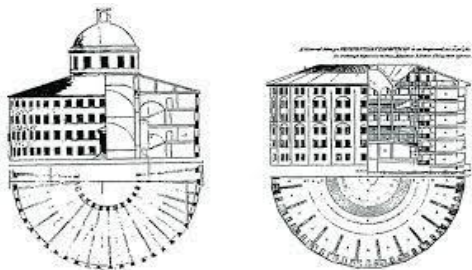
Quando ci troviamo a parlare di cura a valenza psicoterapeutica in questo contesto è opportuno chiarire alcuni livelli interconnessi che influiscono su qualsiasi tipo di assetto che si voglia stabilire:

- a- la specifica patologia affrontata
- b- la dinamica istituzionale
- c- il transfert e controtransfert istituzionale
- d- il livello di cura (individuale, gruppale, sistemico istituzionale).

1-Riferimenti psicoanalitici al concetto di istituzione

Freud (1938) in "L'uomo Mosè e la religione monoteistica; tre saggi" parla di istituzioni, organizzazioni e sistemi sociali collegandoli con l'analisi precedentemente svolta in "Totem e Tabù" (1912-1913). Egli afferma: "I legami emotivi reciproci nati fin dalla cacciata (*del padre*)... finirono per con-

¹ Vedi: Bentham, Jeremy (1779). *An introduction to the principles of morals and legislation*. Chestnut Hill, Mass.: Elibron Classics.



² Vedi: [DDL - Modifiche al codice penale e al codice di procedura ...](#)



durre a un'unione tra loro, una sorta di contratto sociale. Nacque così la prima forma di organizzazione sociale, con la rinuncia pulsionale, il riconoscimento di obbligazioni reciproche, la fondazione di certe istituzioni dichiarate inviolabili (sacre), dunque gli inizi della morale e del diritto" (pag. 404). Lo stesso Freud inoltre in "Il disagio della civiltà" (1929) afferma che: "I benefici dell'ordine sono incontestabili: esso dà all'uomo la possibilità di utilizzare nel modo migliore il tempo e lo spazio risparmiando le sue forze psichiche... (*stupisce che*) l'uomo manifesti una tendenza innata alla negligenza, alla irregolarità e alla confusione nel lavoro e debba essere faticosamente educato... La vita umana associata è resa possibile a un solo patto: che più individui si riuniscano e questa maggioranza sia più forte di ogni singolo... La sua essenza consiste nel fatto che i membri della comunità si limitano nella possibilità di soddisfacimento, mentre il singolo non conosceva restrizioni del genere..." (pag. 584-585).

Anche nella concezione sociale freudiana dunque vi è il tema dello scontro tra le esigenze sociali, le leggi dell'ordine, del lavoro, e le tendenze pulsionali. È a tutti nota la frase di Freud (1929): "L'uomo civile ha barattato una parte della sua possibilità di felicità per un po' di sicurezza" (pag. 602).

Vari autori moderni mettono a confronto la psicoanalisi con il tema dell'assistenza nell'ambito delle istituzioni sociali. La psicoanalista francese Catherine Millot (1979) nel suo contributo "Processo educativo e processo psicoanalitico" evidenzia la presenza dell'interesse per la pedagogia in tutta l'opera freudiana. Ella fa notare come Freud, in *Cinque conferenze sulla psicoanalisi*, affermasse (1910): "Se volete, potete descrivere il trattamento psicoanalitico semplicemente come un'educazione permanente al superamento dei residui infantili" (pag. 166).

Nel 1925 Freud redige un'introduzione al libro di Aichhorn "Gioventù travolta". Questo libro rese Aichhorn noto come studioso della psicoanalisi applicata ai temi dell'educazione. Nell'introduzione al testo Freud afferma: "La possibilità d'influenzamento psicoanalitico poggia su alcune premesse ben precise compendiabili nel termine «situazione analitica». Qualora queste premesse manchino come nel bambino, nel giovane travolto, e anche normalmente con l'individuo con impulsi criminali, quel che bisogna fare è qualcosa di diverso dall'analisi, (*qualcosa*) che risulta poi coincidente con essa in quanto a intenti. I capitoli teorici di questo libro consentiranno al lettore di orientarsi *nella molteplicità e varietà delle soluzioni che spettano agli educatori*".

Il tema dell'incontro tra psicoanalisi, pedagogia ed educazione, sia in senso spiritualista che libertario si diffonde nelle prime decadi del Novecento tra i pionieri della psicoanalisi. Il pastore Oskar Pfister, (1990)³ con cui Freud intratterrà un carteggio dal 1930 al 1939, scrive nel 1917 un'opera su *Pedagogia e psicoanalisi*, in cui sostiene il valore spirituale della psicoanalisi applicata alla pedagogia.

In accordo con questi sviluppi la *International Review of Psycho-Analysis*, nel 1984 recensì favorevolmente un libro sulle professioni di aiuto "The Cry for Help and the Professional Response" (Kahn, Earle, 1982). Lo scopo dichiarato del volume era quello di cercare di supportare le professioni di aiuto nel trovare un nuovo quadro analitico di comprensione all'interno del quale il supporto potesse essere offerto. "Il grido di aiuto" era anche la richiesta inconsapevole degli operatori minacciati nel loro senso d'identità professionale.

Più recentemente l'*International Journal of Applied Psychoanalysis* (Gourguechon, 2013) parla di "Typology of Applied Psychoanalysis", tipologie di psicoanalisi applicate al di fuori della tradizionale stanza di consultazione.

Una breve rassegna della storia della psicoanalisi applicata fornisce la definizione delle principali categorie di attività utilizzabili: supporto sociale, organizzazione sociale, psicoanalisi nella comunità, psicoanalisi della comunità, cambiamento sociale.

³ Vedi: Freud, S, Pfister, O. *Psicoanalisi fede: lettere tra Freud e il pastore Pfister (1909-1939)*. Bollati Boringhieri editore. Milano, 1990.

2-La cura e le dinamiche istituzionali

È a tutti noto che il tema della cura istituzionale è stato sviluppato da autori di formazione psicoanalitica.

Nella scuola inglese si può dire che una prima opzione metodologica è nata proprio dai contributi di Bion (1961) sul gruppo di lavoro. La seconda modalità prende corpo invece a partire dai contributi sulla psicoanalisi applicata alla comprensione delle strutture sociali, proposta da Jaques (1955) e Menzies (1960), e diffusa in organizzazioni sia di cura e sia aziendali. Questi autori andarono poi a costituire il modello elaborato dalla sezione Human Relations del Tavistock Institute (Miller, Rice, 1967).

La prima opzione rientra in una area che va dalla gruppo-analisi all'analisi istituzionale, mentre la seconda opzione viene denominata socioanalisi; entrambe le opzioni però concordano su due assunti di base. Il primo potrebbe essere definito "individuo-gruppo-organizzazione"; la dinamica istituzionale vede l'organizzazione come realtà che "va dall'intrapsoichico e individuale all'impersonale, collettivo e sociale" (Petrella, 1981).

Il secondo assunto potrebbe essere definito "cambiamento", entrambe le modalità infatti si propongono di favorire nelle istituzioni forme di elaborazione simbolica e di cambiamento (Biggio, 2011).

Kernberg (1988) e Obholzer (1987), parlando del funzionamento istituzionale asseriscono che la diffusa convinzione che l'isomorfismo tra la patologia degli utenti e il gruppo curante, il *mirroring image structure* secondo Stanton e Schwartz (1984), in conclusione, fornisca solo una parziale comprensione della patologia del gruppo istituzionale. Essi sono molto chiari nell'asserire che la patologia istituzionale è un fenomeno principalmente legato all'esercizio della autorità all'interno dei gruppi di lavoro e delle organizzazioni in generale.

Altre visioni istituzionali, sono quelle della scuola francese e in parte argentina. Esse osservano l'insieme istituzionale come luogo che raccoglie i "resti" di una sofferenza sociale non elaborata o addirittura non elaborabile. Lavori importanti come "Il travaglio della morte nelle istituzioni" (Enriquez, Kaes, 1987) sono testimoni di questa visione. Il tema dei "resti", delle scorie, viene utilizzato, in accordo con la visione francese, anche da Gaburri (1993).

Lo psicoanalista argentino Bleger (1989) si dichiara d'accordo con l'impostazione del collega inglese Jaques, ma aggiunge che la sua visione costituisce solo una parte della relazione tra ansie e istituzioni. Bleger sostiene che le istituzioni funzionino come "deposito" permanente di stati primitivi della mente e di quella che viene chiamata "socialità sincretica di gruppo", ovvero la coesistenza agglutinata di parti diverse, espresse dai singoli senza che vi sia una reale comunicazione finalizzata a una matura socialità organizzativa. Kaes e altri (1988) descrivono una serie di modalità difensive in atto nel funzionamento istituzionale come, ad esempio, "il patto denegativo", definito quale spazio di rimozione, di diniego e sconfessione funzionale alla conservazione del legame istituzionale.

In sintesi si può dire che il paradigma dell'analisi istituzionale e della socioanalisi - a livello del gruppo - sembra comprendere tre elementi essenziali, dal cui esito dipende la possibilità del cambiamento per il gruppo stesso:

- Oscillazione dinamica dei gruppi tra emotività e razionalità
- Rapporto con l'autorità e la figura del leader
- Relazione contenuto/contenitore che il gruppo ha con l'organizzazione, l'istituzione, la cultura organizzativa.

3-Modelli della psicoanalisi applicata alle istituzioni e alle organizzazioni

A partire dal dopoguerra, sino agli anni Novanta del secolo scorso, con lo sviluppo del Welfare State le opportunità di applicazione della psicoanalisi si erano decisamente sviluppate.

I contenitori teorici e applicativi di questi interventi sono molteplici e proverò a citarne alcuni: il

modello del Tavistock Institute HR, i gruppi Balint (Balint E., Balint M., 1961), L'analisi Istituzionale di scuola francese (Lapassade, 1967), la scuola argentina (Bleger, 1989) e anche quella italiana (Manoukian, 1988).

Il libro sulle Comunità terapeutiche (2005) - a cura di Ferruta, Foresti e Vigorelli - per esempio - offre un'analisi dei fattori terapeutici diretti e indiretti che possono essere utilizzati nelle strutture comunitarie.

Inoltre vi sono interessanti contributi sulla cura psicoanalitica duale entro l'organizzazione istituzionale. In un'istituzione inoltre sono bisognosi di cura e supporto non solo i pazienti, ma anche i curanti. Questa considerazione riporta all'importanza della supervisione psicoanalitica e psicodinamica nelle istituzioni terapeutiche.

4- Cenni sul percorso terapeutico individuale nella istituzione carceraria

Il carcere costituisce sul piano della realtà oggettiva una restrizione della libertà quale pena socialmente codificata per un reato compiuto, ma sul piano della realtà soggettiva la carcerazione favorisce talora l'accesso a una dimensione persecutoria, più o meno allucinata, o nella migliore delle ipotesi lo sbocco epicritico di un fallimento esistenziale.

Il disorientamento amaro e inconsolabile che accompagna spesso le prime settimane di reclusione non è, a mio avviso, solo una reazione alla restrizione materiale, è anche il segno di una caotica e sofferta ricerca di un significato interiore per ciò che si sta vivendo.

Chi viene carcerato è condannato alla perdita esterna della libertà fisica, ma anche a una dolorosa perdita interna del proprio valore.

La perdita esterna e quella interna si fondono e si esprimono in un acuto senso di fallimento, una sensazione di metaforica condanna alla catastrofe, dalla quale il detenuto dovrà cercare di risollevarsi se vuole sopravvivere (Biggio, 2024).

Molte persone detenute però non riescono veramente a riemergere da questo stato di abbattimento e così l'esperienza del carcere si tramuta da inferno a limbo, ovvero in uno stato di assenza e sospensione della riflessione, che serve a evitare una sofferenza che non si riesce - per così dire - a smaltire.

In questa condizione di limbo molti si allontanano dalle emozioni regredendo verso uno stato di passiva routine vegetativa nella quale il tempo sembra esistere prevalentemente per regolare le funzioni psicofisiche più elementari. Le lunghe e rituali attese dell'istituzione carceraria sono talora complici nel creare e mantenere lo stato di una passiva attesa del fine pena.

In un articolo della rivista *Psicoterapia Psicoanalitica* del 1992 intitolato: "Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale" lo psichiatra Politi parlava dei problemi emotivi e relazionali della detenzione in carcere.

In questo contributo il collega di Novara affermava che tra carcere e detenuto si istaura un'implicita alleanza al fine di trasformare questo luogo una sorta di "frigorifero" dove mettere a riposo il proprio tempo e la propria consapevolezza.

Spesso il rapporto tra psicologi e detenuti diviene un tiro alla fune tra l'invito alla consapevolezza proposto dagli operatori e l'*evasione dalla riflessione* perseguita dai detenuti.

Si può inoltre immaginare quanto quest'evasione metaforica sia forte in persone che spesso affrontano la realtà con l'aiuto di sostanze stupefacenti.

Lo psicologo ha pochi alleati per far *rinvenire alla coscienza di sé* il detenuto, ma tra questi i più potenti sono il contatto diretto con la persona e il rapporto con il gruppo curante. Per il tossicodipendente, o per una persona con disturbi psichiatrici, la presenza di una *enclave* di "salute mentale" dentro il mondo raggelato e mortifero della prigione, rappresenta simbolicamente un germe vitale non spento dalla distruttività che viene proiettata sull'istituzione.

Il tradizionale rapporto tra fantasmi persecutori proiettati sull'istituzione viene ulteriormente adul-

terato, nel caso del tossicodipendente, dalla sostanza. La dipendenza dalla sostanza offre al carcerato uno statuto speciale, una sorta di salvacondotto (concretizzato nella realtà dalle norme speciali di detenzione alternativa) mantenendolo in un guscio di onnipotenza passiva e irresponsabile. L'ingiunzione che recita: "dovete curarmi perché sono tossico e il carcere è una pena assurda perché non mi guarisce" dovrebbe trasformarsi attraverso il supporto terapeutico in: "soffro di qualcosa che potrebbe essere di curato... i disagi intorno a me sono la conseguenza di questa malattia di cui sono responsabile".

Vi è però una complicazione; la svalutazione di un'istituzione persecutoria (il carcere) in nome di un'altra istituzione "buona" (la Comunità Terapeutica) rinforza una insana scissione. Se il terapeuta si fa intrappolare da questa astuta manipolazione finisce per colludere con l'idea di un carcere severo e non riabilitante contrapposto a una altra istituzione realmente curante. In questa situazione credo che il terapeuta debba essere molto deciso nel riportare il baricentro del detenuto sulla valorizzazione dell'istituzione carceraria, capace di favorire un assetto psichico precursore della cura in Comunità. Qualcosa di simile avviene nella psicoterapia quando lentamente si cerca di far comprendere al paziente la valenza terapeutica e non persecutoria del *setting* terapeutico.

FLASH CLINICI

1-Il sapore del sangue

Nel carcere talora qualcuno ti confida delle cose molto intime. "Dottò" mi disse una volta un ragazzo sui quarant'anni, guardandomi in maniera fiera e tristemente compresa: "Io me tajo perché vojo sentì il sapore del sangue... me piace, me fa sentì vivo...".

Il rapporto con il corpo è tanto agito quanto non simbolizzato. Sentirsi vivo non è un sentimento interiore, la voglia di vivere, magari il desiderio di fare progetti post carcere o di ricostruire un rapporto sano con un figlio o una moglie. Sentirsi vivo vuol dire vedere di avere il sangue nelle vene e succhiarlo, forse come si succhia il latte del seno. Casi impressionanti ma pure reali che possono aprire riflessioni sul corpo del tossicodipendente.

Pensando alla Lemma pare che in questo caso ci quella che lei chiama *La fantasia di rivendicazione*, fantasia che ci riporta al corpo come sede primaria del senso del Sé. Nei pazienti che presentano questo assetto il corpo è sentito come estraneo in conseguenza della fantasia di una invasione esplicita dell'oggetto. **L'incisione corporea che il detenuto fa sul suo corpo e il suggerne il sangue potrebbe costituire il tentativo di rivendicare il possesso.**

Sentire di avere il sangue nelle vene sotto la pelle era per lui vitale, chissà quante volte il poveretto si era sentito senza sangue e *quanti nella sua fantasia glielo avevano voluto negare*. La sostanza che si iniettava da libero era percepita paradossalmente come una iniezione di vitalità e al tempo stesso la ricerca della quiete. DURA

Che fare? ... Mah! nessuno bene lo sa.

Ma se il contatto continuo e costante con la realtà, anche dura, del carcere può contribuire a ricostruire una sensazione di concretezza e di corporeità non simbolizzata (pur preliminarmente utile) il contatto costante con lo psicologo e l'equipe possono forse ridare la sensazione che il sangue possa passare anche tra lui e la relazione empatica con il terapeuta.

2-L'eredità mortifera e il gioco con la morte

(Un detenuto di 26 anni)

"Sua madre? ..." accennai

“Guardi dottò che mi’ madre nun me la ricordo, era drogata, è scappata però m’ha lasciato na’ bella eredità perchè c’ho sta brutta malattia... che me l’ha trasmessa col parto...”

Dopo molti colloqui mi confidò il suo gioco con la morte sul filo del rasoio. “Tutto sta a usare la quantità giusta di roba che ti avvicina all’*overdose* e fermarsi un attimo prima.

Allora sei tu che vinci!

Il rapporto con il corpo sembra finalizzato, nella sua fantasia, a esorcizzare quella morte ereditabile proprio dalla madre, un trauma atavico transgenerazionale.

Lui usava l’eroina per riflettere e la cocaina per fare il “gioco” della sfida. Ma sfidava in realtà l’impensabilità del trauma originario.

Fuori del carcere gli era andata sempre bene, ma da recluso non poteva fare questo gioco e a un certo punto, dopo due anni di colloqui costanti, incominciò a parlare di “liberare il suo corpo” da quell’incantesimo e chiese un inserimento in una CT. Di lì iniziò un percorso durato tre anni con esiti incerti ma iniziò a fare alcuni passi verso l’acquisizione di una relativa capacità di mentalizzazione. Lo rividi nel carcere dato che la sua pena, dopo la Comunità, non era ancora terminata. Ci incontrammo e dopo un lungo silenzio mi disse “quante cazzate fanno sti operatori vita dottò!”.

B. era enfatico e retorico oltre che dotato di ironia e sagacia e creatività (era un rappista con buone incisioni e critiche al suo attivo).

Insomma, tornando a B. e alla sua retorica, a un certo punto gli dissi, non per sfidarlo bensì per stanarlo dal suo guscio di sarcastica superiorità: “Mi scusi anche io sono un operatore e allora perché non mi manda a quel paese?”. B. si fermò un attimo e girando il capo verso sinistra mi guardò con occhi taglienti ma quasi sorridenti. Immaginai che avesse apprezzato il fatto che ero sceso in campo, per provocarlo, sul suo terreno, vicino a lui.

Il silenzio durò poco e così come io avevo sorpreso lui, Bipo cercò di sorprendere me e iniziò a intonare un *rap*. Ora non mi ricordo le parole in rima ma vi assicuro che un pò mi emozionò (dico un pò perché dentro un carcere occorre sempre essere prudenti).

Bene, era un *rap* che parlava di un gemello che nasce solo, non sa dove sia l’altro gemello, se sia mai nato, se sia scomparso o ucciso, ma da qualche parte sta. “Vede”, aggiunse alla fine: “Non so. Forse lei l’ha visto oppure vorrebbe vederlo il mio gemello, magari per i suoi studi medici, ma a me questo mi basta, lei non scrive quando io parlo e questo mi piace”.

PROGETTO DI RICERCA EUROPEA “REHAB. REMOVING PRISON HEALTH BARRIERS”

Rehab European Project. Premessa

Può essere interessante, dopo la descrizione della valenza terapeutica del carcere, illustrare un progetto in cui si è cercato di mettere in atto alcune potenzialità terapeutiche dell’istituzione carceraria. Occorre tener presente che il carcere non nasce come istituzione di cura bensì di repressione. La normativa più recente sottolinea però la possibilità che la prigionia abbia, oltre la funzione di repressione, una funzione di rieducazione, come sopra ricordato. Ciò consente di progettare programmi che perseguano il miglioramento del gruppo di lavoro curante, al fine di creare delle condizioni terapeutiche per i detenuti, contenendo i fantasmi persecutori e valorizzando le loro istanze riparative, come avviene nei contesti comunitari.

In questo ambito vorrei illustrare il “PROGETTO EUROPEO REHAB” condotto da Italia, Spagna, Francia, Gran Bretagna. (Coordinatore Scientifico: Gianluca Biggio - www.rehabproject.eu),

Il lavoro, rivolto al personale sociosanitario e di custodia penitenziaria, è stato progettato dall’Università della Tuscia di Viterbo e gestito, per la parte italiana, in collaborazione con la Casa Circondariale “Mamma Gialla” di Viterbo dal 2012 al 2015.

1-Obiettivi e finalità del progetto

La finalità generale del progetto fu quella di migliorare la percezione reciproca tra i vari operatori all'interno dell'istituzione carceraria, sviluppando negli operatori stessi la consapevolezza della valenza riabilitativa del proprio ruolo e delle potenzialità terapeutiche del carcere.

Il passo iniziale fu quello di fornire un'educazione sanitaria ai detenuti per sviluppare in questi una sensibilità riparativa nei rapporti reciproci e con tutto il personale.

Come di seguito illustreremo, si favorirono rapporti di sinergia organizzativa fra tutti gli attori dell'istituzione, diminuendo le barriere insite nella *routine* operativa e la natura stessa dell'organizzazione custodialistica.

Si cercò di spostare il baricentro formativo degli operatori dalla stretta visione esecutiva di un ruolo burocratico a una valorizzazione del ruolo terapeutico e di cura prodotto attraverso la collaborazione di gruppo. "L'innesco" di questo processo fu un'educazione sanitaria e pedagogica rivolta ai detenuti, svolta in un clima di valorizzazione della collaborazione istituzionale fra tutti gli attori del processo.

Vennero fornite indicazioni responsabilizzanti verso la cura e riabilitazione al personale sanitario, di custodia e al personale educativo stesso

Come indicato da vari autori ed esperienze, l'istituzione carceraria può avere, soprattutto per le persone ad alto rischio di disturbo sociale, una valenza socio-psicoterapeutica⁴.

Il modello di formazione professionale sviluppato dal Progetto REHAB fu diretto a:

- a - personale sanitario
- b - personale dell'area educativa
- c - personale di custodia

2-Programma di formazione

La formazione avvenne in **quattro fasi**:

1. Lo staff Rehab formò una serie di operatori attraverso dei corsi di "formazione per formatori".
2. Il personale formato dallo Staff Rehab trasferì ai detenuti informazioni sanitarie di base favorendo una collaborazione istituzionale tra detenuti e operatori.
3. Lo Staff Rehab organizzò dei gruppi di sensibilizzazione (*Sensitivity Group*) per agenti di custodia al fine di rendere consapevoli gli agenti delle forti emozioni presenti nel loro lavoro.
4. Lo staff Rehab svolse dei corsi di sensibilizzazione sulle dinamiche istituzionali per tutti gli operatori carcerari.

Parallelamente a queste fasi, fu previsto lo sviluppo di una Piattaforma Web 2.0 per coordinare il processo di formazione dei formatori con quello degli altri partner di progetto.

Inoltre vennero forniti sessioni di **Tutoring**, **Coaching** e **Supervisione** al fine di supportare i gli

⁴ Vedi "L'esperimento di *Grendon Underwood Prison*, in "Le Comunità Terapeutiche" a cura di Brunori e Raggi, 2007, e "The Social Reintegration of Offenders and Crime Prevention, A review prepared for the Policy, Research and Evaluation Division Public Safety and Emergency Preparedness Canada" di Curt T. Griffiths, Ph.D. Yvon Dandurand Danielle Murdoch (2007). Il progetto governativo si proponeva di sperimentare un'alternativa istituzionale carceraria ad un tradizionale tipo di assistenza personale passiva, spesso caratterizzata da una stimolazione cognitiva, emozionale, culturale e sociale di basso livello.

operatori socio sanitari nel trasferimento delle conoscenze sanitarie e di igiene sociale, con modalità attive di comunicazione, in grado di coinvolgere gli utenti finali (agenti e detenuti) nell'analisi dei casi più critici.

Alla fine de programma di formazione venne stilato un **Manuale di Training** su “Comunicazione e cura socio sanitaria nel contesto penitenziario”. Questo manuale fu prodotto attraverso una serie di staff meeting tra gli esperti promotori del progetto europeo e gruppi di formatori della fase 1/2 (medici, infermieri, educatori e psicologi).

CONOSCENZE E COMPETENZE SVILUPPATE NEL *TRAINING REHAB*

1-Apprendimento del personale di custodia e di assistenza nel favorire un modello terapeutico istituzionale

Alcuni autori importanti trattano il tema della qualità nelle istituzioni di cura e più in generale di assistenza analizzando l'importanza della cultura e dell'identità istituzionale (Miller e Gwynne, 1972). I ricercatori del Tavistock Institute di Londra hanno efficacemente descritto i due modelli più diffusi di assistenza residenziale; il “**modello deposito**” e il “**modello serra**”.

Secondo gli autori inglesi il compito primario (*task*) del “modello deposito” è di preservare la vita fisica. Esso rappresenta il tentativo di trasferire il modello ospedaliero classico al contesto generale dell'assistenza. L'utente viene concepito come “un oggetto” che deve essere collocato in modo dipendente nella macchina organizzativa di assistenza medica, infermieristica e anche custodialistica.

Nel “modello serra” invece oltre a presidiare la sopravvivenza, l'organizzazione svolge un lavoro di riappropriazione delle potenzialità, incoraggiando le persone a collaborare attivamente con la cura e prendersi qualche responsabilità.

Il **modello deposito** fornisce un servizio igienico e si basa sull'immobilità fisica dell'utente; questo viene considerato come un oggetto depositato in un laboratorio responsabile di ripararlo. Nel **modello serra** si promuove una (realistica) mobilità relazionale in un luogo comunque protetto, dove gli utenti sono sollecitati a riacquisire un potenziale (o una parte di esso) perduto nell'ambiente esterno.

Questa visione strutturale è ben nota nel mondo delle Comunità Terapeutiche, che ha progressivamente esteso la sua concezione generale di assistenza sino alle istituzioni custodialistiche (vedi l'esperimento di *Grendon Underwood Prison*, in “Le Comunità Terapeutiche” a cura di Brunori e Raggi, 2007).

Trasferire queste considerazioni nel progetto REHAB significa ha significato vedere come queste due polarità (deposito ↔ serra) abbiano potuto modificare l'interpretazione del mandato istituzionale

DA modello DEPOSITO	↔	VERSO modello SERRA
Costrizione		Presa in carico
Manutenzione sanitaria		Sviluppo socio sanitario
Focus sulla sicurezza		Focus sulla riabilitazione
Vicinanza fisica		Contenimento psicologico
Sorveglianza		Sorveglianza/supporto

2-Conoscenze e competenze sviluppate dal progetto

Forniamo una sintesi delle acquisizioni che il progetto cercò di sviluppare nelle diverse famiglie di operatori:

A- Personale Sanitario

Conoscenza del rapporto tra norme sanitarie e benessere di comunità

Trasferimento delle cognizioni tecniche alla utenza

Risk Management

Educazione sanitaria come strumento d'integrazione tra ruoli, utenti, organizzazione

Basi di igiene sociale e psicologia istituzionale

B- Personale Psicosociale

- Conoscenza della tematica sanitario/organizzativa

- Empatia nella relazione di aiuto

- Apprendimento della gestione dei *Sensitivity Group*

- Gestione preventiva di *stress* e *burn out* degli operatori di “front desk”

- Interdipendenza tra livello sanitario, pedagogico e custodialistico

- Basi di igiene sociale e psicologia istituzionale

C- Personale Di Custodia (Coordinatori)

- Conoscenza della tematica sanitario/organizzativa

- Coordinamento e sviluppo dei collaboratori

- Collegamento tra livello sanitario, pedagogico e custodialistico

- Basi di igiene sociale e psicologia istituzionale.

3-Competenze socio emotive trasversali ai profili professionali

Come affermano diversi autori (Griffiths, Dandurand, Murdoch, “The Social Reintegration of Offenders and Crime Prevention”, in *The International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy*, 2007) il tentativo di riabilitazione sociale richiede la messa in opera di una struttura organizzativa complessa all'interno della quale gli aspetti di pena e sanzione sociale attribuiti al “social offender” possano acquisire un significato riabilitativo e culturalmente simbolizzato, chiarendo la combinazione tra *sorveglianza* e *supporto*.

Ciò comportò in tutti i ruoli istituzionali lo sviluppo di competenze socio-emotive quali;

- Comprensione della funzione del *setting istituzionale*

- Orientamento alla *presa in carico* della utenza

- Assunzione della *responsabilità pedagogica*

- Acquisizione del pattern *sorveglianza/supporto*

4-Basi di educazione sociale sollecitate nell'utenza

In assenza di un supporto materiale, psicologico e sociale durante la detenzione e dopo il loro rilascio, una parte dei detenuti, soprattutto se giovani con pene brevi, tendono a rientrare nel circuito penitenziario avviando una carriera di cronicità, con un progressivo consolidamento o incremento dei livelli antisociali. Spesso queste persone non hanno potuto acquisire dall'ambiente sociale il valore e il van-

taggio della collaborazione sociale e del rispetto della norma come garanzia della propria stessa integrità.

Per i detenuti il programma di formazione REHAB fu finalizzato alla valorizzazione della collaborazione sociale partendo dal beneficio della condivisione delle norme sanitarie. L'educazione sanitaria fu utilizzata come una declinazione particolare della collaborazione sociale. L'acquisizione di comportamenti di educazione sanitaria venne utilizzata per la promozione di comportamenti di collaborazione sociale. In particolare i gruppi di informazione sanitaria per gli utenti furono rivolti a favorire;

- *Consapevolezza* igienico sanitaria
- *Rispetto* della propria persona
- Rispetto del *gruppo* dei pari
- *Educazione e collaborazione sociale* attraverso norme sanitarie condivise

Conclusioni

In sintesi il progetto, a partire da un'informazione sanitaria rivolta ai detenuti, ha favorito lo sviluppo della collaborazione tra operatori e la comprensione sistemica dei processi istituzionali.

Le persone coinvolte non erano esperte di psicoterapia psicoanalitica ma usufruirono di un training che consentì loro di svolgere il proprio ruolo con maggiore attenzione autoriflessiva ed empatia intersoggettiva, ampliando le mansioni prescritte e *rimuovendo* le barriere burocratiche tra i diversi attori istituzionali. Ciò permise di rendere più fluidi i processi di collaborazione e comunicazione utilizzando maggiormente l'istituzione come risorsa di auto-aiuto "modello serra", piuttosto che utilizzare l'istituzione come "modello deposito" dei resti non elaborati del gruppo, secondo la sopra descritta definizione di Bleger.

Un'importante conferma dell'apprezzamento del lavoro svolto e della sua capacità di migliorare in qualche misura il benessere organizzativo e istituzionale fu costituita dal fatto che gli agenti di custodia chiesero di poter avere uno **sportello di counselling psicologico** permanente, gestito dagli operatori psicosociali interni al carcere, che avevano approfondito la loro consapevolezza delle dinamiche socio emotive e istituzionali attraverso la formazione del PROGETTO REHAB.

Riferimenti Bibliografici

- Anderson, R. (1982). "The Cry for Help and Professional Response: By J.Kahn, E. Earle. Oxford Pergamon Press
- International Review of Psycho-Analysis, 11:240-242, 1984.
- Balint M. e Balint E. (1961). *Tecniche psicoterapeutiche in medicina*. Trad.it Einaudi, Torino 1970.
- Biggio, G. (2011). "Osservazione e cambiamento nella dinamica istituzionale" in *Psicoterapia Psicoanalitica* Numero 2- 2011.
- Biggio, G. (2024). *Il Gabbio. Storie di Umanità reclusa.* Mimesis editore (in corso di stampa).
- Bion, W. R. (1961), *Esperienze nei gruppi*. Trad.it. Armando. Roma 1971.
- Bleger, J. (1989). *Psicoigiene e Psicologia istituzionale*. Trad. it. Ed. Lauretana, Loreto 1993.
- Ferruta, A., Foresti, G., Vigorelli, M., (a cura di), (2005). *Il lavoro della cura nelle istituzioni. Progetti, gruppi e contesti nell'intervento psicologico*, Franco Angeli, Milano.
- Brunori, L., Raggi, C. (2007). *Le Comunità Terapeutiche*. Il Mulino, Bologna.
- Foucault, M. (1975). *Sorvegliare e punire: nascita della prigione*. Trad. it. Einaudi, Torino 1976.
- Freud, S., (1909-1910). *Cinque conferenze sulla psicoanalisi*. OSF. Vol.6.
- Freud, S. (1921), *Totem e tabù*, OSF. Vol. 7.

- Freud, S. (1929). *Il disagio della Civiltà*, OSF X.
- Freud, S. (1934-1938). *L'uomo Mosè e la religione monoteistica; tre saggi*, OSF 11.
- Freud, S. (1925), Prefazione a "Gioventù travolta" di August Aichhorn (1925), OSF, 10.
- Gaburri E (1993). "Comunicazione personale" in Kaes R., Bleger, J., Enriquez E., Fornari F., Fustier P., Roussillon, R., Vidal J.P. (1996), *L'istituzione e le istituzioni*, Trad.it. Borla editore, Roma 1998.
- Griffiths, C., T., PhD Murdoch, I.D.D. (2007). The Social Reintegration of Offenders and Crime Prevention, A review prepared for the Policy, Research and Evaluation Division Public Safety and Emergency Preparedness Canada". Research Report, 2002. National Crime Prevention Centre (NCPC) Public Safety Canada Ottawa, Ontario Canada K1A 0P8.
- Gourguechon, P. (2013). "Typology of Applied Psychoanalysis". Int. Journal Applied Psychoanalysis 10:192-198.
- Jaques, E. (1955), "Sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva. Contributo allo studio psicoanalitico dei processi sociali". In M. Klein, P. Heimann, R. Money-Kyrle (a cura di), *Nuove vie della psicoanalisi*. Trad.it. Il Saggiatore, Milano 1966.
- Kaes R., Bleger, J., Enriquez E., Fornari F., Fustier P., Roussillon, R., Vidal J.P. (1988). *L'istituzione e le istituzioni*. Trad.it Borla editore, Roma 1991.
- Kernberg, O. (1998). *Le relazioni nei gruppi. Ideologia, conflitto, leadership*. Trad.it. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- J. Kahn, J., Earle, E. (1984). "The Cry for Help and the Professional Response" in *International Review of Psychoanalysis*, 11:240-242.
- Lapassade, G. (1967). *L'Analisi istituzionale. Gruppi, organizzazioni e istituzioni*. Trad.it ISEDI, Milano 1974.
- Manoukian, F. (1988). *Stato dei servizi. Un'analisi psicosociologica dei servizi sociosanitari*. Il Mulino editore, Bologna.
- Menzies, I.E.P. (1960). "I sistemi sociali come difesa dall'ansia". In M. Lang, K. Schweitzer (a cura) *Psicoanalisi e Socioanalisi*. Trad it. Liguori, Napoli 1984.
- Miller, E. J., Rice, A. K. (1967). *Systems of Organization. The Control of Task and Sentient Boundaries*. London, Tavistock Publications.
- Millot, C. (1979). "Processus éducatif et processus psychanalytique", in *Freud anti-pedagogue*, Éditions du Seuil, Paris 1979.
- Obholzer, A. (1987). "Institutional dynamics and resistance to change" in *Psychoanalytic Psychotherapy*, 1987, 2.3, pp.201-5.
- Petrella F., (1981), "Critica della istituzione psichiatrica e psicoanalisi" in *Gli Argonauti* vol. 9.
- Politi, P. (1992). "Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale" in *Psicoterapia Psicoanalitica*, 2.
- Stanton, A, Schwartz, M., (1954), *The Mental Hospital*, Basic Books New York.

Gianluca Biggio (biggio@unitus.it)

Psicologo, psicoterapeuta psicoanalitico Ordinario con Funzioni di Training presso la SIPP.
 Rappresentante SIPP per la Siefpp e EFPP, European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy
 Docente di Psicopatologia delle dipendenze patologiche e comportamenti compulsivi, docente di Dinamica Istituzionale, presso l'Istituto di Formazione SIPP di Roma.
 Professore di Psicologia delle Organizzazioni e della Comunicazione dell'Università della Tuscia di Viterbo.
 Socio E.A.W.O.P., European Association of Work and Organizational Psychology
 Responsabile Scientifico dei Progetti Europei
 "Edu.Care" (Assistenza Anziani),
 "Rehab, Removing Prison Health Barriers" Educazione Sanitaria e Istituzionale in Carcere),
 "Probationet" (Giustizia Riparativa)
 Autore di monografie e articoli scientifici su riviste nazionali e internazionali.