

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPELLI



In copertina: Buddha della medicina, Buddha di guarigione. Pittura su cotone tibetana / Pittura sacra di Thangka per la meditazione e la buona fortuna in salute, 1700 circa (The Art Institute of Chicago).



Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di “longevità”, risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
Journal of the Italian Society for Medical Anthropology

Fondata da / Founded by
Tullio Seppilli

Biannual open access peer-reviewed online Journal

58

dicembre 2024
December 2024



Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) – Perugia

Direttore

Giovanni Pizza, Università di Perugia

Comitato di redazione

Roberto Beneduce, Università di Torino / Sara Cassandra, scrittrice, Napoli / Donatella Cozzi, vicepresidente della SIAM, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della SIAM / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente della SIAM, Università di Messina / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

Comitato scientifico

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Paris, Francia / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Raymond Massé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, Messico / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia / David Napier, London University College, London, Regno Unito / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, Francia / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spagna / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italia / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Comitato tecnico

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

Editor in chief

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

Editorial Board

Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Sara Cassandra, writer, Napoli, Italy / Donatella Cozzi, vicepresidente of the SIAM, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the SIAM, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca, Italy / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresidente of the SIAM, Università di Messina, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

Advisory Board

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) Paris, France / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Masseé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, México / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France / David Napier, London University College, London, UK / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, France / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spain / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italy / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Technical Board

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
fondata da Tullio Seppilli

Journal of the Italian Society for Medical Anthropology
Founded by Tullio Seppilli

Indice
Contents



n. 58, dicembre 2024
n. 58, December 2024

Editoriale

- 9 Giovanni Pizza
Editoriale di AM 58
AM 58 Editorial

Ricerche

- 11 Ylenia Baldanza
Esperimenti alchemici e sapere endocrinologico. Netnografia della terapia ormonale sostitutiva fai-da-te transfem
Alchemical Experiments and Endocrinological Knowledge. Netnography of Do-It-Yourself Hormone Replacement Therapy: Transfem
- 51 Amalia Campagna
La gestione della sessualità dei pazienti in una REMS. Narrazioni controegemoniche e pratiche di resistenza all'interno di un contesto psichiatrico forense
Managing Patients' Sexuality inside a REMS. Counter-Hegemonic Narratives and Resistance Practices in a Forensic Psychiatric Hospital
- 83 Federico Divino
Mindful Death: prospettive buddhiste sulla crisi della presenza
Mindful Death: Buddhist Perspectives on the Crisis of Presence
- 115 Elena Fusar Poli
Pluralismo medico e neoindigenismo in pandemia (Oaxaca)
Medical Pluralism and Neo-Indigenism in Pandemic (Oaxaca)
- 147 Rosanna Gullà
La Sclerosi multipla nel suo farsi. Pratiche di cura nella negoziazione del "corpo vissuto"
Multiple Sclerosis (Ms) in Its Making. Care Practices in the Negotiation of the "Lived Body"
- 181 Ilaria Eloisa Lesmo
Ecologies of Practices within the Italian Vaccine Pharmacovigilance. Antinomies in Vaccine Knowledge
Ecologie delle pratiche nella vaccinovigilanza italiana. Antinomie nel sapere vaccinale

- 213 Federica Manfredi
*L'algo-poiesi. Darsi forma attraverso il dolore tra
 sguardi patologizzanti*
*The Algo-Poiesis. Self-Molding Through Pain and
 Pathologizing Gaze*
- Riflessioni e racconti* 243 Sara Cassandra
*Impianto degli stent coronarici: come l'oggetto diviene
 parte della struttura cognitiva del soggetto*
*Implantation of Coronary Stents: How the Object
 Becomes Part of the Subject's Cognitive Structure*
- Recensioni* Elena Barbulescu, *Physicians Travelling to Eastern
 Europe / Medici in viaggio nell'Europa dell'Est* [Lidia
 Trăușan-Matu, Iuliu Barasch. *Medicină de pionierat în
 Țara Românească*], p. 247 • Francesco Diodati, *I robot
 non salveranno il Giappone dall'invecchiamento
 demografico e da se stesso (neanche la dicotomia fra
 cura e tecnologia) / Robots Will Not Save Japan from
 Demographic Aging and from Itself (Not Even the
 Dichotomy between Care and Technology)* [James
 Wright, *Robot Won't Save Japan: An Ethnography
 of Eldercare Automation*], p. 251 • Lorenzo Urbano,
*Gli orizzonti della riabilitazione. Alcol e nozione di
 persona in Uganda / The Horizons of Rehabilitation.
 Alcohol and the Notion of Person in Uganda* [China
 Scherz, George Mpanga, Sarah Namirembe, *Higher
 Powers. Alcohol and After in Uganda's Capital City*],
 p. 258.

Editoriale di AM 58

Giovanni Pizza

Università degli Studi di Perugia
[giovanni.pizza@unipg.it]

Questo numero 58 è miscelaneo.

Pubblichiamo sette ricerche: Ylenia Baldanza sulle comunità trans online, Amalia Campagna sulla psichiatria forense, Federico Divino che prova ad applicare la nozione demartiniana di “presenza” al buddismo, Elena Fusar Poli sul Covid-19 a Oaxaca in Messico, Rosanna Gullà che studia la sclerosi multipla, Ilaria E. Lesmo sulla sicurezza dei vaccini pediatrici in Italia, Federica Manfredi che osserva il dolore e i suoi significati simbolici nel caso delle sospensioni del corpo attraverso ganci metallici inseriti nella pelle.

Seguono le recensioni di testi.

Nel complesso abbiamo una nuova testimonianza della vitalità dell’antropologia medica, che effettivamente è tra le specializzazioni dell’antropologia italiana maggiormente sperimentali.

Buona lettura!

La gestione della sessualità dei pazienti in una REMS

*Narrazioni controegemoniche e pratiche di resistenza all'interno
di un contesto psichiatrico forense*

Amalia Campagna

Università degli Studi di Milano Statale
[amalia.campagna@unimi.it]

Abstract

Managing Patients' Sexuality Inside a REMS. Counter-Hegemonic Narratives and Resistance Practices in a Forensic Psychiatric Hospital

Starting from an ethnographic experience inside a Residence for the Execution of Security Measures (REMS), this contribution highlights the ways in which the healthcare team builds spaces of resistance to the demands of social control made by the institution itself. Using the case of the management of patients' sexuality, the contribution deepens the link between care and control within a context of limitation of personal freedom. It illustrates how, through a tactical sharing of the positioning of each social actor within the group, the team is able to create spaces to derogate from rules felt to be inconsistent with their work of care and thus resist the instances of control implicit in the work in REMS.

Keywords: forensic psychiatry, REMS, sexuality, national health service, psychiatric anthropology

Introduzione

Il presente contributo prende le mosse da un progetto di ricerca finalizzato a indagare la costruzione delle relazioni di cura all'interno di un'istituzione a cavallo tra il mondo sanitario e quello penitenziario: le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). Le REMS rappresentano un recente cambiamento nell'organizzazione della psichiatria forense italiana, che fino a meno di dieci anni fa era largamente basata sugli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). La ricerca si è svolta in una delle trentadue REMS presenti in Italia – che, per tutelare la privacy dei miei interlocutori

ribattezzerò nel corso di questo contributo “Villa Fiorita”¹ – ed è stata realizzata grazie alla disponibilità espressa dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell’Azienda Sanitaria Locale (ASL) di pertinenza e dalla Direzione della REMS di cui questo lavoro tratta.

Il mio primo accesso al campo risale al 2018, quando ho contattato per la prima volta la direzione di Villa Fiorita chiedendo di svolgere un periodo di ricerca all’interno della struttura, finalizzato alla stesura della mia tesi di laurea triennale, che ho dedicato al rapporto tra pena e cura all’interno della REMS. Questo primo periodo di ricerca, iniziato a gennaio 2019 e durato sei mesi, si è concluso nell’autunno 2019. Poco meno di un anno dopo, nell’autunno 2020, ho avuto la possibilità di tornare a fare ricerca all’interno della medesima residenza, grazie a un progetto di studio del DSM incentrato sui lavoratori dell’équipe della struttura. Tornai a Villa Fiorita in un periodo decisamente diverso: l’autunno 2020, infatti, coincise con un forte aumento dei casi di Covid-19 che, in assenza di vaccinazioni disponibili, mise in forte crisi i servizi di salute territoriale. Per tutta la durata del progetto, ho avuto la possibilità di svolgere osservazione partecipante all’interno della REMS Villa Fiorita e condurre interviste qualitative con personale curante, oltre che mantenere un legame costante e quotidiano con i pazienti della struttura. Il monte ore concordato per lo svolgimento della ricerca era da me gestito in totale autonomia. Per circa quattro mesi mi sono recata a Villa Fiorita tre o quattro giorni a settimana, concordando insieme al personale curante quali attività seguire e quali spazi della residenza frequentare². Il periodo di frequentazione è stato interrotto numerose volte per via dell’emergenza sanitaria causata dalla pandemia di Covid-19, che non mi ha permesso, per motivi precauzionali, di accedere alla struttura per diverse settimane. Di conseguenza, la durata del progetto, che avrebbe dovuto concludersi a dicembre 2020, è stata prolungata per permettere il raggiungimento degli obiettivi di ricerca. Pertanto, in questa sede, darò conto di uno studio iniziato a ottobre 2020 e terminato a luglio 2021.

Le dimensioni legislative della psichiatria forense

Le Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) sono strutture sanitarie residenziali dove vengono ricoverate persone autrici di reato ritenute inferme o seminferme di mente e socialmente pericolose a cui venga attribuita una misura detentiva³. Le prime REMS sono state inaugurate nella primavera del 2015 e nel momento in cui scrivo ne esistono 32⁴,

variamente distribuite sul territorio nazionale. Aperte con l'intento di superare, a livello di pratiche e politiche, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), le REMS affondano comunque profondamente le proprie radici, al pari di qualsiasi altra istituzione psichiatrica, in quel particolare spazio della scienza del diritto che si occupa di arginare la devianza. Nonostante si configurino come strutture residenziali a gestione sanitaria, le REMS afferiscono infatti al gruppo di istituzioni in cui può essere eseguita una misura di sicurezza personale detentiva⁵ previste dal sistema penale italiano e il loro mandato giuridico consiste nella terapia e nella riabilitazione delle persone che vi sono internate.

L'apertura delle REMS in Italia rappresenta il risultato di un importante cambiamento legislativo, organizzativo e culturale nella gestione da parte dello Stato dei pazienti psichiatrici forensi. Le persone che oggi sono ricoverate in REMS, infatti, fino al 2015 si trovavano sottoposte all'autorità degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari – un nuovo nome, introdotto nel 1975⁶, per definire i vecchi manicomi criminali. Sebbene fosse presente in OPG un servizio medico e farmaceutico e fosse prevista una collaborazione tra OPG e servizi sanitari locali, è sempre stata evidente l'inadeguatezza di queste strutture nella cura dei soggetti internati. Nonostante il loro ruolo nella gestione e riabilitazione di persone affette da patologie psichiatriche, gli OPG non vennero coinvolti nella riorganizzazione dei servizi psichiatrici sancita dalla legge Basaglia⁷. Mentre nel resto d'Italia la legge 180/1978 diede avvio a un percorso di costruzione di un sistema di assistenza alla salute mentale basato sulla territorializzazione dei servizi e sulla deistituzionalizzazione, gli OPG rimasero attivi, a rappresentare le conseguenze della pratica psichiatrica agita all'interno di un'istituzione totale.

Nel corso degli anni, numerose sono state le denunce di istituzioni pubbliche e cittadini riguardo la manchevolezza terapeutica e riabilitativa degli OPG e i trattamenti disumani subiti dagli internati. Nel 2008, venne istituita una commissione parlamentare d'inchiesta per indagare sulle condizioni di vita all'interno degli OPG, che all'epoca erano sei e contavano 1.547 detenuti. Le indagini, proseguite fino a dicembre 2010, resero note informazioni sull'amministrazione e sulle condizioni igienico-sanitarie degli OPG esistenti in Italia. Tra le considerazioni sviluppate dalla commissione, il problema della contenzione fisica e farmacologica occupava un posto di rilievo. L'inchiesta ha accertato la necessità di una riforma legislativa della psichiatria forense (SACCOMANNO, BOSONE 2011). Più volte nel corso degli anni sono state avanzate proposte abolizioniste, nutrite da diversi posizionamenti politici, finalizzate a eliminare gli OPG dal panorama penale

italiano (MIRAVALLE 2015: 115). Ciononostante, il progetto di riforma che ha alla fine portato alla chiusura degli OPG è stato animato da spinte revisioniste: piuttosto che modificare il codice penale negli articoli che determinano l'esistenza stessa del cosiddetto "doppio binario" (PELLISSERO 2008), la riforma ha voluto sottolineare il fatto che, per quanto inadeguati fossero gli OPG, fosse comunque imprescindibile un luogo in cui custodire i pazienti psichiatrici forensi.

Dopo numerosi passaggi legislativi, rappresentati da decreti legge, sentenze costituzionali e decreti del Presidente della Repubblica⁸, gli OPG vennero aboliti dal decreto legge n. 211 del 2011, convertito nella legge numero 9 del 2012, che all'articolo 3-ter aveva come oggetto "Disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari". Mentre la politica cercava di capire il destino dei pazienti che fino a quel momento erano stati internati negli OPG, venne ipotizzata la creazione di nuove istituzioni: il nome "Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza" apparve infatti per la prima volta nel lessico della giurisprudenza italiana proprio nel primo decreto legge che prescriveva il definitivo superamento degli OPG. Le nuove strutture, tuttavia, dovevano avere caratteristiche radicalmente diverse dai loro precursori. Innanzitutto le REMS dovevano contenere un numero inferiore di pazienti, rappresentando istituti più piccoli e più frequenti sul territorio nazionale, per evitare il sovraffollamento e altre conseguenze negative dell'istituzionalizzazione che erano state riscontrate negli OPG. In secondo luogo, il personale interno delle strutture doveva essere interamente socio-sanitario: niente polizia penitenziaria, niente celle. In terzo luogo, l'amministrazione delle REMS doveva essere interamente affidata al Ministero della Salute. Questi cambiamenti, in primo luogo di natura legislativa e in secondo luogo di natura organizzativa, segnalavano tuttavia anche un cambiamento culturale: spostando queste strutture sotto l'autorità di un diverso Ministero, il governo italiano riconosceva che la cura dei pazienti forensi andasse posta in una posizione preponderante rispetto alla loro detenzione – un passaggio che ha sancito l'appartenenza di questi soggetti al mondo della cura e della riabilitazione, a discapito di quello della pena e del crimine. Tuttavia, sebbene gli OPG siano stati aboliti più di dieci anni fa e la prima REMS sia stata aperta nel 2015, l'ultimo OPG ha smesso di funzionare nel 2017 e diverse questioni che erano in gioco all'interno di queste strutture sono ancora presenti, vive e visibili, all'interno delle REMS.

La cura a Villa Fiorita

Villa Fiorita è una piccola villa sita nella campagna della Pianura Padana. Per arrivarci bisogna percorrere una strada sterrata, al cui termine è posto un grosso cancello, controllato notte e giorno da una guardia giurata. Il giardino della Villa è recitato da un'alta rete costellata di telecamere. Le macchine che entrano ed escono dal cancello appartengono esclusivamente ai lavoratori della struttura: trenta professionisti sociosanitari che si occupano quotidianamente delle venti persone che compongono il gruppo-pazienti. L'équipe è composta da due psichiatri, cinque Oss, sette infermieri, uno psicologo, due tecnici della riabilitazione, due educatori e un assistente sociale.

Villa Fiorita si manifesta innanzitutto come un luogo di residenza, di vita e di permanenza, dove i pazienti che vi sono interdetti ricevono giornalmente assistenza e terapie, messe in atto dal gruppo curante, finalizzate alla loro risocializzazione e riabilitazione. Poiché la gestione interna è di esclusiva competenza sanitaria, ma non è una struttura ospedaliera, Villa Fiorita assomiglia per molti versi a una Residenza Sanitaria Assistenziale. Similmente a una RSA, infatti, Villa Fiorita ospita per un periodo variabile ma tendenzialmente di lunga durata persone che necessitano di specifiche cure mediche in quanto momentaneamente non autosufficienti. I pazienti che vi sono introdotti, tramite una decisione di carattere giudiziario, si trovano nella condizione di soffrire o di aver sofferto acutamente di un disturbo mentale, a tal punto da essere stati ritenuti, in uno specifico momento della loro vita, incapaci di intendere e/o di volere in relazione alla commissione di un fatto di reato. Il ricovero in Villa Fiorita, infatti, rappresenta l'esecuzione di una misura di sicurezza detentiva personale, applicabile solamente a una persona giudicata non imputabile per vizio di mente e pericolosa socialmente: sono queste istituzioni giuridiche (l'infermità mentale e la pericolosità sociale) a fungere da criteri di equipollenza tra le tante e diverse storie di chi è tradotto in REMS. Al di là delle singole situazioni che hanno portato alla manifestazione di un disturbo psicopatologico, le persone che si trovano a Villa Fiorita manifestano diversi gradi di disabilità psichica, temporanea, cronica o permanente, che necessita di un sostegno per raggiungere l'autonomia e l'integrazione sociale. La condizione patologica che affligge i pazienti colpisce e influenza significativamente anche la loro sfera comportamentale, relazionale, cognitiva e affettiva, a tal punto da rendere problematiche e sofferenti le relazioni lavorative, familiari e sociali: per questo, la REMS Villa Fiorita si occupa dei pazienti in maniera

trasversale, declinando per ciascuno di loro un piano terapeutico individualizzato, in cui assumono grande importanza anche l'inserimento lavorativo e il mantenimento, laddove possibile, di relazioni significative con i familiari e la rete sociale del paziente.

Poiché tuttavia il ricovero in REMS rappresenta anche l'esecuzione di una misura di sicurezza detentiva e di conseguenza chi vi è introdotto subisce limitazioni alle proprie libertà personali – tra le quali innanzitutto quella di non potersi muovere liberamente – le diverse forme di assistenza sono, in Villa Fiorita, appaltate interamente all'équipe della struttura, supportata da una impresa di pulizie per l'igienizzazione della residenza e dai professionisti dei servizi psichiatrici territoriali per l'erogazione dei piani terapeutici. Di conseguenza, laddove la riabilitazione e il sostegno vengono solitamente concepiti e costruiti come pratiche inter-soggettive, alle quali partecipano oltre che la persona sofferente anche le sue relazioni significative, per chi si trova in REMS la cura proviene principalmente dall'organico di struttura. Anche i parenti, gli amici e gli affetti, nel delicato processo di riabilitazione e risocializzazione, giocano una parte pragmaticamente marginale e il più delle volte fisicamente distante. A causa di questa assenza significativa il rapporto di cura viene costruito in uno scontro creativo e necessario tra i pazienti e gli operatori. In quanto *caregivers* principali, infatti, gli operatori in questo contesto raccolgono su di sé aspettative e modalità relazionali inedite, dovute a una prossimità di tempi e di spazi con i pazienti, che sono solitamente estranee a contesti di cura non residenziali e non detentivi.

A cause di queste specificità strutturali, il rapporto di cura diventa all'interno delle mura della REMS un terreno conteso, in cui le rappresentazioni e le pratiche relative ai gesti di cura sono soggette a dinamiche di negoziazione e rivendicazione che sovente assumono un carattere di conflittualità. Lo scontro si gioca su molteplici livelli: poiché la REMS è attraversata da fratture trasversali, strutturate lungo gli assi del modello organizzativo di stampo gerarchico del gruppo operatori, così come dalle diverse esperienze di interlocuzione con i servizi vissute da ciascun paziente, la dimensione conflittuale si mostra sia nelle relazioni tra pazienti e operatori sia all'interno dell'équipe della struttura. La divergenza si manifesta non solo grazie alla forte agentività dei *care recipients*, il cui ruolo centrale nella costruzione della relazione di cura è stato spesso sottostimato dalla letteratura sul fenomeno dell'assistenza (KLEINMAN 2019: 168), ma anche per uno scontro tra rappresentazioni e autorappresentazioni che avviene all'interno del gruppo operatori e che sottolinea quanto la cura, ben distante dall'essere un mero concetto biomedico (QUARANTA, MINELLI, FORTIN 2018), possa

rappresentare opposti interessi e visioni del mondo giocate oltre che su un piano etico, morale e identitario, in un'arena sociale, lavorativa e politica. Tutte queste dimensioni, infatti, vengono attivate all'interno di un'impresa collettiva di cui i lavoratori della REMS si sentono fortemente partecipi, ossia il miglioramento delle condizioni esistenziali dei pazienti in struttura. Proprio in virtù della forte importanza del gruppo operatori nell'assistenza ai pazienti in qualità di loro primari *caregivers*, l'équipe della REMS spesso negozia al suo interno diverse rappresentazioni relative al compito di assistenza. Da questa pratica di negoziare internamente una identità curante collettiva – agita all'interno delle riunioni d'équipe, dei turni di lavoro e dei momenti di scambio in cui si decide e discute “chi deve fare cosa” – scaturisce spesso una dimensione conflittuale che sottolinea quanto importante sia la posta in gioco: definendo la maniera in cui autorappresentarsi come curanti (scegliendo ossia le azioni e le responsabilità che pertengono al proprio lavoro all'interno della REMS) gli operatori sociosanitari da un lato mettono in dialogo la propria identità professionale e personale con l'identità collettiva dell'équipe, influenzata dalle posizioni politiche, formative lavorative e in ultimo luogo esistenziali di ciascun operatore; allo stesso tempo viene messa in dialogo – e a volte in scontro – l'identità collettiva professionale dell'équipe con la maniera in cui viene politicamente ed economicamente organizzato il servizio all'interno del quale la REMS è inserita.

Al di là della contingenze quotidiane, anche grazie a un percorso di formazione largamente condiviso, il gruppo operatori condivide una rappresentazione del proprio operato come aderente al campo semantico della cura, concepita come fondativa dell'istituzione stessa in cui lavorano, e del miglioramento esistenziale delle condizioni di vita dei propri pazienti, e come distante dalle pratiche di coercizione che pur partecipano notevolmente tanto alla vita quotidiana dei pazienti con cui si relazionano quanto alle premesse ideologiche che hanno sostenuto la fondazione delle REMS. Per quanto le interpretazioni circa i significati espressi intorno al concetto di cura e i loro effetti sul lavoro quotidiano restino eterogenei e molteplici e continuino ad operare senza trovare una sintesi, tale termine viene attivamente citato e costantemente messo in discussione, durante riunioni, confronti e formazioni, perché rappresenta il mezzo tramite cui raggiungere l'obiettivo che accomuna l'intera équipe: dimettere i pazienti. In una storia nazionale, sanitaria e giuridica, che ha permesso per troppi anni il mantenimento di un'istituzione dannosa per la salute degli stessi soggetti che oggi sono collocati in REMS, gli operatori, specialmente coloro che maggiormente si sono interessati della questione psichiatrica, concettualiz-

zano la cura come contrattare a un modello gestionale dei pazienti forensi in cui essa non solo era manchevole ma ostacolata e impossibilitata. È solo tramite la cura, variabilmente intesa, che i pazienti possono essere dimessi. Se non curate, queste persone rimarranno all'interno dell'istituzione. Fare parte dell'équipe richiede l'esplicitazione del posizionamento di ogni operatore circa il mandato di cura e la negoziazione di esso con la visione della cura egemonica presente in struttura. Tramite questo processo, spesso conflittuale, ciascun attore sociale si rende protagonista dell'impresa con cui l'équipe ha scelto di rappresentare il senso stesso dell'istituzione per cui lavora, ossia prendersi cura dei pazienti.

Il concetto di cura, d'altra parte, è estremamente aperto, polisemico e di difficile definizione, tanto per la letteratura scientifica quanto per chi lavora in REMS. La teoria dell'etica della cura (TRONTO 1987) emerge, infatti, da trent'anni di riflessioni interdisciplinari che hanno accolto e raccolto esperienze metodologiche e epistemologiche differenti. La costruzione di una riflessione critica sul concetto di cura ha rappresentato il tentativo di rispondere alla necessità collettiva, proveniente tanto da prospettive teoriche quanto esperienze esistenziali profondamente ancorate a condizioni concrete, di capire come vengono riprodotti e che cosa generano i gesti e le infrastrutture che sostengono e informano il rapporto tra *caregiver* e *care recipient*. Già Virginia Kittay (1999) sottolineava le difficoltà che possono insorgere nel momento in cui il lavoro di cura viene istituzionalizzato, vissute dall'équipe della REMS: per quanto sia imprescindibile, secondo l'autrice, riconoscere politicamente il *dependency work* – ossia il lavoro che si occupa di vulnerabilità – poiché significherebbe riconoscere il diritto ad avere accesso alla cura ma anche il diritto a esercitare la cura, nel momento in cui esso viene istituzionalizzato viene anche sottoposto a controlli, in virtù delle responsabilità (anche economiche) che vengono ad esso attribuite. Pur non approdando a una formulazione sistematica di principi generali, le elaborazioni teoriche relative al tema della cura (HELD 2006; SLATE 2007; NODDINGS 2013) hanno prodotto un vocabolario condiviso particolarmente prezioso per interpretare l'esperienza etnografica in un contesto sanitario. Utilizzare il paradigma che emerge dalla letteratura sull'etica cura in ambito antropologico significa condurre un'analisi attenta alle pratiche del corpo, alle fratture di potere e alle rappresentazioni identitarie, in costante confronto con le circostanze culturalmente, storicamente e geograficamente determinate in cui si è resa possibile la nascita di una nuova istituzione sanitaria, mettendo in relazione la sua storia politica e organizzativa con la "cultura della cura" (RYTTERSTRÖM, CEDERSUND, ARMAN 2009) che vi si è

creata all'interno, comprendendo tanto le rappresentazioni egemoniche che si sono affermate quanto quelle subalterne. Utilizzare questa prospettiva significa avere a che fare con visioni del mondo incorporate in una prassi quotidiana che si esprime in una postura emotiva ed etica. Anche il corpo della ricercatrice viene invitato a mostrare le proprie posture e posizionarsi lungo le fratture di conflitto, mettendo a confronto la propria visione della cura con quella di un servizio rigidamente strutturato.

Confrontarsi con il controllo

Durante il periodo della mia frequentazione, accadde in struttura un episodio particolarmente rappresentativo del tipo di tensioni che scuotevano l'équipe di Villa Fiorita. Si venne a conoscenza del fatto che un paziente ricoverato in struttura era riuscito a entrare in possesso di sostanze stupefacenti – il cui utilizzo e possesso è vietato all'interno di Villa Fiorita – tramite l'aiuto di un familiare. Le sostanze stupefacenti erano state consegnate al paziente in occasione di un incontro paziente-famiglia e il fatto era rimasto ignoto all'équipe per un paio di settimane. Tale avvenimento accadde in concomitanza con un drammatico aumento dei casi di contagio da Covid-19 e la conseguente adozione di ulteriori misure di sicurezza per limitarne la diffusione. Dopo che il personale venne a conoscenza dell'avvenimento, la Direzione comunicò, durante una riunione d'équipe, che da quel momento in poi tutti i colloqui tra familiari e pazienti (che erano stati sospesi solo in occasione del primo lockdown, nel marzo del 2020, e reintrodotti appena era stato possibile) sarebbero dovuti essere supervisionati almeno da un operatore. In altre parole, i pazienti non avrebbero potuto ricevere visite se non in presenza di un operatore che controllasse l'andamento del colloquio. Tale decisione generò grande sofferenza in alcuni operatori e la riunione d'équipe in cui tale scelta venne comunicata al gruppo fu quasi interamente dedicata a discutere questa nuova regola. Molti erano a disagio nel dover sorvegliare un momento intimo e privato così prezioso nella quotidianità delle persone ricoverate. Altri si sentivano messi alle strette dalla consapevolezza che se non avessero dato la loro disponibilità probabilmente le visite scoperte sarebbero saltate. La Direzione, nella figura di Valerio, il direttore amministrativo, risultò ambigua nella spiegazione dei motivi che avevano portato a questa scelta, a tal punto da generare confusione circa il mandante stesso della decisione. Da un lato, Valerio spiegava che in linea teorica ogni colloquio, da sempre, sarebbe dovuto essere sorvegliato, e di conseguenza la misura adottata rappresentava una riparazione a una

manca della stessa équipe, presentando Villa Fiorita come un ambiente permissivo che, per lungo tempo aveva concesso un beneficio ai pazienti e alle loro famiglie. D'altro canto, nel corso della discussione, rese partecipi i presenti della gravità del fatto che era avvenuto e della responsabilità, anche legale, degli operatori nel non averlo impedito. In ultima istanza, presentò questa nuova regola come decisione presa a livello centrale dal Dipartimento di Salute Mentale per assicurare che durante il colloquio i pazienti e i familiari mantenessero le distanze di sicurezza per evitare eventuali contagi. Da definire c'era anche una questione pratica: in condizioni di sotto-organico, come quella in cui Villa Fiorita stava lavorando nel corso del 2020, richiedere ad un operatore di essere presente per due ore a un colloquio tra un paziente e un familiare significava non renderlo disponibile per qualunque altra necessità che avrebbe potuto verificarsi nel corso di quel lasso di tempo, lasciando di conseguenza scoperto di un'unità il gruppo di operatori in turno, aumentandone in maniera non indifferente il carico di lavoro. Riporto di seguito alcuni appunti che presi durante quella riunione:

Lorenza [educatrice]: «Non è possibile avere qualcuno che vigila su una riunione per due ore! Non è sostenibile!».

Stella [psicologa forense]: «Se non ci sono abbastanza persone per coprire tutte le visite, è meglio sospenderle tutte, o farle fare via Skype».

Davide [caposala]: «Stare di guardia negli orari delle visite ci fa sentire a posto con la coscienza, ma non seguiamo tutte le regole: quando i pazienti fanno cadere le mascherine⁹, non diciamo nulla».

Francesco [infermiere] «Chiediamo ai pazienti. Gli spieghiamo cosa è successo e gli chiediamo di scegliere: o hanno visite supervisionate, o devono farle via Skype o per telefono».

Carlo [infermiere]: «Potremmo accorciarle, così è più sostenibile per noi supervisionarle».

Stella [psicologa forense]: «Quindi se qualcuno guida per due ore per visitare un paziente a Natale, gli dici che hanno solo 10 minuti per stare insieme?».

Davide [Oss]: «Forse dovremmo chiedere alle altre REMS come si stanno organizzando. Fabio [al direttore sanitario], hai sentito le altre REMS?».

Fabio [direttore sanitario]: «No, mando subito un *Whatsapp*. Ho guardato le linee guida del dipartimento e non sono abbastanza specifiche, sono pensate per i reparti e altri tipi di strutture, non per noi».

Lorenza [educatrice]: «Stiamo parlando di troppe cose e ci confondiamo. Qual è il problema, perché stiamo monitorando gli incontri? È per il rischio di contagio di Covid o per qualcos'altro? Perché per me fa la differenza!».

Lorenza si rifiuta di controllare le visite dicendo che questa decisione mette in moto emozioni negative sia per lei che per i pazienti. Dice che c'è un delirio di onnipotenza organizzativa e un'eccessiva pretesa di controllo. Da questo momento la discussione diventa accesa e confusa. Al culmine della discussione con Valerio, che non accetta il suo rifiuto, affermando che se si lavora all'interno di un'équipe non si può decidere di rifiutare di occuparsi di qualcosa che riguarda il gruppo, Lorenza se ne va...¹⁰

Crepe di resistenza

Discussioni di questo tipo furono frequenti durante il periodo della mia partecipazione alle riunioni d'équipe. Al centro dei confronti c'era la necessità di gestire la presenza di commistione tra lavoro di cura e di controllo all'interno di una istituzione situata a metà tra queste due istanze. Lo stress veniva anche esacerbato dalle condizioni strutturali in cui la residenza si trovava nel 2020: l'équipe era infatti affaticata dalla difficile gestione della pandemia di Covid e dalla situazione di sotto-organico in cui si trovava ad operare da alcuni anni (nel momento della mia frequentazione, l'équipe di Villa Fiorita era scoperta di tre unità). In una simile situazione, il processo di negoziazione tra il posizionamento professionale e ideologico di ciascun operatore e le richieste formali e informali di controllo insite nell'ambiente REMS diventava faticoso e poco risolutivo. Le discussioni erano radicate nel modello organizzativo, politico e culturale in cui la REMS era inscritta, che determinava le condizioni materiali del lavoro degli operatori e con esse la possibilità di costruire relazioni di cura all'interno di un contesto animato da istanze coercitive.

L'équipe di Villa Fiorita era composta per lo più da professionisti del settore psichiatrico, molti dei quali formati all'interno del movimento antipsichiatrico e convinti della necessità di organizzare i servizi psichiatrici in una direzione comunitaria. La maggior parte di loro aveva creduto, nel corso della propria carriera, nella possibilità di poter dare spazio a progetti democratici all'interno dei servizi psichiatrici. Non tutti erano convinti che la REMS fosse il luogo in cui questo potesse diventare possibile, ma molti erano stati intenzionati a provarci. Con il passare degli anni, gli operatori di Villa Fiorita, pur essendo inizialmente convinti del potenziale terapeutico insito nel progetto-REMS, hanno dovuto confrontarsi con le esigenze di controllo, implicite ed esplicite, del servizio stesso. Le richieste, costanti nel corso degli anni, erano indipendenti dai desideri personali di chi le avanzava, e rispondevano alle esigenze organizzative del contesto istituzio-

nale in cui la REMS è inserita. La struttura delle organizzazioni, infatti, è determinata non solo dalle strategie e dagli obiettivi fissati dalla direzione, ma anche dal progressivo assorbimento delle regole provenienti dagli attori istituzionalmente preposti alla pianificazione e al controllo esterno di particolari attività (POWELL, DIMAGGIO 1991) – in questo caso provenienti dal Dipartimento di Salute Mentale, dal Tribunale di Sorveglianza, dal Ministero della Salute e, per estensione, lo Stato.

Ciascuno degli operatori che intervistai mi raccontò di pensare al proprio lavoro come un lavoro di cura, per quanto ambientato in un contesto di limitazione della libertà personale. Tutti i miei interlocutori mi raccontavano di lavorare per contribuire al processo di guarigione dei propri pazienti, a cui dedicavano tutto il loro tempo lavorativo. Questo tipo di rappresentazione dell'identità curante mi fu presentata in diverse occasioni nel corso della mia frequentazione della struttura, soprattutto all'interno di circostanze dirimenti. Ricordo con precisione che mi colpì profondamente quando il precedente primario di Villa Fiorita, il dottor Santi, mi raccontò che se qualche paziente si fosse allontanato, lui non l'avrebbe ricorso. Il Dottor Santi non parlava mai di fughe o di evasioni – contrariamente a quanto erano solite fare le testate locali nel riportare simili avvenimenti – «perché l'evasione si dice dei carcerati e i nostri pazienti non sono carcerati»¹¹. La maggior parte degli operatori di Villa Fiorita aveva una comprensione approfondita del quadro giuridico-legale in cui la REMS era inserita e utilizzava correttamente lessico specialistico relativo al diritto dei pazienti psichiatrici forensi. Oltre all'appropriatezza formale, la scelta lessicale utilizzata per parlare di Villa Fiorita e dei suoi pazienti spesso sottolineava e rafforzava, come nel caso del Dottor Santi, l'adesione alle premesse ideologiche che avevano portato alla nascita delle REMS, viste come luogo di riscatto per i pazienti psichiatrici forensi rispetto all'OPG. Scegliendo di utilizzare, a livello retorico, parole diverse per parlare della REMS rispetto alle parole utilizzate per parlare di OPG e carcere, l'équipe manifestava il suo schieramento semantico, profondamente ancorato alla concettualizzazione del lavoro sanitario (della REMS), come opposto a quello degli agenti di controllo (caratteristico degli OPG).

Vale la pena sottolineare che tra le rappresentazioni dell'identità curanti e le pratiche di cura possono esistere discrepanze, specialmente se messe in atto in maniera strategica all'interno di contingenze contestuali. Nel corso della mia frequentazione della struttura, l'identità curante venne messa in gioco a volte in maniera essenzializzata (specie se l'interlocutore stava confrontando il proprio lavoro con quello di colleghi che avevano lavorato

in OPG, o degli agenti delle forze dell'ordine, percepiti come rappresentanti degli elementi di controllo presenti nell'istituzione REMS), a volte in maniera maggiormente processuale e posizionata. Come sottolinea Baumann ne *l'Enigma Multiculturale* (2003), le persone possono utilizzare il concetto di identità in diversi modi: o concependola come qualcosa che è oggettivamente dato, o come qualcosa che è costantemente negoziato. Secondo la prima visione, ossia una visione essenzialista (*Ibid.*: 89), l'identità è qualcosa che si ha, che ci appartiene, legata al nostro posizionamento in un luogo e un tempo. Il vantaggio di pensare all'identità come oggettivamente data, è la possibilità di esigere diritti: in altre parole, seguendo la teoria del nominalismo dinamico di Hacking (1986: 165), nel momento in cui io divento un "certo tipo di persona", inizio anche ad adottare i comportamenti prescritti per quella categoria di persona. Nel caso della REMS, se concepisco la mia identità professionale come curante, allora adotterò i comportamenti che secondo il mio mandato deontologico sono prescritti come curanti e mi rifiuterò di mettere in atto comportamenti che non si addicono al mio posizionamento. Ma, sottolinea Baumann (2003: 97), se in certi contesti parliamo della nostra identità in maniera essenzialista, non è detto che non utilizziamo, in altri, una visione processuale dell'identità, tramite cui si definisce costantemente, in relazione agli altri e al contesto in cui ci si trova, cosa implica mettere in gioco quel tipo di identità. All'interno del contesto della REMS, un operatore potrebbe decidere di esimersi dal mettere in atto un gesto che reputi incoerente con la sua concezione di cura (come Lorenza in relazione al compito di sorvegliare i pazienti durante i colloqui con i familiari), ma ammonire un paziente che giri per i corridoi della struttura senza la mascherina protettiva, o incitare un paziente che si sta rifiutando di prendere la terapia ad assumerla, agendo sulla base di una identità curante che non è fissa e regolata da norme e schemi di comportamento prestabiliti, ma costantemente messa in gioco in relazione alla realtà sociale.

Le due visioni di identità non sono opposte. Riprendendo le riflessioni prodotte da Giovanni Piza nella rilettura critica del pensiero di Antonio Gramsci, potremmo utilizzare il concetto di egemonia come lente attraverso cui guardare «dimensioni minime, intime della dialettica egemonica osservata soprattutto nelle sue contraddizioni» (PIZZA 2003: 36). Se seguiamo l'invito di Piza e abbandoniamo una visione di egemonia dicotomica, interpretata come una funzione di dominio esercitata sulle coscienze delle classi subalterne da parte delle classi egemoni, possiamo introdurre all'interno dell'analisi etnografica dei contesti sanitari e delle loro dinamiche di

potere un pensiero dinamico, attento alle forme di resistenza e creatività trasformativa degli agenti subalterni. L'egemonia, infatti:

non è solo il potere statale che esercita la sua autorità nella azione coercitiva e nella organizzazione di un consenso naturalizzato dai soggetti come "spontaneo". Egemonia è anche politica di trasformazione esercitata attraverso la capacità critica di denaturalizzare, a partire dal corpo proprio, l'azione modellante dello Stato, mettendo in luce quindi le connivenze dialettiche fra lo Stato e l'intimità dei soggetti (*Ibid.*: 37).

Le resistenze a richieste prodotte dall'istituzione che non rientrano in ciò che gli operatori reputano aderente a una visione curante del proprio lavoro – in questo caso, la richiesta di aderire a un modello organizzativo che presuppone, tra le mansioni dell'équipe *caregiver*, anche l'attuazione di controllo sociale nei confronti dei pazienti – avvengono a Villa Fiorita quotidianamente e costantemente. La capacità di desistere e opporsi alla richiesta viene agita tanto dai pazienti quanto dagli operatori sia sul piano delle pratiche sia sul piano delle rappresentazioni e attraversa in maniera trasversale ogni rapporto in struttura. Le pratiche di resistenza vengono infatti messe in atto in una maniera sì determinata dal posizionamento degli attori sociali, ma esse non sono meccanicisticamente rivolte: le richieste e le pratiche fatte oggetto di resistenza dalle persone che giornalmente vivono la REMS assumono un valore diverso nel tempo e nello spazio, si trasformano e vengono individuate in base a motivazioni contestuali e differenti. Le motivazioni che spingono gli attori sociali di Villa Fiorita a resistere a determinate richieste possono essere di natura politica, etica, pragmatica, possono cambiare nel tempo e anche contraddirsi, ma soprattutto sono profondamente radicate nelle differenti percezioni che i lavoratori e i pazienti elaborano e co-costruiscono relativamente all'idea di benessere e salute e alle modalità secondo le quali tali rappresentazioni devono essere perseguite. Anche gli atti di resistenza sono polisemici e costituiscono assi di alleanze inediti tra gli attori sociali, in costante mutamento. Tali resistenze contribuiscono in maniera sostanziale a costruire delle reti di solidarietà intersezionali all'interno della REMS: allo stesso tempo, l'équipe può fare esperienza di coesione opponendosi a scelte provenienti dal Dipartimento, un gruppo di operatori può sentirsi in linea o in disaccordo con le decisioni prese dai direttori di Villa Fiorita, i pazienti possono resistere alle scelte di alcuni operatori o viceversa unirsi all'équipe nel contestare un trattamento ricevuto da parte della Magistratura o della Polizia e così via. Le modalità di resistenza, oltre che gli obiettivi della pratica, assumono forme molteplici – dalla negligenza, al disinteresse, alla critica, a tentativi di mediazione tra posizionamenti

diversi, in maniera formale o informale, al sabotaggio, alla resistenza fisica. Chiaramente, essendo stata limitata la mia possibilità di partecipare e osservare gran parte della quotidianità costitutiva del lavoro della struttura, a causa della situazione pandemica e a causa di vincoli etici, il materiale principale da cui posso attingere per parlare delle resistenze messe in atto in REMS proviene dalle interviste che ho svolto e riguarda dunque le narrazioni, le rappresentazioni e le autorappresentazioni che le persone che ho incontrato hanno elaborato circa le proprie pratiche di resistenza. In questo senso, intendo concludere la mia argomentazione proponendo un esempio particolarmente chiaro di come, nei processi di produzione e trasformazione culturale e sociale, le strategie con cui gli attori sociali “lottano, negoziano, si ribellano per spezzare i vincoli della loro condizione e far vacillare le categorie [...] con le quali si prova di volta in volta a inchiodare la loro esperienza” (BENEDEUCE, TALIANI 2021: 23) siano sempre ancorate a una dimensione corporea, minima, intima e profondamente contraddittoria (PIZZA 2003): ossia la gestione della sessualità a Villa Fiorita.

La gestione della sessualità a Villa Fiorita

Nel corso delle interlocuzioni che ebbi con i pazienti, diversi condivisero con me una sofferenza profondamente intima ma intrinsecamente sociale – e nel contesto REMS anche giuridicamente determinata – ossia l’assenza di autonomia nel gestire i propri rapporti affettivi e sessuali. La solitudine e l’isolamento dalle relazioni sentimentali e fisiche furono oggetto di particolare attenzione specialmente nel corso di tre conversazioni, che ebbero luogo in struttura e durante le quali mi confrontai, separatamente, con tre pazienti ognuno dei quali era ricoverato in struttura almeno da due anni. Mi raccontarono che a generare il sentimento di sofferenza non era l’assenza o la mancanza della possibilità di avere un rapporto sessuale, ma la consapevolezza di starsi lentamente disabituando a interagire con gli altri. Da questo nasceva il timore di non essere in grado di intessere nuove relazioni affettive, per quanto profondamente desiderate, una volta usciti dalla struttura. In REMS è infatti vietato ai pazienti – i cui spazi privati sono separati per genere – avere rapporti sessuali e possedere materiale pornografico. Amedeo, un uomo di quarant’anni ricoverato in REMS da due al momento della mia frequentazione del campo, mentre discutevamo della gestione della sessualità in REMS portò la mia attenzione sul tema della masturbazione: vivendo in camere doppie, secondo lui, non si riusciva mai a godere di una privacy totale e senza una rivista che aiutasse l’immagi-

nazione era difficile per lui eccitarsi e dunque masturbarsi. Un elemento che mi colpì particolarmente nel corso di quella conversazione fu che Amedeo mise più volte l'accento sul fatto che la masturbazione portasse benefici "organici". Riporto di seguito alcuni appunti presi dopo la nostra conversazione.

Amedeo dice che non hanno tutti vent'anni, non basta vedere una ragazza per eccitarsi, senza una rivista o un video che "ti aiuta" [masturbarsi] non è facile. Dice che masturbarsi è uno sfogo necessario per non avere in circolo determinati ormoni prodotti dal cervello che non fanno bene. Nel corso di tutta la conversazione usa solo la parola masturbazione e quando gli chiedo se ne hanno parlato a livello di gruppo, per provare ad avanzare qualche richiesta al personale, mi dice che sì, ne hanno discusso insieme, ma ogni volta che ne provi a parlare a un medico «quello ti prende per un maniaco sessuale»¹¹.

Nel corso di questi dialoghi mi capitò più volte di sentirmi a disagio nell'affrontare temi relativi alla sessualità con persone non solo fortemente patologizzate – dal momento che tanto la sofferenza mentale quanto i comportamenti sessuali rappresentano gli argomenti privilegiati della patologizzazione da parte della biomedicina e della società (FOUCAULT 1994) – ma anche, in alcuni casi, colpevoli di aver agito violenze sessuali. Ciononostante, mi sembrò particolarmente importante raccogliere lo stimolo sollevato dai pazienti – così come feci per altri argomenti – e utilizzarlo per creare spazi di discussione nel corso delle interviste con il gruppo di curanti. In particolare, approfondii in seguito l'argomento con i due direttori di Villa Fiorita.

Amedeo aveva testimoniato, tramite le sue parole e la sua personale esperienza, una mancanza da parte di Villa Fiorita nella gestione della salute e del benessere dei suoi pazienti. La sua argomentazione si basava infatti, più che sulla descrizione emotiva di un bisogno o un desiderio, sugli squilibri ormonali determinati dall'assenza dell'atto masturbatorio. In questo modo Amedeo confermava tanto la sua incorporazione del lessico biomedico, lingua veicolare all'interno della struttura, quanto la capacità acquisita di utilizzarlo in maniera contestuale e strumentale, al fine di porsi come interlocutore adeguato a una mediazione che, in una struttura come la REMS, si gioca necessariamente sul piano sanitario. Amedeo aveva infatti colto che era la salute il terreno su cui spostare rivendicazioni o critiche di carattere politico, esistenziale, biografico e personale, poiché è la salute il terreno da cui generano le motivazioni per l'imposizione di norme in REMS ed è la salute il terreno che contestualizza non solo l'operato del personale di struttura ma la stessa presenza degli pazienti all'interno della struttura.

A riprova della capacità di Amedeo di individuare l'ambito semantico su cui traslare la costruzione di una retorica che potesse sostenere e giustificare una critica alla struttura che venisse presa in seria considerazione dagli interlocutori – me innanzitutto e contestualmente il personale sanitario – e non venisse squalificata in quanto richiesta da parte di un “maniaco sessuale”, come da lui precisato, vale la pena sottolineare che, come verrà illustrato in seguito, anche le pratiche retoriche di contestualizzazione di questo divieto messe in campo dagli operatori sanitari interpellati sul tema, muovevano principalmente – ma sempre strumentalmente alla giustificazione o alla critica della regola stessa – da un discorso relativo alla salute dei pazienti. Al pari di qualsiasi altro attore sociale coinvolto nella struttura, Amedeo mi rendeva partecipe di un posizionamento composito e sfaccettato: infatti, se pur critico circa il divieto di possedere materiale pornografico, nel corso della nostra conversazione confermò più volte di essere d'accordo sul fatto che in struttura fosse vietato avere rapporti sessuali. La tesi che intendo avanzare è che Amedeo, rivendicando la possibilità di possedere materiale pornografico, stesse mettendo in atto una pratica di resistenza. Avanzando una critica utilizzando il lessico individuato come proprio della struttura e al contempo adeguato per porsi su un piano dialogico – se pur critico – e non di rifiuto, Amedeo aveva aperto in quell'occasione uno spazio controegemonico e tale operazione aveva avuto successo proprio in virtù del fatto che lo spazio inaugurato era un interstizio, un'intercapedine. Infatti, da un lato si era presentato come interlocutore ragionevole, manifestando consenso nei confronti della generale gestione della struttura, avanzando una critica su un aspetto apparentemente marginale del discorso, abbastanza modesta da risultare condivisibile dalla persona che lo stava ascoltando. E dall'altro lato, appunto, aveva individuato me come interlocutrice adeguata per tutelare lo spazio che aveva aperto con la sua critica. Il mio posizionamento era infatti caratterizzato da un vincolo di duplice lealtà (PELS 1999), tanto nei confronti del corpo degli operatori quanto nei confronti di quello dei pazienti, e tale ambiguità giocò, nel corso della mia esperienza in struttura, sia a mio vantaggio sia a mio sfavore: dal momento non avevo una qualifica professionale sanitaria, la mia figura non era integralmente sovrapponibile a quella di un'operatrice, sebbene fossi presente in situazioni da cui i pazienti erano esclusi e avessi accesso a interlocuzioni privilegiate con il personale e la Direzione. D'altro canto, grazie ai miei tentativi di esplicitare in ogni occasione possibile il mandato della mia presenza in Residenza – ossia una ricerca focalizzata principalmente sul lavoro degli operatori – e di condividere con i pazienti quanto

più possibile i risultati delle mie osservazioni, non fui mai né totalmente inclusa in uno dei due gruppi né rifiutata. Venivano condivise con me determinate e parziali informazioni tanto dai pazienti quanto dagli operatori e di questo mio posizionamento erano tutti consapevoli.

Questa situazione contribuì alla co-costruzione tra me e i miei interlocutori del tempo dell'intervista come spazio di sfogo e di libera condivisione; le interviste diventarono, per chiunque dei miei interlocutori, un luogo in cui poter esprimere opinioni, dissensi e sofferenze che eventualmente sarebbero state riportate, tramite la mia voce, su un piano decisionale – ossia ai due Direttori, ai quali consegnai un report in forma scritta dei risultati della mia ricerca alla metà e alla fine del progetto¹² – o per lo meno di discussione collettiva. Infatti, il fine delle interviste – che veniva sempre esplicitato ai miei interlocutori prima di iniziare la conversazione – era per me anche quello di raccogliere, in forma anonima, temi e situazioni che causavano sofferenza in struttura e utilizzare il mio posizionamento e la ricerca del Dipartimento per creare momenti di discussione, specialmente all'interno dell'équipe, in cui affrontarli. Per questo proposi il tema affrontato da Amedeo nel corso di successive interlocuzioni con gli operatori e con i pazienti e interrogai, in diverse occasioni, entrambi i direttori circa la possibilità di istituire un laboratorio sull'affettività e sulla sessualità (che scoprii essere già stato realizzato anni prima e che i direttori desideravano riproporre non appena l'emergenza sanitaria si fosse acquietata). In questo senso, l'atto di Amedeo di condividere con me quella specifica critica, in quel modo e in quel momento, diede avvio a una catena di dialoghi incentrati sulla gestione della sessualità in struttura, tramite cui prese spazio la possibilità, autoriflessiva da parte dei miei interlocutori, di denaturalizzare l'azione modellante della autorità nei confronti dell'intimità dei soggetti ricoverati in REMS. In questo senso, tale iniziativa corrisponde alla politica di trasformazione cui fa riferimento Pizza (2003) nel descrivere il rapporto tra soggetti egemoni e subalterni, cui, peraltro, partecipai anch'io.

Il posizionamento come prassi agentiva

Amedeo aveva potuto esprimere una critica rispetto al regime vigente di gestione dell'intimità fisica dei pazienti non solo grazie a uno sfruttamento tattico del suo posizionamento, ma anche grazie al fatto che i divieti di cui ragionava, se pur formalmente istituiti, lasciavano spazio ad un ampio universo di pratiche. Informalmente, infatti, diversi divieti in struttura

venivano derogati da pazienti e operatori che, consapevoli di come sfruttare contestualmente i propri posizionamenti, mettevano continuamente in atto pratiche di resistenza nei confronti di regole che non reputavano essenziali al mantenimento di un clima di serenità e benessere in struttura. Ciò permetteva, all'interno della REMS, l'istituzione informale di spazi sottratti ai meccanismi di controllo di cui parla Kittay (1999) relativamente al lavoro di cura. Per sostenere l'analisi iniziata a partire dalla richiesta di Amedeo di avere accesso a materiale pornografico, intendo ora presentare le pratiche di resistenza messe in atto dagli operatori nei confronti delle stesse regole che dovrebbero far rispettare: in questo caso, la loro capacità agentiva si giocava principalmente tramite un preciso meccanismo di gestione delle informazioni e condivisione delle responsabilità, al fine di tutelare gli spazi di libertà cui accennavo sopra (istituiti e tutelati spesso e volentieri da una collaborazione informale, necessaria – a volte non consapevole – tra il gruppo dei pazienti e il gruppo degli operatori).

Amalia: Ma secondo te in REMS c'è mai stato un flirt, un rapporto tra pazienti?

Fabio [direttore sanitario]: Guarda, è una probabilità non una possibilità. Io non ne ho una certezza. Nel momento in cui però io non ho il sospetto che questo avvenga in maniera violenta, o implicitamente o esplicitamente, [che] non ci siano delle implicazioni per malattie sessualmente trasmesse e per ovviamente gravidanze... Non so se ci siano ancora, ma una volta, chiedilo a Valerio [dir. amministrativo], si era parlato addirittura di lasciare in giro dei preservativi, che abbiamo, ancora, credo, da qualche parte. Si era parlato di renderli di pubblico accesso. Come dire, in termini proprio di minimizzazione del danno. Poi che cosa ne abbiamo fatto nello specifico non so... per un certo periodo erano in un cassetto aperto, facilmente accessibile apposta. Non so se siano ancora lì. Forse sono scaduti, non lo so. Comunque erano stati distribuiti al gruppo sulla sessualità. Erano stati messi all'interno di una ciotola tipo self-service, una cosa del genere. Però non so dirti perché io, al gruppo, non c'ero¹³.

La testimonianza di Fabio qui riportata permette di guardare da un'altra prospettiva la maniera in cui vengono co-costruite pratiche collettive di resistenza alle richieste di controllo sociale all'interno di Villa Fiorita. In REMS, spiega Fabio – psichiatra e direttore sanitario della struttura – probabilmente ci sono stati rapporti tra pazienti, anche se teoricamente sarebbero vietati. Già Goffman (2010) sottolineava quanto le istituzioni totali fossero ininterrottamente attraversate da discrasie generatrici di un profondo divario tra la struttura normativa – gerarchizzata e rigidamente regolata – e la natura reale, flessibile e discrezionale dell'istituzione. Tale scarto risulta strategico e necessario al mantenimento dell'istituzione stessa, poiché se

l'insieme di regole che normano la quotidianità della struttura fosse applicato alla lettera, paralizzerebbe l'*agency* di tutti gli attori sociali coinvolti. Ciò permette di sostenere, per gli operatori di Villa Fiorita, un atteggiamento di tolleranza verso l'inosservanza della regola. Non tutte le regole, chiaramente, vengono derogate o addirittura trasgredite: la selezione delle norme che possono essere disattese avviene tanto in maniera collettiva quanto individuale ed è profondamente influenzata dal posizionamento degli attori sociali, dalle loro traiettorie biografiche e convinzioni politiche e deontologiche che possono essere condivise o contese all'interno del gruppo d'équipe.

Fabio, durante la nostra conversazione, esplicitava precisamente tale meccanismo, ossia la tattica che gli permetteva di resistere all'inibizione della sua *agency* e di mantenere una capacità di autodeterminazione circa gli ambiti di competenza della sua professione, resistendo alle operazioni di controllo che, in quanto responsabile sanitario della struttura, avrebbe dovuto formalmente presiedere. Da un lato, scegliendo di non sapere o dicendo di non sapere – non è perfettamente consapevole né della presenza né della collocazione di contraccettivi in struttura – e attribuendo maggiore coinvolgimento a Valerio nella vicenda (il quale, rispetto a Fabio ricopre un ruolo con minori responsabilità) Fabio crea uno spazio di incertezza e, di conseguenza, di maggior libertà: formalmente non può essere certo che abbiano avuto luogo rapporti e di conseguenza non può essere certo che sia stata violata la regola. Oltretutto è lui stesso a esplicitare il modo tramite cui lui, personalmente, seleziona gli ambiti di pertinenza del suo lavoro nella vita dei pazienti, ossia in base a cosa costituisce un possibile problema di salute. Si evince dal suo discorso che non ritiene di doversi occupare di controllare i rapporti tra i pazienti; ciò rientra nelle sue competenze solo quando ciò può in qualche modo danneggiare il benessere o la salute delle persone coinvolte perché è di questo che deve occuparsi. Di salute. Il discorso di cosa costituisca salute a Villa Fiorita e di conseguenza cosa sia di pertinenza del lavoro dei curanti, come già accennato, è tutt'altro che semplice e dipende anche dalle biografie, dalle traiettorie professionali, e dalle rappresentazioni di ciascun operatore circa il proprio lavoro. Accanto al piano individuale, tuttavia, il lavoro in REMS richiede un costante allineamento collettivo, per agire come gruppo e limitare la discrezionalità che comunque già caratterizza fortemente l'ambiente della struttura, necessariamente incentrato sulle caratteristiche personali di ciascun singolo paziente: sebbene in linea teorica tutti i pazienti siano obbligati a seguire lo stesso comportamento una volta tradotti in Villa Fiorita, è chiaro a ope-

ratori e pazienti che questo non è possibile. Alcuni pazienti, ad esempio, non parlano italiano, altri potrebbero non essere in grado di comprendere le regole della struttura. Altri ancora le criticano e le rifiutano. Di conseguenza, ogni giorno nella struttura si verificano deroghe alle regole, sia da parte dei pazienti sia da parte degli operatori. All'interno di questo contesto, la deviazione dalla norma tramite la deroga può determinare la produzione di una narrazione contro-egemonica da parte dell'équipe rispetto al proprio posizionamento come agente di repressione. E la tutela degli spazi di deviazione dalla norma viene mantenuta tramite la consapevolezza e condivisione degli ambiti di competenza di ciascun operatore all'interno dell'équipe. Le pratiche di resistenza degli operatori alle richieste di controllo avanzate dall'istituzione vengono costruite collettivamente tramite l'utilizzo strumentale e contestuale dei posizionamenti dei singoli rispetto agli altri posizionamenti presenti nel gruppo.

Fabio mi aveva suggerito di approfondire con Valerio il discorso del laboratorio sulla sessualità, indicandolo come maggiormente informato circa la distribuzione dei preservativi in struttura. Quando ebbi l'occasione di parlare con Valerio, direttore amministrativo, egli confermò quanto detto da Fabio:

[...] Sulla vita sessuale. Beh, qui ci sono differenze. Io da infermiere, l'ho sempre detto, sono un fautore [della promozione di un discorso sulla sessualità all'interno della struttura], ho fatto anche tutti i miei tentativi perché uno [dei pazienti] avesse *Playboy*. Ma su questo ad esempio [...] i dirigenti, i medici, sono molto più preoccupati. Io e una mia collega che lavorava al SerT avevamo organizzato un gruppo chiamato "sessualità e affettività", anche se volevamo chiamarlo "sesso e carnazza", ma ci siamo dovuti censurare... Lei ha una grande esperienza di conduzione di gruppi di adolescenti dove la sessualità ovviamente è un argomento importante, quindi le avevo chiesto di darci una mano. Perché credo che la vita sessuale, la masturbazione, siano molto importanti. Ma anche qui non si può prescindere: in una REMS, come in carcere, non si fa sesso. Poi: non si fa sesso, ma la mia collega li aveva portati i preservativi e li aveva messi in un posto dove [i pazienti] li potevano prendere. Perché io sono dell'idea che anche per la sessualità la mamma "dice non si fa", la zia dice "quando poi lo vuoi fare, vieni da me che ti do i soldi per comprare i preservativi" – dove si fa gioco di squadra, dove ognuno ha il suo ruolo. Il mio ruolo è quello di dire "l'istituzione impone che questo non sia possibile" – perché il regolamento penitenziario non lo prevede, perché in REMS non si può, – "che fai, fai sesso con una che manco capisce che sta facendo, Mhmm?" eccetera eccetera. Poi se ne dovrebbe parlare di più ma non è sempre possibile farlo¹⁴.

Valerio, a sua volta, dà conto di un posizionamento multidimensionale. Da un lato, esplicita innanzitutto la sua postura professionale di infermiere, presentata come distante da quella dei medici, maggiormente preoccupati, nelle sue parole, di discutere tali questioni. La sua esperienza come infermiere lo porta a ritenere fondamentale la gestione autonoma della sessualità e dell'affettività nella vita dei pazienti, ma esplicita la necessità che ognuno in équipe conosca il proprio ruolo: il suo è quello di ribadire il divieto (per quanto, a livello ideologico, non vi aderisca). Tuttavia sottolinea come sia necessario che all'interno dell'équipe ognuno sia consapevole non solo del proprio posizionamento, ma del proprio posizionamento in relazione a quello degli altri, di modo da poter fare gioco di squadra, come tra la mamma e la zia, per raggiungere un obiettivo comune – in questo caso, una maggiore libertà dei pazienti di poter prendere decisioni circa la propria sfera intima e affettiva.

“I grandi temi della vita di tutti i giorni”

Nel periodo della mia frequentazione di Villa Fiorita, questi temi ebbero l'occasione di essere pensati e condivisi specialmente nel corso delle interviste individuali con gli operatori, ma nulla successe sul piano organizzativo. Non venni a sapere né di riviste introdotte in struttura, né di laboratori sull'affettività organizzati per i pazienti. La richiesta avanzata da Amedeo (che si inseriva nel solco di tante richieste precedenti, con lo stesso contenuto, mosse da altri pazienti verso diversi operatori) non ebbe seguito. Non perché non venisse ritenuta adeguata, o giusta, ma perché era difficile per gli operatori affrontare questo argomento con le sfumature che ritenevano fosse adeguato attribuirgli. In altre parole, in REMS la possibilità di agire veniva inibita dall'impossibilità di creare, all'interno di un contesto così rigidamente normato, uno spazio personalizzato per ciascun paziente, e allo stesso tempo complesso abbastanza da poter approfondire con ciascuno di loro le contraddizioni che esistono nell'affrontare il tema della sessualità e dell'affettività all'interno di una misura di sicurezza detentiva. Ciononostante, l'esplicitazione della contraddittorietà di questo argomento, e la frustrazione di sapere di non poterlo affrontare nella maniera ritenuta più adeguata, dimostra il costante sforzo da parte dell'équipe curante di mediare tra le proprie idee di progetti terapeutici e la limitazione organizzative presenti nel contesto REMS. Fabio, il direttore sanitario, apprezzò particolarmente la discussione di questo argomento, che portammo avanti nel corso di diverse conversazioni.

Fabio: «Quello della masturbazione è un discorso molto, molto complicato. Io sono abbastanza contrario all'utilizzo di materiale pornografico in una struttura giudiziaria perché alcuni dei nostri pazienti hanno dei reati che hanno una componente sessuale. La pornografia contribuisce a reificare il corpo dell'altro, che è uno dei meccanismi con cui poi avvengono i reati sessuali. Allora è chiaro che sarebbe bello poter fare un aspetto personalizzato e gradare questa regola. Perché, come dire, ci sono pazienti e pazienti... [...] Noi abbiamo avuto diversi pazienti che hanno avuto dei reati contro le donne, reati sessuali: su questi l'uso di materiale pornografico mi sembra attivamente controindicato. In uno che ha dei reati di molestie sessuali, di violenza sessuale, di cose di questo tipo – recenti o remoti – siamo proprio sicuri che mentre è in isolamento mostrargli del materiale pornografico sia una cosa psicologicamente costruttiva? Al di fuori di un progetto specifico? Allora la grandissima difficoltà è che se io faccio entrare del materiale pornografico in REMS, queste inferenze cadono: non posso farlo entrare per uno e non per l'altro. Sia perché c'è una questione di disparità, ma se anche la giustifico, se li prestano, no? [Ride]. È molto difficile trovare la quadra su queste questioni. Anzi, sarei molto curioso di sapere come si sono organizzati altrove. Per cui, in assoluto credo che sia giustissimo da un lato promuovere laboratori di sessualità e affettività, credo che sia un discorso fondamentale, molto semplicemente non abbiamo avuto quest'anno la disponibilità della collega del SerT che di solito veniva a tenere i gruppi. Poi c'è sempre la questione che l'aspetto della sessualità in condizioni detentive è comunque un aspetto estremamente contraddittorio. Non credo che risolviamo le contraddizioni fornendo *Playboy*. Mentre credo che parlare di queste contraddizioni con una persona sia molto molto utile. Su questo io però preferirei che fosse una persona esterna. Nel senso, credo che sarei in grado di fare dei gruppi sulla sessualità - ho anche fatto il corso da sessuologo - ma credo che assumerei troppi ruoli contemporaneamente e inibirei il bisogno di poterne parlare in maniera naturale da parte dei pazienti. Quindi su queste cose non vedo delle controindicazioni assolute, mi piacerebbe fare le cose fatte bene ma non è stato possibile farlo».

Amalia: «Poi nel mezzo della pandemia non sembrano questioni particolarmente impellenti da affrontare...».

Fabio: «È vero che la pandemia ha coperto tutto ma la pandemia non c'è sempre stata e speriamo che non ci sia sempre. Per cui anche se siamo in piena pandemia e non si può agire adesso, nulla ci impedisce di riflettere adesso. Non è che domani chiamo l'esperta di sessualità e dico "Vieni subito è un'urgenza", questo no, però dire magari ad aprile, maggio, sperando che tra vaccini, cure e clima la pandemia si sia molto attenuata, iniziamo a rimettere in cantiere un gruppo, io su questo sarei estremamente favorevole».

Amalia: «È che dopo essere stati qua un po' di tempo [alcuni pazienti] mi dicono che non sanno più come avere a che fare con le ragazze».

Fabio: «Noi [équipe della REMS Villa Fiorita] abbiamo la caratteristica che la maggior parte dei nostri pazienti sono poco adeguati sul piano relazionale e uno degli aspetti cardine della salute mentale è anche la capacità di muoversi in relazioni molto sfaccettate. E tutto ciò che è seduzione, sessualità, eccetera, è una delle parti più sfaccettate: il rapporto con i possibili partner e i rapporti con l'autorità, sia che uno sia autorità sia che uno sia il contrario dell'autorità, sono i due aspetti più sfaccettati, forse, dei nostri comportamenti. Cioè come portarmi a cena fuori e possibilmente a letto la graziosa vicina di casa e come dire al capo che non sono d'accordo con lui senza che mi prenda a bastonate sono i grandi temi della vita di tutti i giorni, no?»¹⁵.

Ritengo che questo stralcio di intervista contenga diversi punti particolarmente ricchi per affrontare il discorso della costruzione di pratiche di resistenza e della loro rappresentazione all'interno di Villa Fiorita. La testimonianza di Fabio dipinge una situazione sfaccettata, caratterizzata da contraddizioni non necessariamente risolvibili – che caratterizzano, sovente, diversi aspetti del lavoro in REMS. L'apertura con cui Fabio esplicita la difficoltà di far ragionare tutte le istanze contenute nei suoi multipli posizionamenti – quello di direttore sanitario di una residenza per pazienti sottoposti a una misura di sicurezza detentiva, quello di psichiatra, e sessuologo – è generosa: egli condivide tutti i passaggi del suo ragionamento, i punti d'arresto a cui esso è forzato da limitazioni logistiche e deontologiche. Come per Valerio, anche per Fabio riflettere insieme ai pazienti di sessualità e affettività è un aspetto importante, che però va calibrato e co-costruito collettivamente con l'aiuto di colleghe e colleghi esperti nella conduzione di gruppi sul tema. Perché, per quanto importante e per quanto forte senta Fabio la necessità di aprire spazi di maggiore libertà per i pazienti, non può prescindere dal fatto che essi si trovano comunque in una struttura detentiva e che alcuni di loro manchino di una maturità affettiva che permetterebbe di possedere una rivista pornografica senza rischi per il loro benessere psicologico ed emotivo. Come sottolinea il mio interlocutore, infatti, aprire spazi di maggiore autonomia per i pazienti circa la gestione della propria affettività e sessualità può significare un ampio panorama di scelte, che vanno dalla concessione di una rivista pornografica alla pianificazione di un progetto laboratoriale. Ciononostante, Fabio non scarta l'introduzione di pornografia in maniera oppositiva e semplicistica, ma condivide con me l'estensione delle sue riflessioni sul tema, al termine delle quali il suo disaccordo viene comunque presentato come sfaccettato e contraddittorio: i processi di reificazione dell'alterità e il loro collegamento con la salute mentale dei pazienti interdetti in REMS e i reati da loro commessi è sicuramente un tema su cui egli ha studiato e riflettuto in maniera approfondo-

dità. Per questo riconosce, e mi esplicita, le contraddizioni presenti a Villa Fiorita riguardanti il tema e in virtù di esse preferisce aspettare di essere in grado di offrire ai pazienti uno spazio di confronto orizzontale gestito da una persona esterna ed esperta di gruppi sulla sessualità, necessariamente più complesso e multidimensionale della semplice fruizione di una rivista. Questa scelta risponde anche alla difficoltà di poter personalizzare per ciascun paziente la gestione della sessualità. Ho già sottolineato come in REMS l'équipe curante mantenga nei confronti dei pazienti un atteggiamento necessariamente duplice: da un lato, teoricamente tutti i pazienti dovrebbero aderire e seguire le medesime regole; dall'altro è necessario personalizzare non solo i trattamenti terapeutici ma anche le relazioni interpersonali tra pazienti e operatori in virtù delle caratteristiche individuali di ogni paziente. Tale duplicità permette il mantenimento di un regime di lavoro (e di conseguenza la produzione di rapporti curanti) maggiormente sfaccettato ed elastico, ma pone gli operatori davanti alla fatica di introdurre nel rapporto con i pazienti un'ambiguità talvolta dolorosa. Tale duplicità non prescinde l'universo dei rapporti affettivi e sessuali: teoricamente a tutti i pazienti è vietato avere rapporti e possedere materiale pornografico. Però per Fabio l'universalità della norma è limitante, perché, come sottolineato anche da Valerio (che si è battuto per fare avere una rivista a un paziente) alcuni pazienti sarebbero in grado di gestire autonomamente il possesso di materiale pornografico. Egli infatti ha riflettuto sulla possibilità di promuovere un ragionamento personalizzato e differenziato, mettendo in atto comportamenti diversi nei confronti di pazienti diversi. Tuttavia, come sottolinea lui stesso, agire in maniera personalizzata, per questo aspetto, non è possibile: la rivista, se data a un paziente, arriva velocemente nelle mani di tutti. Il punto cruciale è che, come sottolineato anche da Valerio, l'impostazione strutturale, organizzativa e gestionale della REMS non permette sempre "di fare le cose per bene".

Ciononostante, dal discorso di Fabio emerge una grande capacità di mettere in gioco il proprio posizionamento e cercare alternative. Del suo posizionamento, e delle contraddizioni che esso porta con sé, Fabio è consapevole: potrebbe anche tenere lui stesso i gruppi sul tema della sessualità e dell'affettività all'interno di Villa Fiorita destinati ai pazienti, risolvendo la questione di dover attendere la fine dell'emergenza sanitaria o l'intervento di una figura esterna. Ciononostante, sacrifica questa possibilità dichiarando addirittura che preferisce preferire non essere nemmeno presente. Questa scelta viene messa in campo non solo per permettere ai pazienti di esprimersi più liberamente (che di sicuro si sentirebbero più a loro agio

con una professionista esterna rispetto che con il loro medico curante, che conoscono bene e vedono quotidianamente anche da diversi anni) ma anche per evitare un sovraccarico di ruoli: il meccanismo di distribuzione delle responsabilità grazie a una collettiva consapevolezza dei posizionamenti delle persone che compongono l'équipe, tramite cui strutturare pratiche di resistenza tattiche e collettive, verrebbe infatti appesantita qualora egli assumesse su di sé troppi ruoli contemporaneamente, aumentando la propria responsabilità in maniera sbilanciata rispetto agli altri. Fabio dovrebbe a quel punto sottrarsi dalla pratica collettiva della condivisione tattica delle responsabilità per lasciare spazi vuoti da sottrarre ai meccanismi di controllo in quanto sarebbe troppo difficile per lui, assumendo più ruoli, poter partecipare alla deroga della regola. È proprio la forte capacità autoriflessiva dimostrata da Fabio nel corso di questa condivisione a permettere l'elaborazione di possibili pratiche di resistenza. Esse infatti vengono plasmate grazie alla sua capacità di immaginare e proteggere uno spazio di riflessione – socialmente condiviso – dall'esecuzione dei compiti amministrativi quotidiani, tutelando una dimensione di critica e autocritica nei confronti del proprio lavoro. È in questo modo, io sostengo, che si manifesta l'*agency* dei miei interlocutori, ritagliando spazi e tempi che rimangono autonomi e significabili da loro stessi, in cui mettere in campo alternative, posizionamenti complessi, sfaccettati e addirittura contraddittori rispetto al ruolo che l'istituzione per cui lavorano li spinge ad assumere. Infatti, come sottolinea Fabio, anche se la pandemia ha fortemente limitato gli spazi d'azione dell'équipe curante, l'emergenza sanitaria non gli impedisce di immaginare delle alternative.

Tutti gli attori sociali in REMS tentano quotidianamente di gestire gli aspetti più sfaccettati delle proprie relazioni: l'équipe cerca di costruire spazi di resistenza al controllo dell'istituzione senza mettere a rischio il proprio lavoro, in cui i pazienti possano fare esperienza di legami affettivi differenziati in maniera libera ma sicura e collettiva. I pazienti cercano di resistere al processo di produzione di categorie posto in essere dal sistema giuridico che sostiene la REMS e che produce "regimi di verità" (FOUCAULT 2017) nei loro confronti¹⁶, coltivando le proprie aspirazioni e impegnandosi in progetti di cambiamento dello stato delle cose presenti. Cercare di tutelare spazi per affrontare attivamente e socialmente "i grandi temi della vita" in una struttura detentiva è una pratica di resistenza multidimensionale, sfaccettata e pluralmente costruita.

Conclusioni

Il caso della gestione della sessualità in REMS permette di porre in rilievo questioni che a Villa Fiorita si giocano quotidianamente, relativamente a diversi ambiti centrali nella vita dei pazienti. Abbiamo illustrato le caratteristiche che qualificano la costruzione di rapporti di cura a Villa Fiorita: i pazienti vi vengono ricoverati dopo aver ricevuto un giudizio di pericolosità sociale e incapacità di intendere e/o di volere in relazione alla commissione di un atto di reato. Per questo, nel momento in cui entrano in REMS, subiscono limitazioni alla loro libertà personale e devono aderire alle regole della struttura. Il personale curante è responsabile della loro riabilitazione e si trova ad affrontare questo compito in solitudine, senza l'aiuto dei legami significativi per i pazienti o di altri attori sociali esterni alla struttura. L'équipe deve portare avanti il mandato di cura nei confronti dei pazienti – perché è solo nel momento in cui essi sono considerati riabilitati che sono liberi di uscire dalla REMS – rispondendo al tempo stesso alle richieste di controllo che l'istituzione avanza nei loro confronti. Come emerso nel caso illustrato relativo al controllo dei colloqui pazienti-familiari, l'istituzione, nella figura della Direzione o del Dipartimento, si aspetta che l'équipe ponga in essere azioni di controllo nei confronti del gruppo pazienti. Ma quando queste richieste vengono concepite da parte degli operatori come contraddittorie e antagoniste rispetto alla loro postura deontologica e alla loro missione di cura, all'interno dell'équipe può insorgere un conflitto, in cui vengono messe a confronto diverse rappresentazioni di cosa voglia dire essere *caregivers* all'interno di un contesto detentivo. Quando però una richiesta viene percepita da tutti i componenti dell'équipe come non relativa all'ambito del proprio lavoro di cura, il gruppo degli operatori – così come il gruppo pazienti – ha la possibilità di mettere in atto strategie di resistenza. Tra i tanti modi in cui può prendere forma un atto di resistenza, abbiamo in particolar modo discusso della deroga alla regola rispetto al controllo della sessualità dei pazienti, tutelata all'interno di Villa Fiorita tramite l'utilizzo e contestuale dei posizionamenti dei singoli rispetto agli altri posizionamenti presenti nel gruppo.

In quanto ambito cruciale dell'esperienza umana e allo stesso tempo inibita dalla dimensione istituzionale di controllo della struttura, la gestione della sessualità e dell'affettività dei pazienti pone gli operatori nella posizione di affrontare una contraddizione. Ed è proprio la scelta – organizzata collettivamente sfruttando tatticamente il posizionamento di ciascuno – di proteggere piccole deroghe a rappresentare, in questo caso, una pratica di

resistenza. Da un lato gli operatori riconoscono la centralità della dimensione della sessualità nella vita dei pazienti, dall'altro si trovano costretti a rispondere alle richieste di controllo insite nel ruolo che l'istituzione per cui lavorano attribuisce loro, diventando agenti inibitori, ammonendo i pazienti e ricordando loro il divieto. Tramite l'esempio della madre e della zia utilizzato da Valerio è possibile vedere come, utilizzando forme di agentività tattiche, andare incontro ai bisogni vissuti dei pazienti, salvando allo stesso tempo anche le istanze istituzionali di controllo insite nel lavoro degli operatori. In questo senso, la resistenza di Valerio – come di Fabio e di Amedeo – non si manifesta come un atto di rottura e critica esplicita nei confronti del sistema, ma si situa intelligentemente negli interstizi del corpo sociale della REMS, ritagliando, tramite un'azione collettiva e non solo individuale, la possibilità di agire all'interno di Villa Fiorita in una maniera più ampia rispetto a quella prevista dal mandato di struttura. Come evidenziato da Fabio, inoltre, l'introduzione di misure contraccettive in struttura introduce all'interno della Residenza (un luogo in cui i pazienti arrivano dopo aver manifestato drammatici episodi di sofferenza mentale) un discorso di prevenzione e promozione della salute relativo alla sessualità. Ciò sottolinea come sia dunque possibile all'interno delle mura dell'istituzione REMS, aprire spazi non solo relativi a una gestione più autonoma e più libera della vita dei pazienti per quanto riguarda aspetti esistenziali per loro cruciali, ma anche inaugurare pratiche discorsive relative alla salute plurime e composite relative al tema della salute, che si manifestino non solo come difensive ma anche preventive. Le pratiche di resistenza vengono dunque costruite all'interno di Villa Fiorita collettivamente, tramite l'utilizzo strumentale e contestuale dei posizionamenti dei singoli rispetto a quelli del gruppo e inaugurano degli spazi in cui tutelare l'espressione di posizionamenti processuali, dinamici e contraddittori: spazi di resistenza socialmente costruiti.

Note

(1) Tutti i nomi propri, nel corso di questo contributo, sono stati cambiati.

(2) Per una più dettagliata discussione della metodologia, del mio posizionamento e delle modalità di negoziazione dei temi di ricerca all'interno di un progetto commissionato dalla Dsm, vd. Campagna (2024).

(3) Non tutte le persone ricoverate in REMS hanno però ricevuto una condanna definitiva: circa il 50% sono in attesa di giudizio (ALLEGRI, MIRAVALLE, RONCO, TORRENTE 2022: 798).

⁽⁴⁾ Per una più approfondita discussione dei numeri relativi alle REMS (numero di pazienti in lista d'attesa, numero di pazienti ricoverati in REMS e numero di strutture presenti in Italia) vd. Perla, Allegri, Miravalle, Ronco, Torrente (2022).

⁽⁵⁾ Legge 81/2014.

⁽⁶⁾ Legge 16 luglio 1975, n. 354 «Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà».

⁽⁷⁾ Legge 13 maggio 1978, n. 180, «Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori», comunemente associata al nome di Franco Basaglia, psichiatra e promotore della riforma. Permise una riorganizzazione dei servizi psichiatrici, regolamentando il trattamento sanitario obbligatorio e promuovendo la chiusura degli istituti manicomiali. La legge ebbe un impatto significativo sulla cultura giuridica relativa alle persone affette da patologie psichiatriche, modificando il lessico di diversi articoli del codice penale. Istituì, inoltre, i servizi di igiene mentale pubblici.

⁽⁸⁾ Per approfondire il lungo processo legislativo che ha sancito la chiusura degli OPG, vd. SBRANA, RUSSO 2016; MIRAVALLE 2015, 2017, 2018.

⁽⁹⁾ Nel periodo in cui ebbe luogo questa riunione, era obbligatorio indossare mascherine protettive all'interno di strutture sanitarie.

⁽¹⁰⁾ Mio diario di campo, appunti presi in data 20/11/2020.

⁽¹¹⁾ Mio diario di campo, appunti presi in data 19/03/2019.

⁽¹²⁾ Note dal mio diario di campo, appuntate in data 5/11/2020.

⁽¹³⁾ Come approfondito in Campagna (2024) ho creato periodicamente occasioni collettive in cui condividere pubblicamente il fine e l'andamento del mio lavoro, tanto con i pazienti quanto con il personale di Villa Fiorita. Di conseguenza ogni persona con cui ho avuto una interlocuzione, formalizzata sotto forma di intervista registrata, oppure sotto forma di una lunga chiacchierata informale, era consapevole del fatto che stessi prendendo appunti e che avrei utilizzato il suo parere per formulare una lista di temi da migliorare all'interno della REMS, da portare all'attenzione della Direzione. Chiaramente, ho preso nota e ho restituito anonimamente alla Direzione sotto forma di report solo il parere di chi mi ha dato il consenso per farlo.

⁽¹⁴⁾ Intervista con Fabio, dirigente sanitario della struttura, avvenuta telefonicamente in data 24/11/2020.

⁽¹⁵⁾ Intervista a Valerio, infermiere e direttore amministrativo di Villa Fiorita, avvenuta in struttura in data 5/12/2020.

⁽¹⁶⁾ Intervista a Fabio, avvenuta in struttura il 10/01/2021.

⁽¹⁷⁾ Qui l'utilizzo del lessico foucaultiano intende sottolineare quel processo tramite cui, giudicando i pazienti della REMS come persone pericolose socialmente e incapaci di intendere e di volere, l'istituzione si aspetta anche una adesione da parte loro ai comportamenti prescritti per i pazienti psichiatrici forensi.

Bibliografia

- ALLEGRI P. A., MIRAVALLE M., RONCO D., TORRENTE G. (2022), *The Closure of High-Security Psychiatric Hospitals in Italy. Processes of Neo-Institutionalisation between Coercion and Rehabilitation*, "Rassegna Italiana di Sociologia", Vol. LXIII(4): 797-824.
- BAUMANN G. (2003), *L'enigma multiculturale: Stati, etnie, religioni*, Il Mulino, Bologna.
- BENEDEUCE R., TALIANI S. (2021), *Agency, soggettività, violenza: vite di traverso, figure del riscatto*, "Antropologia", Vol. 8(1): 7-26.
- CAMPAGNA A. (2024), "Storia di un'esperienza straordinaria. Luci e ombre della REMS Villa Fiorita": costruire un progetto di ricerca all'interno di una misura di sicurezza detentiva, pp. 61-88, in TARABUSI F., GALLOTTI C. (Ed.), *Antropologia e servizi: intersezioni etnografiche fra ricerca e applicazione*, Ledizioni, Milano.
- FOUCAULT M. (2017), *Soggettività e verità. Corso al Collège de France (1980-1981)*, Feltrinelli, Milano.
- GOFFMAN E. (2010 [1961]), *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino.
- HELD V. (2006), *The Ethics of Care. Personal Political and Global*, OUP, New York.
- KITTAY E. F. (1999), *Love's Labour Essays on Women, Equality and Dependency*, Routledge, New York.
- KLEINMAN A. (2019), *The Soul of Care: The Moral Education of a Doctor*, Penguin Books, Londra.
- MIRAVALLE M. (2015), *Roba da matti. Il difficile superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- MIRAVALLE M. (2017), *Senza OPG: la fine di una storia e il futuro incerto*, in ASSOCIAZIONE ANTIGONE (Ed.), *Torna il carcere: XIII rapporto sulle condizioni di detenzione*. <https://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/02-senza-opg/> (consultato il 4/10/2023).
- MIRAVALLE M. (2018), *Dagli ospedali psichiatrici giudiziari alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza: un approccio socio-giuridico*, pp. 367-390, in MANTOVANI G., (Ed.), *Donne ristrette*, Ledizioni, Milano.
- NODDINGS N. (2013[2006]), *Caring. A Relational Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Los Angeles.
- PELLISSERO M. (2008), *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giapichelli, Torino.
- PELS P. (1999), *Professions of Duplexity: A Prehistory of Ethical Codes in Anthropology*, "Current Anthropology", Vol. 40(2): 101-136.
- PIZZA G. (2003), *Antonio Gramsci e l'antropologia medica ora. Egemonia, agentività e trasformazioni della persona*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 8: 35-51.
- POWELL W.W., DIMAGGIO P.J. (Eds.) (1991), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, University of Chicago Press, Chicago.
- QUARANTA I., FORTIN S., MINELLI M. (Eds.) (2018), *Assemblages, Transformations and the Politics of Care*, Bononia University Press, Bologna.
- RYTTERSTRÖM P., CEDERSUND E., ARMAN M. (2009) *Care and Caring Culture as Experienced by Nurses Working in Different Care Environments: A Phenomenological-Hermeneutic Study*, "International Journal of Nursing Studies", Vol. 46(5): 689-698.
- SBRANA R., RUSSO A. (2016), *I "REI FOLLI" cambiano casa: dagli OPG alle REMS (dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari alle Residenze Esecuzione Misure Sicurezza)*, EmmeEmmePo, Milano.

SLATE M. (2007), *The Ethics of Care and Empathy*, Routledge, London.

TRONTO J.C. (1987), *Beyond Gender Difference to a Theory of Care*, "Signs: Journal of Women in Culture and Society", Vol. 12 (4): 644-663.

TRONTO J.C. (1993), *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethics of Care*, Routledge, New York.

Fonti normative

Corte Costituzionale, sentenza n. 253 del 18/07/2003, «Gazzetta Ufficiale», 1^a Serie Speciale - Corte Costituzionale, n. 29 del 23/07/2003: 63.

D.L. del 22 dicembre 2011, n. 211. *Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovrappollamento delle carceri*, «Gazzetta Ufficiale», 20/02/2012, n. 42, convertito in Legge del 17 febbraio 2012 n. 9.

D.P.C.M. 1 aprile 2008: *Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria*, «Gazzetta Ufficiale», Serie Generale, n. 126 del 30/05/2008.

Legge 13 maggio 1978 n. 180: *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, «Gazzetta Ufficiale» - Serie Generale, n. 133 del 16/05/1978.

Senato della Repubblica. Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale. Resoconto stenografico, *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*, relatori sen. SACCOMANNO M., BOSONE D., XVI Legislatura, 20 luglio 2011.

Scheda sull'Autrice

Amalia Campagna (Faenza, 1997), è dottoranda in Filosofia e Scienze dell'Uomo presso l'Università degli studi Milano Statale. Si è laureata in antropologia culturale all'Università di Bologna e ha conseguito un master in antropologia medica psichiatrica alla Brunel University. Si occupa di antropologia medica con e nei servizi sanitari, con un particolare interesse per i contesti psichiatrici. Dal 2021 collabora con la facoltà di Infermieristica di Ivrea (Università di Torino) a un progetto di infermieristica di comunità in area alpina. Ha curato insieme a Consuelo Nocentini e Valentina Porcellana il volume *Montagne in Movimento* (Licosia, 2022).

Riassunto

La gestione della sessualità dei pazienti in una REMS. Narrazioni controegemoniche e pratiche di resistenza all'interno di un contesto psichiatrico forense

A partire da un'esperienza etnografica all'interno di una Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), questo contributo intende mettere in luce le maniere tramite cui l'équipe curante costruisce spazi di resistenza alle richieste di controllo sociale avanzate dall'istituzione per cui lavora. Utilizzando il caso della gestione della sessualità dei pazienti, il contributo approfondisce il legame tra cura e controllo all'interno di un contesto di limitazione della libertà personale. Si illustra come, tramite

una condivisione tattica del posizionamento di ciascun attore sociale rispetto al gruppo, l'équipe riesce a creare spazi per derogare regole sentite come incoerenti con il lavoro di cura e dunque resistere alle istanze di controllo presenti nel lavoro in REMS.

Parole chiave: psichiatria forense, REMS, sessualità, servizio sanitario nazionale, antropologia psichiatrica

Resumen

La gestión de la sexualidad de los pacientes en una REMS. Narrativas contrahegemónicas y prácticas de resistencia en un contexto psiquiátrico forense

A partir de una experiencia etnográfica dentro de una residencia para la ejecución de las medidas de seguridad (REMS), esta contribución pretende poner de relieve las formas en que el equipo responsable construye espacios de resistencia a las peticiones de control social presentadas por la institución para la que trabaja. Utilizando el caso de la gestión de la sexualidad de los pacientes, la contribución profundiza el vínculo entre cuidado y control dentro de un contexto de limitación de la libertad personal. Se ilustra cómo, mediante un intercambio táctico de la posición de cada actor social respecto al grupo, el equipo logra crear espacios para derogar reglas que se sienten incoherentes con el trabajo de atención y así resistir a las instancias de control implícitas en el trabajo en REMS.

Palabras clave: psiquiatría forense, REMS, sexualidad, servicio nacional de salud, antropología psiquiátrica

Résumé

La gestion de la sexualité des patients dans une «REMS». Narration antihégémoniques et pratique de résistance dans un milieu psychiatrique judiciaire

À partir d'une expérience ethnographique au sein d'une Résidence pour l'Exécution des Mesures de Sécurité (REMS), cette contribution vise à mettre en lumière les moyens par lesquels l'équipe soignante construit des espaces de résistance aux demandes de contrôle social de l'institution pour laquelle elle travaille. En utilisant le cas de la gestion de la sexualité des patients, la contribution approfondit le lien entre soin et contrôle dans un contexte de limitation de la liberté personnelle. On explique comment, par un partage tactique du positionnement de chaque acteur social par rapport au groupe, l'équipe parvient à créer des espaces pour déroger à des règles qu'elle considère comme incohérentes avec le travail de soin et donc résister aux instances de contrôle implicites dans le travail en REMS.

Mots-clés: psychiatrie médico-légale, REMS, sexualité, service national de santé, anthropologie psychiatrique

