

Residenzialità leggera

Nuove forme del gruppo nella Psichiatria contemporanea

Claudio Di Lello

Abstract

La moderna Psichiatria, a dispetto delle apparenze e forse proprio in virtù della sua complessità, non è soltanto ricettacolo di parole d'ordine, pensieri sterili e azioni stereotipate, ma anche brodo di coltura per idee fresche e vitali, che da sempre trovano riparo e nutrimento all'ombra delle sue pieghe.

In particolare sembra andare controcorrente rispetto al verbo normalizzatore e organicistico dominante quel settore dell'assistenza psichiatrica in rapido sviluppo che in Lombardia va sotto il nome di Residenzialità Leggera.

Per l'operatore psichiatrico, specie se psicoanaliticamente orientato, essa si qualifica come una preziosa occasione di riconoscimento degli aspetti irriducibilmente individuali e unici di ogni paziente e di valorizzazione dell'intimità.

Un altro aspetto interessante delle Residenze Leggere è che la fornitura degli alloggi e la conduzione dei progetti riabilitativi è quasi interamente affidata a cooperative del terzo settore, ovvero a soggetti pienamente inseriti nei gruppi allargati delle comunità locali e nelle reti sociali naturali, dotati di un registro comunicativo più ampio e di una maggiore versatilità rispetto al classico servizio pubblico psichiatrico così come si è costituito in Italia negli ultimi decenni.

Soprattutto, per quanto non esplicitamente affermato né forse consapevolmente concepito dal legislatore, disporre aggregazioni di pazienti entro dimensioni così limitate equivale di fatto a favorire la costituzione di piccoli gruppi.

E la dimensione aurea del piccolo gruppo, come la filosofia e la psicoanalisi affermano da tempo, rappresenta l'antidoto migliore alla "serialità" dell'istituzione allargata, la cornice terapeutica ideale per il paziente grave, il «*luogo della riunificazione interna, il luogo del senso e il luogo del legame, l'accordo ritrovato tra sogno e mito*» (Kaës, 1999): un crogiolo creativo e rigenerante dal quale sentimenti e pensieri nuovi, come fiori nati tra le crepe del cemento, sorgono e si elevano leggeri sfidando la gravità.

Parole chiave: Residenzialità leggera, cooperative sociali, psichiatria di comunità, reti sociali naturali, strutture intermedie

Il paradigma biologico, medicalizzato e tecnicistico che da almeno un ventennio permea la Psichiatria contemporanea sembra aver soppiantato quello spirito e quei valori che nella seconda metà del Novecento avevano salutato nella civiltà occidentale la nascita di un'idea di Salute Mentale culturalmente innovativa, centrata sulla comunità e basata su una gamma di discipline vasta, eclettica e ampiamente radicata nelle scienze umane.

Numerosi studiosi hanno levato la loro voce a segnalare i rischi di questa deriva.

Bracken P., Thomas P. et al. (2012), ad esempio, sottolineano con incisività come l'enfasi sulle neuroscienze abbia portato a trascurare altri elementi essenziali del trattamento dei disturbi psichici: *«Vi è un generale consenso sul fatto che la chiusura dei grandi manicomi di era vittoriana [...] sia stata dovuta principalmente a imperativi economici e alla crescente consapevolezza degli effetti negativi dell'istituzionalizzazione piuttosto che, come spesso viene suggerito, all'introduzione di nuovi farmaci. Sono emersi altri cambiamenti positivi grazie allo sviluppo di sistemi di cura multidisciplinari e di psichiatria di comunità, e alla nascita del movimento degli utenti psichiatrici e al volontariato. Molti psichiatri hanno lavorato duramente per promuovere questi sviluppi, ma l'attenzione crescente sugli aspetti tecnologici e biomedici [può] far passare questo impegno in secondo piano».*

Un vivace dibattito ha anche suscitato in ambito internazionale un saggio di Marcia Angell (2011), già editor-in-chief del *New England Journal of Medicine*, in cui viene stigmatizzata *«la "frenesia" diagnostica, l'uso eccessivo dei farmaci [...] e i diffusi conflitti di interesse»* dell'operare psichiatrico contemporaneo.

Ancora, in Italia un documento di alcuni psichiatri lombardi (Agnetti, Amatulli, et al., 2009) ha recentemente segnalato il pericolo di involuzioni e arretramenti quali il ritorno alla centralità terapeutica del momento ospedaliero, l'eccessiva importanza attribuita ai trattamenti farmacologici rispetto a quelli psicosociali, preventivi e territoriali e la prevalenza di una logica aziendale su quella curativa.

In fondo non c'è da stupirsi: nel sapere psichiatrico sono confluite fin dalle sue origini due anime che potremmo definire "scientifica" e "umanistica", modalità opposte e speculari di rapportarsi con il mistero della sofferenza psichica che in tempi e in luoghi diversi hanno caratterizzato, variamente combinandosi, la sua teoria e la sua prassi.

Questa polarizzazione definisce da sempre i limiti entro i quali si trova ad oscillare la relazione con il cosiddetto malato di mente da parte delle istituzioni deputate alla sua cura.

«A un estremo c'è un eccesso di distanza. Questo è l'approccio classicamente freddo, "superiore" e razionale verso la malattia, che eccede nell'identificare il malato con la malattia, perde di vista i lati umani della sofferenza e non vede gli aspetti normali, comprensibili e giustificabili di quel disagio. All'estremo opposto c'è invece l'eccesso di vicinanza, per cui il curante esprime un'empatia che giunge fino all'identificazione senti Mentale con la persona sofferente. Qui, al contrario di quanto accade nel primo caso, si vedono tutti gli aspetti normali del disagio, ma lo sforzo di solidarietà empatica è tale, che si rischia di non vedere quelli patologici.» (Corbellini, Jervis, 2008).

Si direbbe che nel suo ciclico moto pendolare tra questi vertici la mentalità collettiva registri oggi un netto sbilanciamento verso il lato della semplificazione, del riduzionismo, della misura numerica, dell'oggettivazione impersonale imposta all'irriducibile soggettività dell'individuo.

D'altronde non stupisce che la "chimera psicopatologica" (Inglese, Pisani, 1998), la perturbante, multiforme e confusiva varietà di espressione del dolore mentale, diffondendo continuamente sulla scena sociale in forme angosciose, eterogenee e

complesse, possa indurre in tentazioni epistemologiche diraziocinante e disanimata parcellizzazione.

Un'attitudine semplificatrice e anaffettiva che ricorda quello status di "oggetto inanimato" conferito inconsapevolmente dall'istituzione psichiatrica ai suoi pazienti, di cui già Eugenio Gaburri (1971) parlava più di quarant'anni fa: «*anche l'intervento delle terapie biologiche, fondato sulla soppressione dei sintomi quali sono stati identificati dalla psichiatria descrittiva, non fa che perpetuare il rapporto col malato considerato come oggetto inanimato, forzandolo in più ad adeguarsi a un comportamento formale preconstituito in maniera conformistica come una divisa*».

Al tempo stesso bisogna tuttavia riconoscere che anche la moderna Psichiatria, a dispetto delle apparenze e forse proprio in virtù della sua complessità, non è soltanto ricettacolo di parole d'ordine, pensieri sterili e azioni stereotipate, ma anche brodo di coltura per colonie di idee fresche e vitali, che da sempre trovano riparo e nutrimento all'ombra delle sue pieghe.

Controcorrente rispetto al verbo normalizzatore e organicistico dominante, in particolare, sembra andare quel settore dell'assistenza psichiatrica in rapido sviluppo che va sotto il nome di Residenzialità Leggera, in Lombardia ufficialmente inaugurata con una delibera della Giunta Regionale del 2004, e resa operativa su tutto il territorio lombardo (eccezion fatta per alcune aree in cui erano già partite singole sperimentazioni) nel 2008.

Va rilevato in primo luogo come la normativa regionale, recependo in questo fortunato caso non soltanto le ragioni della politica ma anche i pareri degli esperti, disponga che le residenze leggere siano inserite nel "normale contesto residenziale urbano" e conformate secondo i requisiti delle "civili abitazioni", cioè non vengano collocate in strutture abitative costruite secondo i criteri standardizzati e anonimi dell'edilizia pubblica, ma all'interno di appartamenti di piccolo taglio facenti parte di normali condomini.

Come a dire che fin dalla cornice architettonica dell'intervento terapeutico, che di quest'ultimo è il contenitore, il tradizionale modello sanitario della cura viene implicitamente sostituito da uno stampo familiare, meno asettico e informale.

Una psichiatria "riabilitativa e non meramente abitativa" non può che beneficiare di questo mutamento di prospettiva che spalanca le porte alla "domesticità" e a una nuova "quotidianità", elementi fondamentali dell'azione trasformativa di un'esperienza residenziale (Rabboni, 2009).

Soprattutto per l'operatore psichiatrico di formazione psicoanalitica, che quando è parte organica di un'istituzione preposta alla salute mentale spesso svolge (o almeno può svolgere) il ruolo di "custode dell'intimità" (Correale, 2000), la residenzialità leggera si configura come un prezioso alleato per la sua peculiare funzione di riconoscimento e di valorizzazione degli aspetti irriducibilmente individuali e unici di ogni paziente.

Ma un aspetto forse ancora più interessante delle residenze leggere è che la fornitura degli alloggi e la conduzione dei progetti riabilitativi è quasi interamente affidata dal servizio sanitario nazionale a imprese del privato sociale.

In effetti la piena inclusione delle cooperative sociali e delle associazioni onlus, che hanno in appalto la loro gestione, nella trama della società civile sembra essere un fattore fondamentale nel determinare l'efficacia dei programmi di Residenzialità Leggera.

Come conseguenza di questi promettenti presupposti, infatti, sia la percezione soggettiva dei numerosi operatori quotidianamente e a vario titolo coinvolti in questo nuovo e promettente ambito della residenzialità psichiatrica, sia alcuni studi preliminari (Di Lello, Taddei et al., 2013), suggeriscono una significativa efficacia terapeutica degli interventi e una “*recovery*” - per usare un termine di moda - soddisfacente o addirittura superiore alle aspettative di partenza.

Tali conclusioni, peraltro, sono coerenti con quanto già da tempo affermato dalla Psichiatria di Comunità, e cioè che salute mentale non vuol dire utopistica autonomia o collezione di singole abilità comportamentali quanto piuttosto “*cittadinanza*” e “*partecipazione*” (Saraceno, 1995), che per l'esito del processo riabilitativo le variabili sociali e situazionali sono verosimilmente più influenti di quelle psicopatologiche (Ardigò, De Girolamo, 1987) e per alcuni autori anche psicofarmacologiche, e ancora che l'orientamento teorico e la realizzazione pratica dei progetti terapeutici sono probabilmente meno importanti del contesto ambientale in cui questi si articolano (Harkness, Newman, et al., 2004).

Si noti che in Italia (come in altri paesi occidentali, d'altronde) la storia della cooperazione e dell'associazionismo parte da lontano ed è ricca di episodi, a partire dall'esperienza delle associazioni di mutuo soccorso costituite fra operai e contadini alla fine del 1800 come modalità di autotutela e reciproco sostegno, e si è via via sviluppata nel tessuto sociale dapprima in campo agricolo ed edile per poi diffondersi in tutti i settori, compreso quello dell'assistenza alle categorie disagiate della comunità.

La “*cultura d'impresa*” (Schein, 2000) dei soggetti del privato sociale si ispira ad alcuni principi che ne informano la struttura interna, quali «*la solidarietà e la mutualità tra i soci, la democrazia interna con l'assemblea in cui ogni socio ha diritto a un voto, [...] la finalità specifica di favorire la promozione ed il benessere dei cittadini svantaggiati, collaborando con le amministrazioni pubbliche per la realizzazione e la gestione di servizi alla persona*» (Corona, 2005), e soprattutto il forte e capillare legame con la rete sociale naturale.

La saldatura dei servizi di Salute Mentale con i soggetti del cosiddetto terzo settore nei programmi di Residenzialità Leggera, per quanto gravata da rischi di incompatibilità tra culture organizzative spesso molto distanti tra loro (cfr. Di Lello, Cataldi et al., 2011), consente dunque di ingaggiare per l'occasione attori versatili, dotati di un registro comunicativo più ampio e di una maggiore capacità di coinvolgimento rispetto al classico servizio pubblico psichiatrico così come si è costituito in Italia negli ultimi decenni.

Infatti, come sostiene Saraceno (cit.), «*l'impresa sociale si propone di rendere produttiva l'assistenza povera e inefficace attraverso la moltiplicazione degli scambi sociali, la riconversione e la valorizzazione delle risorse sprecate nei servizi, in essi*

abbandonate e congelate, il riconoscimento e la attivazione delle risorse nascoste, dentro e fuori dai servizi.»

In un certo senso si potrebbe affermare, parafrasando il titolo dell'interessante libro del sociologo statunitense Jeremy Rifkin, *La civiltà dell'empatia* (2009), che nelle residenze leggere trova compiuta espressione una nuova "psichiatria dell'empatia", che fa della matrice comunitaria locale e dei vincoli di solidarietà che vi sono iscritti un fulcro sempre più centrale della sua azione.

E' quella stessa psichiatria che oggi, ad esempio in Lombardia, promuove la ricerca e l'intervento sulle "reti sociali naturali", sviluppa la formazione di "utenti esperti" con funzioni connettive e di mediazione tra l'offerta dei servizi e la domanda della popolazione, o incoraggia la fioritura all'interno dei servizi o sul territorio di gruppi di automutuo aiuto, più o meno omogenei, di pazienti o di loro familiari.

Come sottolinea Rifkin (2009) i gruppi di autoaiuto «sono esattamente ciò che la loro definizione lascia intendere: il senso empatico della comunità aiuta ogni partecipante a riconquistare la propria autostima e il senso del proprio valore e, con questi, la sensazione di poter determinare la propria condizione, di non essere un paria o un mostro «senza speranza». [...]

La transizione [della nostra civiltà] alla coscienza psicologica [corsivo mio] ha provocato la più forte ondata empatica della storia: un fenomeno che negli anni Sessanta e Settanta ha attraversato il mondo, in corrispondenza del picco demografico del baby-boom postbellico. Le lotte anticolonialiste, il movimento per i diritti civili, il movimento pacifista, il movimento antinucleare, il movimento femminista, il movimento gay, il movimento contro la discriminazione dei disabili, il movimento ecologista e il movimento per i diritti degli animali sono tutti testimonianze, almeno in parte, del nuovo valore che la coscienza psicologica attribuiva alle relazioni intime, all'introspezione, alle prospettive multiculturali e all'accettazione incondizionata dell'altro.»

Anche la qualifica di "leggera" per questa nuova forma della residenzialità psichiatrica, evocativa di una qualità agile, rapida, snella, essenziale, aerea della cura, sembra sintonizzata sulla lunghezza d'onda della contemporaneità.

Proprietà opposte alla ponderosità e alla corposità delle "prese in carico", delle "alte protezioni", delle lentezze infinite di una psichiatria post-manicomiale che non tiene il passo con i tempi.

Effettivamente nelle residenze leggere il gravame economico ed emotivo della sofferenza mentale, anziché addensarsi interamente sui servizi psichiatrici e spesso immobilizzarne la vitalità sotto la sua schiacciante pressione, viene alleggerito dall'organica integrazione delle piccole unità abitative che le costituiscono nel tessuto urbano e soprattutto sociale.

La natura "indigena" e il radicamento territoriale dei soggetti del terzo settore che le gestiscono, infatti, e la loro capacità di promuovere comportamenti solidali nella cittadinanza consentono di redistribuire il peso del dolore psichico dei pazienti da loro ospitati, parzialmente demoltiplicandolo e ripartendolo in piccole dosi sui diversi punti nodali della comunità locale (vicinato, associazioni, parrocchie, negozi, bar,

biblioteche, centri sportivi, supermercati e altri ancora), ognuno dei quali se ne accolla una quota tollerabile, elaborabile e spesso addirittura arricchente.

Main un'ottica psicoanalitica gruppale la "leggerezza" di queste piccole strutture abitative, alle quali (per fare l'esempio della Lombardia) la programmazione regionale pone il limite massimo di 5 ospiti per un singolo appartamento e di 10 ospiti per un'intera unità immobiliare, sembra riconducibile anche ad un altro importante fattore.

Per quanto non esplicitamente affermato né forse consapevolmente concepito dal legislatore, infatti, disporre aggregazioni di pazienti entro dimensioni così limitate equivale di fatto a favorire la costituzione di piccoli gruppi.

E la dimensione aurea del piccolo gruppo, come la filosofia e la psicoanalisi affermano da tempo, rappresenta l'antidoto migliore alla "serialità" (Sartre, 1960) dell'istituzione allargata, la cornice terapeutica ideale per il paziente grave (Correale, Nicoletti, 2001) il «luogo della riunificazione interna, il luogo del senso e il luogo del legame, l'accordo ritrovato tra sogno e mito» (Kaës, 1999): un crogiolo creativo e rigenerante dal quale sentimenti e pensieri nuovi, come fiori nati tra le crepe del cemento, sorgono e si elevano sfidando la gravità.

Attorno al tavolo della cucina di una delle tre residenze leggere del Centro Psico Sociale di Corsico, aperte nel settembre 2009 con una convenzione tra il DSM dell'Azienda Ospedaliera *San Carlo Borromeo* di Milano e la Cooperativa Sociale *La Vita*, ad esempio, può capitare di ascoltare tra i quattro ospiti dell'appartamento, tutti con diagnosi di psicosi, dialoghi rarefatti come questo:

Filiberto: Tu Salomone bevi troppi caffè, chi prende psicofarmaci dovrebbe evitare, ti vedo agitato...

Salomone: ma per me è un momento di godimento...

Marcello: vi è piaciuto il mio risotto?

Filiberto: è venuto buono... se no non lo mangiavo...

Alfio: diciamo la verità... l'ho fatto quasi tutto io... Marcello ha tagliato solo le cipolle... ma a lavare i piatti o a pulire il bagno è bravo!

Possiamo leggere in trasparenza una filigrana, per quanto discontinua e frammentata, di delicatissime e vitali trame narrative che rimandano a una moltitudine di temi intrecciati tra loro, come l'accettazione della malattia, il piacere dei sensi, il bisogno di riconoscimento.

Senza saperlo ogni membro di questo piccolo gruppo spontaneo è al lavoro, in questo momento come in altri numerosissimi analoghi momenti di incontro e scambio pluralistico, favoriti dalla vita in comune negli appartamenti, per rivivere emozioni, rifinire idee, levigare parole: per raccontare storie che dicano a ciascuno qualcosa in più del suo passato, del suo presente e dunque del suo futuro, librandosi al di sopra della pesantezza dei pensieri ancora informi, confusi e aggrovigliati (pensiero deriva dal latino *pensum*, participio del verbo *pendere* = pesare, a indicare un ammasso di lana che dopo essere stata pesata veniva passata alle filatrici, le quali a loro volta avevano il compito di trattarlo ed elaborarlo) .

Peraltro anche ai tempi della grande deistituzionalizzazione, e della parallela creazione di comunità alternative sul territorio, le cosiddette “*strutture intermedie*”, la psichiatria si era rivolta al piccolo gruppo per darsi un colpo d’ala.

«*Le strutture intermedie sono nate, è bene ricordarlo, con l’introduzione delle tecniche di gruppo in ospedale psichiatrico. Nella struttura chiusa del manicomio, caratterizzata da un gran numero di pazienti inquadrati omogeneamente in reparti ospedalieri a conduzione autoritaria e massificante, fu l’immissione di tecniche di piccolo gruppo [...] ad avviare quella” fluidificazione “necessaria affinché si creassero le condizioni di dimissibilità di un certo numero di pazienti. [...].*

E’ interessante osservare, anzi, come la tecnologia del piccolo gruppo abbia informato lo stesso modello organizzativo delle cosiddette strutture intermedie, che solo molto superficialmente sono ancora definibili da muri e costi, ma che sostanzialmente sono costituite da piccoli gruppi curanti. Si è sostenuto, ad esempio, che le dimensioni delle strutture intermedie debbano essere molto piccole, proprio perché è solo la tecnica del piccolo gruppo quella adeguata agli obiettivi dichiarati della intermediarietà» (Fasolo, 1995).

Con lo sviluppo della Residenzialità Leggera la psichiatria sembra dunque pervenire oggi a un ulteriore e più profondo riconoscimento del valore del piccolo gruppo, per quanto ancora implicito, procedurale o, per dirla con Bollas (1987) , “*conosciuto non pensato*”.

Come nell’operare quotidiano dei servizi psichiatrici è forse divenuto necessario nella contemporaneità fare più spazio a una certa dose di “*superficialità*” (cfr. Di Lello, 2013), così forse anche la “*leggerezza*”, altra fondamentale cifra del nostro Zeitgeist (spirito del tempo), può essere d’aiuto nel trovare la giusta sintonia con i mutati bisogni della comunità.

Quella stessa “*Leggerezza*” a cui Italo Calvino (1993) ha dedicato la prima delle sue meravigliose cinque Lezioni Americane, svolte ognuna intorno a una qualità cardinale della modernità:

«*È vero che il software non potrebbe esercitare i poteri della sua leggerezza se non mediante la pesantezza dell’hardware; ma è il software che comanda [...]. La seconda rivoluzione industriale non si presenta come la prima con immagini schiaccianti quali presse di laminatoi o colate d’acciaio, ma come bits d’un flusso d’informazione che corre sui circuiti sotto forma d’impulsi elettronici. Le macchine di ferro ci sono sempre, ma obbediscono a bits senza peso.»*

Bibliografia

Agnetti, G., Amatulli, A., Barbato, A., Borghetti, S., Erlicher, A., Frova, M., Legnani, G., Mazza, U., Pismataro, P., Pittini G., Re, E., Stuflesser, M., Varrani, E. (2009). *Lettera aperta sulla salute mentale in Lombardia*. Animazione Sociale, 6/7.

Angell, M. (2011). *The epidemic of mental illness: Why? The illusion of psychiatry*. The New York Review of Books, 58, 11-12.

Ardigò, W. e De Girolamo, G. (1987). *Note introduttive sulla riabilitazione in psichiatria*. Psicoterapia e scienze umane. XXI, 4.

- Bollas, C. (1987). *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Roma: Borla, 1989.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S. et al. (2012). *Psychiatry beyond the current paradigm*. The British Journal of Psychiatry, 201, 6.
- Correale, A., Nicoletti, V. (2001). *Il gruppo in psichiatria*. Roma: Borla.
- Corbellini, G., Jervis, G. (2008). *La razionalità negata*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Corona, D. (2005). *La Cooperativa Sociale: strumento di congiunzione tra pubblico e privato*. In: Vigorelli M. (a cura di). *Il lavoro della cura nelle istituzioni*. Milano: Franco Angeli.
- Correale, A. (2000). *Psicoanalisi e psicosi: fino a che punto indagare l'area traumatica?* Rivista di Psicoanalisi, XLVI, 4.
- Di Lello, C. (2013). *Senza rete: spunti di riflessioni sulla psichiatria nei tempi post-moderni*. Koinos – Gruppo e Funzione Analitica (nuova serie), anno I n°1, giugno-dicembre.
- Di Lello, C., Cataldi, A., Meneguzzi, E., Orrù, S., Pozzi, G., Biffi, G. (2011). *L'integrazione possibile delle culture aziendali dei DSM e delle Cooperative Sociali nei programmi di Residenzialità Leggera*. Psichiatria di Comunità, X, 1.
- Di Lello, C., Taddei, S., Cataldi, A., Ronchi, E., Miragoli, P., Pozzi, G., Dudek, C., Biffi, G., Pismataro, P., Scarone, S. (2013). *L'esito dei programmi di Residenzialità Leggera: uno studio preliminare in due DSM a Milano*. Psichiatria Oggi (edizione online), anno XXVI, n°1. Reperito in: <http://www.psichiatriaoggi.it/?p=129>
- Fasolo, F. (1995). *Verso una psichiatria a vertice gruppale*. In Di Maria F. e Lo Verso G. (a cura di). *La psicodinamica dei gruppi*. Milano: Cortina.
- Gaburri, E. (1971). *Rapporti diadici e triadici all'interno dei gruppi istituzionali psichiatrici*. Rivista di Psicoanalisi, XVII, 1.
- Harkness, J., Newman, S., Salkever, D. (2004). *The Cost-Effectiveness of Independent Housing for the Chronically Mentally Ill: Do Housing and Neighborhood Features Matter?* Health Services Research, XXIX, 5.
- Kaës, R. (1999). *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*. Roma: Borla, 1999.
- Inglese, S., Pisani, L. (1998). *Il futuro è dove? Presentazione all'edizione italiana*. In Pichot P., Nathan T. (1998). *Quale avvenire per la psichiatria e la psicoterapia?* Paderno Dugnano: Colibrì.
- Rabboni, M. (2009). *Modelli di residenzialità*. Errepiesse III, 3. Reperito in: http://www.errepiesse.it/Sommario_files
- Rifkin, J. (2009). *La civiltà dell'empatia*. Milano: Mondadori, 2010.
- Saraceno, B. (1995). *La fine dell'intrattenimento*. Milano: Etaslibri RCS Medicina.
- Sartre, J. P. (1960). *Critique de la Raison dialectique*. Paris: Gallimard.
- Schein, E. H. (1999). *Culture d'impresa*. Milano: Cortina, 2000.

Note sull'Autore

Claudio Di Lello: Psichiatra presso l'Ospedale *San Carlo Borromeo* di Milano, membro didatta dell'Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo (IIPG), membro

associato della Società Psicoanalitica Italiana (SPI) e dell'International Psychoanalytic Association (IPA).

È autore di numerose pubblicazioni su temi di psicoanalisi individuale e gruppale, di psichiatria psicodinamica e di psicoanalisi applicata alle organizzazioni sociali e lavorative.

Email: bellerofonte@iol.it