

Il valore della ricerca.

Avere soluzioni terapeutiche innovative significa migliorare la vita delle persone dal punto di vista umano, sociale ed economico. Ma non sarebbe possibile senza nuove e incoraggianti scoperte in ambito farmaceutico: per questo motivo Janssen sostiene la ricerca globale all'interno dei propri laboratori e collabora con le realtà accademiche, scientifiche, industriali, istituzionali.

Giorno dopo giorno, Janssen affronta sfide sempre più complesse nel campo della medicina, rimanendo al fianco dei pazienti in molte delle principali aree terapeutiche: neuroscienze, infettivologia e vaccini, immunologia, malattie cardiovascolari e metaboliche, oncologia ed ematologia. Al tempo stesso promuove la sostenibilità del sistema salute con modelli innovativi di accesso e programmi di formazione e informazione.

Il valore della ricerca è solo uno dei cardini su cui si basa l'operato di Janssen in Italia: da 40 anni al servizio della ricerca per un mondo più sano.

Janssen. Più vita nella vita.

janssen 

I luoghi della cura e la cura dei luoghi nella riabilitazione psichiatrica

Claudio Di Lello*

Pretendiamo [...] che l'industriosità degli uomini si applichi al fatto che gli spazi verdi di una città, indispensabili come campi da giuoco e polmoni d'aria pulita, abbiano anche aiuole fiorite, o che le finestre delle case siano adorne di vasi di fiori [...] esigiamo che l'uomo civile onori la bellezza ovunque la incontri nella natura, e la traduca in oggetti per quanto ne è capace il lavoro delle sue mani.

Sigmund Freud, *Il disagio della civiltà* (1929, p.583)

Il nostro è un mondo, scriveva poco più di una ventina d'anni fa il grande sociologo Marc Augé (1992), pervaso di "non luoghi", ovvero di spazi collettivi svuotati della loro funzione antropologica, simbolica e identitaria e ridotti a sterile dimensione geometrica (cfr. Merleau Ponty M., 1945): luoghi o, appunto, non luoghi, "in cui si nasce in clinica e si muore in ospedale, in cui si moltiplicano, con modalità lussuose o inumane, i punti di transito e le occupazioni provvisorie (le catene alberghiere e le occupazioni abusive, i club di vacanze, i campi profughi, le bidonville destinate al crollo o alla perennità putrefatta), [...] un mondo promesso all'individualità solitaria, al passaggio, al provvisorio e all'effimero".

Da qualche tempo, tuttavia, è in atto nel mondo occidentale un diffuso movimento culturale volto a rigenerare nel contesto comunitario il valore affettivo delle sue istituzioni e dei suoi spazi vitali, siano essi abitativi, scolastici, lavorativi, di incontro, carcerari o sanitari.

A quest'ambito va ricondotto l'interesse attuale per i temi dell'umanizzazione dell'ospedale e dell'architettura della salute.

In particolare nel campo della salute mentale, ove già

dagli anni Sessanta era stato criticato e in buona parte superato il modello medico centrato sull'ospedale, per la sua inadeguatezza di fronte alla complessità dei bisogni biopsicosociali delle persone che soffrono di malattie mentali — cioè croniche — sembra oggi ancora più matura l'esigenza di promuovere interventi situati nel cuore profondo delle comunità, cioè del territorio vitale del soggetto, e pertanto di mettere in discussione anche le sedi non ospedaliere, residenziali e semiresidenziali, in cui transitano e spesso sostano per lunghi anni gli utenti dei servizi psichiatrici: i luoghi della riabilitazione psichiatrica.

Come nota infatti Saraceno (1995) "quando si legge di riabilitazione di tutto si viene informati al dettaglio mentre vengono omessi alcuni "particolari" decisivi come, ad esempio, il luogo dove si pratica il programma riabilitativo o il luogo dove il paziente vive durante il tempo in cui il programma riabilitativo non viene praticato; sembra che la tecnica riabilitativa, qualunque essa sia, si pratichi in un vacuum, ove cioè alla articolazione delle metodiche impiegate corrisponde una grande vaghezza sui luoghi, i contesti per cui le metodiche si applicano".

Così come la psicoanalisi ha progressivamente valorizzato il ruolo fondamentale svolto dal setting, cioè dallo spazio fisico - oltre che mentale - che l'analista offre all'analizzato all'interno del processo terapeutico, è tempo che anche la psichiatria di comunità estenda sistematicamente la sua riflessione dal contenuto al contenitore dei suoi interventi: ad esempio sulla posizione delle strutture riabilitative nella trama del tessuto urbano, e sul loro rapporto con i nodi della rete sociale naturale o con le aree destinate al verde.

Se è vero, come diceva Napoleone, che la geografia è il destino, allora la struttura dei luoghi della cura non è un semplice corollario della loro funzione, ma influenza quest'ultima più di quanto siamo soliti credere.

Chi può darci delle idee al riguardo?

In primo luogo, la psicologia ambientale, disciplina nata negli anni Settanta del secolo scorso dall'incontro di

filoni di studio convergenti tra psicologia, architettura e geografia umana, che si occupa per definizione di queste tematiche ed è fonte di spunti interessanti (cfr. Baroni M. R., 2008).

A titolo di esempio si può citare lo studio divenuto ormai classico di un geografo statunitense, Roger Ulrich (1984), che osservando in un ospedale il recupero postoperatorio di pazienti colecistectomizzati ha dimostrato in modo statisticamente significativo che coloro cui era stata assegnata durante la degenza una camera con vista sul verde con alberi manifestavano meno complicanze postchirurgiche, richiedevano un minor uso di antidolorifici e venivano dimessi prima rispetto a un gruppo di controllo cui erano state assegnate camere con vista su un muro di mattoni.

Per quanto riguarda l'ambiente naturale, in particolare, è ormai nozione acquisita nel "*campo dell'evidence based design*", che ha avuto origine proprio in campo sanitario, [...] che gli esseri umani traggano sostanzialmente beneficio dalla presenza, nel loro ambiente di vita e di lavoro, di forme e strutture biologiche (un fenomeno chiamato *biofilia*)" (Mehaffy M., 2011).

Tale concetto, coniato da Erich Fromm e successivamente adottato dal biologo Edward O. Wilson (1986) per indicare l'irresistibile attrazione del genere umano, innata ed evolutivamente determinata, verso la sfera del vivente, illumina l'influenza benefica esercitata da alcune caratteristiche ambientali - definibili come biofiliche - sullo stato di salute, quali il passaggio della luce del sole, la presenza di piante e forme vegetali, la circolazione di aria fresca, lo scorrere dell'acqua, una vista ampia e rialzata, la ricchezza di elementi multisensoriali, la coerenza delle forme e la presenza di dettagli incuriosenti e misteriosi (ad esempio un sentiero che si inoltra in un bosco).

Peraltro è stato dimostrato dalla ricerca empirica che, se dotato di una o più delle caratteristiche sopra elencate, anche l'"ambiente costruito" - neologismo che indica l'insieme delle trasformazioni operate dagli esseri

umani sull'ambiente naturale - possa esercitare un effetto salutare, e malsano quando al contrario ne sia sprovvisto.

Per fare solo alcuni esempi in proposito, una ricerca condotta a New York su più di mille soggetti ha dimostrato che abitare in edifici periferici di scarsa qualità si associa a una maggior probabilità di sviluppare una patologia depressiva (Galea S. et al., 2005), o ancora uno studio londinese su quasi duemila individui ha evidenziato un legame statisticamente significativo tra depressione e alcuni ben precisi elementi architettonico-urbanistici quali un portone di accesso sempre aperto sulla strada, un elevato numero di appartamenti nello stesso condominio, la vetustà delle costruzioni, la mancanza di negozi facilmente raggiungibili, la scarsità di balconi o terrazzi, la presenza di graffiti sui muri delle abitazioni, la vicinanza di edifici abbandonati (Weich S., 2002).

Le neuroscienze possono aiutarci a fare luce su questi dati così eloquenti e così poco trattati e utilizzati dal sapere psichiatrico.

Se è vero infatti che in un soggetto sperimentalmente posto in posizione di osservatore si attivano le stesse aree neuronali ("neuroni specchio") che presiedono all'azione motoria di un soggetto osservato, e più precisamente se nel cervello del primo si sviluppa una sorta di "simulazione incarnata" del gesto corporeo - ma anche delle emozioni e delle sensazioni - del secondo, allora "il sistema motorio, insieme alle sue connessioni alle aree corticali visceromotorie e sensoriali, struttura non solo l'esecuzione dell'azione ma anche la sua percezione, così come la sua imitazione e la sua immaginazione. [...] Quando l'azione è osservata o immaginata, la sua esecuzione viene inibita [e] l'azione non viene quindi prodotta, bensì simulata" (Gallese V., 2013).

Di grande interesse per il nostro discorso è che la relazione mimetica con l'ambiente, e i relativi fenomeni soggettivi della simulazione motoria e del rispecchiamento, sembrano interessare non soltanto il mondo animato ma anche quello inanimato: ancora Gallese ci dice che "quando osserviamo oggetti tridimensionali, simuliamo

le azioni che tali oggetti ci invitano a compiere. [...] Guardare un edificio, una stanza o un oggetto di design significa anche simulare i movimenti e le azioni che quegli spazi evocano”.

Lo spazio esterno “costruito” che abitiamo, dunque, dice sempre molte più cose di quante ne percepiamo coscientemente, e determina una continua e spesso inconsapevole risonanza empatica - della quale il potente “desiderio mimetico” di modellarsi sull’Altro descritto dall’antropologo Renè Girard (1961) sembra rappresentare una delle possibili conseguenze - forgiando continuamente lo spazio interno che ospita le nostre sensazioni, emozioni, cognizioni.

La psicoanalisi, per parte sua, ha affrontato solo occasionalmente il tema dell’influsso sul mondo interno del contesto esterno più ampio, quello materiale e concreto - tangibile, udibile, annusabile e visibile - posto al di fuori del ristretto ambito relazionale, come distolta da una sorta di “apatia” (parole di Harold Searles, uno dei padri dell’applicazione della teoria e della tecnica psicoanalitica alle patologie gravi) nei confronti di una prospettiva che mette in discussione l’individuo nel suo preteso ruolo di centro narcisistico del mondo, e ne evidenzia la profonda dipendenza da tutto ciò che sta intorno, cioè dall’ambiente (ricordo che il termine “ambiente” deriva dal latino *amb-* = “intorno” e *ire* = andare) animato e inanimato.

Per James Hillman è questo il motivo per cui sono passati ormai “Cento anni di psicoterapia e il mondo va sempre peggio” (1992), come recita il titolo di un suo appassionato libro-intervista.

Infatti “rimuovendo l’anima dal mondo e non riconoscendo che l’anima è anche nel mondo, la psicoterapia non può più fare il proprio lavoro. Gli edifici sono malati, le istituzioni sono malate, il sistema bancario è malato, e così la scuola, il traffico – la malattia è là fuori. [...] Ogni volta che cerchiamo di affrontare la nostra violenza nei confronti della superstrada, o il senso di sofferenza nei confronti dell’ufficio, dell’illuminazione o di quella

schifezza di mobili, e così via – ogni volta che cerchiamo di affrontare tutto questo andando con la nostra rabbia e la nostra paura in terapia, noi priviamo di qualche cosa il mondo politico. E nel suo modo folle, la terapia, enfatizzando l’anima interiore e ignorando l’anima che è fuori, sostiene il declino del mondo reale”.

Le poche eccezioni al generale disinteresse del sapere psicoanalitico per il “mondo reale” sono tuttavia di grande interesse per il nostro discorso, considerando la necessità più che mai attuale per la psichiatria – soprattutto quella organicista e neuroscientifica contemporanea – di ritrovare le sue radici umanistiche e relazionali nell’humus della psicoanalisi, e di attingerne linfa vitale grazie alla sua elettiva funzione, come dice Antonello Correale (2000), di “custode dell’intimità” e di guida alla profondità dell’anima.

Per quanto riguarda ancora Searles, meritano una citazione in questa sede le sue riflessioni sulla sindrome da deprivazione dei bambini istituzionalizzati nei brefotrofi, che a differenza di quanto ritenuto da Spitz non è esclusivamente da attribuire alla mancanza di sufficiente maternage, ma anche all’assenza di stimoli ambientali - che si ritrovano invece negli asili nido - quali giocattoli, paesaggi esterni visibili dalle finestre, arredi, suppellettili ecc.

Esisterebbe a parere di questo autore, infatti, un profondo “senso di colleganza” tra soggetto e ambiente, “un senso di intima affinità, il corrispettivo psicologico dell’affinità strutturale che [...] vi è tra l’uomo e i diversi elementi dell’ambiente non umano”, capace di esercitare effetti strutturanti sul senso di sé e sulla definizione dell’identità individuale.

Anche Wilfred Bion (1962) con il suo concetto di “contenitore” può fornire spunti interessanti. Per Bion, infatti, la nascita e lo sviluppo dell’apparato psichico può avvenire soltanto se i suoi contenuti (percezioni, emozioni, fantasie, pensieri) possono essere espressi e accolti nello spazio mentale - il contenitore - di un interlocutore dotato di “rèverie” (parola derivata dal

francese rêve, “sogno”), cioè capace di “sognarli ad occhi aperti”, elaborarli, immaginarli, rappresentarli e restituirli arricchiti di senso al suo mittente.

Questa funzione, affidata alla madre nelle prime fasi della vita, nelle età successive viene svolta dall’insieme delle altre figure di riferimento significativo e più in generale dall’universo di comunicazioni e di segni naturali e culturali - ciò che il semiologo Lotman (1993) definiva “semiosfera” - in cui siamo immersi, che continuamente e spesso impercettibilmente ritocca, rimodella, rifinisce la nostra vita mentale.

Possiamo allora pensare all’ambiente come a un contenitore dotato di una sorta di capacità onirica incubatrice di nuovi elementi percettivi, affettivi, cognitivi che vanno ad arricchire incessantemente quel grande e complesso serbatoio psichico soggettivo chiamato identità.

Illuminanti sono infine le concettualizzazioni di Donald Winnicott (1971), che evidenzia come per il bambino molto piccolo l’ambiente sia nient’altro che la madre, e il volto di questa svolga la funzione di uno specchio in cui egli può vedere riflesso se stesso: come lui dice, “nello sviluppo emozionale individuale *il precursore dello specchio è la faccia della madre*”.

Questa formulazione, prosegue Winnicott, “fornisce un modo di guardare all’analisi e al compito psicoterapeutico. La psicoterapia non consiste nel fare interpretazioni brillanti e appropriate; in linea di massima e a lungo termine è un ridare al paziente su un ampio arco di tempo ciò che il paziente porta. E’ una complessa derivazione della faccia che riflette ciò che è là per essere visto. Mi piace pensare al mio lavoro in questo modo, e pensare che se lo faccio abbastanza bene il paziente troverà il suo proprio sé e sarà in grado di esistere e sentirsi reale. Sentirsi reale è più che esistere; è trovare una maniera di esistere come se stesso”.

Ai nostri fini, e in senso ancora più lato, questo vertice concettuale può essere esteso anche al compito terapeutico della psichiatria, che potremmo definire allora per analogia come restituzione al paziente di un’immagine

di sé restaurata, come legittimazione della sua esistenza, come riconoscimento del suo diritto di essere quello che è.

Curare i contesti della cura significa allora operare la trasformazione degli spazi tradizionali della salute fisica e mentale in luoghi viventi, capaci di parlare ai loro ospiti la lingua dell’accoglienza, della comprensione e dell’integrazione.

Rendendoli ambienti, ci dice Winnicott, in cui il soggetto possa vedersi e ritrovarsi positivamente rispecchiato: cioè riconosciuto, accettato, abbracciato, capito nel senso più ampio di questi termini.

Il limite principale delle vecchie strutture manicomiali era in fondo proprio la mancanza di relazione con gli spazi della comunità, che vanificava la gradevolezza - non così rara come la loro rappresentazione stereotipata farebbe credere - dei suoi fioriti cortili interni e dei suoi variopinti intrattenimenti: la reclusione, per quanto dorata, impedisce l’inclusione perché nasconde lo sguardo dell’Altro.

Nel campo della salute mentale un esempio particolarmente interessante di apertura di spazi di cura innovativi per il disagio psichico è quel settore dell’assistenza psichiatrica in recente sviluppo che va sotto il nome di Residenzialità Leggera, in Lombardia ufficialmente inaugurata con una delibera della Giunta Regionale del 2004.

Va rilevato in primo luogo come la normativa regionale, recependo fortunatamente in questo 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 confidando implicitamente in una catena di eventi virtuosi che dalla dimensione fisica possano infine riverberarsi su quella psichica e relazionale.

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 un'impostazione di stampo più familiare, meno asettica e formale.

In una residenza leggera di Corsico gestita dalla Cooperativa "La Vita onlus" in sinergia con il DSMD dell'ASST "Santi Paolo e Carlo", ad esempio, la collocazione in uno stabile civile di una zona centrale e la prossimità ai negozi di vicinato ha portato nel tempo allo strutturarsi di un ricorrente scambio di cortesie – cioè di taciti riconoscimenti reciproci – tra gli utenti ospiti e gli anziani che vivono soli, in cui i primi portano su per le scale fino ai piani alti l'acqua minerale e i sacchetti della spesa, e i secondi offrono un caffè o due chiacchiere in un salottino pieno di ricordi.

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 (cfr. Rabboni M., 2009).

Ma un aspetto forse ancora più interessante della Residenzialità Leggera 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 realizzati in questo particolare contesto residenziale.

Come conseguenza di questi favorevoli 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 (tra cui cito anche quello pubblicato nel 2013 da *Psichiatria Oggi* — Di Lello C., Taddei S. et al., 2013 — sulle residenze leggere delle Aziende Ospedaliere San Carlo e San Paolo gestite dalle Cooperative "La Vita" e "Filo d'Arianna") suggeriscono una significativa

efficacia terapeutica degli interventi condotti in questi nuovi spazi della riabilitazione psichiatrica.

Tali conclusioni, peraltro, sono coerenti con quanto già più sopra accennato e 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 B., 1995), che per l'esito del processo riabilitativo le variabili sociali sono verosimilmente più influenti di quelle psicopatologiche (Ardigò W. e De Girolamo G., 1987) e per alcuni autori anche psicofarmacologiche, e ancora che l'orientamento teorico e la realizzazione pratica dei progetti terapeutici sono probabilmente meno importanti della cornice ambientale in cui questi si articolano (cfr. ad esempio Harkness J., Newman S. et al., 2004).

La "cultura d'impresa" (Schein E., 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 D., 2005), ma soprattutto il forte e capillare legame con la rete sociale naturale e il suo ancoraggio nella fisicità del territorio urbano.

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 C., Cataldi A. 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 degli utenti 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.”

Nelle residenze “leggere” il gravame economico ed emotivo della sofferenza mentale, anzichè 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.

Può realizzarsi così quella “democrazia profonda” di cui parla l’antropologo Arjun Appadurai (2013), “la democrazia più prossima, più a portata di mano, la democrazia del quartiere, della comunità, delle relazioni di sangue e dell’amicizia”.

Il vertice da cui scaturiscono queste riflessioni può essere a buon diritto qualificato come materialista, perché sottolinea l’influenza dei fattori materiali sulle nostre vite, nel nostro caso sull’esito degli interventi terapeutici e riabilitativi in Psichiatria.

Una parte spirituale in noi non può fare a meno di ribellarsi, in parte comprensibilmente, a questa prospettiva che vede la struttura determinare la funzione, ovvero il contenitore plasmare il contenuto e in ultima analisi, allora, il corpo comandare sull’anima che ne sarebbe

platonicamente prigioniera.

Tutti vorremmo pensarla ancora una volta come James Hillman (2000), che afferma con forza di voler “respingere la nozione monolitica che noi si sia fundamentalmente creature fisiologiche e che di conseguenza il nostro pensiero su di noi possa essere ridotto a pensiero sul nostro corpo. [...] No, caro Napoleone, non la geografia; no, caro Freud, nemmeno l’anatomia: il carattere! E’ il carattere che governa: che governa anche la fisiologia”.

Il predominio dello spirito sulla sostanza ci garantisce certamente un soffio di onnipotenza e di immortalità, e ne abbiamo bisogno per continuare a vivere.

Ma al contempo non possiamo dimenticare che il termine “materia” deriva il suo nome dal latino *màter*, suggerendo che in fondo il contenitore materiale è la madre di ogni contenuto.

AFFERENZA DELL’AUTORE

* *Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST*

“Santi Paolo e Carlo”, Milano

Direttore dottor Giuseppe Biffi

Per corrispondenza con l’autore:

claudio.dilello@asst-santipaolocarlo.it

BIBLIOGRAFIA

1. Appadurai A. (2013). *Cosmopolitismo dal basso*. SouQuaderni (edizione online), 7.
Reperito in: http://www.souqonline.it/default_souq
2. Ardigo W. e De Girolamo G. (1987). *Note introduttive sulla riabilitazione in psichiatria*. *Psicoterapia e scienze umane*, 21 (4): 33-46.
3. Augè M. (1992). *Nonluoghi*. Elèuthera, Milano 1993.
4. Baroni M. R. (2008). *Psicologia ambientale*. Il Mulino, Bologna, 2° ed.
5. Bion W. R. (1962). *Apprendere dall’esperienza*. Armando, Roma 1972.

6. 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: 409-438*. Franco Angeli, Milano.
7. Correale, A. (2000). *Psicoanalisi e psicosi: fino a che punto indagare l'area traumatica?* Rivista di Psicoanalisi, 46 (4): 707-730.
8. 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, 10 (1): 31-37.
9. 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), 26 (1): 38-45.
Reperito in: <http://www.psichiatriaoggi.it/?p=129>
10. Galea S., Ahern J., Rudenstine S. et al. (2005). *Urban built environment and depression: a multilevel analysis*. J. Epidemiol. Community Health, 59 (5): 822-827.
11. Gallese V. (2013). Prefazione. In: Mallgrave H. F. *L'empatia degli spazi*. Architettura e neuroscienze: IX-XVIII. Cortina, Milano 2015.
12. Girard R. (1961). *Menzogna romantica e verità romanzesca*. Bompiani, Milano 1981.
13. 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, 39 (5): 1341-1360.
14. Hillman J., Ventura M. (1992). *Cento anni di psicoterapia e il mondo va sempre peggio*. Cortina, Milano 1998.
15. Hillman J. (1999). *La forza del carattere*. Adelphi, Milano 2000.
16. Lotman Jurij M. (1993). *La cultura e l'esplosione*. Feltrinelli, Milano 1993.
17. Mehaffy M. (2011). *Evidence based design e biofilia: l'influenza della medicina sulla progettazione degli ambienti di vita e di lavoro*. Politiche Sanitarie, 12 (1): 34-37.
18. Merleau-Ponty M. (1945). *Fenomenologia della percezione*. Bompiani, Milano 2003.
19. Rabboni M. (2009). *Modelli di residenzialità*. Errepiesse 3 (3): 65-70.
Reperito in: http://www.errepiesse.it/Sommario_files
20. Saraceno B. (1995). *La fine dell'intrattenimento*. Etaslibri – RCS Medicina, Milano.
21. Schein E. H. (1999). *Culture d'impresa*. Cortina, Milano 2000.
22. Searles H. (1960). *L'ambiente non umano nello sviluppo normale e nella schizofrenia*. Einaudi, Torino 2004.
23. Ulrich R. S. (1984). *View through a window may influence recovery from surgery*. Science, 224 (4647): 420-1.
24. Weich S., Blanchard M., Prince M. et al. (2002). *Mental health and the built environment: cross-sectional survey of individual and contextual risk factors for depression*. Brit. J. Psychiat, 180: 428-433.
25. Wilson E. O. (1984). *Biofilia*. Mondadori, Milano 1985.
26. Winnicott D. (1971). *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1974.