



Abitare la comunità: principi che orientano i progetti di sostegno all'abitare nella U.F. Salute Mentale Adulti di Grosseto

Autori

Nadia Magnani¹, Federica Soscia¹, Giuseppe Cardamone²

1 Medico Psichiatra UF Salute Mentale Adulti Azienda USL 9 Grosseto

2 Direttore Dipartimento di Salute Mentale Azienda USL9 Grosseto

Inviato il 15 novembre 2015, rivisto il 3 dicembre 2015, accettato il 9 dicembre 2015

RIASSUNTO

In un'epoca di globale riduzione delle risorse, il sostegno all'abitare nei disturbi mentali gravi costituisce un intervento economicamente molto meno costoso delle soluzioni residenziali e di fatto rappresenta anche una concreta opportunità di produrre salute e di prevenire disabilità ed esclusione sociale. Implica lavorare in equipe multidisciplinare ed attivare le risorse della comunità per modificare in termini positivi l'interazione individuo-ambiente.

Descriviamo i principi che orientano il lavoro di sostegno all'abitare, nell'UF Salute Mentale Adulti di Grosseto, evidenziando criticità e punti di forza.

ABSTRACT

In a global reduction of resources, supported housing in severe mental disorders is a much less expensive solution than residential facilities and also represents a real opportunity to produce health and prevent disability and social exclusion. It involves working in multidisciplinary teams and activating the resources of the community to change the individual-environment interaction in a positive manner.

We describe the principles that guide our work in supported housing in Adults Mental Health Service of Grosseto, highlighting critical issues and strengths.

1. Abitare la Comunità come fattore centrale della qualità della vita

L'abitare è un diritto della persona che va garantito e sostenuto, in quanto la dimensione della domiciliarità è inevitabilmente intrecciata con l'attribuzione di senso e significato alla propria vita e al proprio essere in relazione con gli altri.

Il luogo dove viviamo e le relazioni che intratteniamo con le altre persone, costituiscono due fondamentali categorie di bisogni che qualificano il benessere soggettivo e il nostro grado di soddisfazione e che in termini più generali, possono costituire uno dei determinanti della salute mentale.

Il benessere sociale, che si qualifica in termini di relazioni sociali positive, legami e sostegno sociale, soddisfacente funzionamento, buoni livelli di integrazione (1, costituisce, unitamente al benessere fisico e psicologico, uno dei determinanti della salute (2) ed esprime il cosiddetto "capitale sociale" (3).

Una problematicità nell'abitare in termini di autonomia e appropriata gestione del proprio spazio di vita e/o in termini di difficoltà relazionali implica per ciascun individuo un fattore di vulnerabilità, che si amplifica inevitabilmente per le persone che soffrono di disturbi psichici.

"Abitare la comunità" è uno dei diritti essenziali in salute mentale che dobbiamo proteggere e promuovere riaffermando i diritti di cittadinanza relativi all'abitare, al lavorare, al vivere sociale, alla salute ed al benessere generale delle persone che presentano gravi disturbi psichici (4).

Il Sostegno all'Abitare (abitare supportato) è una "pratica clinica (ma anche psico-socio-economica) di convivenza", che attraverso interventi flessibili ed economici (se confrontati con i percorsi residenziali) favorisce la recovery nelle persone con disturbi mentali gravi, sfruttando, come sostiene Barone, "il potenziale terapeutico di piccoli gruppi che si riconoscono in una più ampia comunità di intenti e di territori". (5)

Se consideriamo, inoltre, che nella prospettiva ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, OMS, 2002), la disabilità deriva da un'interazione negativa tra individuo e ambiente (fisico e sociale), dobbiamo necessariamente agire su questa interazione per promuovere salute mentale (6).

Nella prospettiva, infatti, la disabilità e la condizione di salute sono intese come fenomeno multidimensionale (bio-psico-sociale) derivanti dall'interazione tra fattori personali e fattori ambientali, che si declinano in funzioni e strutture corporee, attività (dimensione individuale del funzionamento) e partecipazione (prospettiva sociale del funzionamento). In questo senso, agire sull'interazione individuo-ambiente è fattore centrale del sostegno all'abitare (ma anche di qualsiasi percorso residenziale), perché solo così è possibile lavorare per ridurre la disabilità, favorire lo sviluppo di competenze (capacitazione) dell'individuo con problemi di salute mentale e sinergicamente lo sviluppo di competenze della sua comunità/ambiente di vita, evitando percorsi di esclusione, separazione, ritiro sociale, stigma (7).

A sostegno di tale operare emergono oggi anche i contributi delle neuroscienze, quali ad esempio le evidenze relative alle disfunzioni della "cognizione sociale" nella schizofrenia (8-9), che rappresentano importanti acquisizioni sia sull'eziopatogenesi che sulle strategie di intervento, confermando che gli interventi a carattere sociale hanno in sé un'importante valenza terapeutica.

D'altro lato nella prospettiva dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, i fattori sociali possono essere considerati sia criteri/indicatori sia correlati/antecedenti della qualità della vita, che possono favorire od ostacolare il grado di benessere e soddisfazione.

2. Operare sull'interazione individuo-ambiente: risorsa terapeutica del sostegno all'abitare

L'OMS (10) tra le raccomandazioni relative agli interventi nei disturbi mentali gravi (schizofrenia, disturbi bipolari), sottolinea la necessità di attuare strategie di supporto all'abitare che favoriscano l'acquisizione di specifiche competenze sociali e maggiori livelli di autonomia.

I Servizi devono, quindi, lavorare sui contesti abitativi e residenziali con modalità flessibili, graduate, appropriate e personalizzate. Ad ogni situazione deve corrispondere un "pensiero" e un progetto, che deve avvalersi di un costante lavoro di monitoraggio e supervisione.

In termini più specifici i Servizi devono avere funzione di:

a) supporto e catalizzatore per interventi di rete, per attivare e facilitare le risorse di comunità;

b) sviluppo di opportunità e possibilità di scelta, per favorire la realizzazione da parte di quella persona, in quello specifico contesto di vita, di percorsi orientati alle proprie aspettative e motivazioni individuali.

È essenziale, quindi, lavorare sull'interazione tra persona con problemi di salute mentale e ambiente (all'interno ed all'esterno del contesto abitativo) per: a) ridurre i fattori di vulnerabilità e potenziare i fattori di protezione-resilienza (11), riconoscendo i fattori di salute dentro e oltre il disagio; b) sviluppare percorsi di integrazione e partecipazione sociale agendo sulla persona e sul contesto; c) sostenere i percorsi di abitare in autonomia, lavorando per "prevenire ed escludere" ove possibile, soluzioni residenziali; d) favorire prima possibile soluzioni abitative meno protette e dove sia maggiore la possibilità di scelta della persona.

3. Percorsi di inclusione e partecipazione come potenziamento della comunità

La salute mentale è un bene comune e relazionale e indubbiamente favorire percorsi di partecipazione e integrazione per persone con problemi di salute mentale (abitare la comunità), produce vantaggi per l'intera comunità in quanto promuove un'etica dei rapporti (educare e dare spazio a nuovi valori dotati di senso), permette di trovare un nuovo equilibrio tra solidarietà/individualità e favorisce l'accettazione della fragilità/differenza e la riduzione delle dinamiche espulsive verso la diversità.

Solo attraverso percorsi di integrazione, sostegno e valorizzazione delle situazioni di "fragilità" è possibile promuovere un reale senso di comunità e in termini più generali, gli interventi finalizzati a favorire percorsi di integrazione ed a ridurre la disabilità correlata a disturbi mentali gravi, si traducono di fatto in salute per la comunità e sviluppo sostenibile (12-13-14).

4. Il supporto all'abitare nell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti (UFSMA) della ASL 9 Grosseto

Obiettivo privilegiato dell'UFSMA è attivare percorsi di sostegno all'abitare negli abituali contesti abitativi della persona, attraverso progetti di "abitare supportato", oltre a disporre di diverse tipologie di residenza che rispondono a diversi bisogni e obiettivi terapeutici (interventi riabilitativi intensivi, estensivi, a diverso gradiente di supporto) (15).

Tab. n°1: Strutture residenziali della UF Salute Mentale Adulti ASL 9 Grosseto

	Numero posti
Comunità Terapeutica Chimera	8
Strutture residenziali per trattamenti terapeutico - riabilitativi a carattere estensivo	15
Strutture residenziali per interventi socio - riabilitativi	11
Abitare in autonomia (appartamenti assistiti)	12

In questo contesto costituiscono fondamentale risorsa la Comunità terapeutica (a carattere dipartimentale) e gli appartamenti assistiti (residenzialità leggera).

In particolare vogliamo sottolineare come negli anni si sia realizzato un percorso che ha spostato progressivamente l'asse da contesti a carattere socio-riabilitativo verso percorsi terapeutico-riabilitativi e che ha visto anche la riconversione di alcune strutture residenziali esistenti secondo questa logica (è quanto accaduto ad esempio quando è nata la comunità terapeutica Chimera), ma anche l'attenzione sempre maggiore verso la residenzialità "leggera" e l'abitare in autonomia.

Un ruolo centrale hanno i progetti di "supporto all'abitare in autonomia" che costituiscono percorsi alternativi a quelli residenziali o possono piuttosto essere il progetto successivo ad un percorso in comunità terapeutica o in altra struttura residenziale. Sono realizzati attraverso la messa in gioco di varie risorse: a) proiezioni del personale del Centro di Salute Mentale (psichiatri, psicologi, infermieri, assistente sociale, educatori); b) assistenza domiciliare, che svolge un'attività a carattere "riabilitativo", coordinata da operatori dell'UFSMA; c) progetti personalizzati centrati su abitare, lavoro, relazioni, spazi ricreativi; d) partecipazione a gruppi di Auto Mutuo Aiuto (Gruppi Auto Mutuo Aiuto degli utenti dimessi dalla comunità terapeutica, attività della Casa dell'Auto-Mutuo-Aiuto).

Particolare attenzione viene posta a promuovere in modo attivo una politica di integrazione con la comunità locale ed a favorire esperienze di inclusione sociale relative a relazioni, tempo libero e lavoro (16), con l'obiettivo di rafforzare le reti relazionali, affettive, sociali e lavorative.

Essenziale è sostenere la centralità della persona e quindi i suoi desideri e aspettative, cercando di promuovere e sostenere in modo strutturato la scelta di luoghi, spazi e convivenze che possano favorire un sentimento di appartenenza e l'attribuzione di senso personale al progetto dell'abitare.

Essenziale è anche individuare un appropriato equilibrio tra autonomia e supporto, valorizzando le caratteristiche e le inclinazioni soggettive delle persone.

5. Principi e atteggiamenti che orientano il nostro operare

Occorre in primo luogo credere nelle potenzialità dell'altro, anche in situazioni apparentemente molto difficili, nell'ottica di potenziare i meccanismi di recovery (17-18-19) anche in presenza di disturbi mentali gravi. I progetti devono essere negoziati con la persona e centrati sulla persona (più che sui luoghi ed a prescindere dai luoghi). Quando le persone diventano protagonisti rispetto all'individuazione e all'orientamento dei percorsi, otteniamo risultati migliori e la persona acquista un senso di competenza e di responsabilità che favorisce il processo di empowerment. Occorre promuovere le scelte, la motivazione e la progettualità individuale, favorendo un supporto flessibile nei luoghi di vita delle singole persone.

È inoltre essenziale attivare la comunità, valorizzando le reti naturali, le associazioni di stakeholder (utenti, familiari) e potenziando le connessioni interistituzionali (ad es. tra Dipartimento di Salute Mentale e Servizi Sociali), promuovendo, quindi, la capacità di partnership dei Servizi, dove fondamentale è la "contaminazione" e la sinergia tra competenze (20).

Dobbiamo, inoltre, sistematicamente monitorare i progetti, i processi e gli outcome per definire obiettivi e strategie di azione, e per verificare l'efficacia di specifici interventi. Tale processo valutativo riteniamo possa avvalersi anche di strumenti standardizzati che tengano conto di aspetti globali di funzionamento (21), non solo correlati alle dimensioni psicopatologiche, ma anche alla presenza di risorse personali, ambientali, familiari e contestuali. In particolare è appropriato a nostro avviso, l'utilizzo di strumenti che permettano di considerare il punto di vista di operatori, utenti e familiari.

In termini operativi abbiamo attivato, all'interno del nostro Servizio, un tavolo di lavoro che si riunisce periodicamente sul tema "Residenzialità e Abitare supportato", costituito da un'équipe multiprofessionale (psicologi, psichiatri, educatori, infermieri, assistente sociale, operatori socio-sanitari, un operatore referente della cooperativa sociale che fornisce il personale per alcune residenze). In questo contesto vengono analizzati gli aspetti progettuali e organizzativi relativi all'abitare per la realizzazione di percorsi individualizzati, che si pongono come obiettivo una progressiva autonomizzazione e/o dimissione degli utenti, rilevando le risorse disponibili, cercando e attivando soluzioni "creative e flessibili".

In questo ambito gli stessi operatori della salute mentale possono sperimentarsi, al di là delle rispettive competenze, in ruoli più flessibili e stimolanti, diventando catalizzatori di percorsi di cittadinanza.

D'altra parte la necessità di cercare risposte e soluzioni creative nella realizzazione dei singoli progetti, favorendo il più possibile meccanismi di recovery, diventa ancora più importante in un generale contesto di riduzione delle risorse dove si osserva un aumento epidemiologico dei problemi di salute in generale e in particolare di salute mentale (22), e dove si rende necessaria una più ampia politica di ottimizzazione e riallocazione delle risorse (23).

Infine centrale è il lavoro con la famiglia, della quale è importante valorizzare le risorse e non tanto e non solo le difficoltà o disfunzioni che possono amplificare il disagio. In particolare nostro obiettivo è valorizzare le relazioni familiari positive, che costituiscono risorsa anche nei percorsi di abitare supportato, attraverso interventi psicoeducativi finalizzati a migliorare la comunicazione, ridurre l'emotività espressa e il carico familiare, riconoscere i segni precoci di crisi, attivare le strategie di problem solving (24-25).

Famiglie e utenti sono i veri protagonisti e "portatori di interesse" negli interventi di abitare supportato e le loro aspettative, il loro sguardo e percezione di disagio, possibilità e risorse, costituiscono un importante fattore di alleanza ed opportunità di risultato, se correttamente considerati nella formulazione dei progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati.

Per potenziare e sostenere le risorse dei contesti familiari nel nostro Servizio sono stati attivati un gruppo multi-familiare per utenti con disturbi mentali gravi (che vede la partecipazione delle famiglie e degli utenti), ed un gruppo multifamiliare realizzato per i nuclei familiari di utenti che presentano disturbi psicotici in fase di esordio.

6. Criticità

Alcuni aspetti e criticità debbono essere tenuti in debita considerazione come ad esempio la presenza di una particolare complessità psicopatologica correlata alla presenza di disturbi gravi di personalità, che negli ultimi anni costituiscono una indubbia sfida per i Servizi, sia in termini di ridefinizione dell'organizzazione e delle risorse, sia in termini di necessità di nuove e specifiche competenze (26-27).

Situazioni altrettanto difficili sono quelle dove sono presenti in comorbidità, problematiche correlate all'uso di sostanze, o ancora dove il disturbo psicopatologico si iscrive in una condizione di fragilità / ritardo cognitivo che in assenza di adeguati contesti familiari o sociali supportivi, rende più difficile, raggiungere e mantenere un sufficiente grado di autonomia e adeguatezza comportamentale.

Ulteriore criticità è rappresentata dalla questione legata all'emergenza creatasi con la necessità di dimettere in tempi brevi persone istituzionalizzate per anni in Ospedale Psichiatrico Giudiziario, che ci porta a confrontarci inevitabilmente con temi quali la responsabilità degli operatori e le ambivalenze tra controllo e cura.

Infine, accanto ai necessari interventi sulle situazioni psicopatologiche più stabilizzate e distanti dall'esordio, la vera sfida per i Servizi è oggi la prevenzione e l'intervento precoce negli esordi e nelle situazioni a rischio di disturbi mentali gravi e, quindi, la necessità di progettare interventi finalizzati a mantenere e sviluppare competenze e autonomie, partecipazione scolastica, sociale e lavorativa nei giovani in situazioni vicine all'esordio psicopatologico.

In questo contesto è ancora più importante favorire percorsi di mobilitazione e sensibilizzazione comunitaria, attivando risorse e occasioni di condivisione, poiché i percorsi di integrazione si configurano come il principale strumento di prevenzione per i giovani in difficoltà. Questo porta necessariamente a ripensare i Servizi in termini di risorse, sinergie, contesti, azioni e competenze.

Tali criticità sono inevitabilmente oggetto concreto del nostro operare anche relativamente agli interventi di supporto all'abitare e necessitano di un appropriato pensiero progettuale e di spazi di confronto e "alleggerimento – condivisione" dentro il gruppo di lavoro, nonché di spazi di supervisione, per ridurre i rischi di fallimento, sempre di fatto possibili in relazione alla complessità degli interventi in salute mentale.

CONCLUSIONI

Crediamo infine che in tutti gli interventi di supporto all'abitare, sia necessario di fatto:

- attivare e/o riattivare le potenzialità di salute della persona;
- realizzare una costruzione partecipata del progetto, considerando la centralità sulla persona con i suoi desideri, motivazioni e aspirazioni, in un'ottica di recovery;
- formulare progetti individualizzati e a termine;
- considerare l'interazione individuo-ambiente come fattore centrale nel produrre determinanti di salute e disabilità; - attivare sinergie con le risorse formali e informali della comunità;
- favorire soluzioni flessibili, creative e innovative.

In un'epoca di riduzione delle risorse, il sostegno all'abitare costituisce un intervento economicamente molto meno costoso delle soluzioni residenziali e di fatto rappresenta anche una concreta opportunità di produrre salute e di prevenire disabilità ed esclusione sociale.

Di fatto gli interventi di sostegno all'abitare costituiscono una pratica fondamentale nell'operatività dei Servizi, in quanto espressione concreta del lavoro di equipe poiché richiedono collegialità di interventi e condivisione multidisciplinare e in quanto, nella sinergie dei contesti e degli attori coinvolti, si esprime concretamente la salute mentale di comunità.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Prezza M, Pacilli MG. Il senso della comunità, da: Conoscere la comunità. L'analisi degli ambienti di vita quotidiana (a cura di: Prezza M., Santinello M.). Bologna: Il Mulino; 2002: "161-192".
- 2) OMS, A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, Ginevra 2010
- 3) Cardamone G., Magnani N., Bruschetta S. Glossario ragionato dell'inclusione socio-lavorativa in salute mentale. Principi, termini tecnici e riferimenti normativi. Tratto da: L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale (a cura di R. Barone, S. Bruschetta, M. D'Alena). Milano: Editrice FrancoAngeli,; 2013:" 295-311"
- 4) Whitley R, Henwood BF. Life, liberty, and the pursuit of happiness: reframing inequities experienced by people with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J.* 2014; 37(1):68-70
- 5) Barone R., Bruschetta S., Frasca A. Gruppoanalisi e sostegno all'abitare. Domiciliarità e residenzialità nella cura comunitaria della grave patologia mentale. Milano: Franco Angeli; 2014: 108
- 6) OMS, Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), Erickson, Trento, 2002
- 7) Daumerie N, Vasseur Baclet S, Giordana JY, Bourdais Mannone C, Caria A, Roelandt JL. Discrimination perceived by people with a diagnosis of schizophrenic disorders. *International study of Discrimination and stigma Outcomes (INDIGO): French results.* *Encephale.* 2012; 38(3):"224-31"
- 8) Pinkham AE. Social cognition in schizophrenia. *Clin Psychiatry.* 2014;75 Suppl 2:"14-9"
- 9) Mancuso M, Magnani N, Cantagallo A, Rossi G, Capitani D, Galletti V, Cardamone G, Robertson IH. Emotion Recognition Impairment in Traumatic Brain Injury Compared With Schizophrenia Spectrum: Similar Deficits With Different Origins. *J Nerv Ment Dis.* 2015; 203(2):87-95
- 10) OMS, Psychosocial strategies which enhance independent living and social skills, 2012 www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/q11/en/ (http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/q11/en/)
- 11) Arya DK. PRISM: Promoting Resilience, Independence and Self Management - a strategy to manage chronic mental illnesses. *Asian J Psychiatr.* 2013; 6(4):"303-7"
- 12) Copeland J, Thornicroft G, Bird V, Bowis J and Slade M. Global priorities of civil society for mental health services: findings from a 53 country survey. *World Psychiatry.* Jun 2014; 13(2):"198-200"
- 13) Eaton J, Kakuma R, Wright A, Minas H. A position statement on mental health in the post-2015 development agenda. *Int J Ment Health Syst.* 2014;8:28
- 14) McGovern P. Why should mental health have a place in the post-2015 global health agenda? *Int J Ment Health Syst.* 2014; 8(1):38
- 15) Magnani N., Badia G., Bardicchia F., Bellugi M., Piccinetti R., Rossi P., Cardamone G. La residenzialità in salute mentale: percorsi, progettualità ed esperienze nell'UF Salute Mentale Adulti di Grosseto (<http://attachments/article/80/NRSP%20Vol.6%20-%2008%20-%20La%20residenzialit%C3%A0%20in%20Salute%20Mentale%20percorsi.%20progettualit%C3%A0%20ed%20esperienze%20nell'UF%20Salute%20Mentale%20Adulti%20di%20Grosseto.pdf>) Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici (rivista online), vol.6, 20 dicembre 2012
- 16) Magnani N., Cardamone G., Cecchi S., Paganelli E., Vatti E., Corlito G. Percorsi riabilitativi di inserimento al lavoro. La funzione del tutoraggio e del tirocinio nell'inserimento al lavoro nei circuiti della normalità *Psichiatria di Comunità*, 2011; vol.10: "12-20"
- 17) Bird V, Leamy M, Tew J, Le Boutilier C, Williams J, Slade M. Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014; 48(7):"644-653"
- 18) Petersen KS1, Friis VS, Haxholm BL, Nielsen CV, Wind G. Recovery from mental illness: a service user perspective on facilitators and barriers. *Community Ment Health J.* 2015; 51(1):"1-13"
- 19) Slade M., Amering M., Farkas M., Hamilton B., O'Hagan M., Panther G., Perkins R., Shepherd G., Tse S. and Whitley R. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry.* 2014; 13(1): "12-20"
- 20) Felice A, D'Agostino L (a cura di) ISFOL-Inclusione partecipata nella salute mentale. Dalle reti come esigenza alle reti come esperienza. Roma: Collana Strumenti ISFOL; 2010
- 21) Magnani N., Bardicchia F., Stefanini T., Capitani D., Fonseca F., Cardamone G.. Applicazione della HoNOS nell'area grossetana. Tratto da: Health of The Nation Outcome Scales HoNOS. Una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei Servizi di salute mentale (a cura di: Erlicher A., Lora A., Monzani E., Parabiagli A.). Roma: Il pensiero Scientifico Editore; 2012:"125-134"
- 22) Mattei G, Ferrari S, Pingani L, Rigatelli M. Short-term effects of the 2008 Great Recession on the health of the Italian population: an ecological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014; 49(6):"851-8"
- 23) Cashin A. Shortage of supported housing for people with mental illness: Australia as an exemplar of an international problem. *Issues Ment Health Nurs.* 2014; 35(2):"148-51"
- 24) Nilsen L, Frich JC, Friis S, Rössberg JI. Patients' and family members' experiences of a psychoeducational family intervention after a first episode psychosis: a qualitative study. *Issues Ment Health Nurs.* 2014; 35(1):"58-68"
- 25) Sin J, Norman I. Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2013; 74(12):"1145-51"
- 26) Facchi E, Cardamone G. Note storiche intorno al borderline nelle discipline psicologico-psichiatriche. Tratto da: Emergenze Borderline. Istituzione, gruppo, comunità (a cura di Barnà CA e Corlito G.). Milano: Franco Angeli editore; 2011: "74-81"
- 27) Magnani N. Complessità fenomenica ed etologica del disturbo borderline di personalità. Tratto da: Emergenze Borderline. Istituzione, gruppo, comunità (a cura di Barnà CA e Corlito G.). Milano: Franco Angeli editore; 2011: " 82-92"

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interesse e di finanziamenti per la realizzazione di questo lavoro.