

RICERCA E FORMAZIONE

La Cartella Clinica “Relazionale”.
Uso di uno strumento molteplice
nell’ambito del training.
Seconda fase.

Elisa Avalle, Chiara Bertuolo*, Valeria Buttarelli**, Cristiana Chirivì**,*

Marica Martorana, Cristina Nobili**, Elisabetta Pelliccia**

Abstract

Il presente articolo illustra un’ulteriore fase della ricerca “*Legami familiari*” avviata presso l’Istituto Dedalus di Roma lo scorso anno. Il materiale clinico raccolto, sistematizzato ed elaborato attraverso il “Modulo di studio e ricerca per la valutazione del trattamento psicoterapico con le famiglie, le coppie e gli individui” va ad integrare i dati precedentemente raccolti. Il gruppo di ricerca ha voluto, inoltre, allargare lo sguardo e focalizzarsi anche sulle situazioni prese in carico all’interno del training, gli invariants e i vissuti di allievi e didatti; a tal proposito è stata utilizzata un’intervista semistrutturata elaborata *ad hoc* dal gruppo di ricerca.

*Psicologhe e psicoterapeute in formazione presso l’Istituto Dedalus.

**Psicologhe e psicoterapeute.

Abstract

This article illustrates another phase of the "Legami familiari" research launched at the Dedalus Institute in Rome last year. The clinical material collected, systematized and elaborated through the "Study and research module for the evaluation of psychotherapeutic treatment with families, couples and individuals" integrates the previously collected data. Moreover, the research group wanted to broaden its gaze and also focus on the situations taken in charge within the training, the referents and the experiences of students and teachers; in this regard, a semi-structured interview elaborated ad hoc by the research group was used.

INTRODUZIONE

Il presente articolo è il frutto del lavoro svolto dal gruppo di ricerca “*Legami familiari*” dell’Istituto Dedalus, Scuola di specializzazione in psicoterapia sistemica e relazionale di Roma e Centro Clinico.

All’interno dell’Istituto gli allievi dei gruppi training in supervisione diretta hanno la possibilità di prendere in carico situazioni individuali, di coppia e familiari che giungono da invianti privati e pubblici.

Nel caso di invianti pubblici le situazioni provengono sia dai Servizi sociali che dalle Asl (Consultori, Csm, Tsmree e Dipartimenti e presidi ospedalieri specialistici).

Il materiale clinico presentato è stato raccolto prendendo, come campione, le situazioni in carico presso il centro clinico dell’Istituto da giugno 2021 a settembre 2022.

Il presente lavoro si inserisce all’interno della ricerca avviata nel 2021 (Avalle et al., 2021) che utilizza la Cartella Clinica “Relazionale” (Colacicco, Martini e Avalle, 2019).

Con questo articolo, oltre ad integrare i dati precedentemente raccolti, ci si vuole focalizzare sulle situazioni prese in carico all’interno del training, gli invianti e i vissuti di allievi e didatti; a tal proposito è stata utilizzata un’intervista semistrutturata elaborata *ad hoc* dal gruppo di ricerca.

CONTESTO E METODO DELLA RICERCA

Come detto in precedenza, l’Istituto Dedalus, oltre ad essere una Scuola di specializzazione in psicoterapia sistemica e relazionale, negli ultimi anni si è andato sempre più delineando come Centro Clinico, attivando anche convenzioni con alcuni servizi territoriali e facendo sì che vi afferissero diverse tipologie di utenti. Una particolarità dell’Istituto sta quindi nel fatto che, a differenza di altre scuole di specializzazione in cui sono i didatti a convogliare i pazienti nei gruppi di training, qui capita che ci siano casi che arrivano come richieste al Centro Clinico e che vengano inviati agli allievi in formazione. Ciò permette agli allievi di potersi sperimentare con situazioni varie e contesti differenti. Proprio la varietà di utenza e di invii, con cui si trovano a confrontarsi i gruppi di training, è alla base di questa seconda fase della ricerca.

L'interrogativo che ci si è posti è relativo alle differenze che possono emergere nei gruppi di training in base alla varietà degli invii e, di conseguenza, del tipo di intervento realizzabile. Gli utenti che arrivano all'Istituto Dedalus e nei gruppi training sono essenzialmente di tre tipologie: pazienti che richiedono un intervento spontaneamente, soggetti che arrivano su invio di un servizio territoriale in formula agevolata e/o con pagamento della prestazione al prezzo del ticket e soggetti che usufruiscono di un pacchetto di 20 sedute gratuite, grazie ad una convenzione che l'Istituto ha sottoscritto con l'Asl territoriale.

Appare evidente come la varietà di utenti e invii, influenzi anche il tipo di intervento realizzabile; ad esempio, nelle terapie con pazienti che giungono tramite la convenzione Asl è necessario identificare degli obiettivi concretamente realizzabili nel lasso di tempo delimitato dal numero di sedute garantite.

L'intento di questa ricerca è quindi quello di analizzare la popolazione di pazienti seguiti dagli allievi in formazione durante i due anni di supervisione diretta, ricercando eventuali differenze e variazioni anche in riferimento ai dati della ricerca precedente.

Come anticipato, il gruppo di ricerca "*Legami familiari*" ha iniziato a lavorare sull'analisi della popolazione seguita dagli allievi dell'Istituto Dedalus a partire dal 2021 e, a partire da questa data, sistematicamente, a pochi mesi dal termine della fase della supervisione diretta, agli allievi viene chiesto di compilare il Modulo Raccolta dati con le informazioni relative ai casi seguiti; i moduli vengono poi raccolti e inseriti in un database appositamente ideato. Oltre ai dati raccolti tramite i moduli, in questa seconda fase di ricerca ci si è avvalsi del supporto di un'intervista semi-strutturata, il cui contenuto verrà approfondito nei paragrafi successivi, proposta a specifici gruppi di training, ai relativi didatti e allievi-didatti se presenti. Poiché l'obiettivo è quello di verificare le differenze nell'intervento e nell'esito dei trattamenti di utenti provenienti da contesti di invio variegati, sono stati identificati 3 gruppi di allievi in formazione a cui somministrare l'intervista. La variabile valutata nella selezione di questi gruppi è stata la tipologia di invio dei casi seguiti in training. Da tale valutazione è emerso un gruppo di training a prevalenza di invii privati, un gruppo a prevalenza di invii in convenzione con gli enti territoriali e un gruppo a prevalenza di invii con la formula dei 20 incontri gratuiti. I risultati verranno poi analizzati più avanti nel testo. L'intervista è divisa

in due parti: una rivolta al didatta e una al gruppo insieme ad eventuali allievi didatti, ma in assenza del didatta. Tale scelta di intervistare separatamente allievi e didatti è stata guidata dall'obiettivo di osservare la presenza di opinioni, simili o differenti, relative alle dinamiche che si verificano nel lavorare con determinati utenti e di lasciare ciascuno libero di esprimersi senza particolari condizionamenti. Tutte le interviste sono state registrate e trascritte e le trascrizioni sono state, successivamente, caricate in un programma di analisi del testo in grado di riconoscere la frequenza delle parole ed evidenziare graficamente quelle con una frequenza maggiore. Per questa analisi in particolare è stato utilizzato il programma WordArt¹, un generatore di “nuvole di parole” online che si trova gratuitamente in rete e che è in grado di elaborare il testo relativo all'intervista, trasformandolo in “nuvola” (note anche come *tag cloud*, collage di parole o word), assegnando un “peso” visivo corrispondente a ciascuna parola e dando una rilevanza maggiore alle parole che si ripetono più frequentemente.

DATI GENERALI DELLE SITUAZIONI PRESE IN CARICO

In questa fase della ricerca sono state analizzate un totale di 29 situazioni cliniche, tutte trattate in supervisione diretta. Gli invianti delle situazioni sono prevalentemente i servizi territoriali e le strutture ospedaliere (48% - CTO, CSM e Consultori Familiari), le strutture del Servizio Sociale (24%) e, in particolare in un gruppo training, il privato emerge in quota significativa come inviante (28%). Nella maggior parte dei casi la richiesta d'aiuto viene effettuata dalla madre (61%), in seguito dai padri (26%) e in percentuali minori da mogli o mariti (Grafico 1).

¹ <https://wordart.com/>

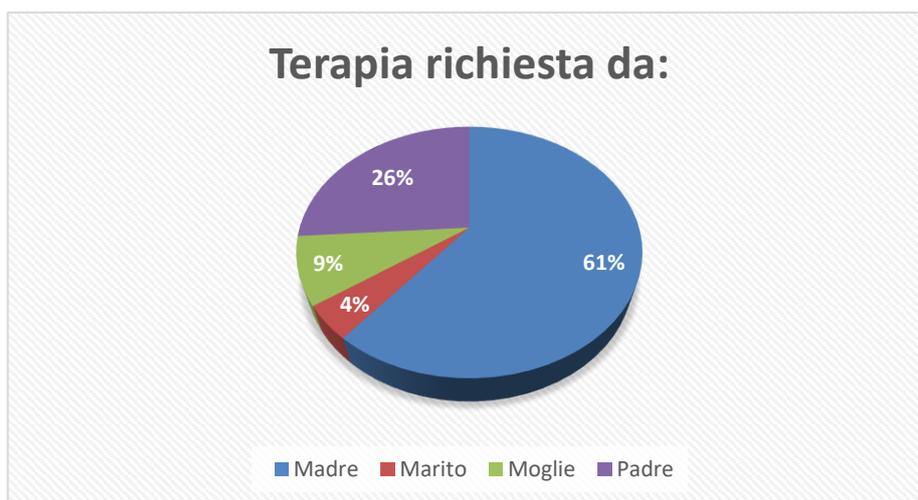


Grafico 1

La richiesta viene effettuata prevalentemente per i figli (45%) e per la famiglia (35%), per la coppia (10%) e in percentuali minori per sé stessi e per la coppia (Grafico 2).

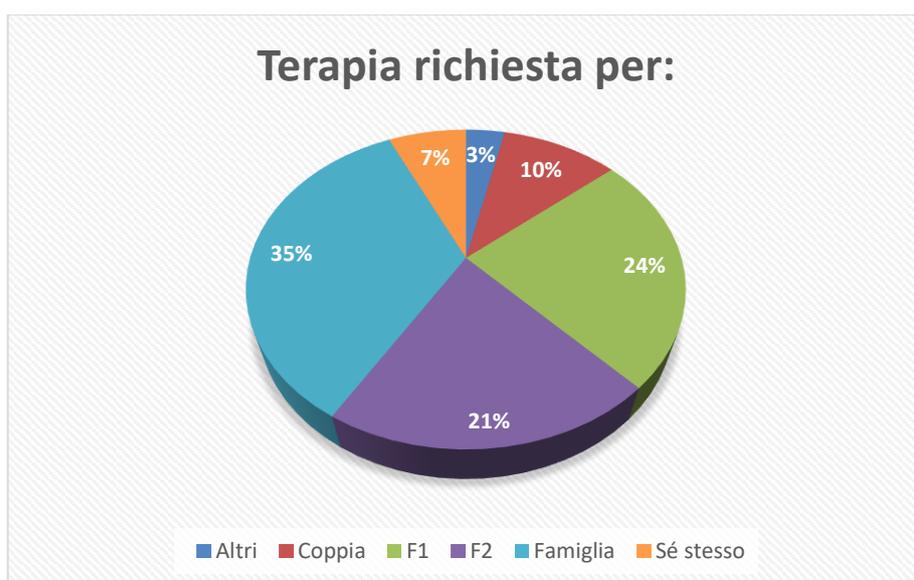


Grafico 2

Anche in questa seconda fase della ricerca, nelle situazioni prese in carico, i pazienti vivono in famiglia e il livello economico e della realtà urbana in cui abitano risultano piuttosto eterogenei: per lo più medio (44%), basso (30%) e alto (26%).

Il sistema che effettua un lavoro psicoterapico all'interno dell'Istituto è composto nel 41% dei casi da famiglie che iniziano una terapia al momento dell'individuazione affettiva del/i figlio/i, nel 38% dei casi da famiglie che iniziano una terapia all'emergere di accenni di individuazione affettiva. Le altre tipologie di sistemi, presenti in percentuale minore, sono individuabili nel Grafico 3.

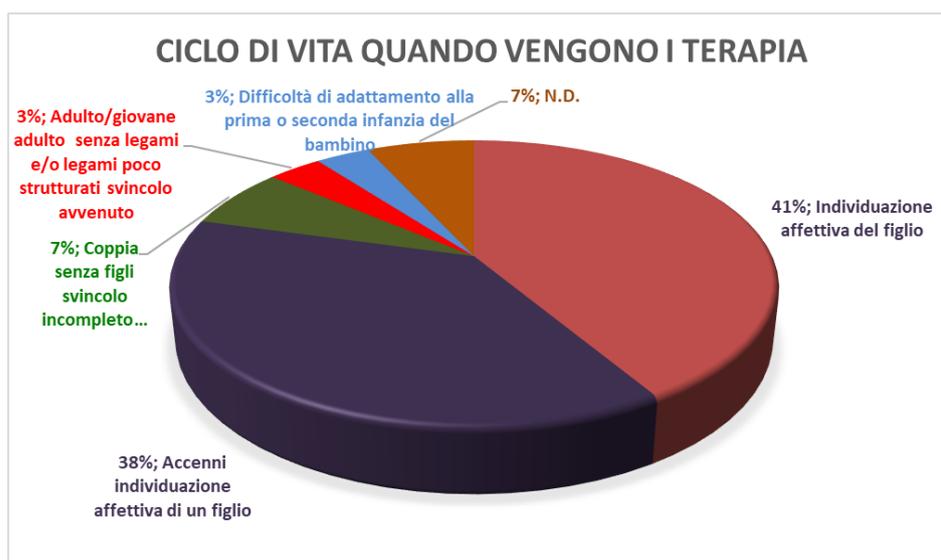


Grafico 3

Le difficoltà riportate sono perlopiù relative a disturbi dell'alimentazione e della nutrizione (il 29%) e in misura minore a disturbi del neuro-sviluppo (12%), disturbi di personalità (12%) e ad altri disturbi specificati nel grafico 4.

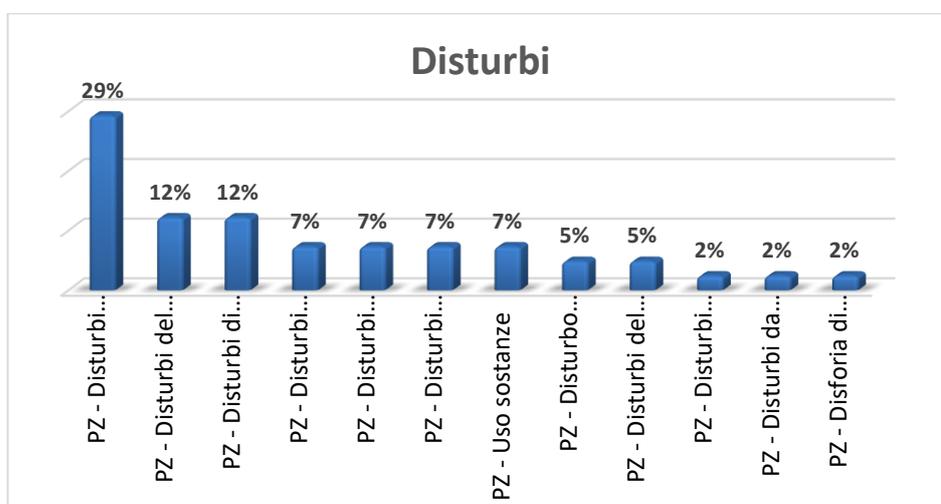


Grafico 4

Per quanto riguarda i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione è stato riscontrato come, nella totalità dei casi, la sintomatologia riportata fosse quella relativa all'anoressia di tipo nervoso. In queste situazioni si riscontra un rifiuto del cibo, per lo più in fase preadolescenziale e adolescenziale, tipicamente caratterizzate dal processo di individuazione che, in questi casi, sembra essere ostacolato dall'invischiamento familiare.

La Valutazione Globale del Funzionamento (VGF)² indica che nel 28% dei casi non è stata riscontrata una sintomatologia evidente, mentre il 60% dei soggetti presenta sintomatologia lieve e il 12% presenta sintomi gravi.

Per la valutazione psicopatologica, di tipo descrittivo, delle situazioni prese in carico ci siamo avvalsi del DSM 5, effettuando una valutazione diagnostica su tutti i membri del sistema familiare. In un'ottica Sistemico Relazionale, si intende l'intero gruppo familiare come portatore di sintomi e non il singolo individuo. L'idea di fondo è che la valutazione psicopatologica del clinico non può fondarsi sulla sola osservazione dei comportamenti sintomatici ma deve tenere conto del tipo di strutture di personalità incontrate e del livello acquisito dalle organizzazioni difensive, dell'interazione del soggetto con la famiglia e l'ambiente. È indispensabile perciò defocalizzare l'attenzione dai disturbi alla storia che a questi disturbi dà senso e significati, allargando l'area della diagnosi alla storia e alle dinamiche interpersonali della famiglia e dell'ambiente di appartenenza del soggetto portando avanti un lavoro terapeutico non sintomatico ma focalizzato sulla funzione del sintomo (Colacicco, Martini, Avalle 2019).

Per una valutazione sistemica e relazionale delle situazioni prese in carico sono state analizzate le fasi del ciclo di vita, la specificità della situazione trattata e le emergenze soggettive sollevate dai pazienti, elaborando ed integrando le tavole delle corrispondenze di Luigi Cancrini (Cancrini, 1987).

È interessante notare come chi fa richiesta, rispetto alla fase del ciclo di vita in cui si trova, sono perlopiù famiglie con figli adolescenti e preadolescenti (68% dei casi) e famiglie con bambini in giovane età (11% dei casi), come riportato nel grafico 5. Le altre situazioni, presenti in percentuale minore, sono individuabili nel grafico di seguito.

² La Scala di valutazione globale del funzionamento è una scala numerica utilizzata da medici e specialisti della salute mentale per valutare soggettivamente il funzionamento sociale, occupazionale e psicologico di un individuo, in risposta ai vari problemi nella vita. I punteggi vanno da 100 (funzionamento estremamente elevato) a 1 (gravemente compromesso).



Grafico 5

È emerso come gli interventi effettuati siano stati portati avanti utilizzando un approccio strutturale nel 93% dei casi e, in misura significativamente inferiore, contro-paradossale (7%).

Tale dato risulta comprensibile prendendo in considerazione il contesto in cui avvengono le terapie (centro clinico e scuola di specializzazione in psicoterapia), la tipologia di pazienti presi in carico (perlopiù famiglie inviate da servizi pubblici) per i quali l'assunzione di una nuova logica e la spinta al cambiamento appare di primaria importanza e la frequenza con cui viene richiesto all'Istituto di effettuare interventi che rientrino nel pacchetto di 20 sedute gratuite previsto dalla convenzione in atto con l'Asl.

Per quanto riguarda il controtransfert i terapeuti, nel 42% dei casi, affermano di manifestare un'empatia esagerata con il paziente designato che sviluppa sentimenti di onnipotenza e utilizza il meccanismo dell'identificazione proiettiva. Il rischio è che finiscano per colludere con gli atteggiamenti sadici ed onnipotenti del paziente designato.

In misura lievemente minore (35%) dichiarano di essere eccessivamente preoccupati per il comportamento "pericoloso" e/o troppo "fragile" del paziente designato, rischiando di mettere in atto iniziative di controllo sadico o materno. Il restante 23% dei terapeuti riferisce, rispetto alla situazione in carico, fantasie di rifiuto o fuga per cui esperisce sentimenti di fastidio e non accettazione.

La media delle sedute per le situazioni analizzate è di 19 incontri, perlopiù a frequenza quindicinale (77% dei casi).

ANALISI DELLE INTERVISTE E VALUTAZIONE DEI DATI

In questa fase della ricerca, al fine di effettuare un focus specifico sulle situazioni che vengono prese in carico all'interno del training, sugli invianti e sui vissuti di allievi e didatti, è stata somministrata un'intervista semistrutturata a tre gruppi di allievi del terzo anno in supervisione diretta e ai loro didatti.

Relativamente alle interviste con gli allievi è emerso che i gruppi hanno lavorato per la maggior parte dei casi con famiglie le cui richieste provenivano dal CTO (UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare) o dai Servizi Sociali e, in misura minore, con famiglie giunte spontaneamente. La quasi totalità dei casi è stata presa in carico tramite la convenzione stipulata con l'Asl, anche in assenza di difficoltà economiche, altri hanno usufruito di tariffe agevolate e, meno frequentemente, ci si è basati sul tariffario standard. Alcuni allievi riportano che le famiglie che non hanno usufruito degli incontri gratuiti si sono sentiti meno responsabili rispetto alla disdetta di appuntamenti o alla mancata partecipazione, come se il pagamento in sé desse loro la libertà di decidere la gestione degli incontri. Invece, le famiglie che ne hanno usufruito sono state definite "esemplari", mostrandosi puntuali nel rispettare gli appuntamenti e, sebbene inizialmente mostrassero basse aspettative nei confronti della terapia, alla fine del percorso si sono state riconoscenti del sistema terapeutico.

Infine, un altro aspetto che secondo gli allievi ha influenzato la terapia, è il fatto di essere stati inviati o meno da uno specialista. Ciò sembra infatti aver attivato nelle famiglie delle resistenze e minore facilità di affidarsi; probabilmente senza l'invio, queste famiglie, non avrebbero mai intrapreso un percorso di terapia. Il rapporto con l'inviante varia a seconda delle situazioni: in alcuni casi gli scambi e le occasioni di confronto sono avvenuti in maniera sporadica, per lo più all'inizio e alla fine del percorso, in altri casi invece il contatto è stato più frequente e si è creato un ottimo lavoro di rete. Di rado è risultato difficoltoso avere rapporti con l'inviante. In linea di massima tutti gli allievi hanno gestito individualmente i rapporti con l'inviante, sempre con la supervisione dei loro didatti, la cui presenza viene considerata una risorsa, così come il confronto con gli specialisti esterni.

Dato l'elevato invio da parte delle ASL, come specificato precedentemente, alcuni allievi ritengono di essersi formati in un determinato ambito, più precisamente nei disturbi del comportamento alimentare. Tuttavia, tutti i gruppi avrebbero voluto confrontarsi con differenti situazioni così da aumentare la propria esperienza di apprendimento professionale. Sarebbe utile, secondo loro, avere la possibilità di osservare, da dietro lo specchio o tramite materiale video registrato, ulteriori terapie, sia per avere una visione dei diversi approcci, ma anche per avere un panorama più ampio attraverso esperienze diverse.

Tutti gli allievi si sono definiti un gruppo solido e sono concordi nel ritenere che il gruppo sia stato fondamentale, che abbia aiutato e permesso molti confronti sia durante il training che fuori. Ritengono di avere già una cassetta degli attrezzi, seppur ancora in fase di costruzione; sicuramente quello che si portano da questi anni di formazione è la concretezza.

Dalle interviste con i didatti è emerso che rispetto agli anni passati: sono arrivate in training numerose situazioni provenienti dal CTO che hanno permesso agli allievi di fare esperienza con le famiglie; si è abbassata l'età media degli iscritti nella formula di training infrasettimanale, per lo più neo laureati, a differenza della formula week end cui partecipano, spesso, allievi più maturi, con una seconda laurea o già avviati professionalmente, anche in altri ambiti. Secondo i didatti, in entrambi i casi gli allievi sono desiderosi di iniziare a lavorare presto, mostrando una forte curiosità, entusiasmo e grande coraggio.

I didatti ritengono di aver dato agli allievi gli strumenti per costruire una relazione con gli invianti sempre condivisa con il gruppo training ed il didatta.

Rispetto al numero di sedute prestabilite, dalle interviste è emerso che questo può essere ritenuto sia una risorsa, in quanto strumento di regolazione che induce a rimodulare gli obiettivi terapeutici sulla base dei tempi stabiliti, sia un limite per l'esito del percorso terapeutico nei casi più complessi che necessiterebbero di una presa in carico più ampia.

Dalle interviste è emerso che le situazioni familiari e di coppia continuano, comprensibilmente, ad essere quelle più complesse data la presenza di più membri all'interno del sistema terapeutico. Questo può creare negli allievi qualche difficoltà, diversamente dalle situazioni individuali dove gli allievi sembrano sentirsi maggiormente a loro agio.

I didatti, come gli allievi, ritengono che il gruppo sia molto d'aiuto al terapeuta, tutti partecipano attivamente alle discussioni condividendo le decisioni e manovre terapeutiche; anche i momenti di *empasse* e di difficoltà dell'allievo trovano uno spazio di accoglienza e condivisione.

Infine, secondo alcuni didatti la pandemia non ha creato i problemi ma li ha solo evidenziati, altri sono d'accordo nel ritenere che c'è stato un aumento in particolare per i disturbi alimentari, i disturbi di ansia e di isolamento sociale dall'adolescenza in poi. Proprio rispetto al periodo della pandemia, l'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (Agi), in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha elencato i disturbi e i sintomi più frequentemente registrati:

- disturbi del comportamento alimentare,
- ritiro sociale,
- tentato suicidio o suicidio,
- autolesionismo,
- alterazioni del ritmo sonno-veglia.

Per quanto riguarda il ritiro sociale in adolescenza, Vicari e Pontillo (2022) riportano l'incidenza del disturbo sul totale delle richieste di supporto terapeutico in età evolutiva che sono passate dal 19% ante Covid al 25% post Covid. Nello specifico dei Disturbi del Comportamento Alimentare, invece, la Società Italiana per lo Studio dei DCA ha rivelato che la pandemia ha portato un incremento del 30% di nuovi casi e una crescita pari al 50% di richieste di prima visita.

Dall'analisi semantica delle interviste, raffigurata attraverso le *word cloud*, emergono delle interessanti differenze e delle similitudini nelle interviste con gli allievi e con i didatti.



Word Cloud Intervista Allievi



Word Cloud Intervista Didatti

Per gli allievi la dimensione del “Gruppo” di Training è una grande risorsa, come a testimoniare la presa in carico del caso da parte di tutto il gruppo e non soltanto del singolo allievo. Emergono, oltre alle parole comunemente utilizzate in questo ambito (Famiglia, Incontri, Terapia, Lavoro, Casi, ecc ...) parole come Rispetto, Sociale, Tutti, Rete, Insieme, a conferma del grande valore della relazione con il gruppo per ogni psicoterapeuta in formazione.

Nell’analisi delle interviste ai didatti, la particolare caratteristica che emerge è quella dell’utilizzo di una terminologia che rimanda maggiormente al percorso terapeutico (Situazioni, Sedute, Carico, Utenza, Percorso, CTO, ecc ...). Coerentemente con gli aspetti approfonditi nell’intervista, emerge l’utilizzo dei termini relativi al cambiamento (Cambiata/o, Anni, Pandemia ecc.).

Osservando la nuvola relativa all’intervista dei didatti e confrontandola con quella degli allievi, è possibile affermare che emergono con molta frequenza parole come Gruppo, Allievi, Rapporto, Rispetto, ecc ... che, ponendo al centro le relazioni che si instaurano durante il training, rimandano al concetto di Sistema come riferimento principale nell’esperienza emotiva degli allievi coerentemente con l’approccio terapeutico scelto.

CONCLUSIONI

In conclusione, possiamo affermare che il lavoro del gruppo di ricerca “*Legami familiari*” dell’Istituto Dedalus attraverso il “Modulo di studio e ricerca per la valutazione del trattamento psicoterapico con le famiglie, le coppie e gli individui” continua ad essere importante al fine di aiutare i terapeuti nella formulazione delle ipotesi, monitorare l’andamento del percorso terapeutico, pianificare gli interventi futuri, aiutare gli allievi in formazione a creare una mappa che li possa orientare nel percorso terapeutico, coniugando la pratica clinica con il lavoro di studio e ricerca.

I risultati ottenuti hanno evidenziato come il Modulo continui ad essere uno strumento efficace nelle mani del terapeuta. Il suo utilizzo, in seguito ad un’adeguata comprensione e conoscenza dello stesso, permette di sistematizzare le situazioni prese in carico, così da organizzare e analizzare il lavoro terapeutico.

Dai dati emersi è possibile considerare e confermare come i momenti di passaggio del ciclo vitale, come ad esempio l’adolescenza del figlio, siano cruciali per le

famiglie. In particolare, possiamo sottolineare come, sia statisticamente che da quanto riportato nelle interviste degli allievi e dei didatti, in questa seconda fase ci sia stato un aumento di situazioni familiari con specifiche richieste legate al disagio adolescenziale dei figli.

I nuclei familiari che vivono situazioni di difficoltà, talvolta, non riescono ad accedere ai servizi del Sistema Sanitario Nazionale per cui centri clinici privati, che mettono a disposizione servizi agevolati, sembrano in parte colmare la carenza delle risorse attualmente presenti. Nel nostro caso, molte delle richieste, infatti, giungono dal contesto pubblico che, probabilmente, vede nel privato convenzionato una risorsa per una domanda a cui fa fatica a rispondere.

Nel contesto dell'Istituto, lavorare con percorsi strutturati ha una sua utilità ai fini dell'intervento. Si evince, infatti, soprattutto da quanto riportato dai didatti dell'Istituto, i quali hanno vissuto il cambiamento di richiesta d'aiuto negli anni, che lavorare in maniera concentrata, con un tempo prestabilito e condiviso, permette ad entrambe le parti coinvolte, terapeuti e pazienti, di focalizzare maggiormente le energie e le risorse nel raggiungimento dell'obiettivo terapeutico. Allo stesso tempo, per le situazioni complesse, un lavoro così concentrato può risultare parziale ed utile ai fini di una sensibilizzazione e motivazione ad un percorso psicoterapico più ampio.

BIBLIOGRAFIA

Cancrini, L. (1987), *La Psicoterapia: Grammatica e Sintassi*, Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Cancrini, L., La Rosa, C. (1991), *Il vaso di Pandora*, Roma: Nis.

Colacicco F. (2013), *La mappa del terapeuta*, Roma: Scione Editore.

Colacicco F., Martini F., Bianco M.G., Prete A. R., Romano A., Vaglio R. (2014), *La valutazione del trattamento psicoterapico con le famiglie, le coppie, gli individui*, in *Ecologia della mente*, 37(2).

Colacicco F., Martini F., Avalle E. (2019), *La valutazione del trattamento psicoterapico con le famiglie, le coppie e gli individui*, Seconda edizione.

Avalle E., Buttarelli V., Bertuolo C., Chirivì C., Nobili C, Petronio S. (2022), *La Cartella Clinica “Relazionale”, uso di uno strumento molteplice nell’ambito del training*, in *La notte stellata* n° 1/2022 – La Proposta – pag 8-17.

Vicari S., Pontillo M. (2022), *Adolescenti che non escono di casa. Non solo Hikikomori*, Bologna: Il Mulino.