

## Contributions of a Community-Based Organization for the Transformation of the Mental Health System in Portugal

*José Ornelas* \*, *Francesca Esposito* \*\*, *Beatrice Sacchetto* \*\*\*

### *Abstract*

This contribution presents how a community-based organization, the AEIPS (*Associação para o Estudo e a Integração Psicossocial*), founded in 1987 in Lisbon by people with experience of mental illness, along with family members, and professionals of the sector, has influenced a transformative change in the mental health system in Portugal. Inspired by the principles and values of community psychology, since its creation the AEIPS has the goal of fostering the process of de-institutionalization and the development of a system of community-based services aimed at integrating people with experience of mental illness in the community. The adoption of a contextual and ecological perspective, which assumes the recovery as the core mission, has contributed to the development of the AEIPS as a center that promotes bonds between individuals and their communities. In particular, in this article is described how the AEIPS has organized its services in terms of housing, education and employment, facilitating people's access to resources existing in natural settings, such as schools, companies, and other services available to all population. Before explaining how the intervention of this organization is carried out at the operational level in the different areas, the conceptual framework that guides its professional practice will be presented: the recovery and empowerment, the contextual-ecological perspective, and the capabilities approach for the human development. The article will conclude with some reflections on this working experience of more than twenty years, and the transformative impacts of the intervention paradigm proposed at the professional, organizational, social and political level.

*Keywords:* community mental health; contextual-ecological approach; recovery; empowerment; capabilities approach.

---

\* José Ornelas, Associate Professor with Aggregation at the ISPA-University Institute, Lisbon, Portugal. Founding member and scientific coordinator of the AEIPS- Associação para o Estudo e Integração Psicossocial. E-mail: [jornelas@ispa.pt](mailto:jornelas@ispa.pt)

\*\* Francesca Esposito, Phd candidate in Community Psychology at the ISPA- University Institute, Lisbon, Portugal. E-mail: [fesposito@ispa.pt](mailto:fesposito@ispa.pt)

\*\*\* Beatrice Sacchetto, Phd candidate in Community Psychology at the ISPA-University Institute, Lisbon, Portugal. E-mail: [BSacchetto@ispa.pt](mailto:BSacchetto@ispa.pt)

## Contributi di una organizzazione su base comunitaria per la trasformazione del Sistema di Salute Mentale in Portogallo

*José Ornelas* \*, *Francesca Esposito* \*\*, *Beatrice Sacchetto* \*\*\*

### *Abstract*

Questo contributo presenta come una organizzazione su base comunitaria, l'AEIPS (*Associação para o Estudo e a Integração Psicossocial*), fondata nel 1987 a Lisbona da persone con esperienza personale di malattia mentale, insieme a familiari e professionisti del settore, abbia influenzato in modo trasformativo il sistema di salute mentale in Portogallo. Ispirandosi ai principi e valori della psicologia di comunità, fin dalle sue origini l'AEIPS ha come obiettivo quello di promuovere il processo di de-istituzionalizzazione e lo sviluppo di un sistema di servizi su base comunitaria atto a integrare le persone con esperienza di malattia mentale nella comunità. L'adozione di una prospettiva contestuale ed ecologica, che assume il recovery come mission principale, ha contribuito allo sviluppo dell' AEIPS come centro che promuove legami tra gli individui e le loro comunità di appartenenza. In particolare, nel presente contributo viene descritto come l'AEIPS ha organizzato i propri servizi in termini di abitazione, educazione e impiego, favorendo l'accesso delle persone alle risorse presenti nei contesti naturali, quali ad esempio scuole, imprese ed altri servizi disponibili per tutta la popolazione. Prima di illustrare come l'intervento di questa organizzazione si esplica a livello operativo nelle diverse aree, sarà presentato il quadro concettuale che orienta la sua prassi professionale: il recovery e l'empowerment, la prospettiva contestuale-ecologica e l'approccio delle capacità per lo sviluppo umano. L'articolo si concluderà con alcune riflessioni circa questa esperienza di lavoro più che ventennale e gli impatti trasformativi del paradigma di intervento proposto a livello professionale, organizzativo, sociale e politico.

*Parole chiave:* salute mentale comunitaria; approccio contestuale e ecologico; recovery; empowerment; approccio delle capacità.

---

\* José Ornelas, Professore Associato con Aggregazione presso l'ISPA-Istituto Universitario, Lisbona, Portogallo. Membro fondatore e coordinatore scientifico dell' AEIPS- Associação para o Estudo e Integração Psicossocial.

\*\* Francesca Esposito, Dottoranda in Psicologia di Comunità presso l'ISPA-Istituto Universitario, Lisbona, Portogallo.

\*\*\* Beatrice Sacchetto, Dottoranda in Psicologia di Comunità presso l'ISPA-Istituto Universitario, Lisbona, Portogallo.

### *Una prospettiva storica*

Durante gli anni '80 il sistema di salute mentale in Portogallo, così come in molti altri paesi, era strutturato in ospedali psichiatrici, reparti psichiatrici integrati negli ospedali generali e grandi strutture istituzionali gestite da congregazioni religiose. Gli interventi erano solo di matrice istituzionale e focalizzati sulla cura/contenimento dell'individuo considerato quale "elemento destabilizzatore" della convivenza sociale. Il primo tentativo legislativo di arginare il sistema ospedalocentrico, investendo progressivamente nella promozione di servizi e interventi territoriali adeguati alle esigenze della popolazione, risale al 1963. A seguire a questa prima legge sulla salute mentale, negli anni '70 e '80 sono stati creati dei Centri di Salute Mentale a livello distrettuale, permettendo così, per la prima volta, che fossero fornite cure a livello locale, laddove prima le persone potevano rivolgersi solo agli ospedali psichiatrici dei maggiori centri metropolitani (Lisbona, Porto e Coimbra). Tuttavia, l'estensione di una rete di centri di salute mentale nelle zone di Lisbona e Porto si è sempre scontrata con ostacoli significativi. Dopo i primi programmi nazionali di ristrutturazione delle cure di salute mentale, nel 1985 e nel 1989, non solo fu rafforzata la rete di centri di salute mentale a livello distrettuale ma furono anche creati i primi centri all'interno delle zone metropolitane. Oltre a questo, fu costruito un sistema di informazione sulla salute mentale a base nazionale e una area specifica per la salute mentale venne integrata nel programma funzionale dei nuovi centri di salute (strutture territoriali atte a garantire l'assistenza sanitaria di base a tutta la popolazione). Furono infine creati nuovi servizi di psichiatria negli ospedali generali di molte città (ad esempio Aveiro, Barreiro, Amadora, Santarém, Setúbal, Almada, Tomar, Gaia, Guimarães, Garcia de Orta, etc). Nonostante questi sforzi, l'incapacità di sviluppare strategie coerenti ed efficaci per il trasferimento di risorse dagli ospedali psichiatrici ai nuovi servizi inseriti nella comunità comportò che molti di questi, fin dalla loro origine, si dovettero confrontare con la carenza di risorse, non potendo così rispondere in maniera soddisfacente alle esigenze della popolazione. Un ulteriore sviluppo risale al 1992, quando venne stabilita l'integrazione di tutti i Centri di Salute Mentale all'interno degli ospedali generali. Il precipitoso ritorno dei servizi per la cura della salute mentale alle strutture ospedaliere, centrate sulla cura del paziente ricoverato, portò ad una quasi totale assenza di servizi nell'ambito delle comunità. Nel 1994, fu costituita, sotto la Direzione Generale della Sanità, una Commissione per lo Studio della Salute Mentale che, contando sulla partecipazione di una vasta gamma di rappresentanti dei vari settori implicati nell'assistenza sanitaria, elaborò un documento che costituì la base della Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale tenutasi nel 1995. Le proposte sviluppate nell'ambito di questa iniziativa costituirono la base dell'attuale legge sulla salute mentale (Legge n. 36/98)<sup>1</sup>, così come del successivo decreto legge (n. 35/99)<sup>2</sup> che la regolamenta. Questa nuova normativa, se da un lato ha stabilito i principi che regolano il ricovero ospedaliero coatto e la difesa dei diritti delle persone con malattia mentale, dall'altro ha definito i pilastri dell'organizzazione dei servizi di salute mentale in Portogallo, in conformità con i principi internazionali in questo settore. Grazie a questa nuova normativa è stata finalmente decretata la fine dell'inaccettabile pratica del ricovero coatto. Ancora una volta il problema è stato che, all'approvazione della legge, non è seguito un processo lineare di pianificazione e attuazione delle riforme proposte. Nonostante ciò, a questo processo si sono accompagnati alcuni importanti sviluppi. Tra questi l'emanazione del decreto n. 407/98<sup>3</sup>, che

<sup>1</sup> [http://www.saudepublica.web.pt/10-atestados/Lei-36-98\\_SaudeMental.pdf](http://www.saudepublica.web.pt/10-atestados/Lei-36-98_SaudeMental.pdf)

<sup>2</sup> [http://195.23.253.118/documentos/saude/Legislaao/Decreto%20Lei%20N%C2%BA35\\_1999%20de%205%20Feveiro%20-%20Estabelece%20os%20princ%C3%ADpios%20orientadores%20dos%20servi%C3%A7os%20de%20psiquiatria%20e%20sa%C3%BAde%20mental.pdf](http://195.23.253.118/documentos/saude/Legislaao/Decreto%20Lei%20N%C2%BA35_1999%20de%205%20Feveiro%20-%20Estabelece%20os%20princ%C3%ADpios%20orientadores%20dos%20servi%C3%A7os%20de%20psiquiatria%20e%20sa%C3%BAde%20mental.pdf)

<sup>3</sup> [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/35243/Desp\\_C\\_407\\_98](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/35243/Desp_C_407_98)

disciplina l'articolazione di risposte in ambito sociale e sanitario con l'obiettivo di fornire assistenza continua alle persone con problematiche di salute mentale, così come della ordinanza ministeriale (portaria) n. 348-A/98<sup>4</sup>, che ha permesso la creazione di imprese sociali, che hanno avuto un impatto significativo sullo sviluppo dei programmi di riabilitazione psicosociale. Nel 2004, la Direzione Generale della Sanità pubblicò la *Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental*, un documento tecnico che definiva e regolava il sistema di articolazione tra servizi ospedalieri e comunitari operanti a livello locale e regionale, e promosse l'organizzazione della Seconda Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale. Queste iniziative sollevarono l'attenzione sulla necessità di inserire la salute mentale all'interno dell'agenda della sanità pubblica in Portogallo e di attuare le modifiche raccomandate dalla legge del '98. Infine, nel 2006 il Ministro della Salute nominò una Commissione Nazionale per la Ristrutturazione dei Servizi di Salute Mentale con l'obiettivo di elaborare un Piano di Azione (2007-2016)<sup>5</sup> per la riorganizzazione e lo sviluppo dei servizi di cura e assistenza nell'ambito della salute mentale. Questo Piano definiva tra i principi guida il recovery (per una trattazione approfondita di questo concetto cfr. infra) e l'auto-determinazione delle persone con esperienza di malattia mentale, evidenziando l'importanza di creare opportunità di partecipazione nella comunità per promuovere la cittadinanza e nei servizi stessi per sollecitare la collaborazione nei processi di pianificazione e implementazione. Questo Piano ha infine proposto la creazione di meccanismi per facilitare l'accesso all'impiego e all'abitazione per questo gruppo di persone. Per garantire la concretizzazione delle varie strategie di azione proposte dalla Commissione Nazionale furono istituiti un Coordinamento Nazionale per l'Implementazione del Piano di Salute Mentale (CNIPSAME), situato all'interno del Ministero della Salute e responsabile per l'amministrazione e lo sviluppo dei servizi locali e regionali di salute mentale e per la coordinazione di questi con le organizzazioni non governative, e una Rete Nazionale di Cure Continue e Integrate di Salute Mentale (RNCCISM), afferente ai Ministeri della Salute e del Lavoro e della Solidarietà Sociale, con l'obiettivo di potenziare i programmi di riabilitazione psicosociale. Sulla base del Piano Nazionale 2007-2016, nel 2010 è stata emanata la Legge n. 8/2010<sup>6</sup> che ha definito l'organizzazione e il coordinamento di tre tipi di strutture multidisciplinari, atte a prestare assistenza continua e integrata: servizi di sostegno domiciliare, unità socio occupazionali e unità residenziali. Concludendo, il processo di creazione di nuovi servizi di salute mentale in Portogallo è stato un processo travagliato, con progressi, regressi e periodi di stallo. Nonostante passi significativi siano stati compiuti nel corso degli ultimi 30 anni, il Portogallo è ancora un paese con due sistemi nel campo della salute mentale: le grandi istituzioni psichiatriche, che dispongono della maggioranza delle risorse, e i sistemi di supporto su base comunitaria. La copertura del territorio nazionale da parte dei secondi è attualmente ancora incompleta.

Nel contesto sopradescritto, nel 1987 un piccolo gruppo di professionisti con formazione in psicologia della comunità iniziò a svolgere delle visite domiciliari a persone residenti nella comunità di Olivais, Lisboa, che fossero state precedentemente ricoverate nel reparto psichiatrico dell'ospedale. Nel Marzo del 1987, in un locale messo a disposizione dal Municipio di Olivais, iniziarono ad aver luogo degli incontri tra i professionisti, alcune delle persone dimesse e i loro familiari. Questi incontri avevano l'obiettivo di capire i bisogni specifici di questo gruppo di persone ed identificare delle possibili risposte attuabili in alternativa all'intervento ospedaliero tradizionale. Come evoluzione di questo percorso, nell'Ottobre del 1987 fu fondata una organizzazione non governativa denominata AEIPS - *Associação para o Estudo e a Integração Psicossocial* (Associazione per lo Studio e l'Integrazione Psicosociale) il cui principale obiettivo era la creazione di un sistema di servizi su base comunitaria atto a promuovere una integrazione effettiva delle persone con esperienza di malattia mentale nella comunità, influenzando altresì le politiche pubbliche nell'ambito della salute mentale. Al fine di dare una base scientifica a questo processo fu avviato uno stretto partenariato con l'Istituto Universitario

<sup>4</sup> <http://www.dre.pt/pdf1sdip/1998/06/138B01/00020006.PDF>

<sup>5</sup> [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/CC4ABF07-1E93-4181-9E9E-3B54D4C6C6A6/0/RELAT%C3%93RÍOFINAL\\_ABRIL2007.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/CC4ABF07-1E93-4181-9E9E-3B54D4C6C6A6/0/RELAT%C3%93RÍOFINAL_ABRIL2007.pdf)

<sup>6</sup> <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/f9c07368984c8cae08ec9d3e0c9ca030.pdf>

ISPA di Lisbona, che ha permesso lo sviluppo di varie ricerche volte a verificare l'efficacia del modello di intervento e il suo impatto in termini di cambiamento sociale e politico. Questo percorso di ricerca e intervento ha portato, nel corso di questi 27 anni, alla sintesi dei contributi teorici della psicologia di comunità e alla definizione di un paradigma di intervento in grado di contribuire al rinnovo del sistema di salute mentale in Portogallo (Ornelas, 2002; Ornelas, Monteiro, Vargas-Moniz, Duarte, 2005). In particolare, sono stati utilizzati l'approccio contestuale e ecologico (Kelly, 2006; Levine, Perkins, & Perkins, 2005), il modello di recovery (Ahern & Fisher, 2001; Chamberlin, 1997; Deegan, 1988), la teoria dell'empowerment (Rappaport, 1981, 1984; Zimmerman, 2000) e l'approccio delle capacità (Nussbaum & Sen, 1993).

### *L'approccio contestuale ed ecologico*

L'approccio contestuale ed ecologico (Kelly, 2006; Levine et al., 2005) nasce nell'ambito della psicologia di comunità come alternativa alle prospettive psicologiche che, trascurando le influenze culturali, storiche e contestuali sul funzionamento umano, si centrano sul solo individuo avulso dal suo contesto di riferimento. Al contrario, l'assioma centrale di questa prospettiva è l'interdipendenza tra gli individui e i loro ambienti di vita: questo significa che, se da un lato il focus è sul modo in cui i contesti influenzano gli individui e i gruppi attraverso le loro richieste, norme, valori, strutture e processi, dall'altro verte sulle strategie che gli individui e i gruppi utilizzano, nel corso del tempo, per adattarsi e trasformare gli ambienti in cui vivono. Questo approccio fornisce un quadro concettuale che sposta il focus dell'intervento dalla diagnosi e l'identificazione del deficit all'osservazione delle persone nei loro contesti quotidiani di vita. L'obiettivo di questa osservazione è acquisire una "conoscenza situata" (Kelly, 2006). Si intende per conoscenza situata "la conoscenza che deriva dall'analisi delle persone in merito a specifici luoghi, contesti e situazioni a cui partecipano" (Kelly, 2006, p. 189). Questa conoscenza è preziosa al fine di comprendere come le risorse presenti nelle comunità locali possono essere mobilitate e utilizzate per espandere le reti sociali delle persone con esperienza di malattia mentale, per facilitarle nei processi di riconquista di ruoli sociali significativi e per rafforzare la loro partecipazione alle comunità. Invece di creare contesti segreganti in cui le persone vivano, lavorino ed interagiscano, l'approccio contestuale ed ecologico promuove l'integrazione nelle comunità "naturali", ossia nei contesti comuni al resto dei cittadini. Il focus è l'integrazione comunitaria delle persone attraverso la loro presenza fisica nei contesti, un maggior accesso alle risorse della comunità e la partecipazione attiva in contesti sociali alternativi a quelli specificamente destinati a questo gruppo target (Aubrey & Myner, 1996; Segal & Aviram, 1978). Alcune ricerche hanno infatti dimostrato che strategie di intervento volte a promuovere un contatto diretto tra persone con e senza esperienza di malattia mentale sono più efficaci nel cambiare gli atteggiamenti sociali verso la malattia mentale rispetto alle campagne anti-discriminazione (Pettigrew & Tropp, 2000; Watson & Corrigan, 2005). Così, se i servizi di sostegno creano questa opportunità di contatto attraverso la partecipazione attiva delle persone con esperienza di malattia mentale nei contesti comunitari, saranno più efficaci nel compiere un'integrazione effettiva e di conseguenza nel promuovere un cambiamento culturale a livello locale. In definitiva, l'adozione di un approccio contestuale ed ecologico da parte dei servizi di salute mentale, mettendo a fuoco il processo di adattamento reciproco persona-ambiente, implica la trasformazione dei contesti sociali in fonti naturali e permanenti di sostegno in grado di favorire percorsi individuali di recovery dall'esperienza di malattia mentale.

### *Recovery*

Il concetto di recovery (tradotto letteralmente dall'inglese recupero o riconquista) è emerso negli Stati Uniti nella decade degli anni ottanta grazie alle testimonianze delle persone con esperienza di malattia

mentale che evidenziavano le sfide affrontate e il loro processo di costruzione di un rinnovato senso di identità (Ahern & Fisher, 1999; Deegan, 1988). Non esiste ancora ad oggi una definizione universale della nozione di recovery, né dei suoi indicatori di misurazione, ma i concetti centrali su cui si basa sono quelli di speranza e di possibilità di una vita significativa e rinnovata. Il recovery è definito dalle persone che lo vivono come un processo, una sfida quotidiana, un percorso di riacquisizione di speranza, potenziamento personale, controllo sulle decisioni importanti della propria vita; il recovery enfatizza la partecipazione attiva delle persone nella comunità attraverso l'assunzione di ruoli sociali significativi (Chamberlin, 2006; Deegan, 1988; Fisher, 2006; Leete, 1989; Mead & Copeland, 2000). Nonostante il recovery sia stato definito come un percorso prettamente personale (Anthony, 1993), non si può considerare un processo individuale (Ornelas, Vargas-Moniz, & Duarte, 2010), in quanto è facilitato dalla convivenza sociale nei contesti comunitari (Ornelas et al., 2010). Questo processo di trasformazione personale non deve essere infatti decontestualizzato da un'analisi macro dei contesti di vita degli individui, che includa la dimensione sociale e politica e il suo impatto sui singoli. In quest'ottica il concetto di recovery incorpora l'assioma di base della prospettiva ecologica, che sostiene l'interdipendenza degli individui e dei loro ambienti, stabilendo un ponte tra cambiamento individuale e sociale.

Il paradigma di recovery nasce in contrapposizione ai servizi di salute mentale tradizionali che si focalizzavano sull'identificazione e riduzione dei sintomi, mantenendo le persone segregate in contesti artificiali. Negli ultimi 15 anni, il recovery è divenuto un modello teorico di riferimento utilizzato sia per orientare l'intervento dei servizi di salute mentale, sia per definire i piani di azione per la salute mentale nel campo delle politiche pubbliche internazionali (si veda ad esempio il Piano di Azione italiano 2010-2012 e il *Plano de Acção* portoghese 2007-2016). Gli attuali servizi di riabilitazione, nonostante sorgano come risposta territoriale alternativa alle istituzioni, riproducono in molti aspetti il loro *modus operandi* (Nelson, Lord, & Ochocka, 2001; Ornelas, 2008; Rappaport, 1981), mettendo nuovamente in atto politiche di segregazione e impedendo alle persone che affrontano le difficoltà legate alla malattia mentale l'accesso ai sistemi di supporto naturali e la partecipazione attiva nella comunità (Ornelas, 2008). Il compito dei servizi orientati al recovery riguarda dunque la rimozione delle barriere sociali che portano all'esclusione delle persone con esperienza di malattia mentale sia dall'accesso ai diritti fondamentali e alle opportunità di auto-determinazione sia dai benefici derivanti da un pieno esercizio della cittadinanza (Davidson, O'Connell, Tondora, Staeheli, & Evans, 2005; Jacobson, 2004). Un servizio orientato al recovery enfatizza il potere decisionale e l'azione autonoma dei pazienti/utenti, che diventano in quest'ottica partecipanti, e mette a loro disposizione una varietà di opzioni ed informazioni che permettano di compiere scelte competenti e responsabili in collaborazione con le loro fonti di supporto, tra cui la famiglia e i professionisti (Anthony, 1993; Chamberlin, 1990; Deegan, 1988, 1992, 1999; Jacobson, 2001; Jacobson & Greenley, 2001).

In una ricerca svolta con le persone con esperienza di malattia mentale che utilizzano i servizi dell'AEIPS, i partecipanti hanno dichiarato che il recovery non si verifica in modo spontaneo, bensì richiede coraggio da parte dell'individuo per affrontare le difficoltà e supporto da parte del contesto di riferimento (Duarte & Ornelas, 2008; Monteiro & Matias, 2007). I partecipanti alla ricerca hanno inoltre affermato che l'impiego, le attività scolastiche e formative, la partecipazione in gruppi di mutuo aiuto e di *advocacy*, promuovono un senso di realizzazione personale e la consapevolezza di contribuire alla crescita della propria comunità. Queste dimensioni sono state quindi identificate come elementi chiave per lo sviluppo di processi di recovery.

### *Empowerment*

Un altro contributo centrale al modello di intervento sviluppato dall'AEIPS ha origine nella teoria dell'*empowerment*. Nell'ambito della psicologia di comunità l'*empowerment* è stato definito come il processo attraverso cui gli individui acquisiscono padronanza sulle proprie vite (Rappaport, 1984, 1987; Zimmerman, 2000), e partecipano attivamente a cambiare i loro ambienti sociali e politici di

riferimento nell'ottica di incrementare l'equità e qualità di vita (Minkler & Wallerstein, 2005). Secondo Ahern e Fisher (1999) l'empowerment e il recovery sono due processi interdipendenti, in quanto entrambi mirano al rafforzamento individuale attraverso l'aumento del controllo della persona su questioni importanti della sua vita, una maggiore partecipazione comunitaria, l'acquisizione o riacquisizione di ruoli sociali e relazionali significativi. La teoria dell'empowerment applicata al contesto organizzativo dei servizi di salute mentale, consente di mettere in luce un altro fattore fondamentale, ovvero la necessità di promuovere il coinvolgimento e la collaborazione delle persone nella pianificazione, implementazione e valutazione dei servizi da loro utilizzati. Questa partecipazione, a livello organizzativo, implica lo sviluppo di un approccio collaborativo tra professionisti e partecipanti. Sia Kelly (2003) che Espino e Trickett (2008) sostengono che questa relazione collaborativa debba fondarsi su due valori chiave: il coinvolgimento (*commitment*) e la reciprocità (*reciprocity*). In questo senso la collaborazione si basa su una definizione di obiettivi comuni, una relazione di parità e orizzontalità tra i vari attori coinvolti e la condivisione delle risorse disponibili, del potere decisionale e della responsabilità, aumentando il mutuo apprendimento (Friend & Cook, 1990; Ochocka, Janzen, & Nelson, 2002). La teoria dell'empowerment si è rilevata cruciale al fine di incrementare l'influenza dei partecipanti sulle politiche organizzative, sia in termini di programmazione, gestione e valutazione dei servizi, che nei termini dello sviluppo di iniziative di supporto tra pari quali attività di mutuo aiuto, raduni ed incontri nazionali di sole persone con esperienza di malattia mentale (Ornelas et al., 2010).

### *L'approccio delle capacità*

Un ulteriore contributo teorico coerente con l'orientamento all'*empowerment* e al *recovery* e con la prospettiva contestuale ed ecologica, è l'approccio delle capacità. Il *capabilities approach*, introdotto dall'economista indiano Amartya Sen (1985), Premio Nobel per l'economia nel 1998, si basa sui principi di giustizia sociale ed uguaglianza e rappresenta un modello alternativo nell'ambito degli studi economici per lo sviluppo. Lavorando alla preparazione dei Rapporti sullo Sviluppo Umano del Programma di Sviluppo delle Nazioni Unite (United Nations Development Programme, 1990), Sen ha contribuito a definire degli indicatori per valutare la qualità di vita degli individui in diversi contesti. Successivamente, questo approccio è stato sviluppato dalla filosofa politica Martha Nussbaum (2000, 2003) che, dopo anni di studi internazionali sul fenomeno della povertà e sulla giustizia sociale, ha elaborato un elenco di dieci capacità centrali per tutta la vita umana, con l'obiettivo di fornire un quadro di riferimento, con dimensioni concrete per la definizione e misurazione della qualità della vita, che può essere adattato ad ogni contesto e cultura specifica (Nussbaum, 2011). Nell'ambito di questi studi, le capacità sono definite come libertà sostanziali (*substantive freedoms*), ovvero come le possibilità che gli individui hanno di realizzarsi ed avere una *degnata qualità di vita*, a fronte delle loro condizioni interne (intese nei termini di abilità e competenze individuali) ed esterne (intese come caratteristiche proprie del contesto socioculturale di riferimento) (Nussbaum & Sen, 1993). L'approccio delle capacità non si limita ad una identificazione delle risorse disponibili per ogni individuo, ma implica una riflessione su cosa ogni persona sia in grado di *fare ed essere* nel suo particolare contesto di vita, su quanto questa scelta (di fare ed essere) sia *libera* e su quanto la sua *dignità* in qualità di *essere umano* sia riconosciuta e valorizzata.

Nell'ambito della salute mentale è in corso un dibattito su come il quadro concettuale proposto da Sen e Nussbaum possa divenire uno strumento guida per la progettazione di servizi ed interventi orientati al recovery e all'integrazione comunitaria (Davidson, Ridgway, Wieland, & O'Connell, 2009; Hopper, 2007; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey, & Fisher, 2007). L'adozione di un focus sulla libertà di scelta delle persona confluisce infatti con i valori portanti della teoria dell'empowerment, quali l'attribuzione di potere decisionale e capacità di controllo agli utilizzatori dei servizi (Rappaport, 1984). In quest'ottica le persone con esperienza di malattia mentale, invece di usufruire passivamente di programmi prestabiliti, devono in primo luogo avere la possibilità di scegliere quali attività

intendono svolgere e quali ruoli sociali desiderano ricoprire (Sen, 1999). Questa significativa inversione di priorità comporta un cambiamento trasformativo nel campo della salute mentale (Davidson et al., 2007): promuovere la capacità significa in primo luogo mettere al centro della propria prassi professionale la scelta delle persone, favorendo l'accesso ad una vasta gamma di attività e ruoli socialmente rilevanti (Hopper, 2007). Questo focus operativo è peraltro coerente con la mission di recovery. Nell'ottica proposta in questo articolo, il processo di recovery può infatti aver origine solo in ambienti naturali che offrano alle persone opportunità e risorse per svolgere attività significative (Davidson, Tondora, O'Connell, Kirk, Rockholz, & Evans, 2007; Onken, Dumont, Ridgway, Dornan, & Ralph, 2002). In questo senso, la lista di dimensioni di capacità elaborata da Nussbaum (2000) offre dei criteri concreti sia per analizzare le capacità dei singoli partecipanti sia per valutare l'orientamento al recovery dei servizi di salute mentale (O'Connell & Davidson, 2010; Ornelas, Aguiar, Sacchetto, & Jorge-Monteiro, 2012).

Tutti i contributi teorici sopra menzionati sono stati cruciali al fine di sviluppare una comprensione del potenziale sociale e politico della psicologia di comunità al fine di raggiungere processi concreti di cambiamento. Nelle prossime sezioni del presente articolo sarà illustrato come, sulla base del quadro concettuale presentato, l'organizzazione su base comunitaria AEIPS ha programmato, nel corso del tempo, i propri servizi in termini di supporto all'abitazione, educazione ed impiego. Sulla base delle riflessioni tratte da questa esperienza più che ventennale, saranno infine discusse le sfide che questo paradigma di intervento *trasformativo* pone ai professionisti e la sua capacità di influenzare lo sviluppo organizzativo dei servizi su base comunitaria e le politiche sociali nel campo della salute mentale in Portogallo.

#### *L'AEIPS e il suo programma di intervento comunitario*

Dopo l'esperienza di un primo ufficio situato nei locali del Municipio di Olivais, Lisboa, all'inizio degli anni '90 l'AEIPS ha creato un Centro Comunitario. Situato in una zona centrale di Lisbona, il Centro Comunitario ha permesso lo sviluppo di una rete diversificata di servizi. Adottando una visione orientata ai valori dell'inclusione sociale e della cittadinanza, il Centro Comunitario dell'AEIPS aveva -ed ha tuttora- l'obiettivo di sostenere quotidianamente le persone con esperienza di malattia mentale nei loro processi di recovery e nel perseguimento dei propri obiettivi personali (chiamati dai partecipanti "progetti") in termini di abitazione, educazione, formazione professionale, impiego, benessere fisico e attività di mutuo aiuto e advocacy. La creazione di questo Centro Comunitario e la sua evoluzione nel corso del tempo sono stati fondamentali nello sviluppo di un paradigma di intervento *trasformativo* in grado di tradurre a livello operativo principi e valori della psicologia di comunità, nello specifico dei contributi sopra descritti. Andremo adesso ad illustrare come l'AEIPS, attraverso il suo Centro Comunitario, ha organizzato i propri servizi, favorendo l'accesso dei suoi partecipanti alle risorse presenti nei contesti comunitari naturali.

#### *I partecipanti dell'AEIPS*

Dal 1987 ad oggi l'AEIPS ha offerto servizi ad oltre 850 persone (70% uomini e 30% donne) di età compresa tra i 18 e i 60 anni. La vasta maggioranza di queste persone è stata diagnosticata affetta da schizofrenia (circa 70%), ma anche da disturbo bipolare o da altri disturbi psicotici (circa 30%). Vari partecipanti, oltre ad una esperienza di malattia mentale, hanno una storia di abuso di droghe e/o alcool (10%). La maggioranza (80%) è stata previamente soggetta a trattamento psichiatrico ospedaliero. I partecipanti dell'AEIPS hanno quasi tutti una lunga storia di inoccupazione, mancanza di esperienza a livello professionale, basso livello di istruzione (ad eccezione di alcuni partecipanti laureati) sia pure molto varia a seconda dell'età di insorgenza dei problemi riportati. La maggioranza



dei partecipanti riceve un sussidio sociale di qualche tipo (pensioni sociali, pensione di invalidità, reddito minimo per l'inserimento sociale), ma questo non gli permette di sopravvivere autonomamente. Molti vivono con le loro famiglie e, a causa delle loro difficoltà finanziarie, non hanno a disposizione alternative in termini di abitazione. Nella storia dell'AEIPS, le famiglie dei partecipanti sono state la maggior fonte di sostegno sociale e politico all'organizzazione, sia in qualità membri del consiglio direttivo, che come sostenitori a livello politico di un sistema di supporto su base comunitaria per i loro familiari.

### *Educazione ed Impiego*

Nel corso della sua evoluzione, l'AEIPS ha sempre ancorato la programmazione e implementazione dei suoi servizi alle evidenze scientifiche man mano emergenti nell'area della salute mentale comunitaria, con l'obiettivo ultimo di integrare, in modo efficace, le persone con esperienza di malattia mentale nelle comunità locali. In tal senso, l'impiego e l'educazione sono considerate due dimensioni di vita cruciali per favorire il processo di recovery e di integrazione nella comunità delle persone con esperienza di malattia mentale (Duarte & Ornelas, 2008; Dunn, Wewiorski, & Rogers, 2008). Una ricerca svolta da Burke-Miller (2006) ha evidenziato come i percorsi formativi delle persone con esperienza di malattia mentale sono spesso interrotti a causa della crisi dovuta all'insorgenza/aggravamento della malattia e che la possibilità di riprenderli, aumentando il proprio livello di istruzione, facilita l'ottenimento di un impiego coerente con gli interessi personali. Altri studi hanno altresì dimostrato che l'opportunità di lavorare e sviluppare una carriera ha una influenza positiva in termini di empowerment, indipendenza economica e riconoscimento di un ruolo sociale significativo (Bond et al., 2001; Provencher, Gregg, Mead, & Mueser, 2002). Sulla base di queste evidenze, l'associazione AEIPS ha, fin dalle sue origini, una tradizione di intervento prioritario in questi due ambiti, attraverso i suoi servizi di supporto all'educazione (*educação apoiada*) e supporto all'impiego (*emprego apoiado*). Questi servizi si ispirano ai valori dell'approccio contestuale ed ecologico, ricorrendo quindi solo a risorse e contesti naturali esistenti nella comunità ed accessibili a tutta la popolazione. L'assunzione di questo orientamento è l'elemento innovativo di questo modello di intervento che si contrappone ai programmi tradizionali basati su corsi di formazione e laboratori professionali, che, invece di puntare sull'utilizzo dei contesti naturali, mirano a ricreare ambienti protetti, artificiali e segregativi (Ornelas, Duarte, & Monteiro, *in press*). Secondo Repper e Perkins (2003), alla base del modello separatista di intervento c'è la credenza che le persone con malattia mentale non saranno mai in grado di studiare nelle scuole regolari e di lavorare nel mercato generale, dove per regolari/generale si intende disponibili al resto della popolazione senza esperienza di malattia mentale. Un'altra idea alla base di questi modelli, si rifà al concetto di *readiness*, secondo il quale le persone con problematiche/difficoltà devono essere formate in ambienti protetti per acquisire le competenze necessarie ad essere successivamente inserite in contesti reali di educazione e/o di lavoro (Ornelas, Duarte, & Monteiro, *in press*). Generalmente però il tempo dedicato a questa formazione "protetta" non è un periodo proficuo nella vita delle persone. Ad esempio, uno studio condotto da Bond, Dietzen, Megrew e Miller (1995) ha evidenziato la non efficacia del processo "transitorio" di formazione al fine di preparare alla vita lavorativa: le competenze acquisite dai partecipanti non erano infatti quelle necessarie nei contesti reali di lavoro. Altre ricerche hanno inoltre dimostrato che il successo scolastico e lavorativo non è influenzato dal disturbo psichico e dai relativi sintomi, bensì dai servizi di supporto disponibili (Becker & Drake, 1993; Unger, Pardee, & Shafer, 2000). Infine la dimensione della scelta -così come sottolineato dall'approccio delle capacità- del proprio percorso lavorativo ed educativo è un passaggio centrale: quando le preferenze ed ambizioni dei partecipanti sono ascoltate, l'adattamento al contesto e il successo lavorativo risultano maggiori (Mank, 2000; Mueser, Becker, & Wolfe, 2001). L'intervento dei professionisti consiste nel facilitare lo sviluppo dei percorsi scolastici e/o lavorativi scelti in congiunto con i partecipanti stessi. Questa facilitazione, il cui fine ultimo è appunto quello di promuovere l'integrazione effettiva della persona, viene realizzata

attraverso una negoziazione diretta con gli attori presenti nell'ambito dei vari contesti comunitari locali. È dunque proprio nella costante ricerca di coalizioni ed alleanze all'interno delle comunità locali, al fine di poter rispondere agli interessi specifici dei partecipanti, che risiede la principale sfida di questo modello di intervento. Descriveremo di seguito i servizi di supporto che l'AEIPS promuove per entrambe le aree di intervento.

### *Supporto all'educazione*

I servizi di sostegno nell'area dell'educazione sono disegnati a seconda degli interessi e i bisogni dei singoli partecipanti. Alcuni esempi concreti sono il supporto nel processo di candidatura e/o di iscrizione a corsi formativi (scolastici, universitari, professionali), la scoperta e utilizzo delle risorse disponibili all'interno delle varie strutture (quali ad esempio sale di informatica, biblioteche, mense, etc...), l'ottenimento di informazioni riguardanti possibili borse e sussidi. Ulteriore sostegno può essere fornito anche dopo l'avvenuta integrazione del partecipante nel contesto formativo: ad esempio può essere costruita una relazione collaborativa con gli insegnanti/professori/formatori al fine di facilitare l'integrazione del partecipante e il suo successo nel percorso intrapreso. Fuori dal contesto formativo, il programma di supporto all'educazione dell'AEIPS aiuta il partecipante ad organizzare i suoi studi, fornisce risorse tecniche quali sala di studio, computer, e internet, promuove una dimensione di mutuo aiuto tra i partecipanti-formandi che si ritrovano in gruppo per svolgere eventuali compiti e preparare gli esami.

Dall'anno 2000 hanno beneficiato del servizio di *supporto all'educazione* circa 350 persone con esperienza di malattia mentale. Di queste, 250 hanno partecipato a programmi di formazione continua quali corsi di informatica e corsi di lingua, mentre le restanti 100 sono state integrate in progetti educativi in scuole secondarie (ad esempio: a *Escola Secundária Eça de Queiroz*; a *Escola Secundária Marquês de Pombal*; a *Escola Secundária de Camões*) e in università (ad esempio: a *Faculdade das Ciências Sociais e Humanas, Área de Geografia e Planeamento Regional, da Universidade Nova de Lisboa*; a *Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa*).

### *Supporto all'impiego*

I servizi di sostegno nell'area dell'impiego, per una questione di scelta epistemologica, non prevedono una attività di formazione previa volta all'acquisizione di competenze professionali, bensì mirano all'attivazione di esperienze di tirocinio lavorativo. L'idea è infatti che le competenze professionali possono essere acquisite direttamente all'interno dei contesti lavorativi naturali attraverso periodi di inserimento, interazione e convivenza quotidiana con datori e colleghi di lavoro. Per favorire il raggiungimento dell'obiettivo di inserimento diretto nel contesto lavorativo, nel 1991, l'AEIPS ha ottenuto che l'Istituto Nazionale per il Lavoro e la Formazione Professionale (IEFP) sostenesse il suo servizio di supporto all'impiego, finanziando borse destinate a persone con esperienza di malattia mentale che desiderassero effettuare tirocini lavorativi. Nonostante l'IEFP avesse già finanziato progetti rivolti a persone con disabilità, questo sviluppo è stato significativo, essendo la prima volta che l'ente estendeva il suo sostegno a persone con esperienza di malattia mentale. Questo finanziamento ha dunque permesso -e continua a permettere- ai partecipanti di ricevere una borsa di lavoro e di svolgere un periodo formativo in un contesto lavorativo reale, il che rappresenta una opportunità per formarsi ad una professione specifica e dimostrare le proprie competenze al fine di una eventuale assunzione successiva al tirocinio. L'intervento dell'AEIPS si focalizza dunque sulla ricerca -fatta in collaborazione con il partecipante- di un contesto lavorativo adeguato agli interessi, alle aspettative e alle competenze/potenzialità delle persone. La varietà degli interessi dei partecipanti e degli ambienti di lavoro in cui questi vengono integrati rafforza l'idea che una preparazione *a priori* non è efficace, in quanto solo l'incontro con la specifica realtà lavorativa potrà insegnare al

partecipante le competenze necessarie per il mantenimento del suo impiego. Inoltre lo sviluppo di relazioni interpersonali significative con i colleghi di lavoro e il supporto che questi ultimi possono fornire aiutano la persona a meglio adattarsi alla cultura organizzativa, influenzando anche sul suo successo lavorativo e sulla soddisfazione personale (Rollins, Bond, Jones, Kukla, & Collins, 2011). La ricerca del contesto lavorativo viene sempre svolta dall'equipe dell'AEIPS in collaborazione con i partecipanti: il professionista sostiene la persona sia per quanto riguarda la raccolta di informazioni su opportunità lavorative che le possano interessare, che per quanto concerne l'elaborazione del *curriculum vitae* e la presa di contatto con l'ente. Quest'ultima attività viene perlopiù effettuata dal partecipante stesso attraverso l'invio di una e-mail di presentazione (allegando il curriculum) e candidatura ad un tirocinio lavorativo. A questa e-mail segue generalmente un contatto telefonico con l'obiettivo di concordare un primo colloquio conoscitivo. Al fine di preparare il partecipante al momento del colloquio, viene sviluppata all'interno del centro comunitario una dinamica di role playing di gruppo in cui i partecipanti simulano la situazione interpretando i vari ruoli e facendosi domande a vicenda. Quando il partecipante inizia lo stage, l'AEIPS costruisce una relazione di collaborazione con l'impresa, realizzando riunioni mensili (o più di una al mese quando necessario) alla presenza di un professionista dell'associazione, del datore di lavoro e del partecipante. L'obiettivo di queste riunioni è riflettere criticamente sull'andamento dell'esperienza, sui suoi punti di forza e di debolezza e sui possibili miglioramenti. Nei momenti di incontro e negoziazione con le imprese, i professionisti dell'AEIPS cercano di sensibilizzare il contesto lavorativo e di fare un lavoro di advocacy a favore delle persone con esperienza di malattia mentale. In questo senso, viene sempre utilizzato un linguaggio di empowerment, volto a mettere a fuoco le potenzialità dei vari partecipanti. Infine, per assicurare un supporto emotivo a tutti i partecipanti al programma, vengono organizzate settimanalmente delle riunioni di gruppo (in orario post-lavorativo) con l'obiettivo di discutere le attività lavorative svolte durante la settimana, identificare le difficoltà riscontrate e le strategie di risoluzione che potrebbero favorirne il superamento e promuovere lo sviluppo della carriera professionale.

Il *supporto all'impiego* è stato avviato nel 1990 e negli ultimi dieci anni ha fornito servizi di orientamento al lavoro inserimento lavorativo ad una media di 40 persone con esperienza di malattia mentale all'anno, per un totale di circa 960 persone ad oggi. Alcune delle imprese che hanno assunto i partecipanti successivamente al periodo di tirocinio lavorativo sono: Xerox, Microsoft, Toyota, Siemens, FNAC, Mariounnaud, MAPFRE assicurazioni, General Electric, AUCHAN.

### *Abitazione*

Prendendo ispirazione dal movimento per la salute mentale comunitaria, nel 1989 l'AEIPS ha aperto la prima residenza comunitaria che ha accolto quattro persone provenienti dall'ospedale psichiatrico Julio de Matos, uno dei più grandi ospedali psichiatrici del Portogallo; tre uomini e una donna, con una lunga storia di istituzionalizzazione, mai dimessi per mancanza di adeguati supporti sociali. La residenza consisteva in una casa, uguale ad altre presenti nel quartiere e abitate da famiglie locali, situata in un quartiere residenziale della città di Lisbona, Olivais, in una zona facilmente accessibile e vicino a varie risorse della comunità. La creazione di questa residenza comunitaria implicò una svolta significativa a livello delle politiche di salute mentale in Portogallo. Anzitutto fu cruciale al fine di dimostrare che la de-istituzionalizzazione poteva funzionare e che le persone erano in grado di far ritorno alle loro comunità naturali. Essendo la prima residenza comunitaria creata in Portogallo, la residenza di Olivais sollevò grande interesse e attenzione da parte di rappresentanti politici e professionisti nell'area della salute mentale. Negli anni seguenti furono aperte, sempre nella città di Lisbona, rispettivamente nel Municipio di Encarnação e Portela, altre due residenze comunitarie. Queste residenze, ciascuna ospitante un gruppo ristretto di persone, intendevano rappresentare delle alternative abitative per persone con esperienza di malattia mentale prive di supporto familiare e sociale. La permanenza nella residenza non aveva una durata pre-definita, potendo essere anche

illimitata. I principi su cui le tre residenze si basavano erano fondamentalmente: il coinvolgimento attivo dei membri nel funzionamento dell'unità residenziale e nella presa di decisioni con lo staff e la promozione dell'utilizzo delle risorse naturali presenti nella comunità (ad esempio servizi di sociali e di salute, infrastrutture sportive, etc...). L'efficacia di questo modello di intervento è stata verificata da uno studio svolto da Oliveira, Duarte e Amaro (2007) che ha evidenziato come i membri delle residenze riferissero un elevato senso di comunità e considerassero il vivere in un contesto comunitario come un fattore cruciale per lo sviluppo del loro processo di recovery personale e senso di indipendenza. I residenti evidenziarono altresì l'importanza del supporto tra pari, della routine quotidiana con responsabilità concrete, della possibilità di utilizzare le risorse naturali della comunità per attività sportive, culturali e ricreative, dell'opportunità infine di interagire con altre persone nel quartiere e stringere nuove amicizie. Nonostante questi dati, ricerche svolte più recentemente hanno rivelato che il 75% delle persone che vivono nelle tre residenze create dall'AEIPS desidererebbero vivere in modo più indipendente (Candeias & Jorge-Monteiro, 2007), avere la propria casa e mantenere una situazione abitativa stabile (Duarte & Ornelas, 2008). La privacy e l'autonomia sono i due motivi principali che determinano questa preferenza. I risultati sono coerenti con altri studi svolti a livello internazionale che hanno evidenziato sia che le persone con esperienza di malattia mentale preferiscono abitazioni indipendenti con un servizio di supporto flessibile (Massey & Wu, 1993), sia che vivere in modo indipendente contribuisce al recovery e al benessere (Ridgway, 2001). Vivere in modo indipendente, scegliere la propria casa, avere controllo su di essa e sui servizi di sostegno che si ricevono sono risultate dimensioni associate alla stabilità abitativa, soddisfazione, qualità di vita e benessere (Greenwood, Schaefer-McDaniel, Winkel, & Tsemberis, 2005; Nelson, Sylvestre, Aubry, George, & Trainor, 2007; Tsemberis, Gulcur, & Nakae, 2004). Recenti ricerche hanno infine dimostrato che la promozione di soluzioni abitative individualizzate tende ad aumentare i livelli di partecipazione sociale dei partecipanti nell'ambito dei loro quartieri e il senso di comunità (Yanos, Felton, Tsemberis, & Frye, 2007).

Basandosi su questi risultati significativi, l'AEIPS ha recentemente iniziato ad organizzare i suoi servizi in termini di supporto abitativo individualizzato e flessibile, con l'obiettivo di sostenere le persone con esperienza di malattia mentale che vivono in modo indipendente nelle proprie case (Carling, 1995). Un esempio innovativo in questo senso è il programma *Housing First Portugal*. Creato nel 2009 con il sostegno dell'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale, questo programma ha adottato l'approccio *Housing First* proposto da Tsemberis e collaboratori (2004). Il programma è rivolto a persone senza dimora con esperienza di malattia mentale ed ha l'obiettivo di fornire accesso immediato ad una casa permanente e indipendente, affittata da privati e situata in zone centrali della città di Lisbona. Le case sono sparse nella città, in modo che i diversi partecipanti non si trovino a vivere nella stessa strada o nello stesso palazzo. Gli appartamenti sono individualizzati (generalmente monocalci) con affitti compresi tra i 300 e i 350 euro al mese. I partecipanti, se lo desiderano, possono condividere la loro casa con altre persone (ad es. il/la partner o altri familiari). Il programma copre l'affitto della casa e le spese per i consumi (ad es. acqua, luce, gas), mentre il partecipante contribuisce all'affitto con il 30% del suo reddito mensile (se il reddito è zero anche il contributo equivale a zero). Ad oggi il programma *Housing First Portugal* ha fornito una soluzione abitativa a 74 persone. I partecipanti hanno dichiarato che la conquista di un posto dove vivere è il motivo principale per partecipare al programma. Comparandolo con altre risposte sociali (ad es. gli ostelli o i centri temporanei di accoglienza), i partecipanti hanno dichiarato che ciò che funziona nel programma è il fatto di offrire l'accesso ad una casa che non deve essere condivisa con nessuno, a meno che non siano loro a desiderarlo (Ornelas, Duarte, Almas, & Madeira, 2010). L'equipe sostiene i partecipanti nel processo di passaggio dalla vita in strada ad una casa e nella gestione quotidiana della casa stessa. I professionisti si occupano inoltre di fornire supporto per quanto riguarda la regolarizzazione della documentazione, l'accesso ai servizi sociali e di salute e l'utilizzo delle varie risorse presenti nella comunità. Il supporto, continuativo e a lungo termine, è fornito sia nel contesto abitativo, attraverso visite domiciliari settimanali (una media di sei visite al mese per partecipante), sia nel contesto della comunità. I partecipanti di *Housing First Portugal* possono anche accedere al Centro Comunitario,

usufruendo degli altri servizi (ad es. supporto all'educazione e all'impiego) che l'AEIPS promuove. Favorire la costruzione di relazioni e rete sociali nell'ambito del quartiere sono obiettivi centrali del programma al fine di promuovere il senso di appartenenza e la partecipazione comunitaria dei partecipanti. Una volta al mese, nel Centro Comunitario, hanno luogo incontri tra tutti i partecipanti e tutti i professionisti. L'obiettivo di questi incontri è monitorare lo sviluppo del programma realizzando una valutazione in itinere in un'ottica collaborativa. Questi incontri si sono inoltre spesso trasformati in contesti di condivisione e cameratismo. I risultati della ricerca svolta sull'implementazione del programma *Housing First Portugal* durante gli anni 2009-2013 ne hanno rivelato l'efficacia, mostrando che attraverso l'erogazione di un supporto individualizzato che si adatta ai bisogni specifici di ogni persona, circa l'80% dei partecipanti è riuscito a mantenere una situazione abitativa stabile (Busch-Geertsema, 2013). Questo dato risulta coerente con i risultati del programma *Housing First*, implementato nella città di New York, che hanno indicato come, adottando questa strategia di intervento, tra l'85% e il 90% delle persone mantengono una situazione abitativa stabile (Tsemberis et al., 2004). I partecipanti di *Housing First Portugal* hanno riferito inoltre di essere molto soddisfatti della loro casa e del supporto ricevuto dal programma. Questi hanno altresì evidenziato miglioramenti significativi a livello della loro sicurezza personale, alimentazione, qualità del sonno, salute mentale e fisica, nonché una visione più positiva per il loro futuro. Anche coloro i quali non assumono alcun tipo di farmaci hanno fatto riscontrare un miglioramento nel loro stato di salute mentale, dovuto al fatto di avere una casa dove possono rilassarsi/riposarsi e sentirsi sicuri. I dati della ricerca di valutazione indicano infine una diminuzione nell'uso di droga e alcool e una riduzione drastica dei ricoveri ospedalieri e dei ricoveri di emergenza nei pronto soccorsi (Ornelas, 2013). I risultati dell'implementazione del programma *Housing First Portugal* documentano dunque l'efficacia, in termini di costi-benefici, di questo innovativo approccio rispetto ad altre risposte sociali, temporanee o parziali, che esistono in questa area, quali ad esempio la sistemazione in centri di accoglienza/ostelli. In qualità di approccio innovativo a livello nazionale, il programma *Housing First Portugal* ha ricevuto vari riconoscimenti a livello politico. Nel 2011, per il suo lavoro di progettazione, implementazione e mantenimento del programma *Housing First Portugal*, l'AEIPS ha ricevuto il Premio Gulbenkian, un importante premio nazionale per l'innovazione sociale. Dato il crescente interesse e riconoscimento del programma anche a livello internazionale, nel 2014 è stato attribuito al suo promotore il Premio Solidarietà Sociale da parte della Fondazione Mediterraneo (Napoli, Italia). Inoltre, tra le varie partnership a livello internazionale l'AEIPS si sta attualmente occupando di supervisionare l'implementazione del progetto pilota *Housing First Italia* (coordinato dalla FIOPSD-Federazione Italiana degli Organismi per le Persone Senza Dimora).

### *Conclusioni*

Dalla sua nascita, l'AEIPS ha utilizzato i principi e contributi della psicologia di comunità per perseguire la sua mission di promuovere l'integrazione comunitaria e il recovery delle persone con esperienza di malattia mentale. Nel corso della loro attuazione, queste convinzioni hanno permesso lo sviluppo di un processo di cambiamento trasformativo dell'organizzazione e dei suoi servizi, contribuendo altresì ad un più ampio cambiamento sociale rispetto al modo in cui i problemi di salute mentale sono affrontati in Portogallo.

Dal punto di vista della sua evoluzione, l'AEIPS ha sempre più mirato all'indipendenza dei suoi partecipanti dai servizi prestati e alla difesa dei loro diritti in quanto cittadini attivi, offrendo un sistema di sostegno su base comunitaria funzionante come connessione con il mondo esterno. In questo senso l'AEIPS si è costituita nel corso del tempo come uno spazio in cui cercare di costruire, laddove non esistono, o promuovere, laddove si ritengono insoddisfacenti, legami significativi con le comunità di appartenenza. Indicativo a questo proposito è il processo trasformativo avvenuto a livello del paradigma di supporto abitativo, che ha visto il passaggio da un modello di intervento basato su unità residenziali, ad un modello di intervento individualizzato centrato sull'idea di case individuali,

indipendenti, permanenti e disperse nella comunità (modello *housing first*). Questo processo graduale di cambiamento ha implicato delle sfide per i professionisti coinvolti. Anzitutto l'AEIPS, in linea con i contributi della teoria dell'empowerment e dell'approccio delle capacità, ha mirato a trasformare la tradizionale relazione professionisti-pazienti in una relazione professionisti-partecipanti fondata sulla mutua collaborazione. La relazione collaborativa implica la rinuncia dei professionisti alla posizione di esperti, detentori unici della conoscenza e del potere di decisione/azione, al fine di condividere questo potere con i partecipanti, esperti delle proprie vite e protagonisti dei propri percorsi di recovery. Questo processo di rinuncia non è lineare e elicitava frequentemente resistenze da parte dei professionisti (Nelson et al., 2001). Per costruire una relazione che veda le persone quali co-protagoniste del processo di intervento, i professionisti necessitano di essere formati a trasformarsi da esperti a collaboratori, aperti alle opportunità di apprendimento mutuo derivanti dalla relazione con i partecipanti e alla possibilità di rivestire nuovi ruoli, quali quello del facilitatore e dell'*advocate* (Ochocka et al., 2002). In quest'ottica il potere diventa un potere condiviso e trasformativo in grado di promuovere cambiamenti a vari livelli (individuale, relazionale, organizzativo, sociale e politico). Ricerche svolte a livello internazionale sulla collaborazione tra partecipanti e professionisti (Constantino & Nelson, 1995; Lotery & Jacobs, 1994; Stewart, Banks, Crossman, & Poel, 1994) hanno indicato cinque fattori chiave per lo sviluppo di una collaborazione efficace: a) la costruzione di relazioni di fiducia attraverso l'adozione di pratiche organizzative a carattere collaborativo; b) l'identificazione di obiettivi comuni; c) la flessibilità di atteggiamenti dinanzi a valori e approcci differenti; d) lo sviluppo di una riflessione condivisa e continua; e) la condivisione di responsabilità. Sulla base di queste evidenze, al fine di creare opportunità affinché i partecipanti fossero coinvolti nel processo di sviluppo organizzativo, divenendo altresì agenti attivi di programmi di advocacy e mutuo aiuto, nel 2004 l'AEIPS ha creato il CEAM, Centro di Empowerment e Mutuo Aiuto (*Centro de Empowerment e Ajuda Mútua*), gestito da soli partecipanti senza l'intervento di professionisti. In linea con le definizioni concettuali di empowerment organizzativo (Maton, 2008; Zimmerman, 2000), il CEAM aveva l'obiettivo di consentire ai partecipanti lo sviluppo di consapevolezza critica e autodeterminazione, influenza sulle politiche organizzative, azioni collettive di advocacy. All'interno dell'AEIPS, il CEAM è stato sempre parte attiva nei processi collaborativi di valutazione dei servizi, contribuendo all'elaborazione dei modelli logici per i programmi esistenti (Ornelas et al., 2010). Per quanto riguarda il più ampio piano delle politiche di salute mentale, il contributo dell'AEIPS è stato decisivo per lo sviluppo in Portogallo di un sistema di servizi su base comunitaria e una adeguata legislazione che lo regoli. Oltre a partecipare alla formulazione della Legge del '98, nel 2006 l'AEIPS ha preso parte alla Commissione Nazionale per la Riforma dei Servizi di Salute Mentale, influenzando in modo trasformativo il Piano Nazionale 2007-2016 da questa elaborato. Questo processo trasformativo ha avuto come base il coinvolgimento delle persone con esperienza di malattia mentale. In tal senso, il CEAM ha promosso la creazione di una Rete Nazionale di Persone con Esperienza di Malattia Mentale (*Rede Nacional de Pessoas com Experiência de Doença Mental*) che ha prodotto un documento su "Diritti e Necessità delle Persone con Esperienza di Malattia Mentale"<sup>7</sup>, integrato nella versione finale del Piano. Questo documento ha enfatizzato il concetto di recovery e il diritto alle pari opportunità e alla cittadinanza.

Concludendo, questa esperienza più che ventennale ha permesso lo sviluppo di alcune riflessioni, linee guida di lavoro per il futuro. La prima considerazione riguarda la necessità che i sistemi di salute mentale su base comunitaria, i quali intendono adottare paradigmi di intervento trasformativi, assumano come principio guida l'idea che tutte le persone con esperienza di malattia mentale hanno il diritto di vivere nelle loro comunità. Nel corso degli anni il lavoro dell'AEIPS ha infatti dimostrato come l'integrazione comunitaria, orientata dal valore di una piena cittadinanza di tutte le persone, sia possibile e renda effettivo il processo di de-istituzionalizzazione. La seconda considerazione ha a che vedere con l'evidenza che la collaborazione dei partecipanti è un aspetto essenziale al fine di

---

<sup>7</sup> <http://aeips.pt/novo2009/wp-content/uploads/2009/07/inter pares2.pdf>

sviluppare processi di cambiamento organizzativo che implicino una maggior efficacia in termini di intervento. In quest'ottica, i partecipanti dovrebbero essere parte integrante dei consigli direttivi e collaborare nella progettazione, implementazione e valutazione dei servizi. Questo aspetto è, a nostro avviso, il punto cruciale di una visione trasformativa dei servizi di salute mentale. La terza considerazione è che i programmi di salute mentale dovrebbero assumere un orientamento comunitario. L'esperienza maturata dall'AEIPS nel corso degli anni ha infatti dimostrato come non sia sufficiente che i programmi/servizi promuovano le competenze individuali o rispondano ai singoli problemi dei partecipanti. L'approccio contestuale ed ecologico orientato al recovery e all'integrazione comunitaria è una efficace linea guida in questo senso. In quest'ottica l'integrazione nella comunità è facilitata dalla promozione di servizi individualizzati di supporto all'abitazione, all'educazione e all'impiego, così come di altre attività, aventi luogo sempre all'interno dei contesti naturali, che favoriscano il recovery e l'empowerment. Infine, i professionisti devono rinunciare alla posizione di esperti e assumere le sfide implicite nell'assunzione del ruolo di facilitatori e *advocates* per l'integrazione, intervenendo nell'ottica di rafforzare le reti naturali di supporto dei partecipanti e di promuovere la costruzione di nuovi legami con altri membri della comunità. In qualità di agenti di cambiamento sociale i professionisti hanno la responsabilità di lavorare all'interno dei contesti comunitari adottando un'attitudine collaborativa nei confronti dei diversi attori presenti (inclusi gli altri agenti promotori/erogatori di servizi). Il fine ultimo è la creazione di ambienti inclusivi che rispettino e valorizzino la diversità e che promuovano integrazione, recovery e empowerment. Infine, ci teniamo a specificare che il modello di intervento proposto in questo articolo non è solo un prodotto ideologico, bensì il risultato di un percorso di costruzione, né semplice né lineare, avvenuto nel corso di questi 27 anni. Un percorso che, prendendo spunto dai principi e valori che abbiamo illustrato, si è anzitutto fondato su una continua negoziazione a più livelli, ovvero con i partecipanti e le loro famiglie, con i professionisti del sistema di salute mentale, con i membri delle comunità locali, con le autorità pubbliche. Promuovere una trasformazione del sistema è una sfida complessa che spesso si scontra con varie resistenze al cambiamento. Queste resistenze, nella storia dell'AEIPS, si sono verificate su più fronti: da parte dei partecipanti, spesso abituati ad essere ridotti ad una posizione di passività; da parte dei professionisti, abituati a rivestire il ruolo di esperti; da parte delle comunità, talvolta chiuse alla diversità e stigmatizzanti; da parte degli attori politici, spesso più orientati al mantenimento dello *status quo* che al cambiamento e all'innovazione. La grande sfida per l'AEIPS è stata quella di riuscire a creare uno spazio di comunicazione, confronto e riflessione con l'obiettivo ultimo di costruire una visione comune per la convivenza sociale che riconosca il diritto di integrazione effettiva alle persone con esperienza di malattia mentale.

### Bibliografia

- Ahern, L., & Fischer, D. (1999). *Personal Assistance in Community Existence: Recovery at Your Own Pace*. Lawrence, MA: National Empowerment Center.
- Ahern, L., & Fisher, D. (2001) Recovery at your own PACE. *Journal of Psychosocial Nursing* 39(4), 22-31.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. DOI: 10.1037/h0095655
- Aubrey, T., & Myner, J. (1996). Community Integration and quality of life: a comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbours. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 15(1), 5-19.
- Becker, D., & Drake, R. (1993). A working life: The individual placement and supported program. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.

- Bond, G., Dietzen, L., McGrew, J., & Miller, L. (1995). Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology, 40*(2), 75–94. DOI:10.1037/0090-5550.40.2.75
- Bond, G.R., Resnick, S.G., Drake, R.E., Xie, H., McHugo, G.J., & Bebout, R.R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 489–501. DOI:10.1037/0022-006x.69.3.489
- Burke-Miller, J.K., Cook, J.A., Grey, D.D., Razzano, L.A., Blyler, C.R., Leff, H.S., ... Carey, M.A. (2006). Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness. *Community Mental Health Journal, 42*(2), 143–159. DOI:10.1007/s10597-005-9017-4
- Busch-Geertsema, V. (2013). *Housing First Europe Final Report*. Retrieved from <http://www.habitat.hu/files/FinalReportHousingFirstEurope.pdf>
- Candeias, C., & Jorge-Monteiro, M.F. (2007). *Estudo sobre as necessidades habitacionais das pessoas com doença mental que vivem em residências comunitárias: Dissertação monográfica de licenciatura em Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental*. Lisboa, PT: Instituto Superior de Psicologia Comunitária.
- Carling, P. (1995). *Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities*. New York: The Guilford Press.
- Chamberlin, J. (1990). The ex-patients movement: where we've been and we're we going. *The Journal of Mind and Behaviour, 11*, 3(4), 323-336.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 20*, 43-46.
- Chamberlin, J. (2006). *Confessions of a non-compliant patient*. Retrieved from <http://www.power2u.org/articles/recovery/confessions.html>
- Constantino, V., & Nelson, G. (1995). Changing relationships between self-help groups and mental health professionals: Shifting ideology and power. *Canadian Journal of Community Mental Health, 14*(2), 55–70.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Staeheli, M., & Evans, A. (2005). Recovery in serious mental illness: Paradigm shift or shibboleth. In L. Davidson, C. Harding & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from severe mental illness: Research evidence and implications for practice* (pp. 5–26). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation / Boston University.
- Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M., Kirk, T., Rockholz, P., & Evans, A. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioural health care: Moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*(1), 23–32. DOI:10.2975/31.1.2007.23.31
- Davidson, L., Ridgway, P., Wieland, M., & O'Connell, M. (2009). A capabilities approach to mental health transformation: A conceptual framework for the recovery era. *Canadian Journal of Community Mental Health, 28*(2), 35–46.
- Deegan, P.E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 11*(4), 11–19. DOI:10.1037/h0099565
- Deegan P.E. (1992). The Independent Living Movement and People with Psychiatric Disabilities: taking Back Control over Our Own Lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 15*(3), 3-19. DOI:10.1037/h0095769
- Deegan P.E. (1999). *Some Principles of the Recovery Process*. USA: National Empowerment Center.
- Duarte, T., & Ornelas, J. (2008). Serviços de suporte comunitários orientados para o recovery das pessoas com experiência de doença mental. *Relatório de Investigação*. Lisboa, PT: ISPA-IU.



- Dunn, E., Wewiorski, N., & Rogers, S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(1), 59–62. DOI:10.2975/32.1.2008.59.62
- Espino S.L., & Trickett, E. (2008). The spirit of ecological inquiry and intervention research reports: A heuristic elaboration. *American Journal of Community Psychology*, 42, 60–78. DOI: 10.1007/s10464-008-9179-7
- Fisher, D. (2006). *A new vision of recovery: People can fully recover from mental illness*. Retrieved from [http://www.power2u.org/articles/recovery/new\\_vision.html](http://www.power2u.org/articles/recovery/new_vision.html)
- Friend, M., & Cook, L. (1990). Assessing the climate for collaboration. In W. Secord & E. Wiig (Eds.), *Collaborative programming in the schools: Concepts, models, and procedures* (Best practices in school speech/language pathology) (Vol. 1, pp. 67-73). San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Greenwood, R., Schaefer-McDaniel, N., Winkel, G., & Tsemberis, S. (2005). Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *American Journal of Community Psychology*, 36(3–4), 223–238. DOI: 10.1007/s10464-005-8617-z
- Hopper, K. (2007). Rethinking social recovery in schizophrenia: What a capabilities approach might offer. *Social Science & Medicine*, 65, 868–879. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.04.012
- Jacobson, N., & Greenley, W. (2001). What is recovery? A conceptual model and application. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485. DOI: 10.1176/appi.ps.52.4.482
- Jacobson, N. (2001). Experiencing Recovery: A dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), 248-256. DOI: 10.1037/h0095087
- Jacobson, N. (2004). *In recovery: The making of mental health policy*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press.
- Kelly, J.G. (2003). Science and community psychology: Social norms for pluralistic inquiry. *American Journal of Community Psychology*, 31(3–4), 213–217. DOI: 10.1023/A:1023998318268.
- Kelly, J. (2006). *Becoming ecological: An expedition into community psychology*. New York: Oxford University Press.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 197–200. DOI: 10.1093/schbul/15.2.197
- Levine, M., Perkins, D.D., & Perkins, D.V. (2005). *Principles of community psychology: Perspectives and applications* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Lotery, J.L., & Jacobs, M.K. (1994). The involvement of self-help groups with mental health and medical professionals: The self-helpers' perspective. In F. Lavoie, T. Borkman, B. Gidron (Eds.), *Self help and mutual aid groups: International and multicultural perspectives* (pp. 297-302). New York: Routledge.
- Mank, D. (2000). Integration, organizational change and natural support. *Integra*, 3(8), 1–4.
- Maton, K.I. (2008). Empowering community settings: Agents of individual development, community betterment, and positive social change. *American Journal of Community Psychology*, 41, 4–21. DOI: 10.1007/s10464-007-9148-6. DOI: 10.1007/s10464-007-9148-6
- Massey, O., & Wu, L. (1993). Important characteristics of independent housing for people with mental illness: Perspectives of case managers and consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 17, 81–92. DOI: 10.1037/h0095598

- Mead, S., & Copeland, M.H. (2000). What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36(3), 315–328. DOI: 10.1023/a:1001917516869
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (2005). Improving health through community organization and community building: A health education perspective. In M. Minkler (Ed.), *Community organizing and community building for health* (pp. 30–52). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Monteiro, F., & Matias, J. (2007). Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? *Análise Psicológica*, 25(1), 111–125. DOI: 10.14417/ap.433
- Mueser, K.T., Becker, D.R., & Wolfe, R. (2001). Supported employment, job preferences, and job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health*, 10(4), 411–417. DOI: 10.1080/09638230120041173
- Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001). *Shifting the paradigm in community mental health: Towards empowerment and community*. Toronto: University Of Toronto Press.
- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L., & Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and adaptation to community living of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(2), 89–100. DOI: 10.1007/s10488-006-0083-x
- Nussbaum, M. (2000). *Women and human development: The capabilities approach*. New York: Cambridge University Press.
- Nussbaum, M. (2003). Capability as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice. *Feminist Economics*, 9(2-3), 219-247. DOI: 10.1080/1354570022000077926
- Nussbaum, M. (2011). Capabilities, Entitlements, Rights: Supplementation and Critique. *Journal of Human Development and Capabilities*, 12(1), 23-37. DOI: 10.1080/19452829.2011.541731
- Nussbaum, M., & Sen, A (1993). *The Quality of Life*. Oxford: Oxford University Press.
- Ochocka, J., Janzen, R., & Nelson, G. (2002). Sharing power and Knowledge: Professional and Mental Health Consumer/Survivor Researchers Working Together in a Participatory Action Research Project. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 379-387. DOI: 10.1037/h0094999
- O'Connell, L., & Davidson, M.J. (2010). Recovery-oriented care and choice. *Psychiatric Services*, 61(8), 845. DOI: 10.1176/appi.ps.61.8.845
- Oliveira, A.L., Duarte, T., & Amaro, J.P. (2007). *Sentimento psicológico de comunidade e recovery em residências comunitárias para pessoas com doença mental*. Estudo monográfico. Lisboa, PT: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Onken, S., Dumont, J., Ridgway, P., Dornan, D., & Ralph, R. (2002). *Mental health recovery? What helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators*. Alexandria, VA: National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning.
- Ornelas, J. (2002). Uma década de reabilitação em Portugal: Desafios futuros, In *Actas Conferência de Novos Desafios na Reabilitação de Pessoas com Doença Mental*. Lisboa: AEIPS.
- Ornelas, J., Monteiro, F.J., Vargas-Moniz, M., & Duarte, T. (2005). *Empowerment e Participação das Pessoas com Doença Mental e os seus Familiares*. Lisboa: AEIPS.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia comunitária*. Lisboa, PT: Fim de Século.

- Ornelas, J., Vargas-Moniz, M., & Duarte, T. (2010). Community psychology and social change: A story from the field of mental health in Portugal. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 1(1), 21–31. Retrieved from [www.gjcpp.org](http://www.gjcpp.org)
- Ornelas, J., Duarte, T., Almas, I., & Madeira, T. (2011). *Relatório dos dois anos de implementação do projecto Casas Primeiro na cidade de Lisboa*. Lisboa, PT: AEIPS.
- Ornelas, J., Aguiar, R., Sacchetto, B., & Jorge-Monteiro, M.F. (2012). Community-based participatory research: A collaborative study to measure capabilities towards recovery in mental health community organizations. *Psychology, Community & Health*, 1(1), 3–18. DOI: 10.5964/pch.v1i1.5
- Ornelas, J., Duarte, T., & Jorge-Monteiro, F. (in press/ peer reviewed). Transformative organizational change in community mental health. In G. Nelson, B. Kloos & J. Ornelas (Eds), *Community psychology and community mental health: Towards transformative change*. New York: Oxford University Press.
- Pettigrew, T., & Tropp, L. (2000). Does intergroup contact reduce prejudice: Recent meta-analytic findings. In S. Oskamp (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination* (pp. 93–114). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Provencher, H.L., Gregg, R., Mead, S., & Mueser, K.T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 132–144. DOI: 10.2975/26.2002.132.144
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1–25. DOI: 10.1007/bf00896357
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3, 1–7. DOI: 10.1300/j293v03n02\_02
- Rappaport, J. (1987). Terms of Empowerment/ Exemplars of Prevention: toward a Theory of Community Psychology. in *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148. DOI: 10.1007/bf00919275
- Repper, J., & Perkins, R. (2003). *Social inclusion and recovery: A model for mental health practice*. London: Baillière Tindall.
- Ridgway, P. (2001). ReStorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335–343.
- Rollins, A.L., Bond, G.R., Jones, A.M., Kukla, M., & Collins, L.A. (2011). Workplace social networks and their relationship with job outcomes and other employment characteristics for people with severe mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35(3), 243–252.
- Segal, S. & Aviram, U. (1978) *The mentally ill in community-based sheltered care: A study of community care and social integration*. New York: Wiley.
- Sen, A. (1985). Social Choice and Justice: A Review Article. *Journal of Economic Literature, American Economic Association*, 23(4), 1764-1776.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Stewart, M., Banks, S., Crossman, D., & Poel, D. (1994). Partnerships between health professionals and self-help groups: Meanings and mechanisms. In F. Lavoie, T. Borkman, & B. Gidron (Eds.), *Self help and mutual aid groups: International and multicultural perspectives* (pp. 199-240). New York: Routledge.
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651–656. DOI: 10.2105/ajph.94.4.651

- Unger, K., Pardee, R., & Shafer, M. (2000). Outcomes of postsecondary supported education programs for people with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation, 14*, 195–199.
- Ware, N.C., Hopper, K., Tuggenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric Services, 58*(4), 469–474. DOI: 10.1176/appi.ps.58.4.469
- Watson, A., & Corrigan, P. (2005). Challenging public stigma: A target approach. In P. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 281–295). Washington DC: American Psychological Association.
- Yanos, P., Felton, B., Tsemberis, S., & Frye, V. (2007). Exploring the role of housing type, neighbourhood characteristics, and lifestyle factors in the community integration of formerly homeless persons diagnosed with mental illness. *Journal of Mental Health, 16*(6), 703–717. DOI: 10.1080/09638230701496378
- Zimmerman, M. (2000). Empowerment and community participation: A review for the next millennium. In J. Ornelas (Ed.), *Actas do II Congresso de Psicologia Comunitária* (pp. 17–42). Lisboa, PT: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.