

LA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE TRA RIPARAZIONE DEL DANNO E PROMOZIONE DELLA SALUTE: LO *STRENGTHS MODEL*

Fiore Bello, Josè Mannu, Eleonora Baroni

La riabilitazione psicosociale è una prassi che ben presto si è contrapposta alla stabilità e staticità delle istituzioni in cui nasce e viene applicata. Parlare di riabilitazione risulta quindi estremamente difficile perché, appena viene delineata una modalità tecnica di intervento o un modello, ci si trova inevitabilmente al di fuori della prassi riabilitativa. Una proposta percorribile diventa quindi quella di tracciare linee generali di riferimento sostanzialmente basate sul “qui ed ora” e mantenere l’obiettivo finale del lavoro riabilitativo che varia a seconda dell’autore di riferimento. Spivak (1987) ha posto come prioritario il processo di risocializzazione; Anthony (1993) ha individuato il “recovery”; Liberman et al. (1985) si sono soffermati sulla psicoeducazione per intervenire sulle competenze relazionali; mentre gli autori inglesi (Falloon 1988) ricorrono alla psicoeducazione per cogliere i sintomi premonitori delle ricadute; i relazionali (Brown et al. 1962, Leff e Vaughn 1985) hanno individuato le emotività espresse e altri (Wehman e Moon 1988) hanno centrato l’attenzione sulle dinamiche presenti nell’inserimento lavorativo. Altri ancora (Ridgway 2008) hanno individuato prassi connesse all’abitare (*supported housing*) o il lavoro del *Case Management* (Baker e Intagliata 1992). Da un punto di vista strettamente tecnico e applicativo, vanno senza dubbio ricordate alcune tecniche al momento molto promettenti. Ci riferiamo ad interventi cognitivi come la Cognitive Remediation Therapy e la Integrated Psychological Therapy (Wykes e Reeder 2005, Wykes 2008).

Alcuni principi generali sulla Riabilitazione psicosociale:

- è un sistema di intervento complesso che richiede molteplici risorse;
- si occupa della cura delle persone affette da disturbi psichici gravi e persistenti che presentano difficoltà significative nel fronteggiare i bisogni primari della quotidianità;
- ha la sua ragion d’essere e trae sviluppo dal processo di deistituzionalizzazione che tra gli anni ’60 e ’70 ha percorso il mondo della psichiatria;
- non può prescindere dalla soggettività della persona e dall’imprevedibile evoluzione dei suoi sintomi, cosa che le conferisce una certa aspecificità e difficoltà di sistematizzazione;
- è una prassi che ha spesso trascurato l’aspetto teorico/osservazionale e ciò ha reso difficile svincolarsi dal contingente e dal “buon senso comune”.

Basaglia, nella sua discussione con Laing (Basaglia e Ongaro Basaglia 1975), manifestò apertamente la sua contrarietà ad individuare dei luoghi per la “follia” ritenendo che questi sarebbero inevitabilmente diventati, nonostante le migliori intenzioni degli operatori, luoghi di controllo.

SOTTOMESSO GIUGNO 2008, ACCETTATO DICEMBRE 2008

A differenza di quello che pensava Basaglia, riteniamo che il controllo non sia necessariamente intrinseco ai luoghi che accolgono la follia ma che si sviluppi quando:

- l'intervento viene semplificato e/o isolato dal contesto;
- si rinuncia a qualsiasi ipotesi di evoluzione o di miglioramento della qualità di vita della persona;
- l'assenza di complementarietà con altre professioni fa perdere all'intervento l'idea di globalità.

Fare terapia significa anche delimitare il proprio campo di competenza, definire il tipo di intervento, il proprio obiettivo e gli esiti attesi all'interno di un costante atteggiamento di confronto multidisciplinare. Questo lavoro è sicuramente molto complesso nella salute mentale dove predomina un vasto insieme di fattori che coinvolgono la persona e il suo ambiente: sintomi psicopatologici, ridotto funzionamento sociale, netto peggioramento della qualità di vita e quasi scomparsa del potere contrattuale.

Considerare i propri limiti di intervento significa accettare la complementarietà con altre professioni e fare in modo che tutte le risorse disponibili vengano utilizzate secondo criteri di bisogno e di competenza. Ad esempio, il ruolo dell'*advocacy*¹ non andrebbe ricoperto dagli operatori dei servizi che invece dovrebbero sensibilizzare la rete sociale a svolgere questo compito. Pertanto dobbiamo contribuire a promuovere risorse e non luoghi di scarico o situazioni subordinate ai nostri progetti.

Di particolare rilievo appare il concetto di parzialità che permette di pensare la Comunità Terapeutica (C. T.) come una funzione, cioè come espressione di uno *stile di lavoro* e non come *luogo* in cui *sistemare* una persona che crea problemi. In questo caso, la C. T. assume le sembianze di uno strumento operativo e diventa fondamentale esplicitare lo stile di *quel gruppo di lavoro all'interno di un modello*.

La C.T. – in sintonia con tutti gli stake holders coinvolti – ha quindi la possibilità di promuovere lo sviluppo delle risorse interne (qualità, capacità, skills) dell'ospite, di favorire l'individuazione e lo sviluppo delle risorse esterne (familiari e sociali) nonché di elaborare un progetto terapeutico.

Formazione, consulenza, collaborazione e comunicazione con le associazioni di volontariato, con il privato sociale e con le agenzie sociali della Community rappresentano compiti imprescindibili per un servizio territoriale molto impegnato e affaticato dalla cura dei cosiddetti "lunghi utilizzatori". Inoltre, nel complesso lavoro territoriale, è necessario:

- evitare la delega totale "al tecnico competente";
- affrontare l'imprevedibilità;
- combattere ogni forma di ghettizzazione e di emarginazione;
- porsi come scopo principale il miglioramento della qualità della vita e l'integrazione sociale dei cittadini in difficoltà.

Il concetto di parzialità esclude quello di cronicità. Riteniamo che la cronicità non sia una proprietà dell'individuo, bensì un termine relazionale direttamente collegato ai notevoli punti critici caratteristici di tutte le relazioni di cura. Queste criticità, insieme all'idea che solo in quel

¹ Il termine, tratto dall'inglese, significa parlare o scrivere a sostegno, in favore di qualcuno o di qualcosa. Nel campo della salute può voler dire: a. parlare a favore di qualcuno incapace di rappresentare se stesso a causa di una condizione di malattia; b. fornire ai malati, attraverso informazione e sostegno, una certa "forza di pressione", un peso maggiore così da compensare le debolezze intrinseche alla situazione. La prima associazione di *advocacy* in campo psichiatrico è nata nel 1948 negli USA: *Fountain House* è composta da pazienti, familiari di pazienti ed ex-pazienti del *Rockland Psychiatric Center*.

luogo il problema si può risolvere, favoriscono la cronicità e quindi l'istituzionalizzazione. Invece, accettare il proprio limite operativo potrà sostenere quelle discontinuità che a loro volta, portano a una consapevolezza della temporalità. Ad esempio, porre un limite temporale al momento dell'entrata in Comunità può produrre in alcuni dei nostri pazienti un processo di "ristrutturazione cognitiva" estremamente importante ai fini di un processo di crescita e di miglioramento del proprio disturbo. Infatti, introdurre il tempo genera nella persona un atteggiamento "attivo" nella ricerca dell'obiettivo da raggiungere, coinvolgendo in questo anche la propria famiglia che esce così da quell'attitudine propria dei processi cronicizzanti che si caratterizza in un atteggiamento di passività nei confronti del tempo infinito della cura. Se cominciamo a trattare seriamente il tema della lunga utilizzazione dei servizi e della qualità della vita dei nostri utenti parlando meno di cronicità, riusciremo ad introdurre spunti di trasformazione e di crescita sociale e personale che si possono realmente contrapporre alla staticità del disturbo.

A questo proposito, ci piacerebbe introdurre il lavoro di Charles Rapp e Richard Goscha, (2006) secondo i quali le persone con disturbi psichici vivono una condizione di sopraffazione e di emarginazione dovuta prevalentemente ad una organizzazione assistenziale e di cura basata sull'egemonia della patologia e del deficit, su un'impostazione teorica volta alla riparazione del danno, sulla tendenza a colpevolizzare la vittima e sulle carenze ambientali.

Essi valutano in modo negativo la prospettiva del continuum terapeutico che è stato visto come una progressione logica attraverso la quale **devono** transitare **tutte** le persone con disabilità psichiatriche. Ad esempio, se una persona vuole lavorare come barista, deve prima superare una notevole quantità di fasi "terapeutiche" che a volte costituiscono un vero e proprio circolo vizioso. Questa prospettiva risente di una visione lineare e stadiale dei processi di sviluppo degli esseri umani che andrebbe sostituita con una visione che includa e connetta anche le contingenze soggettive e contestuali (modello lineare vs. modello contestuale bio-psico-sociale) (George 2002, Baroni e Braibanti 2007). I servizi di salute mentale dovrebbero fare proprio il concetto di *recovery* che Anthony (1993) concepisce come un "processo unico e strettamente personale di cambiamento delle proprie attitudini, valori, emozioni, obiettivi, abilità e ruoli. *Recovery* significa vivere la vita con soddisfazione, speranza e progettualità nonostante i limiti che la malattia impone" (p. 527). In quest'ottica diventa prioritario spostare l'orizzonte dalla "malattia" al benessere, dai "deficit" alle potenzialità e considerare le possibilità del territorio.

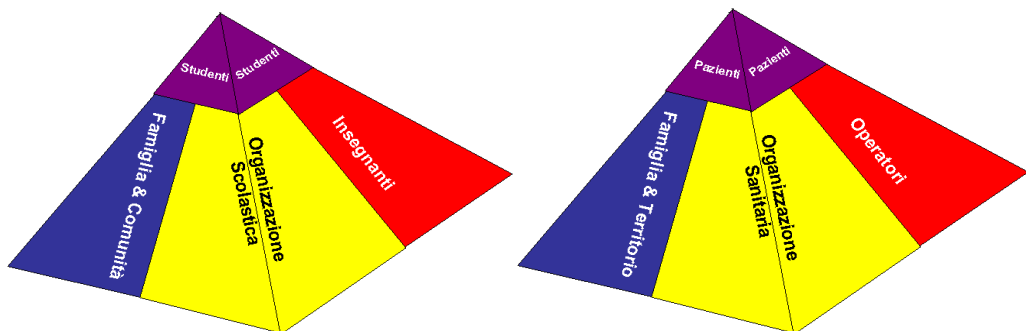


Figura 1. Raffronto tra la piramide del modello LSE (Bertini et al. 2004) e il suo riadattamento alla Riabilitazione Psicosociale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel suo atto costitutivo (1948) individua nel “godimento del più alto livello possibile di salute” uno dei diritti umani fondamentali e inoltre definisce la salute come uno “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”. Diventa quindi ancora più evidente la necessità di una presa in carico globale e la spinta ad individuare nuovi metodi e strumenti di valutazione e di intervento che permettano a tutte le persone coinvolte di essere attori nella gestione della salute. A questo proposito può essere utile mutuare da un contesto diverso ma ugualmente complesso (quello scolastico), il modello della *Life Skills Education* (Bertini et al. 2004) che individua tutti i partecipanti di un certo sistema come *agenti di cambiamento*. Ogni membro del sistema assume un ruolo attivo e una responsabilità in ciascun processo di cambiamento.

Ritornando ai servizi di salute mentale, è quindi fondamentale sostenere una loro trasformazione in sistemi in cui le competenze di ciascun professionista possano essere integrate non solo con quelle degli altri professionisti, ma anche con quelle dell'utente e della sua famiglia, allo scopo di raggiungere un pieno soddisfacimento dei bisogni e delle necessità dell'utente stesso. In questo modo potrà avvenire il potenziamento della *rete sociale di riferimento* necessario alla condivisione e alla distribuzione dell'assistenza ai nostri utenti, compito estremamente gravoso e completamente ingestibile dalla famiglia in una situazione di isolamento.

In quest'ottica interattiva, integrativa e interdisciplinare, il *Case Management* rappresenta per l'utente l'occasione di raccordare e mettere in rete i servizi a disposizione, e qualora non fossero sufficienti, di progettare percorsi individualizzati e specifici. La figura del *Case Manager* nasce circa trenta anni fa negli USA per fronteggiare e gestire i bisogni dei pazienti psichiatrici gravi, dove viene generalmente ricoperta da infermieri specializzati o assistenti sociali. Nel nostro Paese, nonostante le numerose richieste e proposte, il *Case Manager* stenta a decollare e la sua presenza nei contesti ospedalieri e socio-sanitari non è stata ancora ufficializzata. Le competenze del *Case Manager* possono essere così riassunte:

1. individuazione delle persone bisognose di assistenza;
2. valutazione dei bisogni della persona;
3. sviluppo del piano di trattamento;
4. coordinamento delle cure;
5. valutazione degli esiti ed eventuale modificazione delle cure.

Nella loro critica ai modelli dominanti nella salute mentale, Rapp e Goscha (2006) propongono esplicitamente di potenziare la funzione del *Case Manager* che si ispira allo *Strengths Model* (modello dei punti di forza). Innanzitutto, bisogna pensare a cambiare il paradigma fondato su malattia, diagnosi e riparazione del danno e incamminarsi verso un nuovo paradigma – che potremmo definire bio-psico-sociale (Engel 1977) e sistemico (Braibanti e Zunino 2005, p. 21) – orientando il lavoro prevalentemente all'empowerment dei nostri pazienti. Tutto ciò non esclude affatto l'intervento clinico (diagnosi, psicoterapia e farmacoterapia) che accompagna l'intero processo riabilitativo. Nella presentazione del modello bio-psico-sociale Engel (1977) fa esplicito riferimento al concetto di sistema (Von Bertalanffy 1968), inteso come un'entità dinamica in cui le componenti sono in continua e reciproca interazione, in modo da formare un'unità o un tutto organico. Riprendendo la piramide della LSE adattata al contesto della salute mentale, questo vuol dire che la famiglia e il territorio, l'organizzazione sanitaria, gli operatori e anche i pazienti si trovano tutti inseriti in uno scambio dinamico incessante e che al cambiamento di uno dei livelli implicati, necessariamente corrisponde un riposizionamento di tutti gli altri e dell'intero sistema.

“Nello *Strengths Model*, l'empowerment è visto come uno stato verso il quale le persone aspirano e clienti e operatori lavorano insieme per raggiungerlo, ... con questo costrutto indichia-

mo il potenziamento delle capacità di controllare attivamente la propria vita e il rafforzamento delle capacità di scelta” (Rapp e Goscha 2006, pp. 26-27).

Le persone con disabilità psichiatriche vanno aiutate affinché possano vivere, lavorare, divertirsi e condurre una vita quotidiana migliore e avere le stesse opportunità dei cittadini senza disabilità: il sistema di assistenza è chiamato a sostenere il cambiamento e le iniziative personali e non la passività e il mantenimento. È nostro compito promuovere una visione della salute che restituisca centralità, dignità e potere ai soggetti nei loro contesti di vita (Braibanti e Zunino 2005).

Lo *Strengths Model* è un vasto insieme di modalità operative che cercano di circoscrivere quei fattori che limitano la vita di una persona e di individuare gli strumenti per modificarli. Infatti, questo modello “si basa su una duplice convinzione: a) tutte le persone hanno obiettivi, doti naturali e fiducia in sé stesse e b) ogni ambiente possiede risorse, persone e opportunità. Mentre la percezione comune spesso considera l’ambiente e le persone come limitate, parziali, disfunzionali”. (ibidem, p. 34).

Ma come si rende operativo questo modello? La prima cosa che bisogna cogliere e definire sono le aspirazioni, i desideri e gli obiettivi che si pone la persona. Ogni individuo - compresi i nostri pazienti - è capace di continuare a crescere e ad implementare il livello di benessere: bisogna accordargli rispetto, fiducia, speranza e incoraggiamento. A questo punto, dobbiamo aiutare le persone a riconoscere e a potenziare le loro capacità e qualità affinché possano poi esercitare un’influenza positiva sulla loro stessa vita.

I servizi tendono a rinforzare i sentimenti di inadeguatezza e di insicurezza delle persone con disabilità psichiatriche dal momento che pongono l’attenzione su ciò che è sbagliato nella persona e su ciò che “deve” o “dovrebbe” fare in modo diverso. Questo messaggio di “colpevolizzazione della vittima” trova terreno fertile in persone già insicure e sfiduciate che, nonostante le molteplici opportunità disponibili nella community, difficilmente ne approfittano. D’altro canto, gli operatori della salute mentale, non sempre colgono quei punti di forza degli utenti e quelle opportunità ambientali che non rientrano nei programmi istituzionali. Invece è necessario individuare tutte le risorse e opportunità offerte dalle nostre comunità che possono essere sviluppate, riutilizzate e rinnovate.

L’obiettivo del *Case Manager* orientato allo *Strengths Model* è sostenere le persone nel *recovery*, nella riappropriazione e trasformazione della loro vita e identificare, assicurare e consolidare l’insieme delle risorse ambientali e individuali rispettando il principio di una sana interdipendenza nella *Community*. Normalmente, la filosofia della riabilitazione psicosociale comprende due strategie: la prima, centrata sull’individuo, ha lo scopo di sviluppare abilità (skills) per fronteggiare lo stress ambientale; la seconda, che potremmo definire ecologica, è volta a sviluppare le risorse ambientali per ridurre gli stressor potenziali. La maggior parte delle persone con disabilità psichiatriche necessita di una combinazione delle due strategie.

L’obiettivo è aiutare un altro essere umano, non curare un paziente. Il *Case Manager* orientato allo *Strengths Model* aiuta le persone a raggiungere gli scopi che si sono posti e lavora per “identificare, assicurare e consolidare” (ibidem, p. 35) sia le risorse esterne (relazioni sociali, opportunità e offerte) che interne (aspirazioni, competenze e fiducia in se stessi). Operare contemporaneamente su queste due aree concorre alla creazione di nicchie gradevoli e salutari che stimolano la realizzazione e la soddisfazione personale.

Le principali funzioni del case manager identificate da Rapp e Goscha (2006) sono:

1. aggancio e relazione: dai primi incontri è necessario dare vita a una relazione d’aiuto fondata sulla collaborazione;
2. valutazione dei punti di forza: raccogliere tutte quelle informazioni sulle opportunità ambientali e capacità individuali collegate ad un buon inserimento nella *Community*. Per quan-

- to riguarda la persona, bisogna conoscere la sua situazione attuale, ciò che desidera (un cambiamento oppure un desiderio da realizzare) e le attività esercitate nel passato e le risorse che ha utilizzato;
3. programmazione personale: creare un'agenda condivisa di lavoro per monitorare l'andamento degli obiettivi individuati. *Case Manager* e cliente si confrontano, negoziano e si accordano su obiettivi o compiti a breve/lungo termine individuando priorità e tempi di realizzazione;
 4. acquisizione delle risorse: reperire le risorse ambientali necessarie alla persona per raggiungere i propri obiettivi e assicurarsi i propri diritti, potenziando quindi l'intero assetto individuale;
 5. collaborazione costante e disingaggio graduale: questa fase riguarda la complessa dimensione cambiamenti/adattamenti continui che si verifica durante il processo d'aiuto e determina il momento in cui la persona è pronta per cominciare quelle attività annotate durante la fase della programmazione personale. Il *Case Manager* è particolarmente attento alle capacità dei clienti di usare in modo creativo le proprie risorse e quelle della *Community* per riuscire quotidianamente a promuovere autoefficacia, integrazione sociale e *recovery*. Raggiunta questa fase, diventa possibile pensare ad un graduale disingaggio dalla figura del *Case Manager* e dai servizi.

È estremamente interessante osservare come la messa in opera di questo modello, implichi un intervento in grado di promuovere contemporaneamente quelle che, secondo Ryff e Singer (1998), sono le determinanti della salute. Carol Ryff e Burton Singer attraverso un doppio confronto della letteratura filosofica e psicologica di maggior spessore teorico, hanno proposto di utilizzare alcuni indicatori del buon funzionamento psichico che sono:

- purpose in life (avere degli scopi e un senso di direzione nella vita);
- positive relations with others (avere buone relazioni con gli altri);
- self acceptance (accettazione, rispetto di sé, autostima);
- mastery (capacità di controllo e senso dell'efficacia personale);
- autonomy (autonomia);
- personal growth (crescita personale).

Tutto il lavoro proposto da Rapp e Goscha (2006) sembra proprio essere rivolto a promuovere nei pazienti questi importanti aspetti, dall'individuare le aspirazioni e i desideri, accettando e riconoscendo le proprie capacità, fino a sviluppare una padronanza ambientale determinando una crescita personale e un cammino progressivo verso l'autonomia del tutto individualizzati, attraverso la relazione privilegiata con il *Case Manager*. Riportiamo di seguito un brano tratto dal loro libro, ancora in attesa di traduzione, sui risultati di ricerche longitudinali internazionali e americane. Questi studi dimostrano che il *recovery* è possibile e la sua percentuale è maggiore in quei servizi che sono orientati alla promozione delle risorse individuali e ambientali nonché all'autosufficienza.

“La schizofrenia e le altre disabilità psichiatriche sono viste come malattie croniche e degenerative. Di solito, gli operatori della salute mentale prevedono prognosi infauste, un andamento decrescente a spirale ed esiti positivi trascurabili.

I risultati di sette studi longitudinali che hanno seguito un gran numero di persone con disabilità psichiatriche per 35 anni ribattono questa convinzione. Ricerche europee, giapponesi e americane hanno dimostrato che dal 46 al 68% delle persone del loro campione aveva raggiunto cambiamenti di vita e *recovery* significativi (Bleuler 1978, Ciompi e Miller 1976, DeSisto et al. 1995, Ogawa et al. 1987, Tsuang et al. 1979). Queste ricerche sono riassunte nella **tabella 1.1**.

Tabella 1.1. *Ricerche a lungo termine con persone con disabilità psichiatriche*

Ricerche (Autori e luogo)	Ampiezza del campione	Durata media in anni	Percentuale dei clienti con recovery e/o cambiamenti significativi
M. Bleuler (1978) Burgholzi, Zurigo, Svizzera	208	23	53-68
Huber et al. (1975) Germania	502	22	57
Ciampi e Muller (1976) Losanna, Svizzera	289	37	53
Tsuang et al. (1987) Iowa 500 (USA)	186	35	46
Harding et al. (1987) Vermont (USA)	269	32	62-68
Ogawa et al. (1987) Giappone	140	22.05	57
DeSisto et al. (1995a, 1995b) Maine (USA)	269	35	49

Campione totale: 1.862

Media della durata della ricerca: 29.5 anni

Media percentuale delle persone con miglioramento o con cambiamenti significativi: 55.4% (1.132)

DeSisto et al. (1995a, 1995b) hanno combinato per sesso, età, diagnosi, periodo di ricovero e altre variabili contestuali (per es. caratteristiche geografiche, uso di strumenti diagnostici), persone con disabilità psichiatriche residenti nel Vermont e nel Maine. Le percentuali di recovery dei cittadini del Vermont erano del 68% mentre quelle del Maine del 49%. Harding (1999) attribuisce le differenze tra i due campioni all'organizzazione dei servizi di salute mentale dei due Stati. All'epoca il modello di cura del Vermont enfatizzava riabilitazione, autosufficienza e integrazione sociale, mentre quello del Maine era improntato su mantenimento, stabilizzazione e acquisizione dei diritti. È degno di nota che persino nel sistema di cura del Maine, il 49% delle persone con disabilità psichiatriche mostrasse recovery o progressi significativi.

Ai cittadini del Vermont fu chiesto che cosa fosse realmente cambiato nella loro vita. Maggiormente indicati furono: cibo e vestiti decenti, compagnia, sentirsi utili, gestire i sintomi e i sistemi organizzativi, trattamento individualizzato e case management. Tra i primi dieci fattori che facevano una differenza positiva, fu citato solamente il servizio del case management” (Rapp e Goscha 2006, pp. 21 e 22).

Il modello dei punti di forza sembra costituire un importante esempio delle azioni possibili verso cui può condurre il più ampio spostamento paradigmatico che sta investendo la psicologia.

E proprio l'utilizzo di questo modello - capace di promuovere la salute dei pazienti con l'impiego di tutte le risorse individuali, sociali e ambientali - si potrebbe rivelare estremamente efficace nel determinare l'ormai necessario spostamento paradigmatico nel settore della riabilitazione psicosociale: dalla cura alla promozione della salute.

Riassunto

In questo intervento, gli autori propongono una discussione sulla riabilitazione psicosociale evidenziando limiti e pregi degli attuali modelli e della organizzazione dei servizi di salute mentale. Mettono inoltre in evidenza le criticità del concetto di cura centrata solo sulla malattia e suggeriscono una maggiore attenzione alla persona nel suo insieme e soprattutto alle sue qualità, competenze e punti di forza coerentemente con gli orientamenti più attuali della Psicologia della Salute (Bertini 2001). A tale scopo approfondiscono lo *Strengths Model* ("modello dei punti di forza") proposto da Rapp e Goscha (2006) che conferisce notevole rilevanza al contesto sociale (*Community*) e suggerisce di modificare il paradigma che domina la salute mentale. Gli autori americani rilanciano la figura del *Case Manager* - professione ancora poco definita nel nostro Paese - e il suo operato centrato sulla individuazione, promozione e sviluppo delle risorse e dei punti di forza individuali e ambientali.

THE STRENGTHS MODEL

Abstract

Key Words: *Psychosocial Rehabilitation – Illness – Health Psychology – Case Management – Strengths*

The aim of this work is to instigate a discussion regarding the psychosocial rehabilitation of people with psychiatric disabilities with special emphasis on the lack actual models with regard to the organization of mental health services.

The authors, according to modern guidance Health Psychology (Bertini 2001), wish to draw special attention to the problems of the current care system which focuses on the illness, with not enough regard to the patients' globality and especially on his talents, skills and strengths. So, in this paper, they expand the *Strengths Model* proposed by Rapp & Goscha (2006), stressing the importance of the social environment (*Community*). American authors try to promote a change in the paradigm that rules mental health field and highlight the need for a case management (a practise that isn't very sophisticated in Italy).

This practice focuses the attention on individuation, promotion and development of the individual and environmental resources and strengths.

Bibliografia

- Anthony W A (1993). *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's. Readings in Psychiatric Rehabilitation*. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston.
- Baker F, Intagliata J (1992). *Case Management*. In RP Liberman *La riabilitazione psichiatrica*. Raffaello Cortina, Milano 1997, pp. 357-395.
- Baroni E, Braibanti P (2007). *La psicologia della salute e lo sviluppo nella prima infanzia: elementi teorici*,

- dimensioni di intervento e di ricerca. In P Braibanti (a cura di) *Psicologia della Salute. Fondamenti Psicologici e Riflessione Critica per un Discorso sulla Promozione della Salute*. Celsb, Bergamo, pp. 127-163.
- Basaglia F, Ongaro Basaglia F (1975). *Crimini di pace*. Einaudi, Torino.
- Bertini M (2001). *Da Panacea ad Igea: verso il delinearci di un cambiamento di paradigma nel panorama della salute umana*. In *L'Arco di Giano* 30, 11-31.
- Bertini M, Braibanti P, Gagliardi MP (2004). *La promozione dello sviluppo personale e sociale nella scuola: il modello "Skills for life". 11 – 14 anni*. Franco Angeli, Milano.
- Braibanti P, Zunino A (2005). *Lo sguardo di Igea. Soggetti, contesti e azioni di psicologia della salute*. Franco Angeli, Milano.
- Brown GW, Monk EM, Carstairs GM, Wing JK (1962). Influence on family life in the course of schizophrenic illness. *British Journal of Psychiatry* 16, pp 55-68.
- Engel GL (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, pp. 129-136.
- Falloon I (1988). *Comprehensive Management of Mental Disorders* Buckingham Mental Health Service, Buckingham UK.
- George LK (2002). *Human development and Health*. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Science*, pp. 6959-6963.
- Leff J, Vaughn C (1985). *Expressed emotions in families*. Guilford Press, NY.
- Lieberman RP, Massel HK, Mosk MD, Wong SE (1985). Social Skills Training for chronic mental patients. *Hospital and Community Psychiatry* 36, pp 396-403.
- Rapp CA, Goscha RJ (2006). *The strengths model, case management with people with psychiatric disabilities*. Oxford University Press, Oxford.
- Ridgway P (2008). Supported Housing in Mueser KT & Jeste DV (eds) *Clinical Handbook of Schizophrenia*. Guilford Press, NY.
- Ryff CD, Singer B (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry* 9, 1, 1-28.
- Spivak M (1987). Introduzione alla riabilitazione sociale, teoria, tecnologia e metodi di intervento. *Freniatria* CXI, 3, 522-574.
- Vaccaro AG (2003). *Abilitazione e riabilitazione. Dall'assistenza all'autodeterminazione*. McGraw-Hill, Milano.
- Von Bertalanffy L (1968). *Teoria generale dei sistemi*. Istituto Librario Internazionale, Milano.
- Wehman P, Moon MS (eds) (1988). *Vocational rehabilitation and supported employment*. Brookes, Baltimore US.
- Wykes T, Reeder C (2005). *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: theory and practice*. Routledge, London.
- Wykes T (2008). Cognitive Rehabilitation. In TK Mueser, DV Jeste *Clinical Handbook of Schizophrenia*. Guilford Press, New York, pp.249-260.

Fiore Bello, Psicologo, Specialista in Psicologia della Salute*

Josè Mannu, Psichiatra, Psicoterapeuta*

Eleonora Baroni, Psicologa, Specialista in Psicologia della Salute**

* Dipartimento di Salute Mentale ASL RMB I^ A. T., C.T.R. "Urbania"

** Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, "La Sapienza", Università di Roma

Corrispondenza

Dott. Fiore Bello - Via dei Marsi, 58, 00185 Roma

Tel + 39 – 06-4469650 fax 06/4115320 - beflower@tele2.it