

GAS-Set GA & GAS-Set TAD

Griglie di Analisi del Set per la valutazione delle variabili tecniche di due dispositivi di sostegno all'abitare per la grave patologia mentale: Gruppo-Appartamento e Terapia d'Appoggio Domiciliare.

Simone Bruschetta

“Ogni scolareto sa che la mappa non è il territorio e che il nome non è la cosa designata. (...) Nella misura in cui il nome non è mai la cosa designata e la mappa non è mai il territorio, la “struttura” non è mai “vera”. (...) La “struttura” è sempre una versione un po’ appiattita e astratta della “verità”, ma è tutto ciò che possiamo conoscere. La mappa non è mai il territorio, ma talvolta è utile discutere in che modo essa differisca dall’ipotetico territorio. Più di così non possiamo avvicinarci all’indicibile, all’inafferrabile”.

Gregory Bateson (1984)

Premessa: la valutazione delle organizzazioni di lavoro nel settore dei servizi clinico-sociali alla persona

La buona gestione di una organizzazione di lavoro ed il suo “sano”sviluppo, economico, sociale e culturale, sembrano sempre più legati, oltre che ad un’amministrazione efficace dei beni economici e delle risorse tecnologiche, finanziarie e strutturali (beni posizionali), anche all’attenta amministrazione e ad un mirato sviluppo di quelle che sono le sue risorse intangibili, nonché all’incremento dei beni relazionali e quindi del suo Capitale Sociale. La possibilità di far fruttare tali risorse, che sono risorse culturali, sociali, cognitive, politiche, ecc., dipende quasi esclusivamente da un fattore immateriale, ancora poco definito, denominato nel tempo in svariati modi, ma ormai ben conosciuto da tutti gli addetti ai lavori: il cosiddetto *Fattore Umano*.

La necessità di uno sviluppo economico-organizzativo legato allo crescita delle risorse umane, culturali e relazionali è messo in primo piano da un cambiamento di paradigma nello studio delle interazioni tra le gruppaltà umane, i soggetti che vi lavorano e lo sviluppo socio-economico delle loro realtà organizzative-istituzionali.

Il modello organizzativo che sta emergendo nelle moderne organizzazioni di lavoro che offrono servizi clinici di tipo psico-sociale alle persone, sembra confermare appieno tale innovativo modello gestionale; anzi sembra averlo anticipato nel suo sviluppo.

Da sempre infatti le organizzazioni di lavoro che lavorano nel settore dei servizi socio-sanitari alla persona hanno utilizzato un modello gestionale che prevede un “intelligente” sviluppo del loro Capitale Sociale attraverso investimenti sulle professionalità in esse impiegate e quindi sul Fattore Umano che interviene in ogni loro processo produttivo di tipo gruppale.

Gli investimenti sul Fattore Umano hanno sempre avuto il triplice obiettivo di sviluppare e capitalizzare:

- la motivazione del personale attraverso procedure di valutazione e valorizzazione del lavoro,
- il *know-how* organizzativo sulle *core-competences* richieste dai servizi offerti dall'organizzazione di lavoro,
- la rete di sostegno sociale rappresentata dalle relazioni lavorative con l'ambiente esterno all'organizzazione.

Oggi, infatti, il lavoro psico-sociale di servizio clinico alla persona si sviluppa sempre più attraverso la collaborazione di diverse professionalità a progetti terapeutici sempre più specifici.

I nuovi Progetti Terapeutici Personalizzati, prescritti da tutte le linee guida nazionali ed internazionale sulla cura della grave patologia mentale, esigono ad esempio la capacità di saper gestire gruppi di lavoro, di saper lavorare in gruppo e di saper collaborare con molteplici gruppi sociali (MIN SAL, 2008; OMS, 2001; 2005). Questa capacità umana diventa, quindi, una competenza indispensabile per ogni professionista come per ogni gruppo di lavoro, tanto quanto quelle specifiche di ciascuna professione previste per l'esercizio e lo sviluppo tecnico di uno specifico servizio.

Un modello operativo che tenga conto del capitale sociale dell'organizzazione del lavoro, diventa la risorsa indispensabile alla creazione di quel *clima emotivo* nel contesto lavorativo che permette la massima produttività ed il minor spreco di energie; ma contemporaneamente anche i minori livelli di stress lavoro-correlato, la minore incidenza del *burnout*, ed il miglior utilizzo delle strategie di *coping* personale e professionale da parte degli operatori.

Le Coordinate metodologiche dei dispositivi di sostegno all'abitare

I *Dispositivi di Sostegno all'Abitare* sono dei Dispositivi Terapeutici Comunitari (Barone, Bellia, Bruschetta, 2010) che erogano servizi clinico-sociali di tipo domiciliare e che appartengono alla categoria delle strutture sanitarie intermedie che la salute mentale di comunità colloca metodologicamente, ma anche amministrativamente, tra il reparto ospedaliero e l'ambulatorio territoriale.

Nel caso della grave patologia mentale, i programmi terapeutici che organizzano i dispositivi comunitari di intervento sono stati sviluppati e modellizzati dalla letteratura e dalla ricerca suddividendoli in tre grosse tipologie, anche se con molte linee di contatto e contaminazione reciproca:

1. I programmi basati sul *case management* che forniscono al paziente servizi socio-sanitari coordinati, continui e completi attraverso l'istituzione di una figura indicata come "coordinatore del caso" che accompagna il paziente nella realizzazione, monitoraggio, ed eventuale riformulazione del suo progetto terapeutico (di cui ne è il garante formale).
2. I programmi basati sull'*assertive outreach* che offrono (in maniera attiva), al paziente, interventi terapeutici e servizi assistenziali attraverso la creazione di uno "staff clinico-sociale" progettato su misura della tipologia psicopatologica, delle caratteristiche psico-sociali, dei contesti socio-familiari di appartenenza, del progetto terapeutico personalizzato. Con l'obiettivo di valorizzare al massimo le parti sane del paziente elevando il più possibile la sua qualità di vita.
3. I programmi basati sul *supported housing* che forniscono ai pazienti sostegno e terapia domiciliare attraverso la creazione di "contesti abitativi" in grado di accogliere la sofferenza della patologia mentale, di sopravvivere alle fasi di crisi acuta e garantire, attraverso una funzione di intermediazione tra i servizi offerti dalla comunità locale ed il lavoro svolto dai familiari e dai *carer*, lo sviluppo di un ambiente terapeutico orientato alla guarigione.

In particolare esistono diversi programmi che sposano quest'ultima metodologia, anche con differenze significative. Nello specifico differenziamo (Budson, 1990):

- i *cooperative apartment* o *gruppi-appartamento (GA)*, intesi come residenze abitative condivise da 3-4 pazienti, nelle quali non c'è personale ma che ricevono visite regolari da parte dello staff di riferimento;
- il *terapia d'appoggio domiciliare (TAD)* ed il *supportive living*, intesi come programmi nei quali il paziente viene preso in carico, permanendo nel proprio contesto abitativo, da professionisti (che si recano a domicilio), ma anche dai suoi stessi familiari o da *carer* (debitamente informati, supportati e supervisionati)
- il *trattamento domiciliare per la gestione delle crisi (CRHTT)*, che prevedono un'equipe di sostegno sanitario intensivo a domicilio, per la gestione delle esacerbazioni acute della sintomatologia dei pazienti, al fine di evitare il ricovero ospedaliero, migliorare più velocemente le variabili cliniche necessarie di transizione alla fase sub-acuta.

La metodologia del sostegno comunitario alla domiciliarità (della quale le tre tipologie di programmi appena sopra indicati rappresentano i principali modelli operativi) si fonda naturalmente

anche sulla possibilità offerta ai pazienti di partecipare attivamente, anche se nei limiti delle loro capacità, al mercato del lavoro con l'obiettivo di accedere ad una condizione di autonomia economica, competenza sociale e di autostima personale, in grado di assicurare loro la libertà di scegliere consapevolmente non soltanto i dispositivi e gli operatori necessari alla cura della propria sofferenza, ma anche il luogo di residenza e le modalità di abitare il proprio territorio (Barone, Bruschetta, 2008b).

La prassi psicoterapeutica di comunità raramente attiva singolarmente i tre dispositivi sopra elencati, ma punta sovente a modulare progetti terapeutici personalizzati (soprattutto per i pazienti meno deteriorati) che prevedono la compresenza (e/o una alternanza) di tali dispositivi, o ancora, nei casi più fortunati, una programmazione nell'utilizzo ragionato di tutti e tre in successione (Wilson, 1996; Walzer, Seasons, 2002; Goldberg, et al., 2003; Wilton, 2003; Bruschetta, Barone, 2010b).

Anche se tra i *Dispositivi Terapeutici di Sostegno all'Abitare* più studiati e meglio integrati con la prassi gruppoanalitica, vi sono soprattutto quelli appartenenti metodologicamente alle prime due categorie (Evans, et al., 2003; Nelson, et al., 2005; Silvestre, et al., 2007; Barone, Bellia, Bruschetta, 2009):

- il *Gruppo-Appartamento* (G.A.), altrimenti detto *Terapia attraverso il Cooperative Apartment*;
- l'*Intervento terapeutico/clinico d'Appoggio Domiciliare* (T.A.D.), detto anche intervento di *Supportive Living*.

Il Gruppo-Appartamento

Il Gruppo-Appartamento (G.A.), come dice la stessa parola è un appartamento, sito in un contesto urbano, abitato da un piccolo gruppo di persone con grave patologia mentale. Ma può anche essere considerato un piccolo gruppo di tre-quattro pazienti che abitano un appartamento urbano come pratica terapeutica, con una presenza degli operatori clinico-sociali in turni di qualche ora al giorno, tutti o quasi tutti i giorni della settimana.

L'attivazione di un Gruppo-Appartamento ha come preconditione indispensabile l'inserimento o l'orientamento nel mondo lavorativo dei pazienti che lo abitano e quindi la loro partecipazione diretta ai progetti di inclusione sociale promossi dalla comunità locale.

Il lavoro, inteso sia come esperienza personale che come modalità di partecipazione alla vita sociale, costituisce infatti un passaggio clinico fondamentale:

- per lo sviluppo della stima di Sé, la valorizzazione delle parti sane della personalità e quindi la promozione dell'autonomia;
- per l'allargamento e la riconnessione delle reti sociali primarie e secondarie;
- per l'attivazione di una dinamica di investimento narcisistico sulla partecipazione ad un'opera comune, che abbraccia un

orizzonte di senso più ampio di quello riferito alla singola esistenza di un individuo e che permette di sperimentare sentimenti altrettanto fondamentali nei processi di guarigione dalla patologia mentale, quali l'utilità sociale e l'appartenenza grupppale.

Tutto ciò va inteso come sostegno allo svincolo dalla “*famiglia d'origine*” che risulta eccessivamente satura, e/o da una “*struttura intermedia di tipo residenziale*” che ha esaurito il suo effetto terapeutico e si ritrova a svolgere una funzione essenzialmente cronicizzante.

Nella pratica clinica, ciò significa passare dalla logica dell'attaccamento a vecchie istituzioni saturanti e quindi iatrogene, alla logica della partecipazione a nuove comunità di vita: comunità che curano.

La metodologia del Gruppo-Appartamento

La letteratura scientifica e la ricerca empirica sui “*cooperative apartments*” inseriscono ormai questo strumento in tutte le linee guida internazionali sulla cura delle patologie psicotiche (A.P.A., 1997; N.I.C.E., 2003); e riconducono a quattro fattori di processo la funzione terapeutica del gruppo appartamento (Barone, Bellia, Bruschetta, 2009; 2010):

1. *Empowerment personale* - i pazienti che vi abitano acquisiscono un maggiore potere personale e sociale che si traduce nell'implementazione della capacità negoziali con tutti gli operatori clinico-sociali che fanno parte dei loro gruppi curanti;
2. *Self-disclosure degli operatori* - gli operatori che vi lavorano vengono vissuti dai pazienti da un lato come punto di riferimento clinico e sociale fondamentale, ma dall'altro come persone rispetto alle quali doversi pian piano emancipare. Ciò viene agito quotidianamente attraverso una modalità relazionale ambivalente caratterizzata da incontro/scontro e da dipendenza/controdipendenza, cui il clinico deve sempre prestare molta attenzione per le potenzialità iatrogene insite in essa. Una mancata supervisione di tale dinamica grupppale e contransferale produrrebbe infatti l'impossibilità per i pazienti di fare quella fondamentale esperienza terapeutica dell'avere ancora bisogno di una guida e nello stesso tempo sperimentare quell'autonomia che fa nascere il desiderio di “potercela fare da solo”;
3. *Attaccamento al gruppo* - la relazione fra i pazienti è paritaria e, come in qualsiasi gruppo di pari, si sperimentano emozioni, comportamenti, sentimenti di sana competizione, ma anche di collaborazione nella convivenza e nella gestione della casa, senza bloccare in ognuno la nascita del bisogno di vivere all'esterno nuove relazioni con propri amici e conoscenti;
4. *Socializzazione dei conflitti* - gli operatori devono farsi carico del conflitto con e tra i pazienti, senza dimenticare il conflitto sociale ed istituzionale nel quale prende quotidianamente forma il

processo di cura attraverso il gruppo-appartamento, né il conflitto contrasferale che li coinvolge direttamente come curanti.

La ricerca clinica ed empirica in merito consente di suddividere in due i modelli generali di gruppo-appartamento, il *gruppo-appartamento tra pari* ed il *gruppo-appartamento familiare*, anche se la flessibilità di questo dispositivo in realtà permette numerose applicazioni nel campo della salute mentale, ivi comprese quelle di tutte le possibilità intermedie tra i due modelli generali, come ad esempio il *gruppo-appartamento di coppia o di coppie*.

Il gruppo-appartamento tra pari

Il *gruppo-appartamento tra pari*, come tutti i gruppi-appartamento, dei quali, tra l'altro, ne rappresenta il modello più diffuso, è un dispositivo di cura comunitaria inserito in un centro abitato ricco di servizi urbani e di *luoghi* di convivenza civile. Come confermato dagli studi condotti sulla popolazione dei pazienti psichiatrici (Brekke *et al.*, 1993), la numerosità ottimale sembra oscillare tra tre e quattro membri per G.A..

I turni degli operatori non ricoprono quasi mai, se non in maniera straordinaria, l'intera giornata lavorativa. È importante, a tal proposito, raggiungere l'obiettivo di lasciare libera la notte dai turni di lavoro, facendo in modo che i pazienti rimangano da soli, con l'accorgimento di fornire loro tutti i numeri di telefono necessari a far fronte ad eventuali emergenze (compresi i recapiti telefonici degli operatori).

Un'altra caratteristica peculiare è l'organizzazione degli incontri di gruppo nell'appartamento come pratica di convivenza. Gli incontri avvengono la mattina e/o la sera, in cucina o in altro ambiente comune, per scambiare opinioni e discutere eventuali problemi, come in una comune casa abitata da privati cittadini, ma anche come in un comune gruppo terapeutico formato da persone che condividono una parte importante del loro percorso di cura.

A questo modello appartiene il dispositivo del *gruppo-appartamento tra pari per giovani in età post-adolescenziale*, appositamente pensato per accogliere tutti quei ragazzi che sono stati ricoverati in comunità terapeutiche residenziali, in centri di riabilitazione per disabili, o in comunità alloggio per minori.

Infatti accade sovente che molti giovani si ritrovano, al compimento della maggiore età, senza alcuna reale possibilità abitativa alternativa alla struttura residenziale dove sono stati alloggiati per decreto dal Tribunale dei Minori o per affido temporaneo da parte dei Servizi Sociali competenti.

Il gruppo-appartamento risulta anche in tali casi un utilissimo strumento di sostegno ed inclusione sociale che permette di prevenire la iatrogenia dell'istituzionalizzazione forzata e contemporaneamente di proseguire il Progetto Terapeutico o Riabilitativo Personalizzato, qualora ce ne fosse ancora bisogno, al raggiungimento della maggiore età.

Il gruppo-appartamento familiare

Il *gruppo-appartamento familiare* è un modello di gruppo-appartamento, molto meno studiato e praticato del precedente, essenzialmente volto alla ricomposizione di un gruppo familiare che, per condizioni di grave disagio psico-socio-economico, è stato precedentemente smembrato e i cui membri sono stati dispersi in residenze socio-sanitarie appartenenti a diverse istituzioni di servizio pubblico.

Il gruppo-appartamento familiare, per definizione, permette di ricongiungere sotto lo stesso tetto alcuni fratelli, anche minori, con almeno un loro genitore che spesso è la madre.

Quest'ultima di solito accede al gruppo-appartamento:

- dopo una prima accoglienza in una Comunità Alloggio per ragazze-madri con figli neonati e/o maltrattate;
- dopo un periodo di cura presso una Comunità Terapeutica Residenziale per la grave patologia mentale;
- oppure, all'interno di un progetto di tutela della prole, che è stata, assieme a lei, vittima di maltrattamenti ed abusi familiari.

La numerosità ottimale è quindi, in questo caso, quella che consente di riunire il maggior numero possibile di membri del gruppo familiare originariamente frammentato.

È così che si realizza un'opportunità per quei minori che spesso hanno almeno uno dei genitori con patologia mentale, cui di frequente sono stati sottratti dalle autorità giudiziarie competenti, per essere istituzionalizzati presso strutture residenziali (soprattutto case-famiglia) che per quanto possano accoglierli nel migliore dei modi di certo non rappresentano un vero e proprio cotesto di vita familiare.

Quando l'istituto dell'adozione o quello l'affidamento familiare non vengono attivati, questi ragazzi rischiano di permanere in comunità a tempo indeterminato, come in un "luogo di parcheggio" in attesa della cronicizzazione del disagio transgenerazionale anche nella nuova generazione (Montgomery, *et. al.*, 2006).

"Il pensiero e le procedure (abitudini, eventi, leggi, sentenze) del sociale e nel sociale sembrano guidate in modo esasperato dal pregiudizio individualistico che porta a scindere continuamente i legami nell'illusione idealizzante che bisogna garantire 'il bene migliore per il minore' e comunque per la persona singola" (Pontalti, 2006, p. 127).

Invece, come in tutti gli altri gruppi-appartamento, anche in questo, si prevede di co-progettare con il genitore, un programma di inserimento lavorativo e di sostegno alla genitorialità; mentre per i figli si avviano progetti personalizzati di inserimento scolastico e sociale, anche attraverso la presenza di educatori domiciliari nel gruppo-appartamento.

L' Intervento Terapeutico-clinico d'Appoggio Domiciliare

Nell'ambito di ogni intervento domiciliare è previsto che uno o più operatori domiciliari forniscano un sostegno specifico rispetto al miglioramento della qualità di vita dei pazienti presi in carico con una metodologia di salute mentale comunitaria.

Di solito, quando è il paziente a richiedere l'attivazione del servizio, la richiesta d'aiuto riguarda esplicitamente il sostegno alla cura della propria persona o della propria abitazione.

Mentre i familiari dei pazienti ricercano frequentemente un sostegno allo svolgimento di tutte quelle attività che la Classificazione Internazionale del Funzionamento delle Abilità e della Salute (ICF - OMS, 2002) indica come indispensabili per la partecipazione alle aree di vita principali (ad esempio la vita sociale, professionale, civile e di comunità).

Inoltre, alcune volte la tipologia di intervento in questione si profila quale aiuto specifico e diretto alla cura della salute, sia essa fisica che mentale, di un paziente già preso in carico da un servizio socio-sanitario territoriale; altre volte coincide invece con una psicoterapia in *setting* domiciliare, o con un *affiancamento ad una psicoterapia* effettuata presso un servizio pubblico territoriale o in uno studio privato locale (Lo Coco, Lo Verso, 2006).

Anche quando non emerge una richiesta esplicita, può essere considerato terapeutico, o comunque orientato clinicamente, qualsiasi intervento domiciliare svolto da parte di specifici professionisti che garantisca al paziente, che rinnega la sua condizione di disagio psico-socio-economico (così come potrebbe negare direttamente la propria patologia mentale), un servizio alternativo a quello reso da strutture intermedie a carattere residenziale, per meglio tutelare la dignità della sua persona, nonché sostenerlo nelle attività di convivenza civile.

Possiamo affermare altresì che la psicoterapia in *setting* domiciliare in un'ottica gruppoanalitica coincide con una terapia specifica di tutto il gruppo familiare, della coppia coniugata o del singolo paziente che richiede l'intervento (Foulkes, 1975b).

Ricordiamo che l'intervento domiciliare non deve quindi mai essere considerato un approccio slegato dal lavoro territoriale per la salute mentale poiché spetta soprattutto, sempre e comunque, ai servizi di salute mentale che hanno territorialmente in carico il paziente interessato e/o ai professionisti della psicoterapia in studio privato, sia integrare tale intervento con gli eventuali dispositivi di cura già attivati per lui; sia garantire l'indispensabile supervisione clinico-istituzionale agli operatori socio-sanitari, nonché la co-visione agli psicoterapeuti domiciliari coinvolti nel progetto terapeutico del paziente.

Aspetti metodologici della T.A.D.

La presenza del Terapeuta d'Appoggio Domiciliare presso la residenza dei pazienti si struttura quotidianamente a fasce orarie,

concordate naturalmente con il paziente, con maggiore o minore flessibilità a seconda della tipologia di servizi richiesta.

Le prestazioni erogate dagli operatori clinici domiciliari, hanno comunque tutte, indipendentemente dalle professionalità coinvolte (psicologi, educatori, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali, operatori socio-sanitari) e dalla specifica richiesta del paziente, obiettivi comuni quali:

- l'aiuto alle relazioni quotidiane con i familiari ed i vicini;
- la corretta gestione dei farmaci e dei trattamenti terapeutici;
- la guida alla gestione ed all'organizzazione della casa;
- l'orientamento alla formazione professionale;
- l'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale.

Di fatto questi operatori svolgono delle vere e proprie funzioni psicoterapiche, operando come costruttori di reti sociali, fungendo da garanti del funzionamento di tali reti e consentendo all'utente di abitare le sue reti familiari e sociali.

Il Terapeuta d'Appoggio Domiciliare risulta inoltre, nel caso della presa in carico della grave patologia mentale, strutturalmente ma anche simbolicamente, membro effettivo di almeno altri cinque gruppi curanti e/o istituzioni sociali, oltre naturalmente che al gruppo familiare presso cui operano:

- il Dipartimento di Salute Mentale territorialmente competente,
- il Comune di residenza del paziente;
- la propria istituzione di appartenenza: servizio pubblico, cooperativa sociale, studio privato;
- le associazioni culturali e le organizzazioni dei pazienti e dei familiari territorialmente rappresentate;
- l'Istituzione presso cui si svolge il progetto di formazione professionale e/o di inserimento lavorativo del paziente.

In realtà, sono questi i nodi della rete di sostegno sociale che spetta all'operatore domiciliare intrecciare e rinsaldare, affinché il paziente con grave patologia mentale possa assumersi la responsabilità di integrarla nel proprio progetto terapeutico e di vita.

All'interno di questa grande rete di sostegno e partecipazione, l'operatore deve permettere la strutturazione attorno al paziente di un gruppo costituito da operatori clinico-sociali e dai responsabili di servizi (appartenenti a diverse organizzazioni o istituzioni territoriali) che intreccino legami molto stretti con il *plexus* della matrice familiare del paziente stesso (Foulkes, 1975b).

La rete dei "legami intermedi" che ne risulta si annoda a sua volta intorno agli altri operatori ed agli altri utenti che usufruiscono degli stessi servizi, ma anche intorno ai rappresentati istituzionali che hanno in carico ciascun paziente dal punto di vista sanitario, sociale ed amministrativo (Aziende Sanitarie, Pubblica Amministrazione, Enti Locali, Cooperative Sociali, Associazioni Culturali).

Un inquadramento per la valutazione delle variabili tecniche dei dispositivi di sostegno all'abitare

La Griglia di Analisi del SET(TING), elaborata da Giannone e Lo Verso (1997; 1998) per la valutazione dei dispositivi gruppal e multipersonale di cura, permette la definizione e l'operationalizzazione preliminare delle variabili riguardanti il contesto organizzativo-procedurale della situazione terapeutica totale costruita attraverso qualsiasi dispositivo terapeutico.

Ci riferiamo qui ad un inquadramento delle variabili fondamentali per la valutazione del *Set* degli interventi terapeutici attivati attraverso i Dispositivi di Sostegno all'Abitare.

Fanno quindi parte del *Set* in oggetto, le variabili strutturali, visibili, esplicitamente definite che stabiliscono il territorio, i confini, le caratteristiche e le fondamentali regole di esistenza della situazione terapeutica gruppal e multipersonale attivata da tali dispositivi.

Le GAS-Set qui utilizzate sono quindi delle rielaborazioni ad hoc delle Griglie di Variabili sviluppate per la valutazione dei dispositivi terapeutici gruppoanalitici, per definire, delimitare ed evidenziare, al fine di una sempre più agevole valutazione, l'insieme delle condizioni materiali e la cornice organizzativo-procedurale, dei più diffusi dispositivi terapeutici comunitari da noi utilizzati nella pratica di sostegno all'abitare.

Sono riportate di seguito in successione le Griglie di Analisi del *Set* del Gruppo Appartamento di coppia e tra pari *GAS-Set GA-PC*, del Gruppo Appartamento familiare *GAS-Set GA-F* e della Terapia d'Appoggio Domiciliare *GAS-Set TAD*, strutturate in modo da permettere una descrizione quanto più idonea possibile, in termini di oggettività, all'applicazione della pratica terapeutica sottesa da tali dispositivi.

G.A.S. – SET - GRUPPO-APPARTAMENTO

**GRUPPO-APPARTAMENTO TRA PARI
GRUPPO-APPARTAMENTO DI COPPIA**

VARIABILI RELATIVE AL SET
SETTORE SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ E SOSTEGNO
ALL'ABITARE

Simone Bruschetta (2012)

<p>Tempi degli interventi di sostegno all'abitare</p>	<p>Frequenza settimanale N. ... giorni la settimana</p>	1	2	3	4	5	6	7
	<p>Durata totale dell'intervento: N. ... ore la settimana</p>							
	<p>Fascia oraria H.</p>							
	<p>Fascia oraria H.</p>							
	<p>Fascia oraria H.</p>							
<p>Spazi e Luoghi</p> <p>Caratteristiche architettoniche, sociali, logistiche e di confort, in contesti particolari</p>	<p>Collocazione urbanistica della casa</p>	<p>Quartiere, zona residenziale, ecc</p>						
	<p>Struttura architettonica della casa</p>	<p>Descrizione dell'immobile, situazione condominiale, ecc</p>						
	<p>Suddivisione degli ambienti</p>	<p>Numero di vani, disposizione dei servizi</p>						
	<p>Arredamento degli ambienti</p>	<p>Qualità e funzionalità dell'arredamento</p>						
<p>Area dell'intervento</p> <p>Definizione, specifico del lavoro, su cosa lavorano gli operatori di sostegno all'abitare</p>	<p>Sostegno alle autonomie primarie e secondarie</p>							
	<p>Sostegno alla qualità della vita domestica</p>							
	<p>Sostegno alla vita sociale, civile e di comunità</p>							
	<p>Altre aree</p>							
	<p>Altre aree</p>							

Contesto lavorativo degli operatori di sostegno all'abitare Pubblico, privato, privato-sociale	Prestazione libero-professionale		In studio o altro servizio privato			
	Servizio privato-sociale		In Cooperativa Sociale o Associazione Culturale			
			In convenzione con Enti Locali o Aziende USL			
	Servizio pubblico		Fornito da Enti Locali o Aziende USL			
	Altro contesto					
Numerosità dell'utenza presa in carico	Composizione del nucleo abitativo		Specificare la composizione per sesso e per età			
	Numerosità totale: N. ...		Rapporto tra i generi M/F: .../...			
	Età media: N. ...		Rapporto N. utenza/vani: .../...			
Caratteristiche di ogni singolo paziente	1	Età		Stato civile		
		Sesso				
		Profilo socio-economico				
		Profilo psicopatologico				
		Storia clinica				
		Storia familiare				
	2	Età		Stato civile		
		Sesso				
		Profilo socio-economico				
		Profilo psicopatologico				
		Storia clinica				
		Storia familiare				
	3	Età		Stato civile		
		Sesso				
		Profilo socio-economico				
		Profilo psicopatologico				
		Storia clinica				
		Storia familiare				
	4	Età		Stato civile		
		Sesso				
		Profilo socio-economico				
		Profilo psicopatologico				
		Storia clinica				
		Storia familiare				
5	Età		Stato civile			
	Sesso					
	Profilo socio-economico					
	Profilo psicopatologico					
	Storia clinica					
	Storia familiare					

<p>Assetto e Disposizione di lavoro</p> <p>Attività, cosa si fa, come si fa</p>	Colloqui duali e gruppali	
	Affiancamento alle attività domestiche	
	Accompagnamento in luoghi extradomestici	
	Somministrazione di farmaci	
	Altro:	
<p>Regole di comportamento</p> <p>Decise dai pazienti, concordate con gli operatori, contrattate con la committenza</p> <p>Astinenza, puntualità, gestione dei confini</p>	Regole di programmazione delle attività	
	Regole di definizione e modifica dei tempi e della frequenza dei “turni” in gruppo-appartamento	
	Regole per comunicare con gli operatori e di utilizzo contatto telefonico	
	Regole di coinvolgimento degli amici dei pazienti nelle attività del gruppo- appartamento	
	Regole di coinvolgimento dei familiari dei pazienti nelle attività del gruppo- appartamento	
	Regole di coinvolgimento di altri referenti istituzionali nelle attività programmate	
	Altre regole	
<p>Contratto</p> <p>Durata dell'intervento, obiettivi concordati, interruzioni, vacanze, modalità di pagamento degli operatori di sostegno all'abitare</p>	Obiettivi generali del gruppo degli operatori di sostegno all'abitare	
	Ruoli e funzioni nel gruppo degli operatori di sostegno all'abitare	
	Interruzioni del servizio degli operatori previste per vacanze e sospensioni	
	Modalità di pagamento degli operatori di sostegno all'abitare	
	Modalità di partecipazione dei pazienti alle spese della residenza	
	Altre clausole	

	Presenza di Progetti Terapeutici Personalizzati redatti da gruppi di lavoro istituzionalmente competenti		Gli operatori di sostegno all'abitare ne hanno preso conoscenza		Gli operatori di sostegno all'abitare sono coinvolti nella loro redazione o verifica	
	Si	No	Si	No	Si	No
<p>Richieste e obiettivi espliciti della committenza/referenti esterni</p> <p>Chi paga il costo del gruppo-appartamento, rapporti con i referenti interessati</p>	Quali sono gli obiettivi istituzionali del gruppo-appartamento					
	Ente o persona fisica che paga il costo della residenza in gruppo-appartamento					
	Strutture di coordinamento e valutazione del lavoro degli operatori					
	Gruppi di supervisione e/o co-visione del lavoro degli operatori					
<p>“Presenze” familiari o istituzionali</p> <p>Referenti istituzionali, responsabilità e funzioni, nel Progetto Terapeutico Personalizzato del paziente</p> <p>Lavoro clinico-sociale con la famiglia, con le altre figure istituzionali coinvolte</p>	Famiglia dei pazienti					
	Ente locale					
	Azienda USL					
	Cooperativa Sociale					
	Associazione Culturale					
	Studio Privato					
	Amministratore di Sostegno					
	Tutore					
	Tribunale					
	Altro					
Strumentazioni tecniche	Mezzi e strumenti utilizzati forniti dai pazienti, dalla committenza, dagli operatori		Denaro, mezzi di trasporto, prodotti casalinghi, ecc.			
	Strumenti di registrazione, osservazione, e valutazione del lavoro in gruppo-appartamento		Test, griglie di analisi, report, ecc			
	Altri strumenti					

Gestione degli psicofarmaci	Terapia farmacologica			
	Gestione della somministrazione	Autogestione da parte del paziente	Somministrazione controllata in casa	
			Somministrazione controllata presso altro servizio	
	Psichiatra ASL referente del piano terapeutico			
	Altri medici coinvolti			
Operatori di sostegno all'abitare Training, appartenenze professionali, motivazioni, obiettivi relativi alla specifica situazione lavorativa	1	Sesso	Titolo di studio	
		Età		
		Esperienza clinico-sociale		
		Fisionomia Professionale		
	Mansione professionale riconosciuta dall'incarico			
	2	Sesso	Titolo di studio	
		Età		
		Esperienza clinico-sociale		
		Fisionomia Professionale		
	Mansione professionale riconosciuta dall'incarico			
	3	Sesso	Titolo di studio	
		Età		
		Esperienza clinico-sociale		
		Fisionomia Professionale		
	Mansione professionale riconosciuta dall'incarico			
Presenza di altri eventuali operatori domiciliari	Terapeuti d'appoggio domiciliari personali			
	Educatori di sostegno domiciliare personali			
	Collaboratori domestici			
	Volontari / Gruppi di volontariato			

G.A.S. – SET GRUPPO-APPARTAMENTO

GRUPPO-APPARTAMENTO FAMILIARE

VARIABILI RELATIVE AL SET
 SETTORE SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ E SOSTEGNO
 ALL'ABITARE
 SETTORE NEUROPSICHIATRIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA E
 SOSTEGNO FAMILIARE

Simone Bruschetta (2012)

Tempi degli interventi di sostegno abitativo	Frequenza settimanale N. ... giorni la settimana	L	M	M	G	V	S	D
	Durata totale dell'intervento: N. ... ore la settimana							
	Fascia oraria - H.							
	Fascia oraria - H.							
	Fascia oraria - H.							
Spazi e Luoghi Caratteristiche architettoniche, sociali, logistiche e di confort, in contesti particolari	Collocazione urbanistica della casa	Quartiere, zona residenziale, ecc						
	Struttura architettonica della casa	Descrizione dell'immobile, situazione condominiale, ecc						
	Suddivisione degli ambienti	Numero di vani, disposizione dei servizi						
	Arredamento degli ambienti	Qualità e funzionalità dell'arredamento						
Area dell'intervento Definizione, specifico del lavoro, su cosa lavorano gli operatori di sostegno all'abitare	Sostegno alle autonomie primarie e secondarie							
	Sostegno alla qualità della vita domestica							
	Sostegno alla vita sociale, civile e di comunità							
	Altre aree							
Contesto lavorativo degli operatori di sostegno all'abitare Pubblico, privato, privato-sociale	Prestazione libero-professionale	In studio o altro servizio privato						
	Servizio privato-sociale	In Cooperativa Sociale o Associazione Culturale						
		In convenzione con Enti Locali o Aziende USL						
	Servizio pubblico	Fornito da Enti Locali o Aziende USL						
Altro contesto								

Numerosità dell'utenza presa in carico	Composizione del nucleo abitativo		Disegnare la mappa dell'abitazione con l'indicazione dei posti letto di ciascuno	
	Composizione trigerazionale della famiglia		Disegnare il genogramma familiare con l'indicazione degli utenti residenti presso il gruppo-appartamento	
	Numerosità totale: N. ...		Rapporto tra i generi M/F: .../...	
	Età media: N. ...		Rapporto N. utenza/vani: .../...	
Caratteristiche di ogni singolo paziente/utente	1	Età	Stato civile	
		Sesso		
		Profilo socio-economico		
		Profilo psicopatologico		
		Storia clinica		
		Storia familiare		
	2	Età	Stato civile	
		Sesso		
		Profilo socio-economico		
		Profilo psicopatologico		
		Storia clinica		
		Storia familiare		
	3	Età	Stato civile	
		Sesso		
		Profilo socio-economico		
		Profilo psicopatologico		
		Storia clinica		
		Storia familiare		
	4	Età	Stato civile	
		Sesso		
Profilo socio-economico				
Profilo psicopatologico				
Storia clinica				
Storia familiare				
5	Età	Stato civile		
	Sesso			
	Profilo socio-economico			
	Profilo psicopatologico			
	Storia clinica			
	Storia familiare			

<p>Assetto e Disposizione di lavoro</p> <p>Attività, cosa si fa, come si fa</p>	Didattica individualizzata	
	Colloqui duali e familiari	
	Affiancamento alle attività domestiche	
	Accompagnamento in luoghi extradomestici	
	Somministrazione di farmaci	
	Altro:	
<p>Regole di comportamento</p> <p>Decise dai pazienti/utenti, concordate con gli operatori, contrattate con la committenza</p> <p>Astinenza, puntualità, gestione dei confini</p>	Regole di programmazione delle attività	
	Regole di definizione e modifica dei tempi e della frequenza dei “turni” in gruppo-appartamento	
	Regole per comunicare con gli operatori e di utilizzo contatto telefonico	
	Regole di coinvolgimento degli amici dei pazienti/utenti nelle attività del gruppo-appartamento	
	Regole di coinvolgimento degli altri familiari dei pazienti/utenti nelle attività del gruppo-appartamento	
	Regole di coinvolgimento di altri referenti istituzionali nelle attività programmate	
	Altre regole	
<p>Contratto</p> <p>Durata dell'intervento, obiettivi concordati, interruzioni, vacanze, modalità di pagamento degli operatori di sostegno all'abitare</p>	Obiettivi generali dell'operatore o del gruppo degli operatori di sostegno all'abitare	
	Ruoli e funzioni nel gruppo degli operatori di sostegno all'abitare	
	Interruzioni del servizio degli operatori previste per vacanze e sospensioni	
	Modalità di pagamento degli operatori di sostegno all'abitare	
	Modalità di compartecipazione dei pazienti/utenti alle spese della residenza	
	Altre clausole	

	Presenza di Progetti Terapeutici/Educativi Personalizzati redatti da gruppi di lavoro istituzionalmente competenti		Gli operatori di sostegno all'abitare ne hanno preso conoscenza		Gli operatori di sostegno all'abitare sono coinvolti nella loro redazione o verifica	
	Si	No	Si	No	Si	No
<p>Richieste e obiettivi espliciti della committenza/referenti esterni</p> <p>Chi paga il costo del gruppo-appartamento, rapporti con i referenti interessati</p>	Quali sono gli obiettivi istituzionali del gruppo-appartamento					
	Ente o persona fisica che paga il costo della residenza in gruppo-appartamento					
	Strutture di coordinamento e valutazione del lavoro degli operatori					
	Gruppi di supervisione e/o co-visione del lavoro degli operatori					
<p>“Presenze” familiari o istituzionali</p> <p>Referenti istituzionali, responsabilità e funzioni, nel Progetto Terapeutico Personalizzato del paziente</p> <p>Lavoro clinico-sociale con la famiglia, con le altre figure istituzionali coinvolte</p>	Famiglia dei pazienti/utenti					
	Ente locale					
	Azienda USL					
	Cooperativa Sociale					
	Associazione Culturale					
	Studio Privato					
	Amministratore di Sostegno					
	Tutore					
	Tribunale					
	Servizio Sociale Affidatario					
	Scuola					
Altro						
Strumentazioni tecniche	Mezzi e strumenti utilizzati forniti dai pazienti/utenti, dalla committenza, degli operatori		Denaro, mezzi di trasporto, prodotti casalinghi, ecc.			
	Strumenti di registrazione, osservazione, e valutazione del lavoro in gruppo-appartamento		Test, griglie di analisi, report, ecc			
	Altri strumenti					

Gestione delle terapie mediche	Patologie mediche e/o psichiatriche presenti nel nucleo abitativo					
	Eventuali terapie farmacologiche praticate da ogni singolo paziente/utente					
	Psichiatra ed eventuale Neuropsichiatra ASL referenti dei piani terapeutici					
	Altri medici coinvolti					
Operatori di sostegno all'abitare Training, appartenenze professionali, motivazioni, obiettivi relativi alla specifica situazione lavorativa	1	Sesso		Titolo di studio		
		Età				
		Esperienza clinico-sociale				
		Fisionomia Professionale				
		Mansione professionale riconosciuta dall'incarico				
	2	Sesso		Titolo di studio		
		Età				
		Esperienza clinico-sociale				
		Fisionomia Professionale				
		Mansione professionale riconosciuta dall'incarico				
	3	Sesso		Titolo di studio		
		Età				
		Esperienza clinico-sociale				
		Fisionomia Professionale				
		Mansione professionale riconosciuta dall'incarico				
Presenza di altri eventuali operatori domiciliari	Terapeuti d'appoggio domiciliare personali					
	Educatori di sostegno domiciliare personali					
	Collaboratori domestici					
	Volontari / Gruppi di volontariato					

G.A.S. – SET - INTERVENTO DOMICILIARE
TERAPIA D’APPOGGIO DOMICILIARE

VARIABILI RELATIVE AL SET
 SETTORE SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ E SOSTEGNO
 ALL’ABITARE

Simone Bruschetta (2012)

Tempi degli interventi domiciliari	Frequenza settimanale N. ... giorni la settimana	L	M	M	G	V	S	D
	Durata totale dell’intervento: N. ... ore la settimana							
	Fascia oraria H.							
Spazi e Luoghi degli interventi Caratteristiche architettoniche, sociali, logistiche e di confort, in contesti particolari	Spazi della casa dove avviene l’incontro							
	Spazi familiari dove si svolge il lavoro							
	Luoghi sociali di affiancamento del paziente							
	Altri spazi							
Area dell’intervento Definizione, specifico del lavoro, di cosa si occupa	Sostegno alle autonomie primarie e secondarie							
	Sostegno alla qualità della vita domestica e familiare							
	Sostegno alla vita sociale, civile e di comunità							
	Altre aree							
Contesto Pubblico, privato, privato-sociale	Prestazione libero-professionale	In studio o altro servizio privato						
	Servizio privato-sociale	In cooperativa sociale o associazione culturale						
		In convenzione con Enti Locali o Aziende USL						
	Servizio pubblico	Fornito da Enti Locali o Aziende USL						
Altro contesto								
Numerosità dell’utenza presa in carico	Composizione del nucleo abitativo del paziente	Disegnare la mappa dell’abitazione con l’indicazione dei posti letto di ciascuno						
	Eventuale presa in carico di altri membri di tale nucleo o della famiglia del paziente							

Caratteristiche del singolo utente dell'intervento domiciliare	Età		Stato civile	
	Sesso			
	Profilo socio-economico			
	Profilo psicopatologico			
	Storia clinica			
	Storia familiare			
Assetto e Disposizione di lavoro Attività, cosa si fa, come si fa	Colloqui duali e familiari			
	Affiancamento alle attività domestiche			
	Accompagnamento in luoghi extradomestici			
	Somministrazione di farmaci			
	Altro:			
	Altro:			
Regole di comportamento Decise dal paziente, concordate con il terapeuta, contrattate con la committenza Astinenza, puntualità, gestione dei confini	Regole di programmazione delle attività			
	Regole di definizione e modifica dei tempi e della frequenza degli incontri			
	Regole per comunicare con il terapeuta d'appoggio e di utilizzo contatto telefonico			
	Regole di coinvolgimento degli altri membri del nucleo domestico nelle attività programmate			
	Regole di coinvolgimento di altri familiari nelle attività programmate			
	Regole di coinvolgimento di altri referenti istituzionali nelle attività programmate			
	Altre regole			
Contratto Durata dell'intervento, obiettivi concordati, interruzioni, vacanze, modalità di pagamento del terapeuta d'appoggio	Obiettivi concordati tra paziente e terapeuta			
	Durata prevista dell'intervento			
	Interruzioni previste per vacanze e sospensioni			
	Modalità di pagamento del terapeuta d'appoggio			
	Altre clausole			

	Presenza di un Progetto Terapeutico Personalizzato redatto da un gruppo di lavoro istituzionalmente competente		Il terapeuta domiciliare ne ha preso conoscenza		Il terapeuta domiciliare è coinvolto nella sua redazione o verifica	
	Si	No	Si	No	Si	No
<p>Richieste e obiettivi espliciti della committenza/referenti esterni</p> <p>Chi paga il costo dell'intervento, rapporti con i referenti interessati</p>	Quali sono gli obiettivi istituzionali dell'intervento domiciliare					
	Ente o persona fisica che paga il costo dell'intervento domiciliare					
	Strutture di coordinamento e valutazione del lavoro del terapeuta d'appoggio					
	Gruppi di supervisione e/o co-visione del lavoro del terapeuta d'appoggio					
<p>“Presenze” familiari o istituzionali</p> <p>Referenti istituzionali, responsabilità e funzioni, nel Progetto Terapeutico Personalizzato del paziente</p> <p>Lavoro clinico-sociale con la famiglia, con le altre figure istituzionali coinvolte</p>	Nucleo di convivenza					
	Famiglia del paziente					
	Ente Locale					
	Azienda USL					
	Cooperativa Sociale					
	Associazione Culturale					
	Studio Privato					
	Amministratore di Sostegno					
	Tutore					
	Tribunale					
<p>Strumentazioni tecniche</p>	Mezzi e strumenti utilizzati forniti dal paziente, dalla committenza, dal terapeuta		Denaro, mezzi di trasporto, prodotti casalinghi, ecc.			
	Strumenti di registrazione, osservazione, e valutazione dell'intervento domiciliare		Test, griglie di analisi, report, ecc.			
	Altri strumenti					

Gestione degli psicofarmaci	Terapia farmacologica				
	Gestione della somministrazione	Autogestione da parte del paziente	Somministrazione controllata in casa	Somministrazione controllata presso altro servizio	
	Psichiatra ASL referente del piano terapeutico				
	Altri medici coinvolti				
Terapeuta d'appoggio domiciliare Training, appartenenze professionali, motivazioni, obiettivi relativi alla specifica situazione lavorativa	Sesso		Titolo di studio		
	Età				
	Esperienza clinico-sociale				
	Fisionomia Professionale				
Mansione professionale riconosciuta dall'incarico					
Presenza di altri eventuali operatori domiciliari	Altri operatori domiciliari				
	Collaboratori domestici				