

L'osservazione degli stadi di cambiamento negli interventi di prossimità e in rapporto allo sviluppo del progetto educativo.

Cleta Sacchetti, Marco Bassani, Francesca Negretti, Stefano Martinelli

Università di Bologna - Azienda USL di Imola

Gli interventi educativi condotti con la metodologia della “prossimità” si collocano nell’area della prevenzione (selettiva o indicata) e mirano ad anticipare ed orientare la richiesta di aiuto del soggetto in difficoltà o a rischio, incontrandolo nei suoi luoghi di vita ed evitando la stigmatizzazione potenzialmente legata ai luoghi ufficiali di cura (SERD).

L’intervento in prossimità richiede all’operatore un alto grado di consapevolezza professionale per garantire una corretta metodologia di azione, un buon livello di sicurezza e l’appropriatezza clinica dell’intervento. Poiché l’educatore professionale nella maggior parte dei casi in prossimità lavora da solo, anche l’osservazione dell’andamento del caso presenta aree di criticità, in quanto sono più difficilmente correggibili le distorsioni provocate dalla soggettività personale; nello stesso tempo una buona osservazione costituisce anche il necessario materiale per permettere all’equipe, che si ritrova a cadenza settimanale, di esercitare il proprio ruolo di sostegno, condivisione e supervisione.

Con queste motivazioni, come area educativa dell’Unità Operativa Complessa Dipendenze Patologiche (UOCDP) AUSL di Imola, stiamo affrontando un percorso di sviluppo degli strumenti utilizzati in prossimità.

In questa sede vorremmo concentrarci su di una prassi di osservazione che vede coinvolti il noto Modello Transteorico del Cambiamento (Prochaska & Di Clemente, 1984) e il relativo questionario MAC: entrambi sono stati utilizzati da noi dapprima per una valutazione dell’efficacia degli interventi svolti in prossimità e poi come bussola per individuare gli obiettivi e le azioni corrette da intraprendere con il paziente.

Interventi di prossimità

I soggetti che prendono parte agli interventi di prossimità vi accedono in base a:

- richieste dell’utente o dei familiari, oppure delle agenzie sanitarie e socio-educative portate direttamente al Servizio Dipendenze Patologiche;
- richieste provenienti dalla rete amicale in cui vi sono utenti già in carico;
- richieste provenienti dalle reti di conoscenze intessute sul territorio dall’educatore.

Si tratta di soggetti non disponibili, perlomeno inizialmente, ad effettuare il normale percorso di accoglienza presso il Servizio Dipendenze Patologiche. Analogamente agli utenti che accedono direttamente al Servizio Dipendenze Patologiche, i partecipanti agli interventi di prossimità sottoscrivono i moduli per la privacy e il consenso informato. Gli interventi di prossimità, attuati dagli educatori del Servizio, si articolano in tre macro-fasi:

- Fase dell’Accoglienza/Aggancio relazionale. Comprende i primi incontri sul territorio a forte carattere informale, dedicati alla conoscenza reciproca e all’osservazione, in cui si valutano i fattori di vulnerabilità e di protezione dall’addiction.

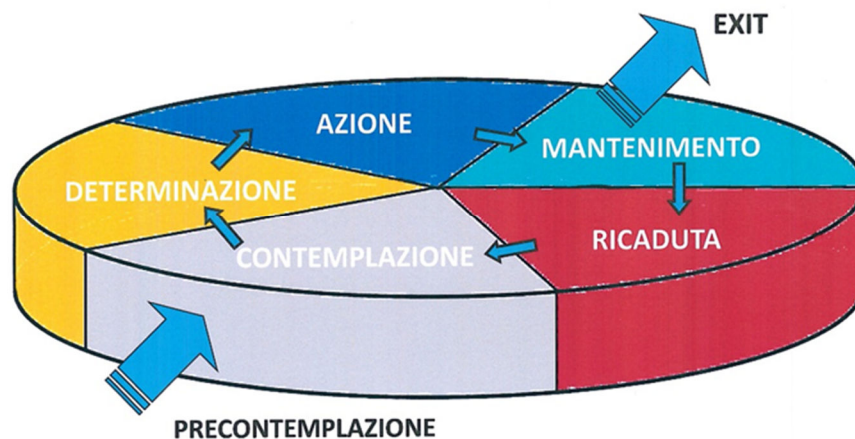
- Fase della Relazione fiduciaria. Comprende incontri, sempre effettuati sul territorio a cadenza quindicinale per un massimo di sei mesi, finalizzati a favorire la creazione di una relazione di fiducia. Caratteristiche degli incontri sono: la sospensione del giudizio, l'alleanza terapeutica, il counseling educativo e le attività di info-educazione (consegna di materiale scientifico).
- Fase del Progetto terapeutico. In questa fase ha luogo una progettazione condivisa con possibilità di prosecuzione dell'intervento di prossimità o di interruzione e di inserimento in comunità territoriali diurne o in comunità residenziali.

Nel corso delle tre fasi sopra descritte vengono svolte anche attività ludico-ricreative, culturali e sportive, di role-playing, socio-riabilitative e di info-educazione.

Il Modello Transteorico del Cambiamento

Il Modello Transteorico del Cambiamento (Prochaska & DiClemente, 1984) è uno dei modelli teorici più utilizzati nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute. Secondo gli autori, il cambiamento non è un fenomeno del tipo "tutto o niente", ma un processo graduale che attraversa specifiche fasi, seguendo un percorso ciclico e progressivo.

Figura 1: Stadi del cambiamento



Il percorso di cambiamento comprende:

1. La fase di Precontemplazione, in cui il soggetto non ha ancora preso in considerazione la possibilità di modificare il proprio comportamento.
2. La fase di Contemplazione, in cui il soggetto, considerando gli aspetti positivi e negativi della situazione, inizia a valutare la possibilità di modificare il proprio comportamento.
3. La fase di Determinazione, in cui il soggetto decide di modificare il proprio comportamento e pianifica il cambiamento.
4. La fase di Azione, in cui il soggetto agisce per modificare la propria situazione.
5. La fase di Mantenimento, in cui si ha una stabilizzazione del cambiamento attuato.

Il percorso di cambiamento descritto da Prochaska e DiClemente è, in realtà, un percorso non lineare:

- il soggetto che ha raggiunto una specifica fase può anche regredire a fasi precedenti (DiClemente, 1994)
- È un percorso ciclico, in cui sono possibili ricadute che riportano il soggetto a una nuova fase di Contemplazione.

Questionario MAC

Il Questionario MAC è originariamente ideato per la valutazione della motivazione al cambiamento nella dipendenza da eroina e poi prodotto in differenti versioni dedicate a differenti addiction. Il questionario, sviluppato sul Modello Transteorico del Cambiamento, comprende 7 scale:

- Le scale della *Precontemplazione*, *Contemplazione*, *Determinazione e Azione* che misurano il grado in cui il soggetto rientra in una di queste specifiche fasi del percorso di cambiamento. Convenzionalmente il soggetto viene considerato nello stadio di cambiamento per il quale ottiene il punteggio più elevato.
- La scala della *Frattura Interiore*, che misura il grado in cui il soggetto si percepisce differente da come vorrebbe essere.
- La scala dell'*Autoefficacia*, che misura il grado in cui il soggetto si percepisce capace di attuare un cambiamento.
- La scala dell'*Affidabilità*, che misura l'affidabilità delle risposte date dal soggetto.
- Il MAC è uno strumento del quale è stata dimostrata la validità e l'affidabilità (Spiller & Guelfi, 1998).

La valutazione dell'efficacia dell'intervento

Il primo quesito a cui abbiamo tentato di rispondere è stato “gli interventi di prossimità hanno una dimostrabile efficacia?”. A questo scopo tra il 1° febbraio 2012 e il 12 dicembre 2014 abbiamo somministrato il MAC a 57 soggetti prima e dopo l'intervento di prossimità. L'età media dei soggetti al momento dell'ingresso nella sperimentazione era di 19 anni, decisamente in linea con gli obiettivi degli interventi in prossimità che si rivolgono prevalentemente alla fascia giovanile della popolazione. Circa il 50% del campione era composto da consumatori di Cannabinoidi, mentre il rimanente 50% si divideva fra consumatori di alcool, eroina, cocaina e addictions da comportamento (es. Gioco d'azzardo Patologico).

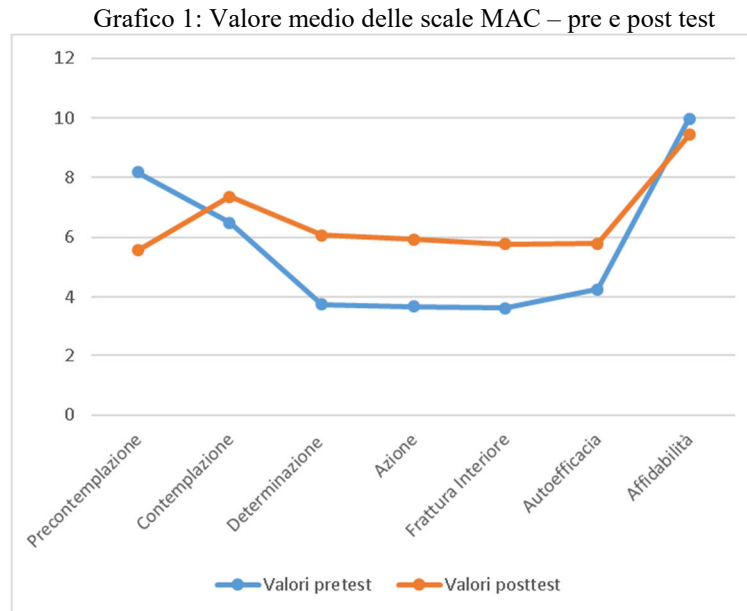
I risultati pre-test e post test hanno confermato che avviene un avanzamento del posizionamento dei pazienti negli stadi del modello trans teorico (Tabella 2).

Tabella 2: risultati pre-test e post test

Scala MAC	Media (mediana) Pretest	Media (mediana) Posttest	Significatività del Test di Wilcoxon
Precontemplazione	8.19 (9)	5.56 (6)	$p < 0.001$
Contemplazione	6.49 (7)	7.37 (7)	$p < 0.01$
Determinazione	3.74 (2)	6.07 (6)	$p < 0.001$
Azione	3.68 (0)	5.93 (5)	$p < 0.001$
Frattura Interiore	3.63 (1)	5.77 (5)	$p < 0.001$
Autoefficacia	4.25 (3)	5.79 (5)	$p < 0.001$
Affidabilità	9.98 (10)	9.44 (10)	$p < 0.05$

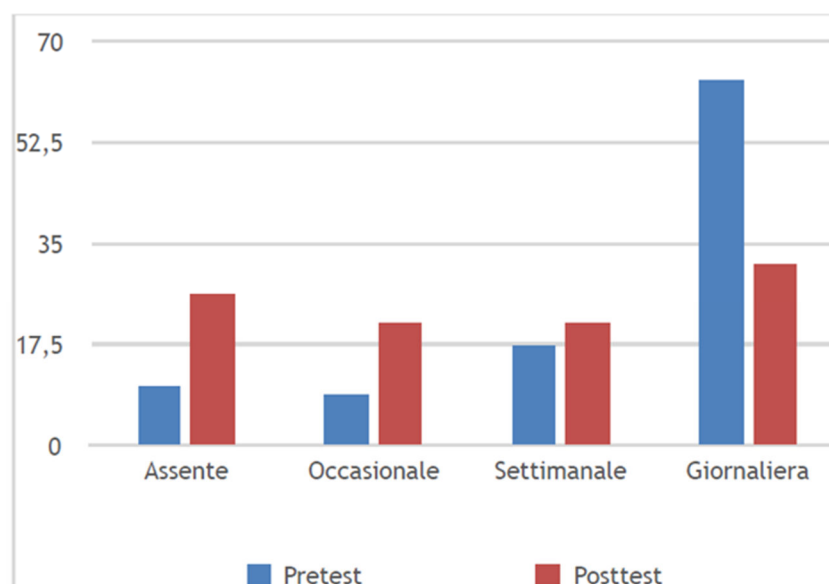
La tabella 1 va letta considerando la struttura del MAC: ogni paziente ottiene punteggi relativi ad ognuna delle sette scale e si attribuisce lo stadio di cambiamento in cui il soggetto ottiene il punteggio maggiore. Se leggiamo il valore medio (e o la mediana) dei punteggi ottenuti dai pazienti prima e dopo l'intervento notiamo in modo macroscopico che scende il valore relativo alla “Precontemplazione”, in cui il soggetto non percepisce la necessità di apportare modifiche al suo stile di vita, ed aumentano quelli relativi alla “Contemplazione”, “Determinazione” ed “Azione” che sono gli stadi in cui il paziente è attivo nel contrasto dell'addiction. Sale anche il valore relativo alla “Frattura interiore” che costituisce un elemento chiave della motivazione al cambiamento. Rimane invece sostanzialmente stabile il valore relativo all'”Affidabilità” delle risposte date dal soggetto.

Il miglioramento si evidenzia graficamente in modo più semplice in questo grafico a linee (Grafico 1) in cui si vede che la linea rossa, corrispondente ai valori post test è “più alta” su tutti i valori, tranne che in quello della “Precontemplazione”.



Contemporaneamente allo spostamento dei pazienti verso gli stadi che li vedono più attivi nel contrasto all’addiction si nota anche una diminuzione della frequenza d’assunzione delle sostanze o di attuazione dei comportamenti problematici prima e dopo l’intervento di prossimità (Grafico 2), crolla infatti il valore della frequenza giornaliera ed aumentano tutti gli altri. Si nota in particolare la crescita del valore “assente” e del valore “occasionale”.

Grafico 2: Variazioni assunzione sostanze e comportamenti problematici



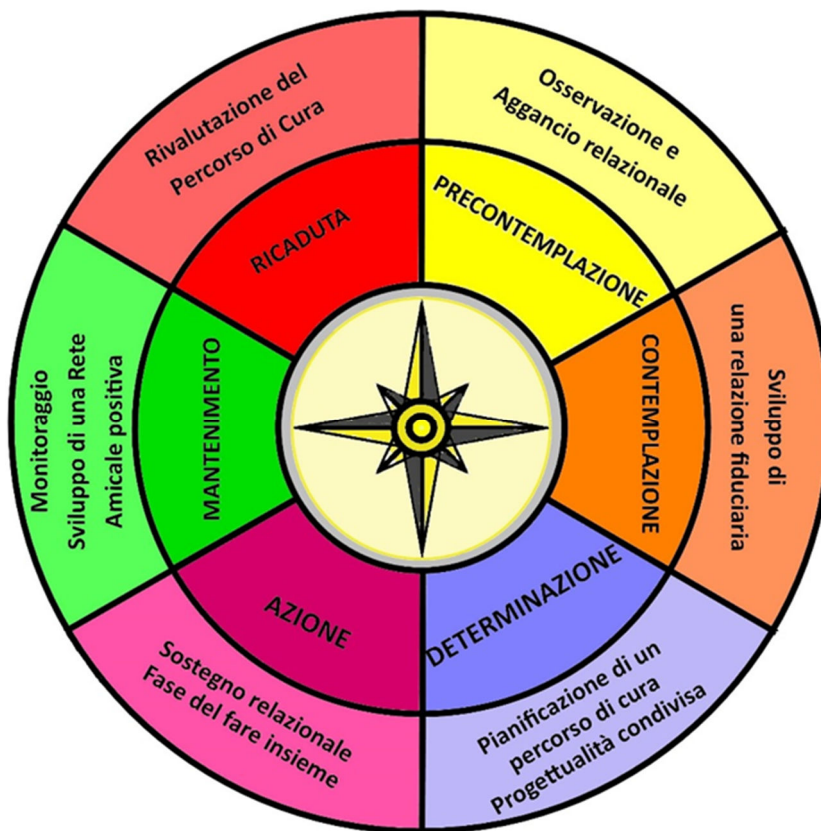
Si evidenzia quindi che esiste una correlazione fra i comportamenti problematici e lo stadio del Modello Transteorico. Lo studio è stato presentato nel 2017¹ al convegno della SIPED Formare alla Ricerca Empirica in Educazione, e poi pubblicato sulla rivista “Creative Education”.

Il risultato ottenuto, se pur certo non definitivo, ci ha incoraggiato a proseguire sia con lo stile dell’intervento in prossimità, sia con il lavoro di precisazione e standardizzazione del metodo utilizzato.

Osservare lo stadio del cambiamento per determinare gli interventi

Lo stretto lavoro di raccordo degli educatori impegnati sul campo con il pedagoga coordinatore ha permesso di codificare in modo preciso la correlazione esistente fra lo stadio di cambiamento osservato, la fase o azione educativa relativa e, infine, gli strumenti utilizzati per l’azione educativa. Questo lavoro è esitato in due semplici strumenti rivolti a guidare il lavoro degli educatori: la Bussola (Figura 2) e la Tabella degli strumenti (Figura 3).

Figura 2: la Bussola



La bussola, simbolo della capacità di orientarsi, vuole essere una formula grafica semplice e suggestiva, finalizzata a collegare in modo rapido lo stadio del cambiamento del paziente con la fase/azione educativa che più risulta opportuna. Per esemplificare è certamente fuori luogo entrare in una fase di progettualità condivisa o pianificare un percorso di cura con un paziente che si colloca in uno stadio di “contemplazione”: tale azione non solo sarebbe una perdita di tempo ma rischierebbe di far aumentare la resistenza al cambiamento del paziente, che si sentirebbe

1 Sacchetti, C., Gardenghi, S., Martinelli, S., Bassani, M., Atti, A. R., & Pascarella, G. (2017). La valutazione degli interventi di prossimità. Uno studio pilota; in Ghirrotto, L. Formare alla Ricerca Empirica in Educazione. Atti del Convegno Nazionale del Gruppo di Lavoro SIPED, Teorie e metodi della Ricerca in Educazione, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, 2017; Sacchetti, C., Martinelli, S., Bassani, M., Atti, A. R., Pascarella, G., & Gardenghi, S. (2017). The Evaluation of Proximity Interventions: A Pilot Study. *Creative Education*, 8(09), 1471., <https://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=78076>

prevaricato o forzato nel percorso di cura. Così come con un soggetto appena entrato nella fase di “determinazione” spingerlo verso lo “sviluppo di una rete amicale positiva” sarebbe prematuro, in quanto il paziente deve ancora focalizzare le conseguenze operative della sua scelta ed i fattori sociali facilitanti utili a sostenerlo. La bussola è corredata di una tabella (Figura 3), che aggiunge indicazioni relative alla frequenza degli incontri e agli strumenti educativi utilizzati.

Figura 3: Tabella incontri e strumenti

STADI DEL CAMBIAMENTO	FREQUENZA DEGLI INTERVENTI	FASE/AZIONE EDUCATIVA	STRUMENTO EDUCATIVO
PRECONTEMPLAZIONE	Un incontro ogni 15/30 giorni	Osservazione e aggancio relazionale	<ul style="list-style-type: none"> • Attività Ludico Ricreativa sul Territorio • Modello delle cerchie
CONTEMPLAZIONE	Un incontro ogni 7 giorni	Sviluppo di una Relazione Fiduciaria	<ul style="list-style-type: none"> • Attività Ludico Ricreativa sul Territorio • Bilancia Decisionale • Counseling • Info-educazione
DETERMINAZIONE	Un incontro ogni 7 giorni	Pianificazione di un percorso di cura, Progettualità condivisa	<ul style="list-style-type: none"> • Attività Ludico Ricreativa sul Territorio • Counseling • Info educazione • Role-Playing • TCC (individuale e/o di gruppo)
AZIONE	Un incontro ogni 7 giorni	Sostegno psicologico Fase del “fare insieme”	<ul style="list-style-type: none"> • Counseling • Info educazione • Role-Playing • TCC (individuale e/o di gruppo)
MANTENIMENTO	Un incontro ogni 15/30 giorni	Monitoraggio Sviluppo di una Rete Amicale positiva	<ul style="list-style-type: none"> • Counseling • TCC (individuale e/o di gruppo) • Problem Solving
RICADUTA	Un incontro ogni 7 giorni	Rivalutazione del Percorso di Cura	<ul style="list-style-type: none"> • Brainstorming • Problem Solving • Bilancia Decisionale • Counseling

Per l'équipe dell'area educativa dell'UOCDP la realizzazione degli strumenti ha permesso di compiere un passo deciso verso una organizzazione degli interventi educativi basata su di una prassi di osservazione oggettiva (la determinazione dello stadio del cambiamento attraverso il questionario MAC), la conseguente collocazione del paziente in una fase della relazione educativa con i relativi strumenti utilizzabili e la frequenza degli interventi.

Tutto ciò non costituisce certamente un punto di arrivo ma, piuttosto, il primo passo verso un sistema di osservazione-progettazione-monitoraggio² dei risultati con forti elementi di oggettività

² Un collegamento stretto e razionale fra l'osservazione, la progettazione dell'intervento e il monitoraggio dei risultati, costituisce in realtà la finalità dell'osservazione in educazione (si veda Zavatta, L., Negretti, R., Martinelli, S., Sacchetti, C. (2018). L'osservazione nel contesto educativo. Collana Mappe per l'Educazione, Bonomo Editore, p.43).

quanto mai desiderabili sul fronte dell'intervento proposto al paziente e anche per la rendicontazione dei risultati (Figura 4).

Figura 4: sistema di osservazione-progettazione-monitoraggio



Naturalmente per il monitoraggio dei risultati, anche in relazione alla presa in carico terapeutica del paziente da parte dell'equipe multidimensionale, si valutano non solo lo stadio di cambiamento ma anche tutte le altre dimensioni sociali e cliniche necessarie (astinenza, autonomia sociali, reti relazionali, etc.) con strumenti dedicati che tratteremo in un altro studio.

Gli strumenti in relazione al setting di intervento

Nella tabella la colonna strumenti indica sia delle tecniche, che delle famiglie di attività specifiche che si ritengono appropriate a favorire il passaggio del paziente da uno stadio di cambiamento a quello successivo o nel caso della fase del "mantenimento" a prolungarne il più possibile la durata. Questi strumenti devono essere intesi come collegati al setting specifico dove si svolgono gli interventi con il metodo della prossimità, che sono prevalentemente gli spazi pubblici del territorio. L'info-educazione, ad esempio, viene svolta in contesti altamente informali come possono essere il parco o il bar: utilizza perciò metodi e tecniche non riconducibili direttamente a quelli che siamo abituati a vedere in un setting d'aula (niente proiezioni di slide, né lavagna) ma è prevalentemente basata sul dialogo.

Ci premeva, in questa sede, effettuare una breve descrizione della famiglia di attività specifiche che "etichettiamo" come attività ludico ricreativa, in quanto più difficilmente riconducibile ad elementi condivisi fra operatori di formazione diversa. L'attività ludico-ricreativa è costituita in genere da proposte a bassa soglia di difficoltà e di costo, si propone di intercettare gli interessi del paziente, al fine di permettere il così detto "aggancio relazionale": possiamo indicare a titolo di esempio il cinema, piuttosto che il bowling, le fiere del territorio, i locali frequentati dai coetanei del paziente.

Il tutto deve essere funzionale a permettere al paziente di sentirsi compreso e valorizzato nel presente (accettazione incondizionata). La conoscenza delle serie televisive più note fra i giovani da parte dell'educatore, dei video giochi più diffusi, delle mode giovanili, dell'universo delle sostanze, costituisce un bagaglio certamente utile a chi deve stabilire un ponte comunicativo con ragazzi che vivono in condizioni di marginalità e che hanno attinto prevalentemente a questi elementi della cultura commerciale o dell'illegalità per costruire il proprio universo di simboli e significati.

La condivisione di momenti ludici, inoltre, permette di destrutturare il pregiudizio e la paura che accompagna l'operatore dei servizi di cura, rassicurando il paziente sul fatto che sarà lui a

mantenere il controllo della propria vita e sarà ancora lui a decidere quali parti di sé portare dentro la relazione.

Naturalmente questa parte dell'intervento in prossimità è facilmente gradita al paziente, che viene aiutato ad uscire dalla solitudine in cui si trova senza apparentemente chiedere nulla in cambio, ma è invece difficilmente rendicontabile in termini di impiego di risorse: il modello proposto in questo articolo può certamente aiutare in questo senso.

Conclusioni

La fase di ricerca ci ha permesso di mostrare una ragionevole correlazione fra lo stadio del cambiamento, la frequenza dei comportamenti problematici e una ragionevole efficacia degli interventi in prossimità nel favorire la transizione verso il positivo negli stadi del cambiamento. Questi due assunti ci hanno permesso di mostrare che il metodo dell'intervento in prossimità è efficace per favorire la riduzione dei comportamenti problematici.

Mentre svolgevamo questo percorso di ricerca, abbiamo sviluppato uno schema guida per collegare ad ogni stadio di cambiamento una appropriata fase dell'azione educativa con i relativi obiettivi, una appropriata tempistica ed i principali strumenti educativi.

I prossimi passi, che ci appaiono interessanti, sono certamente una ripresa della prima parte dello studio per confermarne i risultati ed una ulteriore fase di indagine tesa a dimostrare l'appropriatezza degli strumenti rispetto a ciascuna fase/azione educativa ed anche a identificare per ciascun strumento linee operative precise.

Bibliografia

- Sacchetti, C., Gardenghi, S., Martinelli, S., Bassani, M., Atti, A. R., & Pascarella, G. (2017). *La valutazione degli interventi di prossimità. Uno studio pilota*; in Ghirotto, L. (a cura di), *Formare alla Ricerca Empirica in Educazione*. Atti del Convegno Nazionale del Gruppo di Lavoro SIPED, Teorie e metodi della Ricerca in Educazione, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna
- Sacchetti, C., Martinelli, S., Bassani, M., Atti, A. R., Pascarella, G., & Gardenghi, S. (2017). The Evaluation of Proximity Interventions: A Pilot Study. *Creative Education*, 8(09), 1471.
- Di Clemente, C. C. (1994). Gli stadi del cambiamento: un approccio transteorico alla dipendenza. *Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze*, 77, 37-51.
- Kröger, C., Winter, H., & Shaw, R. (1998). Linee guida per la valutazione degli interventi preventivi nel campo delle tossicodipendenze. *Manuale per i responsabili della pianificazione e valutazione dei programmi*—Institut für Therapie forschung Monaco Germania.
- Fegert, J. M., Schepker, R., Keller, F., Ludolph, A. G., Plener, P., Williamson, A. E., ... & Hart-Kerkhoffs, L. (2009). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents a review of the theory and evidence base of indicated prevention*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, Portugal.
- Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (2013). *Prevention of addictive behaviors (updated and expanded new edition of Prevention of substance abuse)*. Lussemburgo: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1994). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Krieger Pub Co.
- Spiller, V., & Guelfi, G. P. (1998). La valutazione della motivazione al cambiamento: il questionario MAC/E. *BOLLETTINO PER LE FARMACODIPENDENZE EL ALCOOLISMO*, 21, 7-16.
- Zavatta, L., Negretti, R., Martinelli, S., Sacchetti, C. (2018). *L'osservazione nel contesto educativo*. Collana Mappe per l'Educazione, Bonomo Editore