

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

Pratiche di riabilitazione psicosociale: un progetto di coaching sociale e abitativo

Francesco Moret*, Giovanni De Sario*, Diego Saccon**

SUMMARY

■ *This work analyzes a project of social coaching and homing support delivered to a group of patients suffering from addiction problems. These patients need psychosocial rehabilitation interventions in the perspective of recovery. The project is sustained by the AULSS 4 Veneto Orientale Addiction's Unit (Ser.D.).*

The abstract illustrates the project's rehabilitative aspects and provides a quantitative assessment of the project's outcomes referring to a group of 29 patients treated between 2015 and 2018.

The quantitative assessment was performed using a questionnaire assembled using the HoNOS scale as a reference.

The work also mentions the narrative dimension of the relationship between the patient and his occupational therapist through the analysis of two fragments of that relationship.

The above analysis is studied in depth in order to show how occupational therapy can enable the occupational therapist to become a facilitator in terms of the elaboration of psychic aspects for the patient and at the same time someone who can enhance the patient's social skills.

Although it is evident how the use of a limited sample, the observational nature of the work in itself and the use of a non-validated questionnaire all constitute a methodological limit, most of the treated cases show an improvement in the scores related to psychosocial skills.

In particular the improvement is more evident in those who had at least 18 months of treatment.

In conclusion, it is considered valid to give continuity to the project by extending its application to a wider range of patients and meanwhile to improve the study's results evaluation. ■

Keywords: *Addiction, Dual diagnosis, Recovery, Psychosocial rehabilitation.*

Parole chiave: *Dipendenza, Doppia diagnosi, Recovery, Riabilitazione psicosociale.*

Background

I cambiamenti delle problematiche in una parte della popolazione portatrice di Dipendenze Patologiche ci hanno indotto negli ultimi anni ad una riflessione ed alla trasformazione di alcune prassi.

Infatti questo segmento di popolazione di utenti dei Servizi, oltre ai problemi derivanti dall'uso di sostanze, presenta vari fattori che complicano il loro quadro: l'avanzamento dell'età, un basso livello di scolarità, le scarse competenze professionali, la comorbilità psichiatrica, malattie internistiche, l'allentamento dei

legami familiari, l'isolamento sociale, la ridotta autonomia abitativa ed economica.

Emerge quindi con sempre maggior forza la necessità di sviluppare interventi miranti alla riattivazione di abilità personali e sociali. Come sottolinea l'Osservatorio Europeo sulle droghe, "il trattamento delle Dipendenze da solo non è sufficiente a prevenire l'esclusione sociale", e che "gli interventi di integrazione sociale dovrebbero essere compresi nei programmi di trattamento fin dalle fasi iniziali" (Sumnall, Brotherhood, 2012). Il cambio di paradigma necessario è quello che sposta l'enfasi dagli approcci esclusivamente terapeutici, sia orientati alla guarigione che alla stabilizzazione, o di riduzione del danno o meramente assistenziali, ad un approccio riabilitativo e di recovery (Lieberman, 2008) lungo gli assi della cura di sé e della gestione della malattia, dell'abitare, dell'occupazione, delle relazioni sociali (SAMHSA, 2017).

* *Educatore presso l'associazione Solidarietà Dicembre '79.*

** *Direttore UOC Servizio per le Dipendenze AULSS4 Veneto Orientale.*

Obiettivi generali

Il progetto che presentiamo è iniziato nel 2015 su iniziativa del Ser.D. dell'AULSS 4 del Veneto Orientale, nell'ambito dei Piani di Zona. Lo scopo del progetto è quello di affiancare ad alcuni pazienti un Educatore che, attraverso una relazione individuale, li conduca attraverso percorsi riabilitativi con obiettivi personalizzati. Le aree di intervento individuate, che coincidono sostanzialmente con gli assi riabilitativi a cui si è fatto riferimento sopra, sono a nostro avviso più difficili da affrontare in un contesto di cura ambulatoriale, che nell'ambito di vita personale del paziente attraverso il lavoro di un educatore a domicilio e nei contesti sociali che il paziente deve affrontare. In base alle caratteristiche del paziente, del grado di compromissione, dell'età e delle esigenze personali e familiari, le aree individuate possono comprendere:

L'Area Abitativa e della Cura di sé

Il sostegno nella dimensione della quotidianità, della domiciliarità e dell'autonomia in situazioni complesse, al fine di fornire un supporto nella gestione dei rapporti familiari o di convivenza, amicali o di vicinato. A seconda dei casi può anche rendersi necessario stimolare e consolidare la cura della persona e degli spazi in cui vive, monitorare la gestione economica, gestire eventuali situazioni di emergenza come sfratti o problematiche con le utenze. Il lavoro dell'operatore inoltre può essere orientato all'aiuto per la persona nel riconoscere le situazioni di rischio per la ricaduta nell'uso di sostanze e la gestione dei momenti di crisi e delle complicazioni psichiatriche preesistenti o correlate all'uso di sostanze.

L'Area Occupazionale

Accompagnare nella ricerca di percorsi occupazionali, fare da guida rispetto alle risorse personali e del territorio per l'incremento delle abilità sociali e prevenire o ridurre l'evoluzione della disabilità psicosociale.

La Sfera delle relazioni

Promuovere la creazione o, se già presente, il mantenimento di relazioni sane e positive nei contesti territoriali (volontariato, sport, attività culturali...) che possano riavvicinare gli utenti all'ambito territoriale di appartenenza generando o rinnovando interessi e motivazione.

L'Alleanza terapeutica

Rafforzare l'alleanza di cura con i Servizi e promuovere la creazione o il mantenimento di nodi di interdipendenza nelle reti familiari e nel contesto ambientale qualora l'autonomia sia ridotta o assistita.

Descrizione del dispositivo di cura

Il paziente viene individuato dagli operatori del Ser.D., che, coinvolgendo anche i servizi sociali comunali del territorio di residenza del soggetto, provvedono a proporgli il trattamento. In caso di condivisione della proposta viene fissato un appuntamento con l'educatore, l'operatore di riferimento del Servizio ed il paziente per presentare in maniera approfondita il progetto e condividere gli obiettivi che si intendono perseguire. Tale appuntamento può avvenire sia al Ser.D. che presso l'abitazione del paziente. Una volta attivato il dispositivo, l'educatore si occupa di mantenere aggiornato l'operatore del Servizio rispetto all'andamento del progetto individuale e agli sviluppi degli obiettivi concordati, ma anche di condividere i passaggi e le difficoltà che emergono.

In alcuni casi, dove le caratteristiche individuali, gli obiettivi ed eventuali fattori ambientali richiedono il coinvolgimento dei servizi sociali comunali, l'educatore coordina il suo intervento con gli assistenti sociali di riferimento.

In alcuni casi il lavoro dell'educatore si coordina anche con quello dell'eventuale amministratore di sostegno che può essere stato assegnato al paziente, cercando di promuovere e coordinare scelte che siano coerenti.

Metodologia interventi

Gli interventi sono caratterizzati da una serie di specificità che mirano a rendere l'azione educativa diversa rispetto a quella che si potrebbe attuare in ambito ambulatoriale.

L'operatore si muove in un contesto "naturale" che è rappresentato dalla casa dell'utente ma anche dal territorio in cui la persona vive, ad esempio, per attuare alcuni degli obiettivi individuati non è infrequente che ci siano accompagnamenti presso strutture ospedaliere ed enti pubblici o privati. Questo approccio si configura come dinamico e agganciato all'attualità dei bisogni del paziente, evitando però di assumere la forma piuttosto come un intervento che oscilla tra l'osservazione delle capacità di vita (life skills) dei pazienti e la sperimentazione di azioni ed interazioni sociali nelle quali l'Educatore fungere sia da conduttore che da modello di apprendimento o di identificazione.

Metodologia valutativa

Al fine di poter valutare sia l'andamento del progetto, che dei singoli programmi individuali, è stato elaborato dall'équipe un breve questionario composto di 23 item suddivisi per aree. Il questionario prende come riferimento nella costruzione di parte dei suoi item la scala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) utilizzata per la valutazione della gravità della patologia e degli esiti nei percorsi nei servizi di salute mentale. Gli operatori coinvolti, con scadenza trimestrale, compilano il questionario per ognuno dei pazienti coinvolti al fine di poter valutare i miglioramenti o i peggioramenti della situazione scendendo il più possibile nel dettaglio.

Presentazione dei risultati

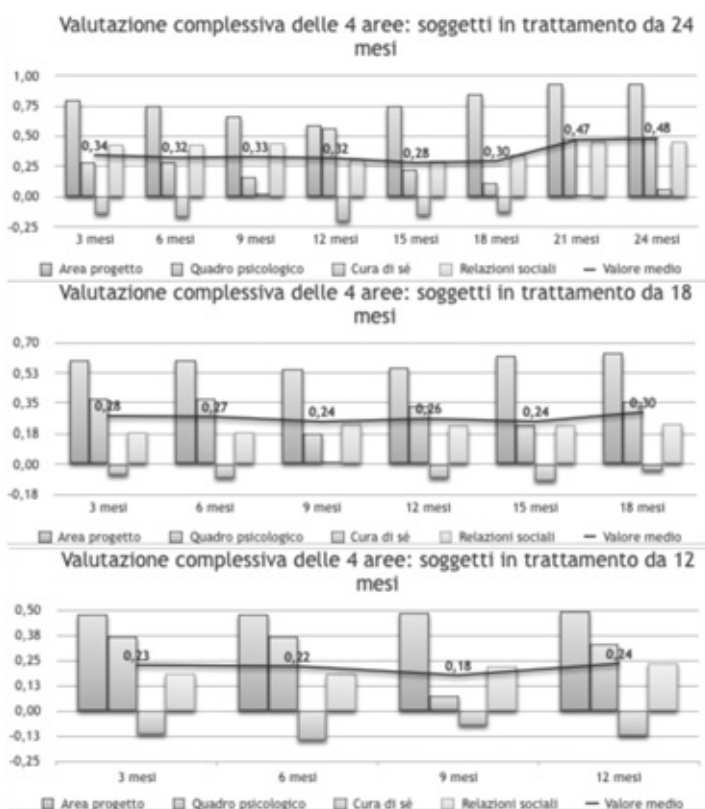
Il questionario di valutazione è stato elaborato assegnando dei punteggi numerici alla valutazione dei vari item: i valori sopra lo zero indicano l'avvicinamento ad una situazione di stabilità, positività o di assenza di problematiche e patologie, mentre i valori al di sotto dello zero rappresentano la presenza di situazioni più critiche, negative o la presenza di problematiche o patologie. I dati raccolti sono quindi stati trattati calcolando la media dei punteggi per ognuno degli item individuati in relazione alla numerosità del campione in quello specifico spazio temporale. Per la valutazione dell'andamento complessivo nelle quattro diverse macro-aree si è prodotto un nuovo calcolo della media di tutti gli item appartenenti alle macro-aree di riferimento nella fascia temporale stabilita.

Nei grafici vengono presentati i risultati complessivi dell'andamento dei soggetti nelle quattro macro-aree individuate dagli obiettivi generali: per un monitoraggio che tenesse conto della lunghezza del percorso svolto dagli utenti in relazione alla qualità dei risultati ottenuti sono state considerate tre fasce temporali: sono stati presi in esame i soggetti in trattamento da 24, 18 e 12 mesi.

Tab. 1 - Item di valutazione individuali

AREA DI VALUTAZIONE DEL PROGETTO	AUTONOMIA PERSONALE
<i>Accoglienza della famiglia nei confronti dell'operatore</i>	<i>Spostamenti fuori casa</i>
A) La famiglia si dimostra accogliente B) I famigliari sono disinteressati alla presenza dell'operatore C) I famigliari sono espulsi nei confronti dell'operatore D) Persona che vive sola	A) Viaggia autonomamente, servendosi dei mezzi pubblici o di mezzi propri B) Fa uso di taxi o si fa accompagnare, ma non è capace di usare mezzi pubblici C) Viaggia su mezzi pubblici solo se assistito o accompagnato
<i>Appuntamenti con servizio inviante (e altri coinvolti: comuni, psichiatria, ecc.)</i>	<i>Assunzione dei propri farmaci</i>
A) Si ricorda autonomamente dell'appuntamento B) Si dimentica saltuariamente degli appuntamenti presi o arriva in ritardo C) Non si ricorda degli appuntamenti	A) È capace di assumere correttamente la terapia farmacologica prescritta B) Occasionalmente non assume correttamente la terapia farmacologica C) È incapace di assumere da solo la terapia farmacologica D) Non valutabile per inaffidabilità del paziente
<i>Appuntamenti con gli operatori per progetto</i>	<i>Problemi legati all'assunzione di alcol o droghe</i>
A) Si ricorda autonomamente dell'appuntamento B) Si dimentica saltuariamente degli appuntamenti presi o arriva in ritardo C) Non si ricorda degli appuntamenti	A) Mantenimento dell'astinenza B) Abuso C) Dipendenza
<i>Adesione alla proposta del progetto</i>	<i>Uso del proprio denaro</i>
A) Aderisce in modo attivo e con modalità appropriate B) Aderisce in modo passivo C) Boicotta l'intervento	A) Provvede in modo autonomo alle proprie finanze (conti, fare assegni, pagare l'affitto e altre spese, andare in banca), controlla le proprie entrate B) Provvede alle spese ed ai conti quotidiani, ma ha bisogno di aiuto per le operazioni maggiori (andare in banca, fare assegni, fare grosse spese, ecc.) C) È incapace di maneggiare il denaro in modo consapevole e responsabile
QUADRO PSICOLOGICO	
<i>Comportamenti iperattivi, aggressivi o agitati</i>	<i>Autonomia economica</i>
A) Nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato B) Irritabilità, litigiosità o irrequietezza che non richiedono intervento C) Minacce o aggressioni verbali, iperattività o agitazione evidente	A) È autonomo a livello economico B) È parzialmente autonomo a livello economico C) Dipende totalmente dai famigliari o da enti
<i>Problemi legati all'umore depresso</i>	<i>Situazione occupazionale</i>
A) Nessun problema legato all'umore depresso B) Presenza di stati depressivi passeggeri C) Depressione evidente	A) Lavora in modo continuativo B) Lavora saltuariamente o si trova in borsa lavoro C) Non lavora ma è in ricerca lavorativa D) Non lavora e non è in ricerca lavorativa E) Sta affrontando un percorso riabilitativo di re-inserimento lavorativo
<i>Comportamenti autolesivi</i>	<i>Fare la spesa (organizzazione quotidiana e settimanale)</i>
A) Nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato B) Pensieri passeggeri di farla finita o di compiere gesti autolesivi C) Rischio di gesti autolesivi o compimento di atti preparatori al suicidio	A) Si prende cura della spesa e la fa in maniera autonoma B) È capace di effettuare piccoli acquisti in relazione ai giorni a venire C) Ha bisogno di essere accompagnato per qualunque tipo di acquisto D) È una cosa che segue qualcun altro in famiglia
AREA DELLE RELAZIONI SOCIALI	
<i>Rete sociale per le emergenze</i>	<i>Preparare i pasti</i>
A) Ha delle persone di riferimento (parenti o amici) cui fa riferimento nei momenti di difficoltà B) Non ha punti di riferimento nei momenti di difficoltà	A) Pianifica i pasti e li prepara adeguatamente B) È in grado solo di riscaldare cibi già pronti, oppure prepara cibi in maniera non costante C) Ha bisogno di cibi già preparati e di essere servito (famiglia/mensa/comune)
<i>Relazioni sociali</i>	<i>Cura della casa</i>
A) Assenza di problemi significativi durante il periodo considerato B) Evidenti problemi nello stabilire o mantenere relazioni C) Ritiro attivo e passivo dalle relazioni sociali	A) Riesce ad occuparsi della casa autonomamente o con occasionale aiuto per i lavori pesanti B) Riesce ad effettuare i lavori domestici leggeri ma non è capace di mantenere un livello adeguato di pulizia C) È completamente disinteressato a qualsiasi faccenda domestica D) Condizioni non idonee della casa tali da non permettere la pulizia di sé
<i>Luoghi frequentati</i>	<i>Fare il bucato (dei capi personali e inerenti alla casa)</i>
A) Frequenta esercizi pubblici (bar, ristoranti, cinema...) B) Frequenta solo i luoghi relativi ai servizi che lo hanno in cura C) Sta a casa	A) Lava tutta la propria biancheria B) Il bucato deve essere fatto da altri C) Si occupa di fare il bucato "domestico" (asciugamani, tappeti, ecc.) D) Condizioni non idonee della casa utili a questo scopo
<i>Persone frequentate</i>	<i>Pulizia di sé</i>
A) Possiede una cerchia di amicizie B) Ha alcune conoscenze collegate agli accessi ai servizi C) Non ha conoscenti né amici	A) Riesce a tenersi pulito/lavarsi senza bisogno che qualcuno gli dica di farlo B) Occasionalmente ha bisogno di qualcuno che lo inviti a tenersi pulito/lavarsi C) Ha sempre bisogno di qualcuno che gli dica di tenersi pulito D) Condizioni non idonee della casa tali da non permettere la pulizia di sé
<i>Rapporti con la famiglia</i>	
A) Negativo (alta conflittualità/rapporti simbiotici/ipercoinvolgimento emotivo) B) Positivo (rapporti supportivi e di sostegno) C) Assenza di rapporti famigliari	

Fig. 1 - Grafici di valutazione del progetto



Per una ulteriore valutazione complessiva dell'andamento del progetto nella Tab. 2 consideriamo l'andamento generale dei pazienti suddividendoli in tre gruppi: **in miglioramento**, **stabili** ed **in peggioramento** in base a quanto emerso dalla raccolta dati elaborata fino a giugno 2018. Non consideriamo i soggetti con meno di 12 mesi di trattamento. I risultati sono stati calcolati sull'andamento medio di ogni singolo paziente rispetto agli item del questionario di valutazione.

Tab. 2 - Dati numerici complessivi

Dati numerici complessivi dell'andamento del progetto			
	In miglioramento	Stabili	In peggioramento
N° pazienti (tot. 19) inseriti da almeno 12 mesi nel progetto	12	2	5
Fascia d'età: 14-29			
Accessi	Età Media	Maschi	Femmine
20	24,7	16	4
Fascia d'età: 30+			
Accessi	Età Media	Maschi	Femmine
41	47	30	11
Pazienti coinvolti fino a giugno 2018: 29			
Accessi al servizio dal 2015: 61			

Cosa si fa

La particolarità dell'intervento educativo richiesto da questo progetto comporta una serie di specificità che possiamo considerare nei contesti di cura delle Dipendenze Patologiche. Usci-

re dai luoghi di cura standard (ambulatori, centri diurni, comunità) e "portare" gli operatori nei luoghi di vita dei pazienti rappresenta di sicuro un cambiamento al quale i pazienti in primis a volte fanno fatica ad abituarsi e richiede all'operatore (e all'équipe) di aumentare l'angolazione del proprio punto di vista al fine di affrontare al meglio gli obiettivi fissati, decisamente orientati alla riabilitazione psicosociale e al potenziamento dell'autonomia personale.

Intervenire a domicilio o comunque mantenere un rapporto educativo extra-ambulatoriale uno-a-uno permette di stabilire una dimensione relazionale nuova, forse vissuta come più autentica, basata in gran parte sul contesto di vita: l'educatore a volte entra in contatto con i famigliari che portano a loro volta richieste e preoccupazioni nei confronti dello stato di salute del paziente e contribuiscono in qualche modo a "raccontare la sua storia", a volte mostrandosi di supporto all'attività dell'operatore, altre mostrando di non aver completamente compreso la situazione, altre ancora, più raramente nella nostra esperienza, intralciando l'attività educativa. Poter vedere e fare esperienza dei luoghi di vita permette di aggiungere sfumature importanti al quadro della vita dei pazienti: è possibile capire quali siano le difficoltà o gli stati d'animo che scaturiscono da contesti isolati e solitari o, al contrario, respirare la frustrazione generata dal non potersi muovere liberamente in contesti territoriali più centrali perché troppo ricchi di pericoli e tentazioni. Assumono sicuramente connotazioni più concrete e realistiche i racconti fatti dai pazienti rispetto ai loro stati d'animo una volta che questi racconti possono essere confrontati con la realtà del loro vissuto quotidiano. Normalmente, dopo una prima fase di avvicinamento, che può durare anche qualche mese, è possibile stabilire con i pazienti un rapporto di fiducia sufficientemente profondo che permetta loro di intraprendere insieme all'operatore alcune azioni dirette al raggiungimento degli obiettivi fissati: diventa importante la presenza dell'educatore per permettere al paziente di sperimentare interazioni costruttive con l'ambiente ed il territorio di vita in tutta una serie di operazioni che per alcuni dei soggetti coinvolti non sono per nulla scontate.

Esempi di scambio relazionale operatore-soggetto

Presentiamo un paio di frammenti di interazione per accennare alla dimensione relazionale che si attiva tra educatore e paziente all'interno di questo dispositivo di cura.

Si riportano quindi di seguito un breve riassunto dell'attività svolta con un paziente "storico" del progetto e una serie di SMS inviati da un'altra paziente al suo operatore.

Franco con Gigi. Franco, uno degli operatori del progetto, viene affiancato a Gigi, un paziente con dipendenza da oppiacei, in trattamento con metadone, con lievi difficoltà cognitive, un paio di ricoveri per episodi psicotici brevi e privo di caregivers. Gigi vive solo, barcamenandosi con molte difficoltà per il pagamento di affitto e spese. Il rapporto con Franco si instaura molto velocemente, aiutato anche dal fatto che il progetto domiciliare parte in una fase di inserimento di Gigi presso il Centro Diurno nel quale Franco presta servizio. Gigi parla di Franco come di suo "fratello" vedendo in lui una figura di riferimento non solo educativa, ma anche affettiva, utile a colmare quello che appare come un vuoto che G. cerca di riempire, in maniera molto evidente, attraverso tutte le relazioni che instaura, siano esse amoro-se, amicali o di cura. A partire da questa premessa, nei due anni di partecipazione al progetto si sono alternate fasi di adesione alle proposte e alle attività (di ricerca lavoro, di aiuto nel reperimento di sostegni economici comunali, ecc.) a fasi che si

possono definire di boicottaggio nelle quali Gigi, anche per alcuni mesi, ha cercato di tenere nascosti a Franco episodi di ricaduta, questioni legali e problemi con l'affitto. Appare chiaro che il comportamento di Gigi oscilla tra la sua incapacità di gestire la propria tossicodipendenza (con le ricorrenti ricadute) e la profonda paura di tradire le aspettative e la fiducia di chi gli sta vicino. Questo complica le cose perché, nonostante gli operatori facciano notare in maniera repentina a Gigi i peggioramenti o la presenza di problemi, lui decide di "vuotare il sacco" solo quando la situazione è diventata ingestibile o molto grave. Diventa fondamentale a questo punto la presenza di Franco per aiutare Gigi a riprendere adeguatamente il trattamento presso il Servizio, aiutandolo a formulare in modo comprensibile una richiesta di aiuto e sostegno nei momenti in cui diventa molto complicato per lui riuscire ad essere lucido, evitare deliri di complotto ed elaborare pensieri che abbiano un senso logico.

Giuseppe e Laura. Laura è seguita dal progetto di Coaching Sociale dall'ottobre 2015, negli ultimi due anni affidata a Giuseppe, un altro degli operatori del progetto. Si tratta di una paziente in trattamento con metadone, con patologie internistiche multiple, un'organizzazione di personalità borderline ed un significativo ritiro sociale.

Nel primo anno non hanno concluso molto, Laura è incostante rispetto agli appuntamenti concordati; ma nel secondo anno "concretizzano" diverse cose; Giuseppe la aiuta a prendersi maggiormente cura della propria salute e ad avere maggiori supporti sociali. Scopre col tempo che lei è molto più disponibile a fare una determinata cosa se qualcuno la accompagna.

Dallo scambio di messaggi con lo smartphone, che riportiamo di seguito, si vede come, al di là delle operazioni concrete realizzate con l'Educatore, Laura abbia la possibilità, proprio attraverso queste, di esprimere angoscia ed aggressività all'interno di una cornice relazionale che si rivela resistente e contenitiva.

10 ottobre

Ciao oggi ho avuto il colloquio con il dottore nuovo del serd x conoscerci, pensa ke non sa neanche cosa sia l'insulina resistenza pensa che sia diabete, renditi conto ho dovuto spiegargli io ad un dottore, pensa in ke mani ke siamo!

Xò x via delle apnee notturne dice ke dovrò dormire con una bombola di ossigeno x sempre, e fare le analisi al più presto.

6 malsano, x te è più importante il giardino di me che rischio di soffocare di notte da un momento all'altro, capisci con quella testaccia ignorante?

È un miracolo che sono viva e tu pensi al giardino, ignorante e retrogrado.

Poi quando succede il fattaccio voi non sapete mai niente.

Scusa non voglio mai offenderti ma solo farti capire se è possibile, xke veramente le apnee si rischia di morire senza bombola, poi oggi ho saputo di un mio amico ke è in ospedale...

15 ottobre

Ho appena fatto domanda del rei, l'operatrice del comune dice che ci sono i requisiti e avrò sui 310 euro al mese, speriamo magari!

Giuseppe sottolinea a Laura quante cose è riuscita a fare in una giornata passata insieme a lui per rinforzare il suo senso di autoefficacia e lei gli risponde così:

Sì, sono riuscita anche grazie a te, sì domani siamo, oggi ho ricevuto una brutta notizia, ci sentiamo buona serata.

Conclusioni

Il progetto di Social Coaching che abbiamo presentato prende le mosse dalla necessità di dare risposte orientate alla riabilitazio-

ne psicosociale ed al recovery, di cui una parte degli utenti che afferiscono ai Ser.D. necessita.

I bisogni espressi da questi pazienti e l'approccio di cura per affrontarli, necessitano a nostro avviso il superamento del binomio Ser.D.-Ambulatoriale/Comunità-Residenziali, per aprirsi ad una molteplicità di dispositivi intermedi (Saccon *et al.*, 2013).

Per quanto riguarda in particolare il dispositivo illustrato qui, riteniamo che, la metodologia dell'affiancamento educativo individuale coniughi il potenziamento delle social skills ed il miglioramento del funzionamento intrapsichico e relazionale utilizzando la funzione di mediatore psichico (Racamier, 1970, 1972) attuata dall'Educatore e dalle attività condivise.

A sua volta, benché ciò non sia stato approfondito in questa esposizione, affermiamo che la funzione dell'Educatore è esplicabile in quanto si svolge non isolatamente, ma nel contesto di un gruppo curante. Quando l'operatore esplica la funzione di diventare oggetto di investimento relazionale ed affettivo per il paziente è utile o anche indispensabile, in base ai casi, che condivide questa funzione con un microgruppo di colleghi che possono aiutarlo a sostenere la funzione stessa (Correale, 2007).

Già Racamier (1970, 1972), sosteneva che l'assistenza intesa come cura: (1) ha sempre una natura psicologica; (2) si realizza per mezzo di oggetti concreti che possiedono però anche una funzione psicologica e in tal senso possono essere indicati come "mediatori" [della funzione psicologica]; (3) si dispiega nell'ambiente che circonda il paziente; (4) si realizza in forma collettiva. I risultati finora ottenuti, benché preliminari, numericamente contenuti e non sottoposti ad una valutazione statistica controllata, mostrano un miglioramento nella maggior parte, ma non in tutti i pazienti trattati. I miglioramenti sembrano diventare più evidenti dopo almeno 18-24 mesi di trattamento.

D'altra parte un approccio di questo tipo, integrato nell'insieme dell'operatività del Servizio, è confrontabile con componenti dell'Assertive Community Treatment (NSW Ministry of Health, 2015), per il quale esistono consolidati dati di efficacia EB.

Ciò ci induce a proseguire nella sperimentazione avviata e ci rafforza nell'opinione di proporre l'utilizzo di questo tipo di dispositivo quale strumento ordinario di cura.

Bibliografia

- Correale A. (2007). *Il campo istituzionale*. Roma: Borla.
- Lieberman R.P. (2008). *Recovery from disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing. Trad. it. *Il recovery dalla disabilità: manuale di riabilitazione psichiatrica*. Roma: Giovanni Fioriti editore, 2012.
- NSW Ministry of Health (2015) - Mental Health and Drug and Alcohol Office. *Effective models of care for comorbid mental illness and illicit substance use*, www.health.nsw.gov.au.
- Racamier P.C. (1970). Verso una concettualizzazione della socioterapia ossia della cura istituzionale degli psicotici. In: Di Marco G., Nosè F. (2008). *La clinica istituzionale in Italia, Origini, fondamenti e sviluppi*. Rovereto (TN): Edizioni Stella, pp. 381-402.
- Racamier P.C. (1982). *Le Psychanalyste sans divan*. Parigi: Payot, 1972. Trad. it. *Lo psicoanalista senza divano*. Milano: Raffaello Cortina.
- Saccon D., Banon D. (2013). Questioni generali nella cura delle dipendenze patologiche. In Saccon D., Banon D., Boatto E. (2013). *Evoluzioni nelle dipendenze da sostanze*. Padova: Cleup.
- SAMHSA (2017). Recovery and Recovery Support, www.samhsa.gov, 10/06/2017.
- SAMHSA (2008). Assertive Community Treatment (ACT) Evidence Based Practices, www.samhsa.gov.
- Sumnall H., Brotherhood A. (2012). *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*. Lisbona: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).