



[Click to download as image](#)

L'assessment nell'evidence-based practice

L'assessment è il fondamento dell'efficacia clinica, e integra tre pilastri fondamentali:

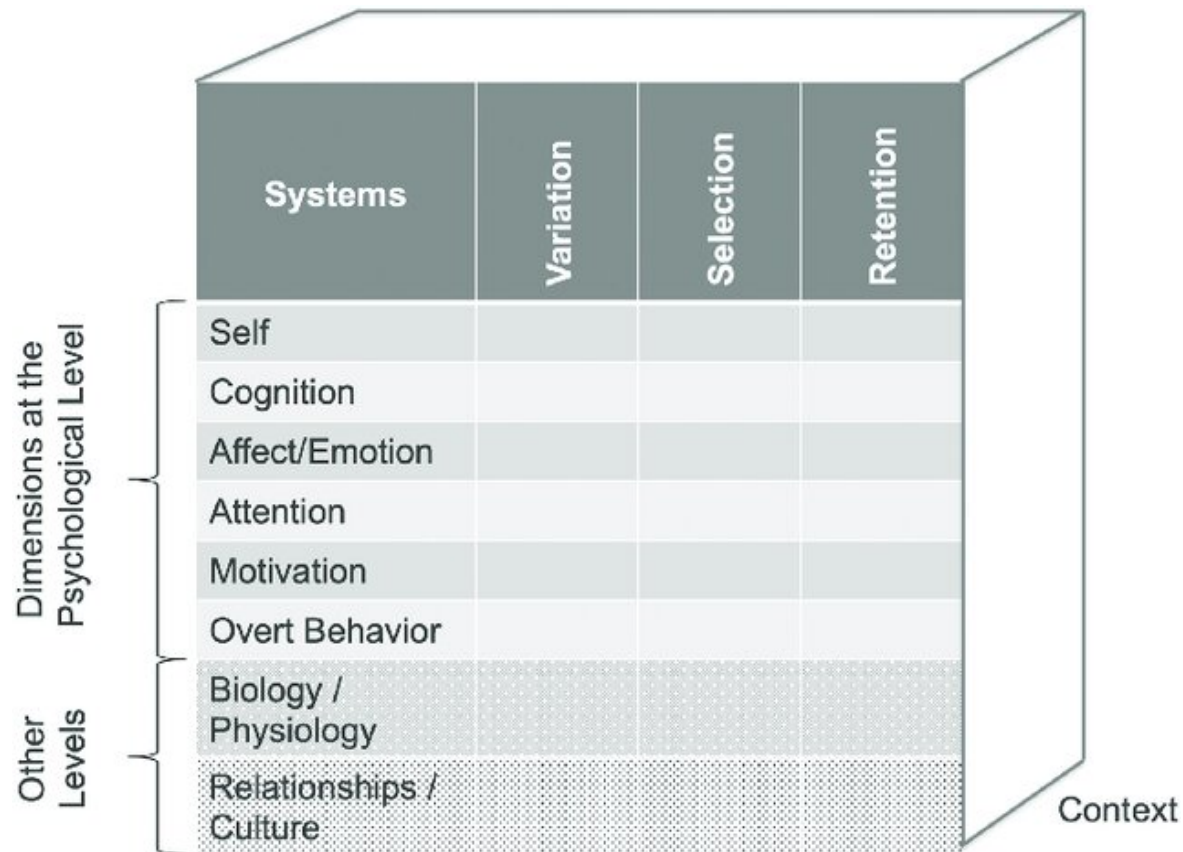
Evidenze empiriche: Studi clinici e ricerca nomotetica.

Expertise Clinica: Competenza e sensibilità del terapeuta.

Valori e Storia del Paziente: Contesto idiografico unico.



FRAMEWORK: CONTESTUALISMO FUNZIONALE



Il Meta-Modello Evolutivo Esteso (EEMM)

Identifichiamo processi di cambiamento attraverso:

- **Variazione:** Repertori comportamentali rigidi vs flessibili.
- **Selezione:** Comportamenti utili nel contesto attuale.
- **Ritenzione:** Mantenimento di pattern.
- **Contesto:** Sensibilità alle variabili ambientali.

La psicopatologia come "picco di adattamento".

Il Contratto di Assessment

DEFINIRE LA CORNICE DELLA PRESA IN CARICO

-  **Accordo Esplicito e Condiviso** Un impegno che delimita lo scopo della valutazione prima dell'inizio del trattamento vero e proprio.
-  **Durata Delimitata** Prevede solitamente dai 4 ai 5 incontri. Questo riduce l'ansia del paziente e dà una direzione chiara.
-  **Finalità Diagnostica e Relazionale** Obiettivo: raccolta dati anamnestici, analisi funzionale e costruzione di una prima alleanza terapeutica.
-  **Analisi e Riformulazione della Domanda** Occorre orientare le aspettative del paziente e operare un primo cambiamento di prospettiva.



Ad esempio...

P: *“Vorrei solo smettere di sentire tutta questa ansia. Con la terapia non voglio più stare male!”*

T: *“Certo, mi rendo conto che stare a contatto con l’ansia sia veramente difficile, soprattutto quando si mette tra noi e ciò che amiamo... Ad esempio mi hai detto che adori cantare e arrivare al cuore delle persone. Ti è mai capitato di sentirti tesa prima di esibirti?”*

P: *“Certo! È quell’adrenalina che mi fa sentire viva sul palco e mi fa dare il massimo.”*

T: *“Fantastico! Mi chiedo se l’ansia che senti quando prendi i mezzi pubblici abbia qualcosa in comune con quella stessa tensione che sul palco ti fa dare il meglio... Forse non abbiamo bisogno di sbarazzarcene, ma di conoscere meglio questa parte di te per metterla al servizio di ciò che è importante.”*

P: *“Magari, ma non saprei proprio come tutta questa ansia possa essermi di aiuto...”*

T: *“Ti propongo di scoprirlo insieme, ritagliandoci qualche altro incontro per approfondire cosa sta succedendo e come possiamo lavorare non per eliminare, ma per aggiungere, gestire e cambiare prospettiva.”*

Proviamo insieme: dalla richiesta al contratto

P: "Sono qui perché voglio smettere di essere triste. Voglio essere sempre felice e positivo."

P: "Spero che parlando con lei le cose si sistemino, io non so più cosa fare."

P: "Vorrei capire come fare a non far arrabbiare il mio capo al lavoro."

P: "Voglio stare meglio, ma non voglio parlare del mio passato o di cose che mi fanno soffrire, preferisco guardare solo avanti."

Inizia l'assessment... e ora?



Lista dei problemi attivi

Giungere alla definizione delle difficoltà del paziente.



Distribuzione nelle dimensioni

Classificare le difficoltà in diverse dimensioni, ad esempio relative al Meta-Modello.



Approfondimento e Formulazione

Raccogliere informazioni relative a diversi ambiti di vita, e organizzare il materiale nel sistema delle 4P.

Tale lavoro è già di per sé un atto terapeutico

La lista dei problemi attivi

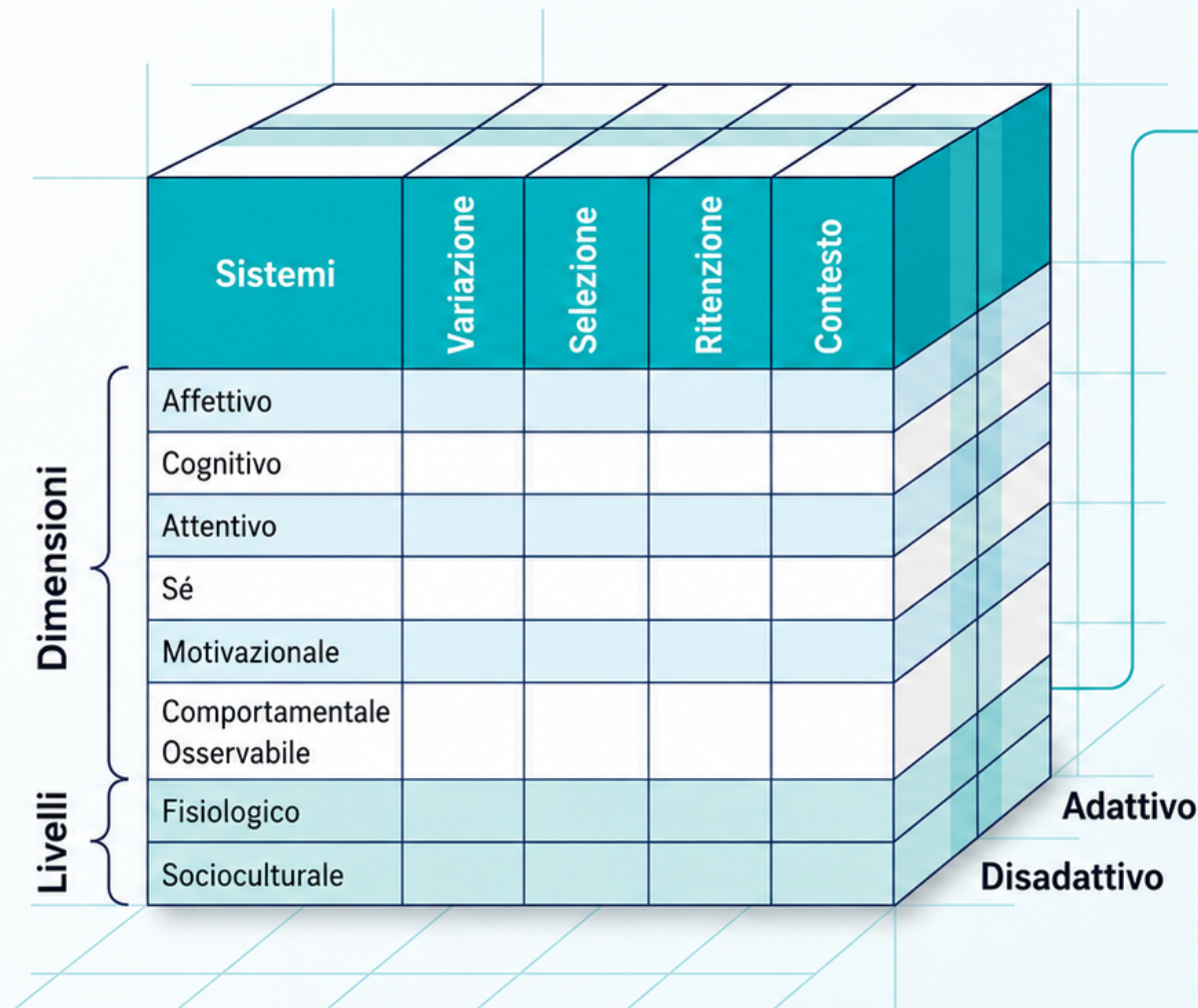
Elena riferisce di sentire una morsa costante al petto e un'ansia intensa che non le dà tregua.

Racconta che la scorsa notte è rimasta sveglia fino alle 3 del mattino a ricontrollare maniacalmente ogni singola slide del suo ultimo progetto. Mentre lavorava, la sua mente era bombardata da frasi come: «*Se ne accorgeranno tutti che sono un'incompetente*» e «*Se parlo al meeting mi tremerà la voce e farò una figura terribile*». Più tardi, ha iniziato a ripensare al pranzo di lavoro a cui aveva preferito non partecipare il giorno prima, passando il resto della notte a chiedersi: «*Perché ho risposto in quel modo al mio collega? Sicuramente ha interpretato male il mio tono... ho rovinato tutto come al solito*».

Elena spiega che farebbe qualsiasi cosa pur di non sentire quella vergogna opprimente che la assale quando pensa di mostrarsi imperfetta; per lei è vitale proteggersi dalla paura del rifiuto e mantenere un minimo senso di sicurezza relazionale. Di sé pensa: «*Io sono fondamentalmente inadeguata e difettosa*» e che «*Gli altri sono costantemente giudicanti e pronti a rifiutarmi al minimo passo falso*».

Per questo motivo, durante le riunioni aziendali preferisce sedersi sempre nelle ultime file e rimanere in totale silenzio, anche se questo poi la fa sprofondare in una tristezza cupa a fine giornata. Inoltre, nei tre giorni precedenti la presentazione di un progetto, non riesce a concentrarsi perché continua a ripetere a se stessa: «*E se il cliente rifiuta il lavoro? E se l'agenzia mi licenzia? Finirò per perdere la casa...*».

La Bussola dell'EEMM



Obiettivo

Raccogliere informazioni in queste dimensioni, cercando comportamenti con scarsa variazione correlati alla sofferenza.



Risultato Atteso

Passare dal racconto frammentato del paziente all'identificazione di una lista chiara di problemi attivi e obiettivi condivisi.

Un passo in più...

«WE HURT WHERE WE CARE»

La sofferenza psicologica segnala spesso ciò che per noi ha maggiore valore.

Yearnings nell'ACT

Gli **yearnings** sono i desideri più profondi della persona: bisogni emotivi, relazionali ed esistenziali che indicano ciò che conta davvero e conferisce significato alla vita.

Esempi

- **Solitudine** → connessione e intimità
- **Lutto** → mantenere un legame significativo
- **Ansia sociale** → appartenenza e accettazione
- **Rabbia** → rispetto e giustizia
- **Senso di vuoto** → significato e direzione

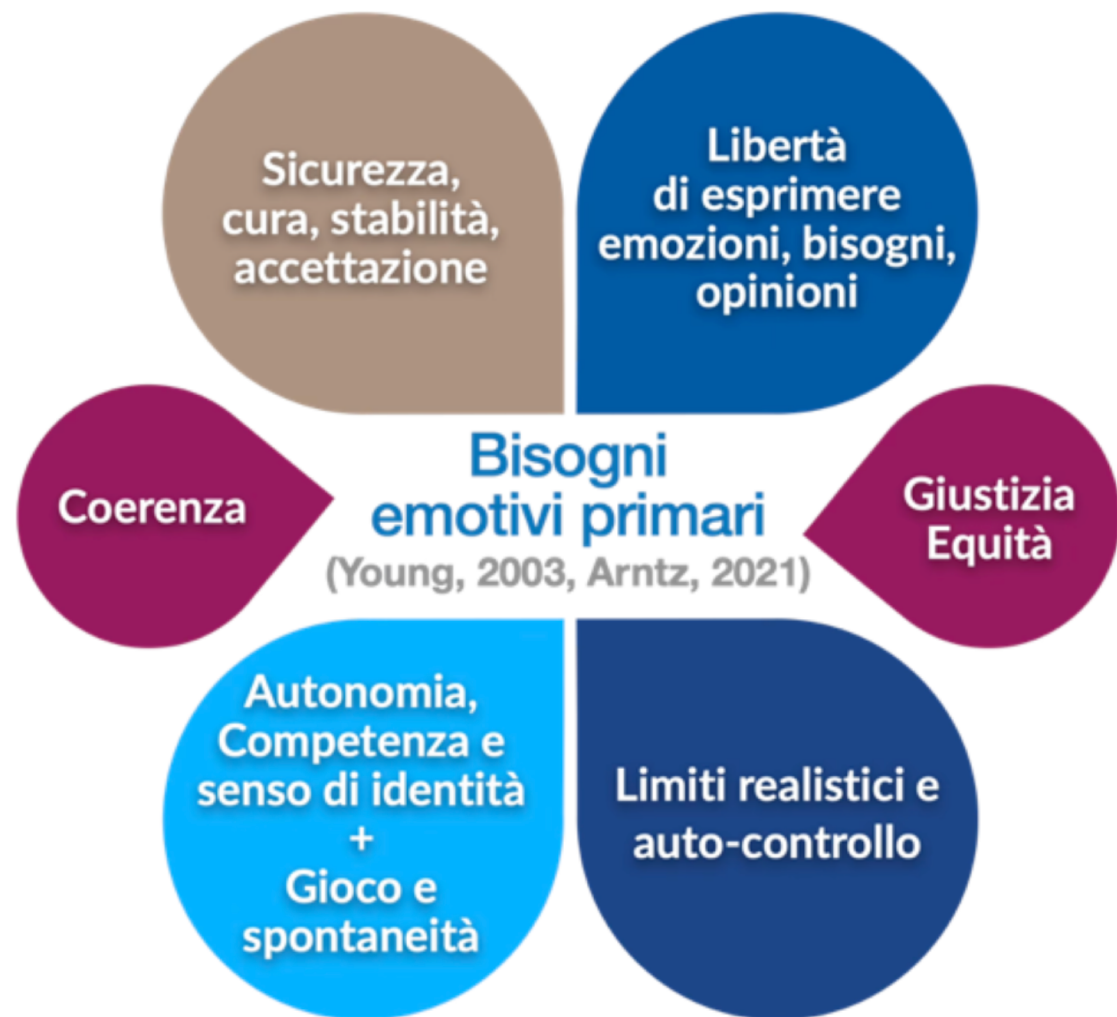
In ACT, esplorare gli yearnings aiuta a trasformare il dolore in una bussola verso i propri valori.

INTEGRAZIONI PREZIOSE

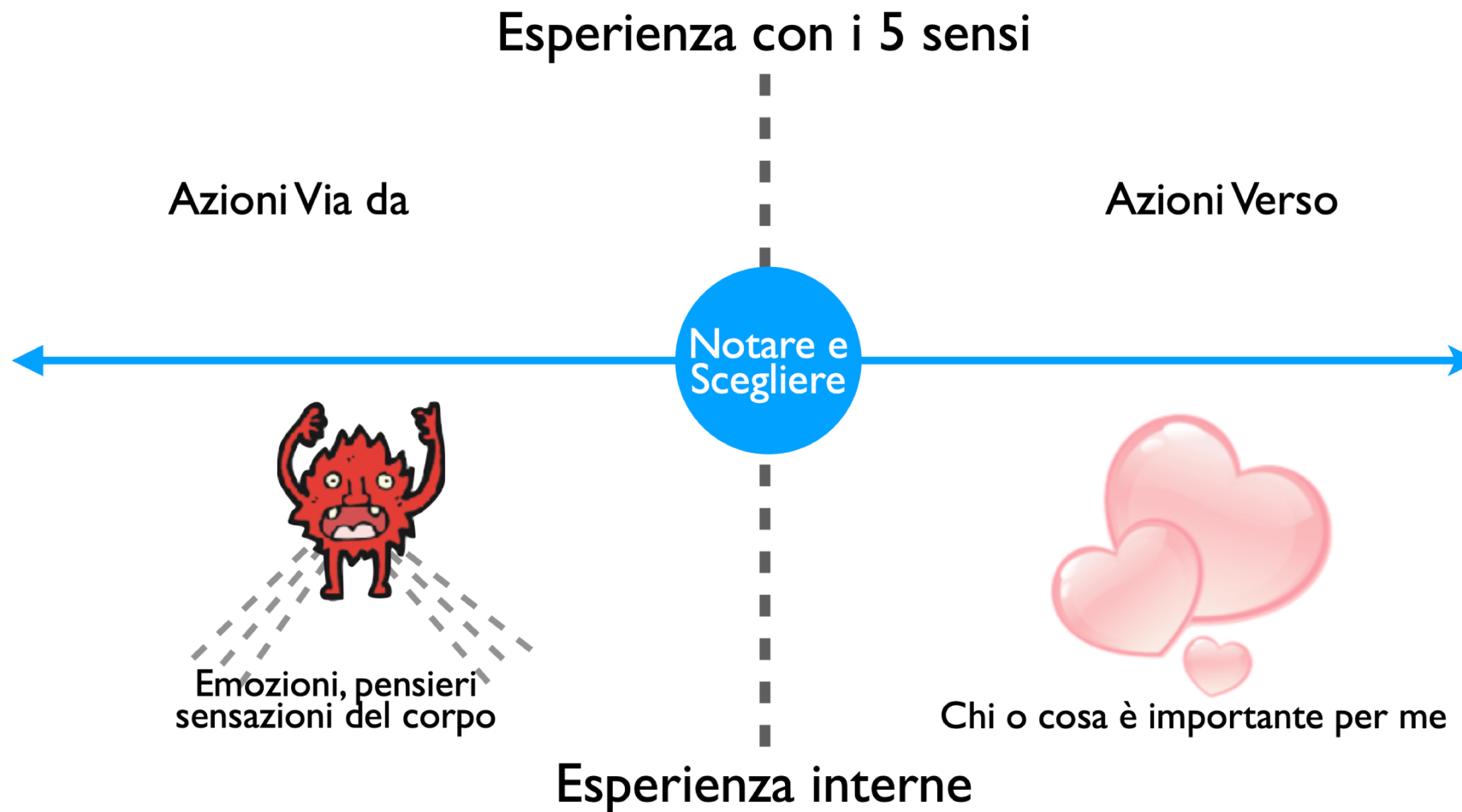
Jeffrey Young ha proposto il modello della Schema Therapy, che pur affondando le proprie radici nella seconda onda, propone una visione molto coerente con gli sviluppi tipici della terza. In particolare, egli sviluppa il tema dei **bisogni emotivi fondamentali**:

1. **Attaccamento sicuro e connessione** *vs sfiducia e disregolazione emotiva*
2. **Autonomia, competenza e senso di identità** *vs dipendenza e senso di incapacità*
3. **Libertà di espressione dei bisogni e delle emozioni** *vs inibizione emotiva e sottomissione*
4. **Spontaneità e gioco** *vs ipercontrollo*
5. **Limiti realistici e autocontrollo** *vs impulsività o rigidità*

Gli Schemi Maladattivi precoci sono tentativi di rispondere ai bisogni insoddisfatti → Limited reparenting



La Matrice ACT



QUALI BISOGNI PER ELENA?

E dunque: **QUALI OBIETTIVI?**

Come Osserviamo: Le 4 Dimensioni dell'Assessment



Assessment Longitudinale

Ricostruzione della storia di vita, pattern evolutivi e traiettorie di sviluppo.



Assessment Focalizzato

Approfondimento dei problemi attuali, frequenza/intensità dei sintomi e strategie di coping.



Assessment Trasversale

Valutazione del funzionamento attuale across domains, esplorazione di bisogni psicologici e valori.



Assessment Strumentale

Utilizzo oggettivo di questionari validati e scale psicometriche.

Simulazione

Come raccoglieresti tutte queste informazioni?

Il Cuore Relazionale dell'Assessment



Perché Osserviamo: La Formulazione del Caso



Scopo dell'Assessment:

Organizzare le informazioni in una bussola clinica per comprendere la genesi e il mantenimento del problema.

I Bisogni Fondamentali:

Integrare i bisogni psicologici umani (Yearnings dell'ACT come appartenenza, coerenza, competenza, o i bisogni della Schema Therapy) per comprendere profondamente i comportamenti inflessibili.

Fattori predisponenti

Ad esempio:

1. Condizioni mediche;
2. Stile genitoriale;
3. Stile di attaccamento;
4. Particolari condizioni familiari;
5. Specificità del contesto;
6. Eventi significativi della storia di vita...



Fattori precipitanti

Eventi specifici che rompono un equilibrio.

Suddivisibili in **prossimali** e **distali**.

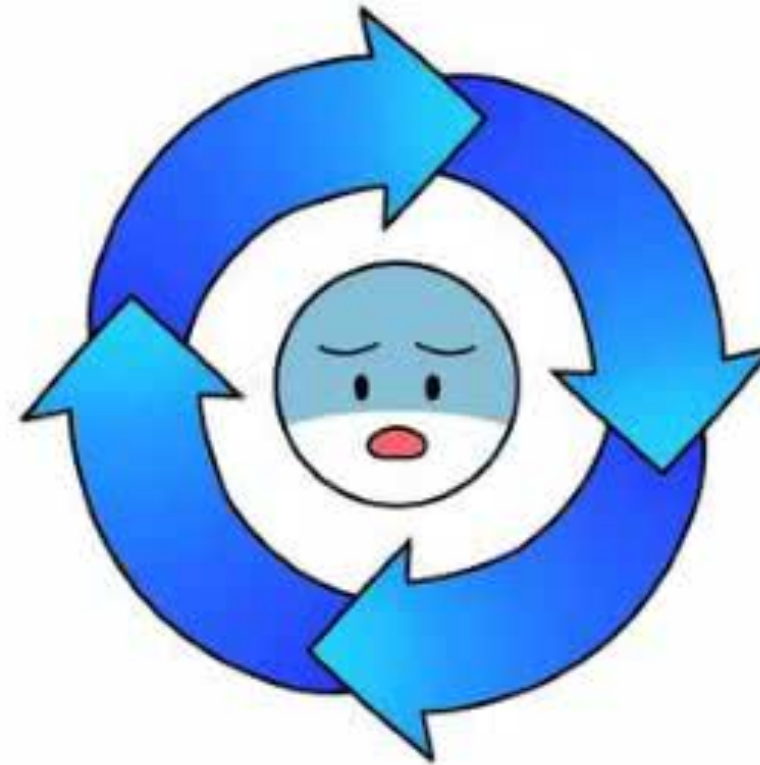
Definizione di un “**prima**” e un “**dopo**”.



Fattori perpetuanti

Ad esempio:

1. Rimuginio/Ruminazione;
2. Ricerca di rassicurazione;
3. Comportamenti protettivi;
4. Evitamento;
5. Bias cognitivi;
6. Anassertività...



Fattori protettivi

Ad esempio:

1. Motivazione al trattamento;
2. Rete amicale supportiva;
3. Stabilità lavorativa;
4. Buona relazione terapeutica;
5. Creatività e ironia...



Tornando a Elena...

Elena, 32 anni, lavora come graphic designer in un'importante agenzia pubblicitaria. Si presenta in consultazione riferendo di soffrire da circa tre mesi di una "morsa costante al petto" e di un'ansia intensa che non le dà tregua. Racconta che la scorsa notte è rimasta sveglia fino alle 3 del mattino a ricontrollare maniacalmente ogni singola slide del suo ultimo progetto. Mentre lavorava, la sua mente era bombardata da pensieri come: «Se ne accorgeranno tutti che sono un'incompetente» e «Se parlo al meeting mi tremerà la voce e farò una figura terribile».

Esplorando la sua storia, Elena riferisce di essere cresciuta con una madre estremamente critica ed esigente, per la quale il valore personale dipendeva esclusivamente dai successi scolastici, e ricorda come fin da bambina si sia sempre sentita l'ombra di suo fratello maggiore, considerato il "genio" di casa. Nonostante questa forte pressione interiore, Elena ha sempre dimostrato una grandissima determinazione e una spiccata creatività; inoltre, ha tre amiche storiche dell'università con cui si confida regolarmente e che sono per lei un porto sicuro.

La crisi attuale è esplosa tre mesi fa, in coincidenza con la promozione a Senior Designer, un ruolo che le richiede per la prima volta di esporre i progetti direttamente ai grandi clienti in riunioni formali. Più tardi, durante l'insonnia della scorsa notte, ha iniziato a ripensare al pranzo di lavoro a cui aveva preferito non partecipare il giorno prima, passando il resto del tempo a chiedersi: «Perché ho risposto in quel modo al mio collega? Sicuramente ha interpretato male il mio tono... ho rovinato tutto come al solito».

Elena spiega che farebbe qualsiasi cosa pur di non sentire quella vergogna opprimente che la assale quando pensa di mostrarsi imperfetta; per lei è vitale proteggersi dalla paura del rifiuto e mantenere un minimo senso di sicurezza relazionale. Di sé pensa: «Io sono fondamentalmente inadeguata e difettosa» e che «Gli altri sono costantemente giudicanti e pronti a rifiutarmi al minimo passo falso». Per questo motivo, durante le riunioni aziendali preferisce sedersi sempre nelle ultime file e rimanere in totale silenzio, anche se questo poi la fa sprofondare in una tristezza cupa a fine giornata. Inoltre, nei tre giorni precedenti la presentazione di un progetto, non riesce a concentrarsi perché continua a ripetere a se stessa: «E se il cliente rifiuta il lavoro? E se l'agenzia mi licenzia? Finirò per perdere la casa...».

Nonostante la sofferenza, Elena è molto motivata a comprendere i propri meccanismi e dimostra un'ottima capacità di insight e una buona alleanza fin dai primi momenti del colloquio.

La Misurazione: Evidence-Based Practice (EBP)



Sudden Gains

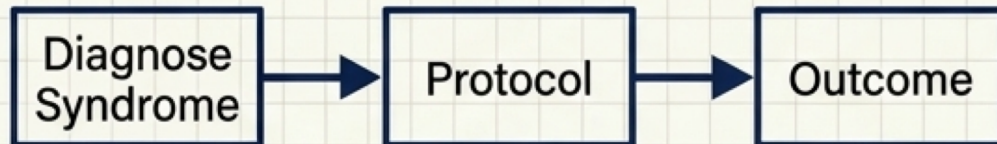


Miglioramenti improvvisi e sostanziali nelle prime sedute, forte indicatore di una relazione terapeutica di alta qualità e predittore di esito positivo.

Efficacy vs. Effectiveness & PBT

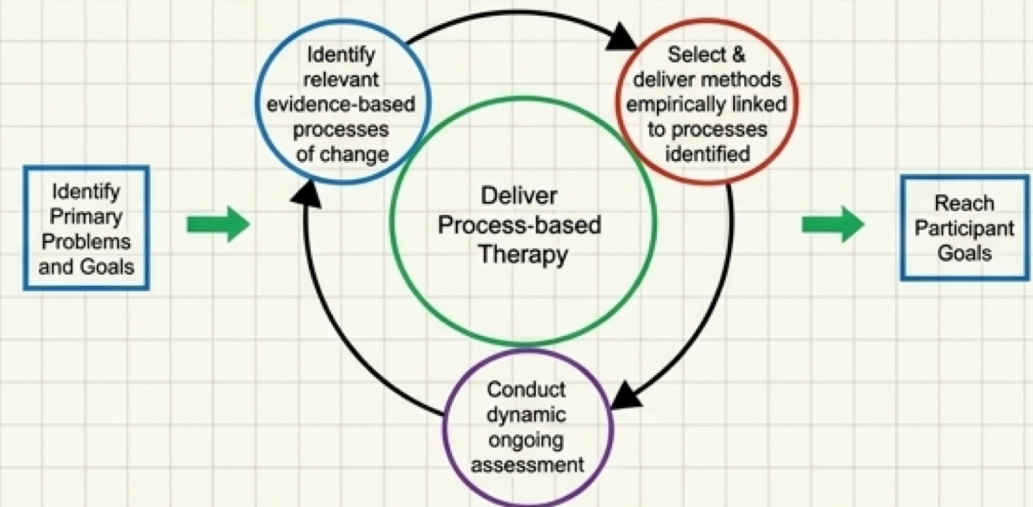
Efficacy

- Pratica basata sulle evidenze
- Trial clinici randomizzati (RCT)
- Interventi nomotetici
- Validità interna



Effectiveness & PBT

- Evidenza basata sulla pratica
- Analisi idiografica a network
- Validità ecologica
- Adattamento contestuale



“Quali processi bio-psico-sociali rilevanti dovrebbero essere presi di mira in questo paziente, in questa situazione, e come possono essere modificati?”

Il Toolkit del Clinico: Tipologie di Scale



Screening: CBA-2.0, SCL-90-R



Disturbo-Specifiche: Y-BOCS, BDI



Processo-Specifiche: DERS, MCQ, AAQ-II, CFQ



Outcome: CORE-OM, ORS



Benessere/Valori: SF-36, Valued Living Questionnaire



Personalità/Schemi: SCID-AMPD, MMPI-2-RF, YSQ-L3



Alleanza: Session Rating Scale (SRS), WAI

Nota: La scelta dipende da un equilibrio tra utilità clinica e sostenibilità per il paziente.

Tipologie di Indicatori e Misure Ripetute

Indicatori Qualitativi

Report verbali, narrazioni spontanee, contenuti dei diari, insight del processo di cambiamento.



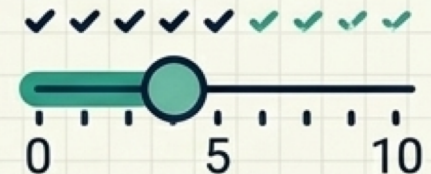
Indicatori Comportamentali

Dati quantitativi oggettivi (es. frequenza settimanale di attacchi di panico, numero di abbuffate, orario di sveglia).

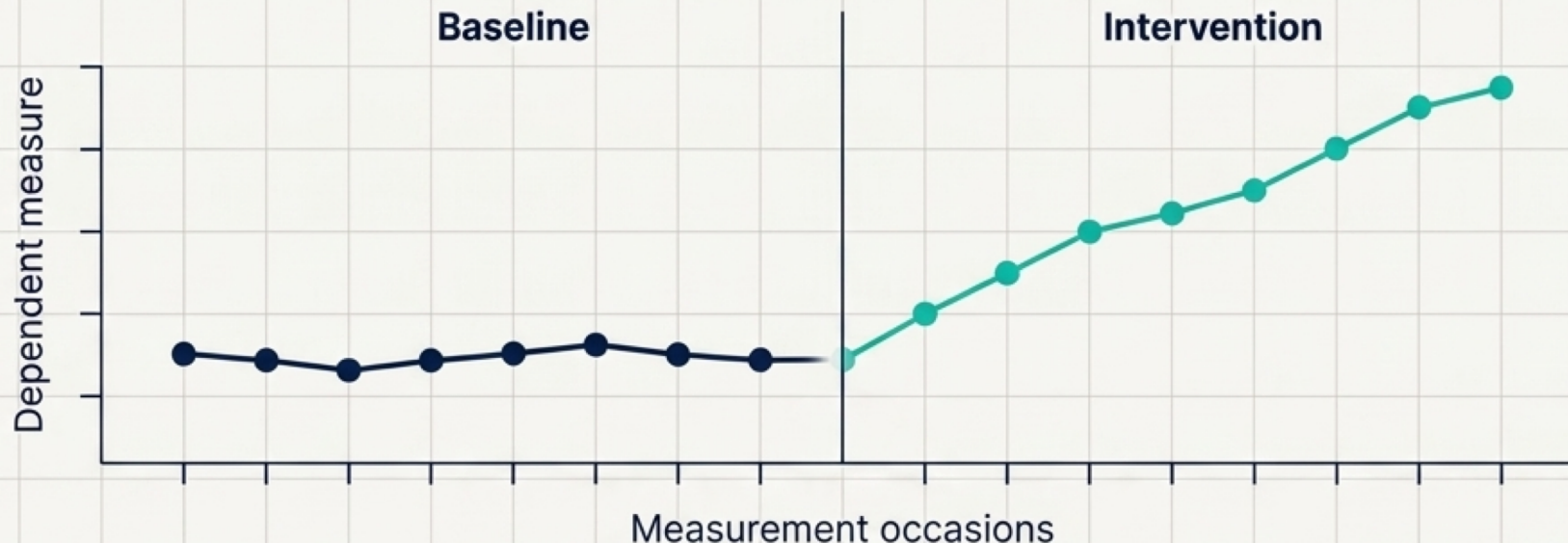


Misure Soggettive Ripetute

Scale Likert (0-10) su item personalizzati (es. 'Quanto sono stato disturbato dalle ossessioni questa settimana?'), somministrate sistematicamente.



Disegni di Ricerca Clinica (AB / ABA) & EMA



Baseline: Minimo 4 rilevazioni.



Trattamento: Minimo 5 punti.



Disegno ABA: Inversione per verificare la causalità (se eticamente possibile).

The Frontier: Ecological Momentary Assessment (EMA)

Rilevazioni in tempo reale nel contesto di vita del paziente (alta validità ecologica).



Esercitazione conclusiva

Marco, 44 anni, è un medico radiologo stimato che lavora presso una clinica universitaria. Si presenta in terapia su forte insistenza della moglie, la quale riferisce di non riconoscerlo più da circa sei mesi.

Marco descrive una quotidianità dominata da un'ansia pervasiva, che definisce come *"un ronzio di sottofondo che azzera ogni colore"*, accompagnata da un profondo senso di vuoto, anedonia e disturbi del sonno (risvegli precoci alle 4 del mattino con incapacità di riprendere sonno). Riferisce che il momento peggiore della giornata è la stesura dei referti diagnostici: passa ore a ricontrollare le immagini radiografiche, ingrandendo ogni minimo dettaglio per il terrore di aver omesso una micro-lesione. Spesso, pur di non firmare un referto di cui non è "matematicamente certo", chiede un consulto ai colleghi più giovani, mascherando la richiesta come un momento formativo, o posticipa la consegna a fine turno, rimanendo in reparto fino a tarda notte.

La crisi è precipitata circa sei mesi fa, quando il primario del reparto è andato in pensione e Marco è stato nominato facente funzioni. Questo avanzamento di carriera lo ha costretto a uscire dalla penombra della sala di refertazione per assumere la responsabilità finale delle decisioni cliniche dell'intera équipe e per interfacciarsi direttamente con i direttori sanitari.

Esercitazione conclusiva

Marco è il secondogenito di una famiglia dell'alta borghesia. Il padre, un rinomato chirurgo, viene descritto come un uomo algido, emotivamente distante e focalizzato esclusivamente sul prestigio e sulla performance.

Marco ricorda che l'unico modo per ottenere un cenno di approvazione paterna era portare a casa il massimo dei voti. La madre, affetta da una forma cronica di depressione, tendeva a "appoggiarsi" emotivamente a Marco, investendolo fin da piccolo del ruolo di collante emotivo della casa e chiedendogli implicitamente di non dare problemi, dato che la situazione familiare era già molto fragile.

Nonostante questa pressione, Marco ha sviluppato una spiccata sensibilità artistica (è un eccellente pianista autodidatta, anche se non suona più da mesi) e mantiene tuttora un legame molto profondo e protettivo con la sorella minore. Clinicamente, Marco mostra fin dai primi minuti del colloquio una notevole proprietà di linguaggio, una spiccata intelligenza astratta e un'ottima capacità di osservare i propri processi interni (insight), sebbene tenda a intellettualizzare molto le emozioni.

Esercitazione conclusiva

Sotto la spinta delle domande del terapeuta, Marco verbalizza la sua visione di sé e del mondo: *«Se faccio un errore, non ho valore. Esisto solo se sono impeccabile»*. Di conseguenza, percepisce l'ambiente lavorativo come un tribunale permanente: *«I colleghi aspettano solo un mio passo falso per screditarmi e il primariato metterà a nudo la mia totale inadeguatezza»*.

Per Marco, l'errore clinico non rappresenta solo un problema professionale, ma l'equivalente di una catastrofe relazionale: il rischio assoluto di essere rifiutato ed espulso dal contesto sociale. Spiega che rinunciare ai suoi spazi di svago e lavorare fino allo sfinimento è il prezzo minimo da pagare per mantenere un controllo totale sulla realtà e proteggersi dall'angoscia di essere scoperto come "un bluff".

Durante le ultime settimane, nei giorni precedenti le riunioni di budget o i consulti multidisciplinari in cui deve esporre i casi, Marco è letteralmente paralizzato dal rimuginio: *«E se sbaglio la valutazione? Se la clinica perde credibilità per colpa mia? Mi licenzieranno, la mia carriera sarà finita e mia moglie mi lascerà perché ha sposato un fallito»*. Per ridurre questa intollerabile quota di ansia anticipatoria, Marco ha iniziato a delegare la partecipazione a queste riunioni al suo aiuto-primario, adducendo fittizi impegni di reparto, scelta che tuttavia lo fa sprofondare in una cupa autosvalutazione a fine giornata.

Esercitazione conclusiva (bonus per coraggiosi)

Mentre il terapeuta sta esplorando l'impatto di questi comportamenti sulla sua vita di coppia, Marco si interrompe bruscamente. Il suo respiro diventa affannoso, si stringe le mani fino a far sbiancare le nocche e, guardando il terapeuta con gli occhi lucidi e un tono di voce improvvisamente disperato e pressante, dice:

«Senta... io non ce la faccio più. Mentre sono qui a parlare con lei, penso che in questo preciso momento in reparto stanno refertando senza di me. Se succede qualcosa la colpa è mia. Questa terapia non sta funzionando, io sto peggiorando! Lei continua a farmi domande sul mio passato, ma io ho bisogno che lei mi dica ADESSO, esattamente, cosa devo fare per far sparire questa morsa al petto. Se anche lei non sa darmela, io non so che fine farò... forse ha ragione mio padre, sono un fallito cronico e sto solo buttando via tempo e soldi che non merito. Mi dica qualcosa, la prego! Mi dica che posso guarire da questa roba o io oggi da questa stanza non esco!»

Accogli, valida e contieni, e prova a trasformare questo scambio in un'occasione di assessment!

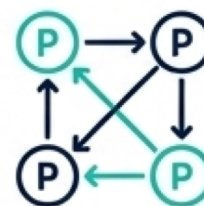
Laboratorio Clinico: Esercitazioni Pratiche

NOW,
IT'S
YOUR
TURN



Simulazione Matrice

Incasellare il racconto di un paziente simulato nei 4 quadranti.



Formulazione 4P

Identificare i problemi attivi e costruire i fattori **Predisponenti**, **Precipitanti**, e **Perpetuanti**.



Pratica Relazionale

Gestire una richiesta di aiuto "strong" tramite **ascolto** e **validazione emotiva**.



Design della Misurazione

Scegliere gli strumenti e progettare un **disegno di misurazione sistematica** (AB) for un caso specifico.

GRAZIE!

simone.varrasi@unict.it