

La valutazione degli esiti degli interventi psicologici e il questionario CORE-OM

G. Palmieri*, F. Reitano**

* Psichiatra, Ospedale Privato Villa Igea, Modena

** Direttore Unità Operativa Complessa di Psicologia 2 del Distretto Centro Sud dell'APSS di Trento"

Con un po' di ritardo rispetto ai paesi anglosassoni, la valutazione degli esiti degli interventi psicologici sta assumendo un'importanza sempre maggiore anche in Italia, soprattutto nell'ambito del Servizio Pubblico. Avere indicazioni obiettivamente dell'andamento dei trattamenti risulta fondamentale sia a livello terapeutico individuale, sia a livello organizzativo, legale ed etico. Gli autori presentano le principali caratteristiche della versione italiana del Clinical Outcome in Routine Evaluation- Outcome Measure (CORE-OM), un questionario a 34 items pensato appositamente per essere utilizzato in modo routinario per la valutazione degli esiti degli interventi psicologici. Grazie alla buona accettabilità da parte di clinici e pazienti, il CORE-OM si sta diffondendo presso diversi Servizi di psicologia italiani. A questo proposito verranno presentati e commentati i dati raccolti nel triennio 2009-12 presso l'APSS di Trento, con un particolare riferimento al cambiamento affidabile e clinicamente significativo ottenuto nel corso del trattamento.

Parole chiave: esito, psicoterapia ,questionario CORE-OM

La questione della valutazione degli esiti dei trattamenti psicologici

Il tema della valutazione degli esiti degli interventi psicologici è alquanto complesso e stimolante. La psicoterapia è ormai definita come un processo di alta tecnologia umana, che quindi richiede l'impiego di grandi risorse economiche e di conseguenza necessita di sistemi di verifica di efficacia. Vari studi hanno dimostrato come destinare risorse alla psicoterapia, porti a un risparmio successivo in termini economici e di salute [1-2]. Le metanalisi mettono inoltre in rilievo con chiarezza come la psicoterapia funzioni e il suo *Effect Size* (misura statistica della potenza di un trattamento) risulti superiore ad altri trattamenti medici come le statine in cardiologia, l'aspirina per la prevenzione dell'infarto o addirittura la chirurgia della cataratta [3-4].

Soprattutto nell'ambito del Servizio pubblico, dove il tema della destinazione delle risorse e dei tagli sanitari è di vitale importanza, avere a disposizione delle misure del proprio operato sta diventando assolutamente fondamentale, anche dal punto di vista medico legale ed etico.

Con valutazione degli esiti degli interventi psicologici di cura si intende la sistematica osservazione empirica degli effetti delle attività e delle prestazioni psicologiche che hanno come obiettivo il miglioramento della salute e del benessere psicofisico della popolazione, erogati nei contesti di cura pubblici e in relazione alle risorse e ai livelli essenziali di assistenza di riferimento.

Tra le varie definizioni proposte per il costrutto di esito nei trattamenti psicologici, ci si riferisce all'esito come: "il risultato della valutazione (prima, durante e dopo l'erogazione di una prestazione terapeutica) dei comportamenti, degli stati d'animo e della capacità di adattamento dei pazienti che sono correlate significativamente ai motivi per cui è stata richiesta una terapia psicologica". L'elemento centrale di questa definizione di esito è l'enfasi posta sulle ragioni, sui motivi per cui il paziente ha chiesto aiuto o è stato inviato.

Negli ultimi decenni l'interesse per la ricerca in psicoterapia ha assunto un rilievo sempre maggiore e ha attirato l'attenzione e l'impegno di clinici e ricercatori. A partire dagli anni Cinquanta si sono susseguite diverse fasi che hanno posto l'accento alternativamente sull'analisi dei risultati e sul processo psicoterapeutico, senza però esaurire la spinta ad affinare gli strumenti che possano portare a una migliore comprensione del cosiddetto "oggetto scuro della psicoterapia" [5].

La valutazione degli esiti (*outcome*) in psicoterapia è fondamentale per aumentare il grado di conoscenza su come fornire prestazioni sempre più appropriate in risposta a bisogni assistenziali e di cura. Il terapeuta attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione appropriati è in grado di mantenere un atteggiamento critico nei confronti del proprio operato, accrescendo così la qualità dei trattamenti. [9]

Recentemente si è assistito a una progressiva integrazione della pratica basata sull'evidenza (*Evidence based practice*), che si avvale principalmente dei trial clinici randomizzati e controllati, con l'evidenza basata sulla pratica (*Practice based evidence*). Questo ha determinato l'interesse per strumenti di valutazione che possano essere utilizzati routinariamente nel mondo clinico reale, lontano dai laboratori sperimentali.

Già nel 2000 Margison [6] auspicava la raccolta sistematica di dati di buona qualità effettuata routinariamente nei servizi ai fini di ridurre il gap tra Università e Servizi, cioè tra ricerca scientifica e pratica clinica. Malgrado la mole non indifferente di dati riguardanti l'efficacia della psicoterapia, basati sulla ricerca sperimentale, esiste il bisogno di valutare l'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici nelle abituali condizioni di esercizio [7-9]. La ricerca sull'efficacia nella pratica è un importante complemento della ricerca sperimentale soprattutto per quanto riguarda la trasposizione dei risultati sul piano concreto [10]. Gli utenti ed il management sanitario si aspettano risposte dalla comunità scientifica e professionale degli psicoterapeuti in merito ai modelli organizzativi più performanti ed in grado di fare fronte alla aumentata complessità della domanda di aiuto psicologico.

Oggi vengono usati a seconda dei centri molti strumenti diversi, rendendo il confronto dei dati tra servizi estremamente difficile. La pratica clinica richiede sempre di più strumenti che valutino sia la parte sintomatologica che di funzionamento, utili in questo senso anche per confrontare diverse psicoterapie. Molte scale hanno pochi dati riferiti alla validazione, in particolare quelle che vengono tradotte da altre lingue. Spesso non hanno dati riferiti all'accettabilità per diversi gruppi etnici o rispetto a lingue diverse, rischiando così di determinare grossi *bias* nella misurazione.

Lo strumento ideale dovrebbe essere relativamente breve, adatto a somministrazioni ripetute, accettabile da tipologie di pazienti e di *setting* diversi, sostanzialmente accettabile sia dai ricercatori che dai clinici. Un tale strumento può trovare utilità sia a livello individuale, per valutare i cambiamenti del paziente nel corso del trattamento, sia a livello di Servizio per delinearne il profilo, il tipo di utenza, per confrontarlo con altri Servizi e quindi monitorarne la qualità.

Perché misurare gli esiti?

I vantaggi concreti derivanti dalla valutazione degli esiti è stata ben sintetizzata in un documento del National Health Service (NHS) inglese [11], che contiene la "piramide dei benefici" (Fig.1). Come si evince dal diagramma, il primo passo è una misurazione sul singolo tramite strumenti idonei che dovrebbero essere accettabili dall'utente e per questo avere alti tassi di compilazione. Al secondo livello abbiamo l'elaborazione e il monitoraggio dei dati che ha la finalità di delineare il profilo del Servizio. Al terzo livello i dati ottenuti ed elaborati aiutano nella gestione pratica del Servizio e nelle scelte relative alla destinazione delle risorse, ai possibili miglioramenti della pratica clinica. Al quarto livello, attraverso il processo di benchmarking, i dati possono essere confrontati con altri Servizi o con degli standard nazionali (quando presenti). La misurazione dell'esito dell'intervento sul singolo paziente finisce quindi per orientare la modalità di lavoro a livello più generale.

L'attuale modello di riferimento dell'organizzazione sanitaria pone in primo piano la necessità di dotarsi di strumenti di valutazione degli esiti di ciò che accade realmente nella pratica clinica, allo scopo di fornire programmi di assistenza a livello diagnostico, terapeutico e riabilitativo che si siano dimostrati efficaci nella pratica ed adeguati ai contesti organizzativi ed ai pazienti a cui sono stati forniti. Gli strumenti sono: la ricerca e la costruzione, produzione e diffusione di linee guida cliniche basate sulle evidenze di ciò che funziona nella pratica con il duplice scopo: a) di fornire un'adeguata informazione all'utenza ed ai clinici in un contesto di generale povertà di informazioni

affidabili statisticamente e metodologicamente significative nel campo degli esiti clinici, e b) di supportare i processi di scelta clinica ed organizzativa. Ma, oltre a queste considerazioni di metodo ve ne sono altre di merito, una sorta di imperativo deontologico e professionale per gli psicologi del servizio sanitario nazionale di fornire le evidenze di come le prestazioni soddisfino le richieste e i bisogni dell'utenza e siano erogate in maniera efficace ed appropriata.

Ecco un elenco provvisorio di alcune utilizzazioni dei risultati delle misurazioni degli esiti:

- ☐ Contribuire ai processi di audit e di monitoraggio del servizio.
- ☐ Contribuire alla valutazione degli esiti clinicamente significativi dei trattamenti psicologici.
- ☐ Definire un profilo clinico dell'utenza afferente ad ogni servizio o sede di servizio e documentare in maniera globale l'efficacia clinica raggiunta nei confronti degli utenti.
- ☐ Fornire prove e documentazioni per lo sviluppo delle evidenze basate sulla pratica clinica nei servizi psicologici.
- ☐ Paragonare gli esiti di prestazioni simili in aree e servizi differenti.
- ☐ Paragonare gli esiti di differenti gruppi di pazienti nello stesso servizio.
- ☐ Stimolare la pratica delle valutazioni in corso di trattamento psicologico (di processo) allo scopo di valutare se i pazienti stiano rispondendo ai trattamenti che gli sono offerti e come lo stanno facendo.
- ☐ Contribuire alla formazione continua dei professionisti stimolando la valutazione dell'efficacia clinica del proprio operato.

Il sistema CORE

CORE è un acronimo che sta per Clinical Outcomes in Routine Evaluation (Esiti clinici nella valutazione routinaria). E' un sistema di valutazione degli esiti degli interventi psicologici, nato alla fine degli anni novanta nel Regno Unito e comprende una serie di strumenti per la valutazione degli interventi psicologici, che vengono utilizzati largamente dai servizi di psicoterapia e counselling inglesi. E' costituito da tre strumenti interdipendenti: il CORE-OM (*Outcome measure*), CORE-A (*Assessment*), CORE-E (*End of Therapy Form*).

Il CORE-A e il CORE-E sono due schede compilate dal clinico per raccogliere informazioni socio-demografiche sul paziente, relative all'invio e a terapie precedenti e alla severità e durata del disturbo, mentre il CORE-OM è il questionario che, secondo gli autori, dovrebbe misurare "...the core domains of problems" il cuore dei problemi del paziente, che sono l'obiettivo del trattamento psicoterapico[12].

Per la messa a punto del questionario è stata condotta un'indagine tra i Servizi di psicoterapia inglese per vedere quali misure fossero già in uso (BDI, SCL-90, BSI, GHQ, HADS, IIP). Tutti gli items di queste misure sono stati raggruppati e classificati in ordine di importanza per identificare i domini che la nuova misura avrebbe dovuto coprire per essere completa.

Tra le caratteristiche principali del CORE, oltre alla semplicità e alla brevità del questionario, c'è il fatto che, a differenza di molte altre misure di *outcome* (SCL-90, Scala di Beck, etc.) è ad uso gratuito. Un altro aspetto che si è cercato di curare è la massima accettabilità da parte di pazienti eterogenei e sottoposti a psicoterapie di orientamento diverso.

Il CORE-OM è un questionario autosomministrato a 34 items utile a valutare l'esito degli interventi psicologici, soprattutto nell'ambito del Servizio Pubblico. Nel questionario ogni affermazione viene valutata su una scala a 5 punti (da *Mai* a *Molto spesso o sempre*) e si riferisce all'ultima settimana. Il punteggio può essere valutato manualmente o scannerizzato al computer [20].

Gli items del CORE si riferiscono a quattro domini: benessere soggettivo (4 items), sintomi/problemi (12 items), funzionamento (12 items), rischio (6 items).

Il dominio del benessere soggettivo è costituito da un unico costrutto principale; il dominio dei problemi è costituito da items che si riferiscono a sintomi depressivi, sintomi ansiosi, sintomi fisici ed effetti del trauma; il dominio del funzionamento contiene items che si riferiscono alle relazioni significative, al funzionamento generale e sociale; il dominio del rischio si riferisce ad aspetti auto ed eterolesivi. La scelta dei primi tre domini è in sintonia con il modello delle fasi del cambiamento

che vede durante il processo psicoterapico inizialmente un miglioramento del benessere soggettivo, seguito dai sintomi e dal funzionamento [13].

Il questionario è adatto ad essere somministrato a tutti i tipi di pazienti maggiorenni, affetti da qualsiasi tipo di disturbo psichiatrico, tranne ovviamente i disturbi della sfera cognitiva.

Esistono due modi per calcolare il punteggio: Punteggio Medio e Punteggio Clinico. Il modo più diffuso detto Punteggio Medio si ottiene sommando i punteggi dei singoli items diviso per il numero di risposte (non valido se mancano più di tre items). Va da 0 a 4. Esso corrisponde al livello di disagio psicologico al momento della misurazione, con punteggi maggiori che corrispondono a problemi maggiori. Il Punteggio clinico non differisce sostanzialmente dal Punteggio Medio se non nel fatto che evita l'uso dei decimali. Può essere ottenuto moltiplicando il Punteggio Medio per 10. Va da 0 a 40.

L'utilizzo del CORE-OM fornisce utili indicazioni a livello di caso singolo (ci aiuta a capire "come sta andando" il paziente) e rappresenta un valido aiuto come indicatore di esito a livello di struttura erogatrice del servizio, con ripercussioni sul piano organizzativo e gestionale. Può essere usato all'inizio e alla fine del trattamento, ma anche nel corso della terapia (per terapie lunghe) e anche nei follow-up. Il confronto tra la misurazione prima del trattamento e alla fine del trattamento costituisce l'esito e ci dice se il livello di disagio del paziente è diminuito e in che misura. In caso di lunghe liste d'attesa può valutare la stabilità dei disturbi nell'intervallo precedente alla terapia.

Esistono due versioni ridotte a diciotto items del CORE-OM (CORE-Short Form A e B), che possono essere utilizzate facilmente per misurazioni ripetute ed esiste anche un'altra versione ridotta per la medicina generale (CORE-GP- General practice) che non comprende gli items relativi a problemi di alta intensità e relativi al rischio. E' stata messa a punto anche una versione semplificata per i pazienti affetti da Disturbi dell'apprendimento, che affianca alle affermazioni rappresentazioni con disegni e usa una scala visuale a istogrammi per le risposte [14].

Dopo una lunga elaborazione è stata validata una versione a dieci items per minorenni, il Young People CORE (YP-CORE) [15], partendo dal CORE-OM e adattandolo a una popolazione dagli 11 ai 16 anni. Anche in questo caso la misura non cerca di definire problemi specifici (es. disturbi della condotta), ma più una misura generica riferita alla problematicità e al funzionamento.

I punteggi del questionario possono essere ottenuti tramite un calcolo manuale o attraverso un programma acquistabile e utilizzabile online (CORE Net) che consente di redigere grafici, reports e sommari relativi all'andamento della terapia.

CORE-OM: la versione italiana

Il questionario è stato tradotto in italiano in modo indipendente da dieci operatori della salute mentale e due traduttori professionisti (Fig.2). Successivamente è stato organizzato un focus group, a cui ha partecipato uno degli autori inglesi (Chris Evans), per definire la traduzione. La validazione è avvenuta su un campione non clinico (263 persone, prevalentemente studenti) e clinico (647 persone provenienti da setting clinici diversi). La versione italiana è risultata accettabile dalla gran parte del campione e ha mostrato buone proprietà psicometriche (consistenza interna, test-retest reliability, validità convergente con SCL-90). I punteggi relativi al cambiamento affidabile e statisticamente significativo (RCI) [16] sono risultati simili al campione inglese [17] (Tab.1).

Da quando il questionario è stato validato su un campione italiano, ha avuto una rapida diffusione in diversi servizi di psicologia italiani, ove è stato accettato di buon grado per la rapidità di somministrazione e di scoring e per le possibilità di essere utilizzato anche come strumento per testare la qualità del lavoro clinico. Attualmente il CORE-OM è utilizzato routinariamente da diversi Servizi di Psicologia Clinica e Consultori a Modena, nella Azienda Sanitaria della Provincia di Trento (APSS), a Rimini, Cagliari, Livorno e in molte altre realtà di servizi territoriali psicologici e psichiatrici. La Regione Toscana lo ha adottato come strumento di riferimento per la valutazione degli esiti degli interventi psicologici [18].

Al congresso svoltosi a Trento nell'ottobre del 2013, organizzato dalla Società Italiana Psicologia Ospedaliera e Territoriale (SIPSOT), abbiamo presentato la versione italiana dell'YP-CORE,

tradotta con le stesse procedure del CORE-OM, con la differenza che al focus group in questo caso hanno partecipato tredici adolescenti sani. Lo strumento è in corso di validazione e diversi centri lo stanno somministrando per raccogliere dati in merito [19].

L'esperienza di Trento

L'APSS di Trento ha scelto CORE-OM come strumento di valutazione routinario, per le caratteristiche di validità, affidabilità e accettabilità da parte dell'utenza [9]. Il percorso valutativo prevede tre momenti di monitoraggio attraverso la somministrazione di questionari auto somministrati:

- 1) il primo momento, alla presa in carico iniziale, alla fine del colloquio di accettazione.
- 2) Il secondo momento alla conclusione del trattamento psicologico.
- 3) Il terzo al colloquio di follow-up fissato a tre/sei mesi dalla fine dell'intervento stesso.

I dati presentati sono relativi all'attività delle Unità Operativa di Psicologia 1 e 2. Il disegno di ricerca è di tipo osservazionale/longitudinale di valutazione dell'efficacia degli interventi psicoterapeutici individuali con modello "prima- dopo". Il costrutto di esito clinico considerato è la riduzione dell'impatto dei sintomi, valutato con punteggio globale del CORE-OM.

Il monitoraggio routinario dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici (psicoterapie codificate e non) non si riferisce al "trattamento standard", ma alle abituali modalità di erogazione nei setting organizzativi del servizio, il trattamento non è quello "manualizzato" e non rientra nelle psicoterapie formalmente definite. Il case-mix non è soggetto a specifici criteri di selezione; i dati sono raccolti per scopi clinici e amministrativi e, in secondo luogo, utilizzati a scopi di ricerca; la raccolta dei dati è continua, la ricerca parte dagli stessi dati e non su ipotesi preesistenti. I rischi di riduzione della "validità interna" dei risultati del lavoro di ricerca sono bilanciati da un aumento della capacità di valutare realisticamente gli interventi nella pratica clinica e, quindi, di migliorarne la "validità esterna".

I risultati

La Tabella 2 descrive la popolazione per la quale è stato possibile raccogliere la misurazione all'inizio e alla fine del trattamento, in un periodo compreso tra il 2009 e il 2012. Il campione è costituito da 629 soggetti, di età media di 38 anni, con prevalenza femminile (73%), affetti soprattutto da disturbi dell'area nevrotica ed affettiva, secondo la classificazione ICD-10 (Tab.4). Il numero medio delle sedute di trattamento si riferisce ai colloqui psicoterapeutici effettuati (sono esclusi la prima visita e i colloqui di valutazione). Risulta evidente come la maggior parte dei soggetti (82%) all'inizio del trattamento (T0) rientrino nella fascia disfunzionale.

La Tabella 3 mostra i punteggi medi del CORE-OM all'inizio e alla fine del trattamento. E' lampante il miglioramento sia del punteggio totale medio che nei singoli domini, ma questo dato non risulta particolarmente utile dal punto di vista pratico. Utilizzare solo la comparazione tra le medie dei gruppi dei pazienti trattati prima e dopo l'intervento, non ci fornisce alcuna informazione su quanti e quali utenti, presi individualmente, siano di fatto migliorati, peggiorati o stazionari a seguito del trattamento.

Per questo motivo può essere consigliabile analizzare i dati misurando, nei singoli individui, il cambiamento ottenuto con un indicatore di esito specifico, creato da Jacobson e Truax [16], che si chiama "*Reliable Change Index*" (RCI). Questi autori hanno proposto un metodo per determinare il cambiamento *statisticamente e clinicamente significativo*, che viene interpretato dalle modificazioni rilevabili a livello individuale, nel contesto delle modificazioni riguardanti l'intero campione.

L'uso dell'RCI nella valutazione ci consente di essere più aderenti al bisogno di verificare il cambiamento a livello dei singoli pazienti e di rispondere a due importanti domande [20]:

- Il cambiamento del paziente è attendibile, ovvero tale da essere considerato al di là della possibilità di errore di misurazione?
- L'ampiezza del cambiamento del paziente, oltre che statisticamente, è anche " clinicamente" significativa?

Vale a dire: il nostro paziente al termine del trattamento sta ancora nella distribuzione della popolazione cosiddetta “disfunzionale”, cioè è ancora situato al di sopra della soglia di cut-off clinico o è rientrato nei parametri della popolazione cosiddetta “funzionale”, cioè al di sotto del punteggio di cut-off? La significatività clinica è quindi misurabile solo per i pazienti che all’inizio del trattamento avevano un punteggio superiore alla soglia dello stesso.

I grafici 1 e 2 mostrano, utilizzando i diversi cut-off del CORE OM, la distribuzione dei pazienti trattati nei due momenti della misurazione di esito: all'arrivo al servizio e alla fine del trattamento. All’inizio della terapia la gran parte del campione si localizza su livelli di disagio psicologico moderato-grave, mentre alla fine vi è una prevalenza di soggetti sani o con basso livello di disagio.

Nel grafico 3 viene rappresentato il RCI, che mostra come il 71,2% dei soggetti del campione sia migliorato in seguito al trattamento, il 26,8% sia rimasto stazionario e solo il 2% sia peggiorato. Questo tipo di procedimento statistico può fornire indicazioni di grande utilità rispetto all’efficacia dei trattamenti proposti dal Servizio e orientare verso scelte organizzative.

Riflessioni finali

Il processo di aziendalizzazione del Servizio sanitario e il progressivo impoverimento delle risorse economiche del Welfare e della sanità hanno portato al centro dell’attenzione concetti quali:

- l'efficacia, intesa come capacità di realizzare gli obiettivi assegnati con il miglior uso delle risorse;
- l'efficienza, intesa come razionalizzazione nell’impiego delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di salute;
- l'appropriatezza, intesa come precisione nella definizione degli obiettivi di salute e dei percorsi assistenziali da intraprendere per raggiungerli;

Questo cambiamento di paradigma ha implicato anche una modificazione della funzione organizzativa stimolando la capacità di costruire e raggiungere obiettivi specifici e adeguati alle diverse domande e ai differenti contesti [21].

Il contesto di cambiamento ha stimolato l'area psicologia e psichiatrica ad avviare una riflessione per riposizionare il proprio ruolo all’interno del Servizio sanitario, allo scopo di superare il tradizionale modello del lavoro psicoterapeutico con il singolo utente “portatore di disagio” e rapportarsi al contesto multidimensionale in cui il Servizio sanitario si trova ad agire, con un orientamento al cliente e al servizio, potenziando una politica per la riorganizzazione ed il governo delle risorse professionali e dei processi d’intervento.

Nei servizi si è cominciato a riflettere sui percorsi di cura legati all’intervento psicoterapeutico in diverse condizioni di disagio psichico, sui livelli di presa in carico terapeutica e cioè sulla durata del trattamento in relazione alla diagnosi, agli obiettivi terapeutici condivisi e all’efficacia clinica nella pratica; si è cominciato a verificare "sul campo" l’efficacia di modelli integrati di trattamento psicoterapeutico e si è posta l’attenzione sull’efficacia in relazione al contesto organizzativo in cui le cure vengono erogate [20].

In questa prospettiva l'utilizzazione di strumenti valutativi, pertinenti e "usabili" nei contesti organizzativi dei servizi territoriali, come il CORE-OM rappresenta un valore aggiunto nella *governance clinica*.

Bibliografia

[1] Gabbard GO, Lazar SG, Hornberger J, Spiegel D. *The economic impact of psychotherapy: a review*. Am J Psychiatry 1997;154(2):147-55.

[2] Wiles N, Thomas L, Abel A, Ridgway N, Turner N, Campbell J, et al. *Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaT randomised controlled trial*. Lancet. 2013;381(9864):375-84.

[3] Lambert, MJ & Bergin AE The effectiveness of psychotherapy. Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change (eds A. E. Bergin & S. L. Garfield), pp. 143–189. New York, 1994. NY: John Wiley and Sons.

- [4] Grissom, RJ. *The magical number .7 ± .2: Meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1996; 64(5): 973-982.
- [5] Migone, P. (1996). *La ricerca in psicoterapia : storia, principali gruppi di ricerca, stato attuale degli studi su risultato e processo*. Rivista Sperimentale di Freniatria 1996; 2: 182-238.
- [6] Margison F, Barkham M, Evans C, McGrath G, Mellor-Clark J, Audin K, Connell J. *Measurement and psychotherapy : Evidence based practice and practice-based evidence*. British Journal of Psychiatry 2000; 177: 123-130.
- [7] Lucock M, Leach C, Iveson S, Lynch K, Horsefield C, Hall P. *A systematic approach to Practice-Based Evidence in a psychological therapies service*. Clinical Psychology and Psychotherapy 2003; 1: 389-399.
- [8] Evans C, Connell J, Barkham M, Marshall C, & Mellor-Clark J. *Practice-based evidence: Benchmarking NHS primary care counselling services at national and local levels*. Clinical Psychology & Psychotherapy 2003; 1: 374-388.
- [9] Reitano F, Soldà M. Valutazione “sul campo” degli esiti degli interventi psicoterapeutici. Practice – Based Evidence e Servizi di Psicologia, Nuove Tendenze della Psicologia 2004; 2: 357-383.
- [10] Barkham M, Mellor-Clark J. *Rigour and relevance: the role of practice-based evidence in the psychological therapies*. In N. Roland, & S. Goss (Eds), Evidence-based counselling and psychological therapies. London: Routledge 2000.
- [11] Peter Fonagy, Rosa Matthews, Steve Pilling The Mental Health Outcome Measurement Initiative: Best practice guidance for local implementation adapted from the Report from the Chair of the Outcomes Reference Group, April 2005
- [12] Evans C, Connell J, Barkham M, Margison F, McGrath G, Mellor-Clark J, & Audin, K. *Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM*. British Journal of Psychiatry 2002; 18: 51-60.
- [13] Howard KI, Lueger RJ, Maling MS, Martinovich Z. *A phase model of psychotherapy: causal mediation of outcome*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1993; 61: 678-85.
- [14] Rogers KD, Young A, Lovell K, & Evans C. *The Challenges of Translating the Clinical Outcomes in Routine Evaluation–Outcome Measure (CORE-OM) Into British Sign Language*. Journal of Deaf Studies and Deaf Education 2013; 18(3): 287-298.
- [15] Twigg E, Barkham M, Bewick BM, Mulhern B, Connell J, & Cooper M. *The Young Person’s CORE: Development of a brief outcome measure for young people*. Counselling and Psychotherapy Research 2009; 9(3): 160-168
- [16] Jacobson NS, Truax P. *Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1991; 59: 12-19.
- [17] Palmieri G, Evans C, Hansen V, Brancaloni G, Ferrari S, Porcelli P, Reitano F, Rigatelli M. *Validation of the Italian version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (CORE-OM)*. Clin Psychol Psychother 2009;16(5):444-9.
- [18] Davide Buttaglieri & Daniel de Wet. Efficacia delle Psicoterapie: Manuale Operatore. Protocollo per gli utenti adulti. Regione Toscana. Gruppo per la efficacia Psicoterapeutica 10/02/2011 Versione 1.
- [19] Palmieri G, Rebecchi D, Lusvardi N, Reitano F, Evans C. *Strumenti per la valutazione di esito in età evolutiva: lo Young Person’s Core*, presentato al convegno Esperienze nazionali sull’uso di strumenti valutativi di esito e buone pratiche. Trento, 11-10-13.
- [20] Reitano F. *La Cultura e la Pratica della Valutazione nei Servizi di Psicologia*, Nuove Tendenze della Psicologia 2005; 2: 241 - 260.

[21] Palmieri G, Evans C, Freni S, Baroni A, Chicherio M, Ferrari S, Palmieri L, Rigatelli M, Reitano F. *La valutazione routinaria degli esiti della psicoterapia: traduzione e validazione preliminare del sistema CORE*. Nuove Tendenze della Psicologia 2006; 3: 371 - 386.

Figura. 1 La piramide dei benefici della valutazione degli esiti (tradotto da Fonagy et al., 2005)

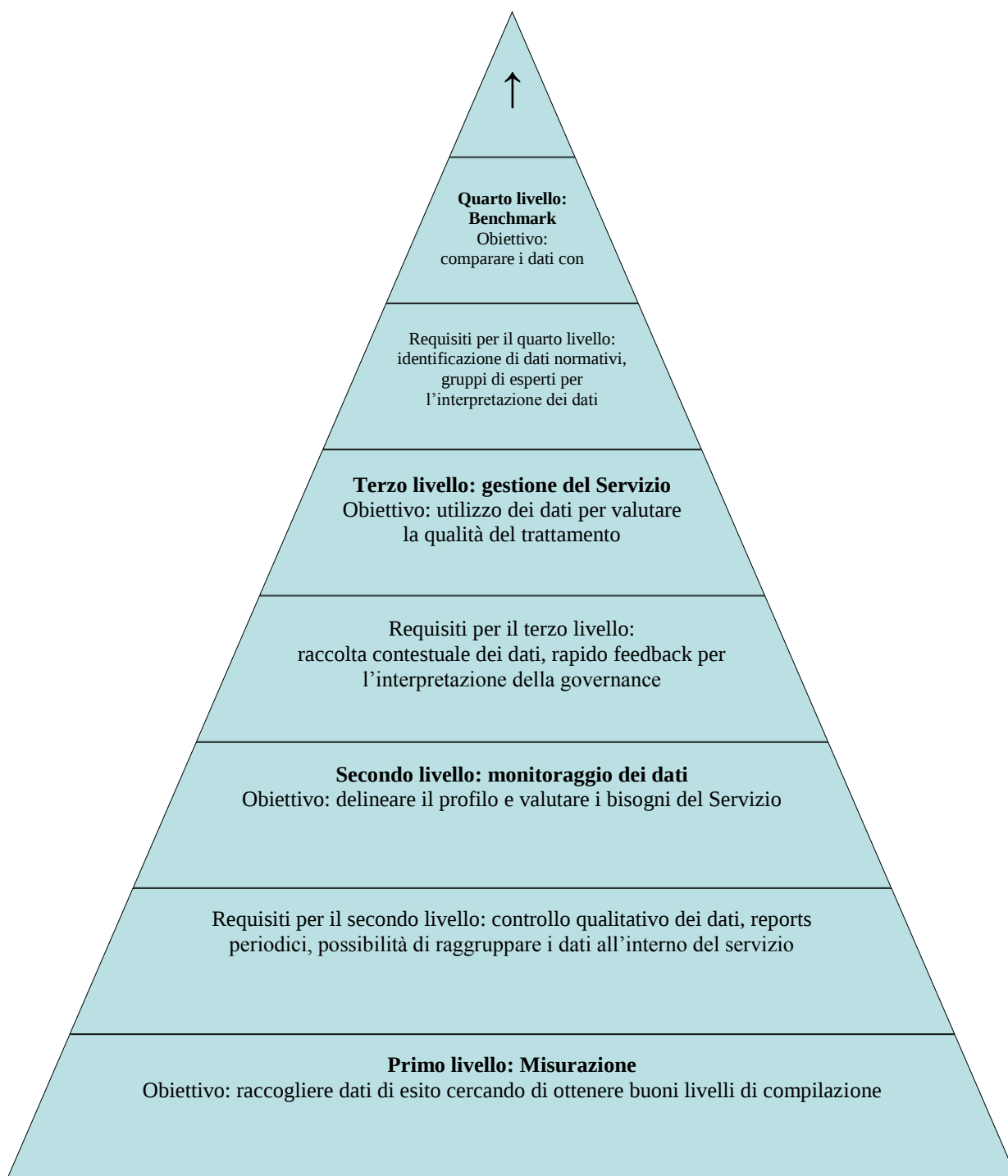


Fig. 2. II CORE-OM

Tabella 1. Criteri per il cambiamento affidabile e clinicamente significativo.

	Versione italiana			Versione inglese		
	RC	SC (m)	SC (f)	RC	SC (m)	SC (f)
Benessere soggettivo	1,46	1,40	1,84	1,33	1,37	1,77
Sintomi	0,85	1,20	1,44	0,85	1,44	1,62
Funzionamento	0,89	1,29	1,31	0,84	1,29	1,30
Rischio	0,83	0,25	0,22	0,95	0,43	0,30
Totale	0,51	1,09	1,22	0,51	1,19	1,29

Tabella 2. Dati demografici del campione di soggetti trattati presso l'APSS di Trento

DATA SET CORE OM (2009/2012) Valutazione Esito n. 629 pazienti	
Dati CORE OM pazienti valutati in <u>entrata e uscita</u>	
Numero	629
Età media	38
Range età	16 – 87 anni
% Sesso	73 % (F) – 27 % (M)
Diagnosi (F30-F39)	16,5 %
% (F40-F48)	60,2 %
(F50-F59)	3 %
(F60-F69)	5,2 %
Asse Z	13 %
Altro	2,3 %
% Disfunzionali (≥ 10) a T₀	82 %
% Funzionali (< 10) a T₀	18 %
N. medio sedute	9
Range sedute	da 3 – a 58

Tabella 3. Diagnosi ICD-10 dei soggetti trattati

Codice ICD X°	Diagnosi	Percentuale
F 32.0	Episodio Depressivo Lieve	7 %
F 32.1	Episodio Depressivo Medio	2,5 %
F 41.0	Sindrome da Attacchi di Panico	4 %
F 41.1	Sindrome Ansiosa Generalizzata	7 %
F 41.2	Sindrome Mista Ansioso Depressiva	21 %
F 42.0	Prevalenti Pensieri e Ruminazioni Ossessive Associazione di Pensieri Ossessivi e Atti Compulsivi	3 %
F 42.2		
F 43.2	Sindromi da Disadattamento: reazione depressiva breve	15 %
F 50 F 53	Disturbi psichici legati a disfunzioni fisiologiche Disturbi mentali associati con il puerperio NCA	2,0 %
F60.0, F60.1, F60.3, F61.0	Dist. Pers. Paranoide; Dist. Pers. Schizoide; Dist. Pers. Emotivamente Instabile; Dist. Pers. Misti	2,2 %
Z 60.0, Z 63.0	Problemi di adattamento e transizione del Ciclo di vita Problemi di relazione col coniuge	6,4 %
Altro	F 40, F 45, F 59, F 31, F 30, F 54	2 %

Tabella 4. Punteggi del CORE-OM all'inizio e alla fine del trattamento

DATA SET CORE OM 2009/2012 Valutazione Efficacia ESITO pazienti (n. 629)		
MISURAZIONI	Entrata	Uscita
DIMENSIONI CORE - OM		
Benessere	2,29	1,23
Problemi	1,93	0,90
Funzionamento	1,51	0,98
Rischio	0,30	0,10
Core Tot.	1,54	0,82

Grafico 1

Grafico pazienti in entrata

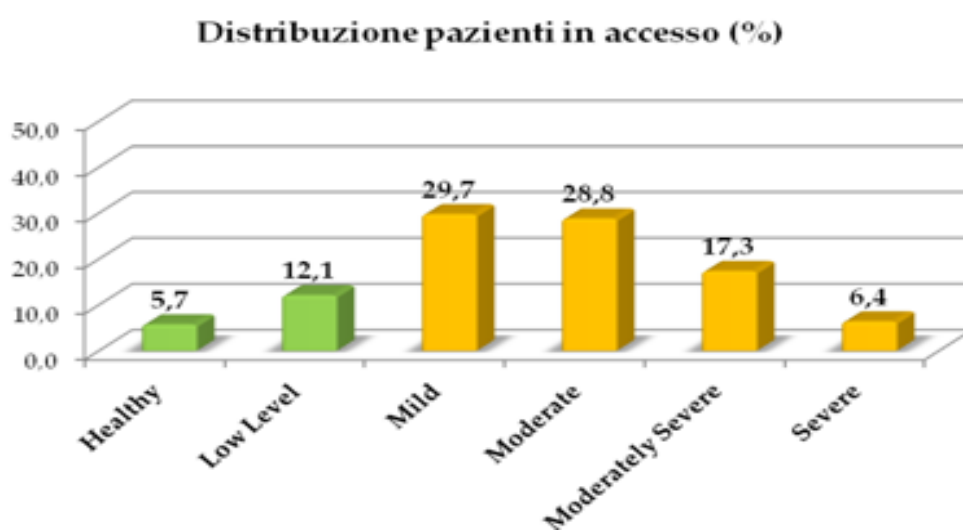


Grafico 2

Grafico pazienti in uscita

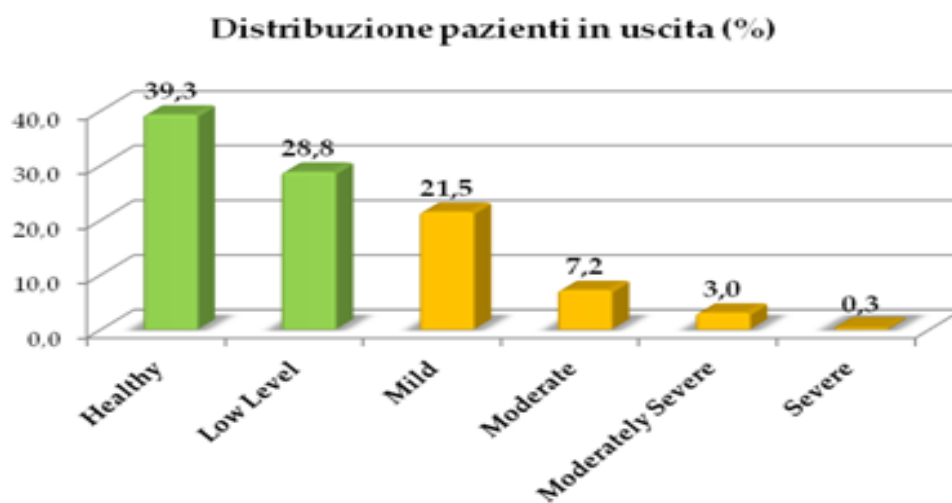


Grafico 3

