Provincia di Trento
Ordine degli Psicologi

incontri e confronti tra servizi di psicologia

Società scientifica
sipsot
Società Italiana di Psicologia dei Servizi Ospedalieri e Territoriali

LA PRATICA PSICOTERAPEUTICA BASATA SULLE EVIDENZE IN PSICOLOGIA, E' POSSIBILE NEL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO?

Esperienze nazionali sull'uso di strumenti valutativi, di esito e buone pratiche

Il Core-Om System come strumento di valutazione di efficacia delle psicoterapie. Modalità e sistemi di raccolta ed elaborazione dei dati

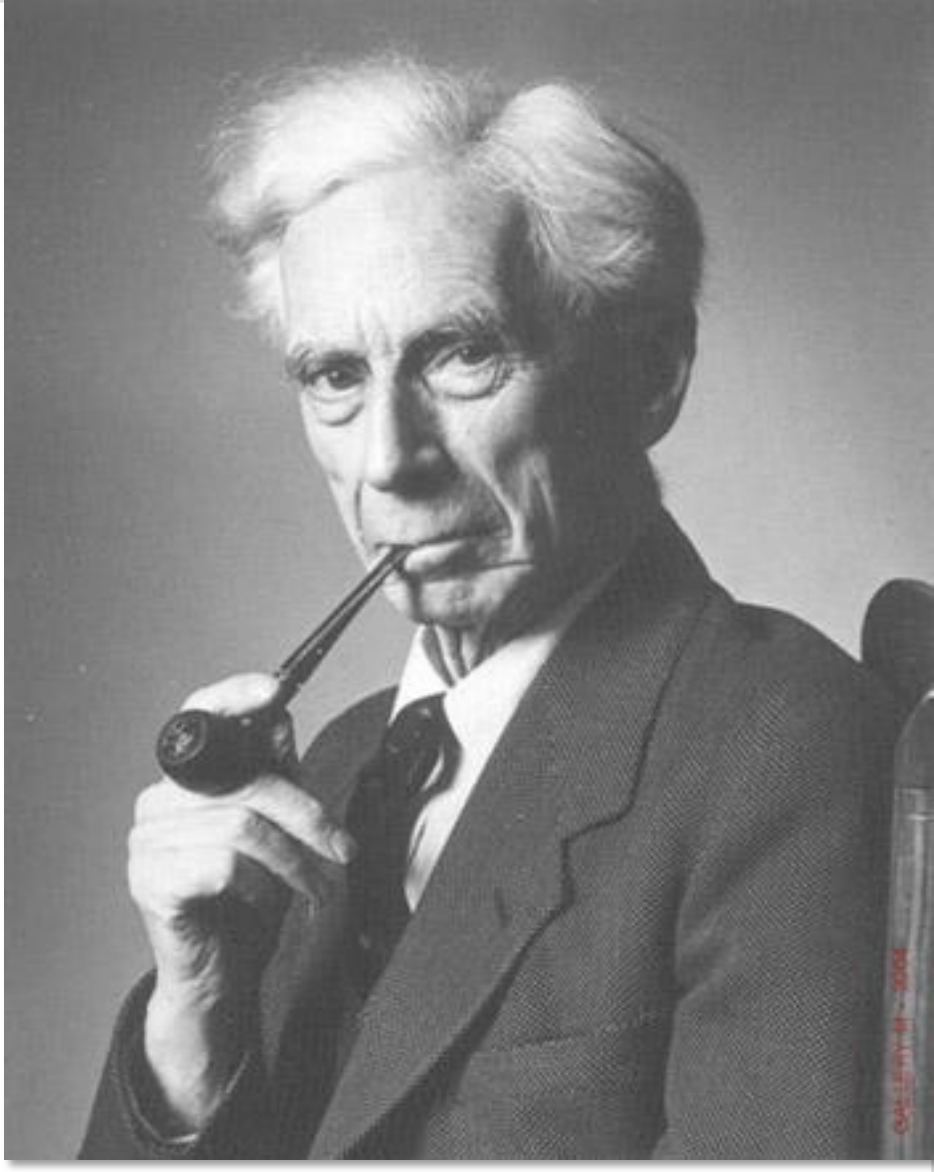
Trento, 11 Ottobre 2013

ASLCagliari

Dott. Guido Rocca Dirigente Psicologo - UOC Consultori Familiari

"L'inveterata consuetudine di basare le convinzioni sull'evidenza e di dare ad esse soltanto quel grado di certezza che l'evidenza garantisce, sarebbe un rimedio, se divenisse generale, per tutti i mali che affliggono il mondo".

Bertrand Russell, 1957



“… I dati indicano che una percentuale rilevante dell’opinione pubblica giudica con notevole scetticismo lo status scientifico della psicologia …”

Le sei critiche più diffuse:

- ***La psicologia è semplicemente "buon senso"***
- ***La psicologia non usa metodi scientifici***
- ***La psicologia non può produrre generalizzazioni significative perché ognuno è unico***
- ***La psicologia non produce risultati ripetibili***
- ***La psicologia non può fare previsioni precise***
- ***La psicologia non è utile alla società***

Le ricerche dimostrano abbondantemente che i trattamenti psicologici funzionano

Le persone trattate migliorano circa **nell'80 %** dei casi rispetto a quelle non trattate *(Lambert &Ogles, 2004; Wampold, 2001)*

E' anche stata dimostrata **la comparabilità dei risultati ottenuti negli RCT** rispetto ai trattamenti nei contesti di cura reali *(Minami et al. 2008)*

Malgrado la dimostrata efficacia dei trattamenti psicologici dobbiamo riconoscere che:

- *molti pazienti non traggono beneficio dai trattamenti*
- *gli psicologi possono avere diversa efficacia*
- *i drop-outs sono un importante problema*

Lo psicoterapeuta impara poco o niente dai suoi successi

Questi lo confermano principalmente nei suoi errori.

I suoi fallimenti, invece, sono esperienze inestimabili che non solo aprono la strada ad una verità più profonda, ma lo costringono a cambiare le sue idee ed i suoi metodi.

Carl Gustav Jung

LSE Centre for Economic Performance The London School of Economics and Political Science

Well-Being Programme Director
Professor Richard LAYARD

"How Mental Illness loses out in the NHS" *The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy group,June 2012*

"Enhancing Recovery Rates in IAPT Services: Lessons from analysis of the Year One data" *(with A Gyani, R Shafran, and D Clark), IAPT website, 2011*

"Cost-benefit analysis of psychological therapy", *(with D. Clark, M. Knapp and G. Mayraz), National Institute Economic Review, No 202, October 2007*.

The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorders, *The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy group, June 2006*

.

I pazienti depressi trattati con psicoterapia (CBT) stanno bene più a lungo ed hanno meno recidive

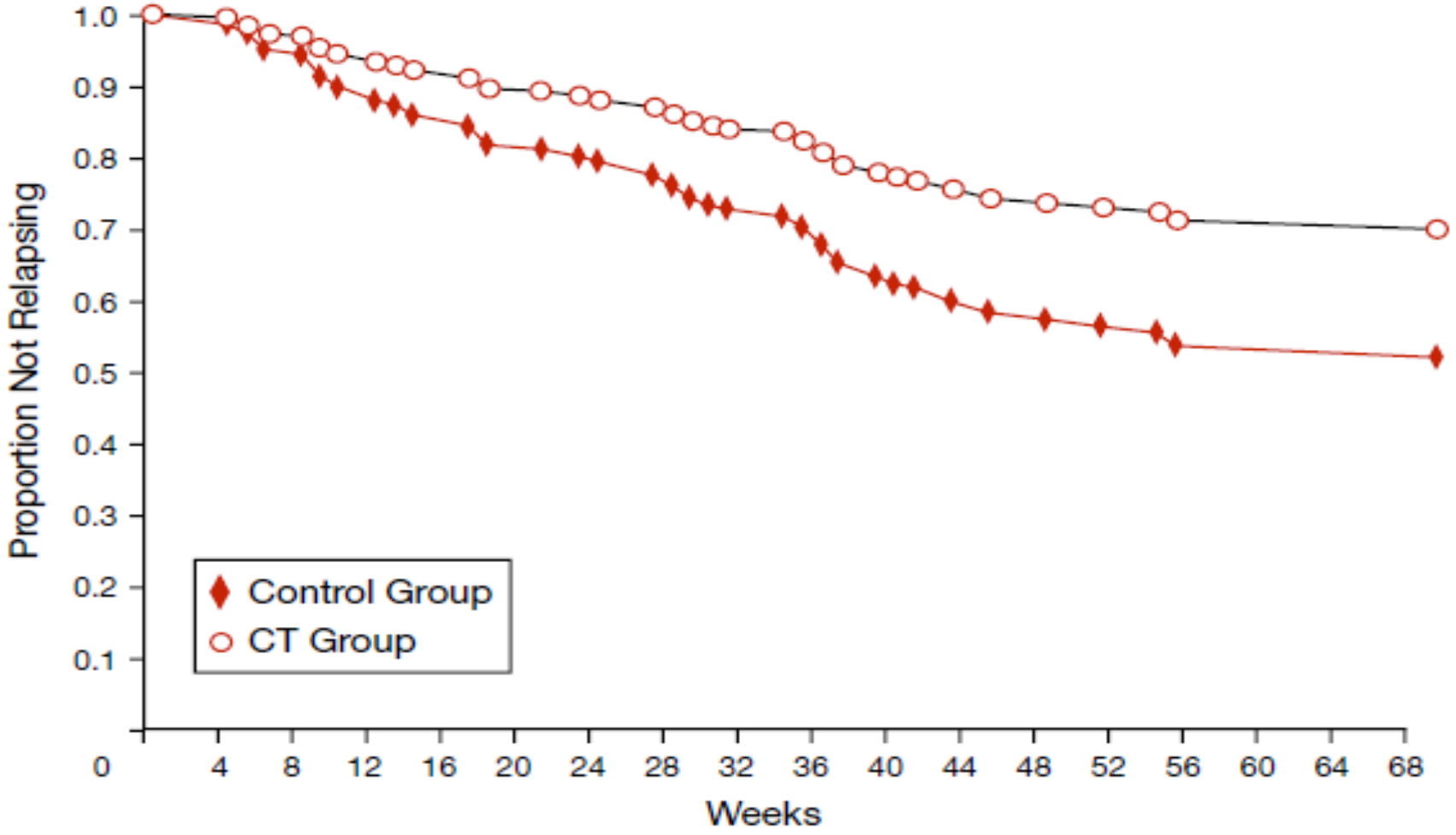
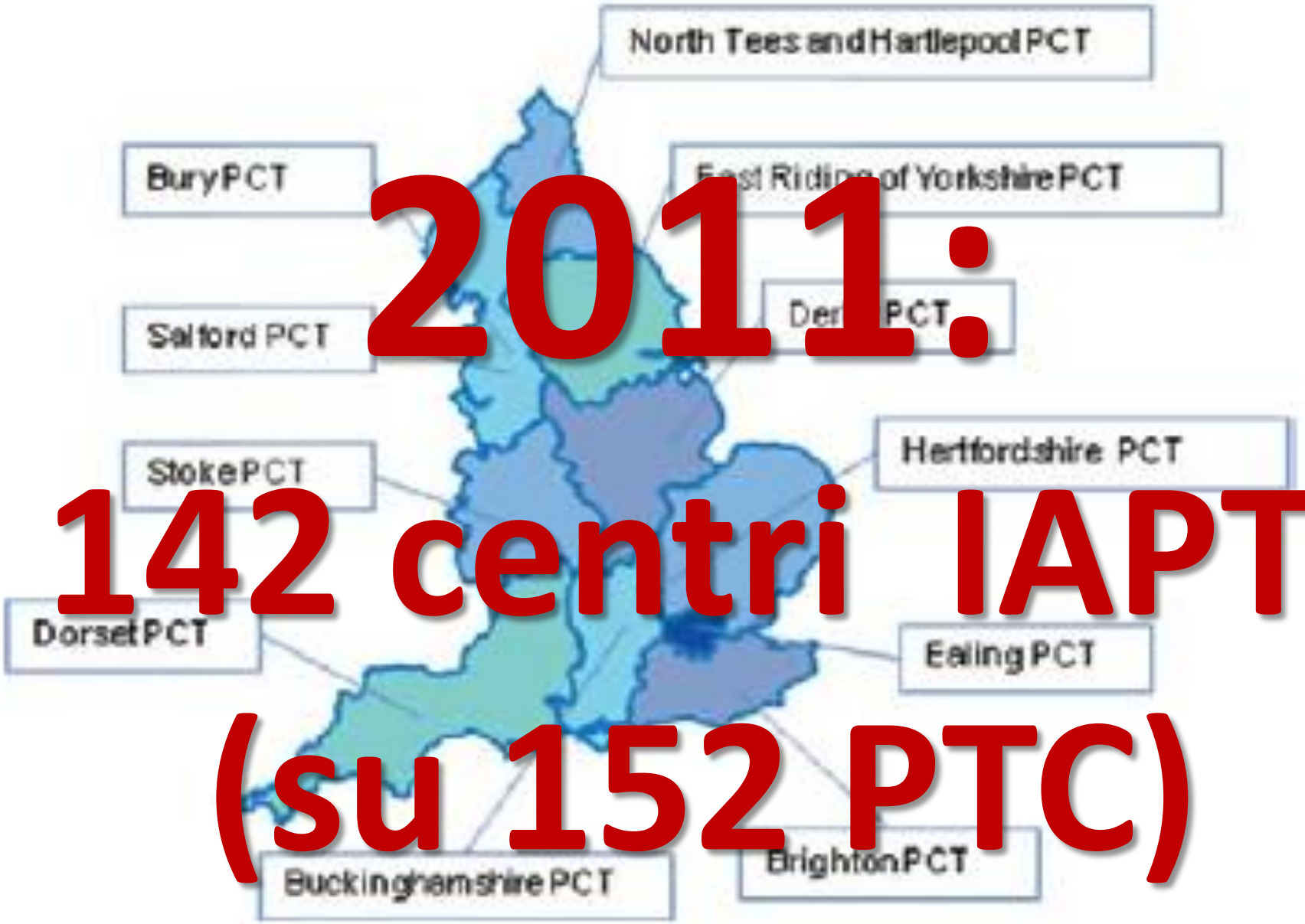


Figure 1: Location of Pathfinder Sites

11 centri pilota nel 2007



2011: 142 centri IAPT (su 152 PTC)

iapt

Improving Access to Psychological Therapies

NHS

- Sostiene il Servizio Sanitario Nazionale Britannico nella implementazione delle linee guida **NICE** (National Institute for Health and Clinical Excellence) per la cura **dei disturbi depressivi e d'ansia.**
- E' stato sviluppato per offrire di **routine ai pazienti un trattamento psicologico di prima-linea**.

Obiettivo del programma è sviluppare:

- ***Un modello di cura definito;***
- ***Un ambito specifico di intervento;***
- ***Un modello organizzativo;***
- ***Il monitoraggio routinario dell'esito***

Il CORE-OM

(Clinical Outcomes in Routine Evaluation)

e i suoi derivati

Il CORE-OM

Dr. Chris Evans

MRCPsych., M.Sc.,
Institute of Group Analysis,
Nottinghamshire Personality Disorder and Development Network,
Mandala Centre
chris@psyctc.org

Il **CORE-OM** (Chris Evans et al., 2000) è un questionario self-report a 34 item sviluppato per misurare il cambiamento nella salute mentale degli adulti, **particolarmente nella valutazione del cambiamento determinato da un trattamento psicologico.**

Il sistema è copyleft, se utilizzato per scopi senza fini di lucro

Cosa misura

E’uno strumento di misura del disagio psicologico, ***pan-teoretico*** (non associato a nessun modello psicoterapeutico), ***pan-diagnostico*** (non focalizzato su un singolo sintomo), progettato sulla base di ciò che i clinici considerano più importante misurare tra gli elementi di base della salute psicologica.

A chi può essere somministrato

Il **CORE-OM** è adatto a misurare il cambiamento su una vasta gamma di pazienti **(età >17)**, da quelli senza manifestazioni sintomatologiche a quelli con quadri clinici molto gravi caratterizzati da ideazione auto/eterolesiva o altri intensi gradi di sofferenza.

Non è stato ideato per un utilizzo in ambito forense, nè è adatto alla somministrazione a pazienti con disturbo paranoideo

La compilazione richiede dai 5 ai 10 minuti

Comprende 4 Domini

- **Benessere (4 items)**
- **Problemi/sintomi (12 items)**
- **Funzionamento (12 items)**

Ciò dovrebbe renderlo compatibile con il modello di cambiamento per fasi che ipotizza un impatto sequenziale sul benessere soggettivo ***(remoralising)*** *nelle fasi iniziali del trattamento, un miglioramento sintomatologico* ***(remediating),*** *e quindi sugli aspetti del funzionamento* ***(rehabiliating),*** *quale elemento comune nella maggior parte delle psicoterapie (Howard, Lueger et al, 1993).*

- **Rischio(6 items)**

I Cluster dei domini

Ogni dominio del CORE-OM (escluso Benessere soggettivo) si compone di vari cluster di items.

- **Problemi/sintomi**: si compone di quattro clusters (*Depressione, Ansia, Disturbi fisici e Trauma*);
- **Funzionamento:** comprende tre clusters (*Funzionamento generale, sociale, relazioni intime*);
- **Rischio:** comprende il Rischio autolesivo e il Rischio eterolesivo.

La struttura del questionario include items ad alta e bassa intensità

Il questionario CORE-OM è parte di uno strumentario più ampio, il "CORE System"

Il sistema consta di vari moduli che combinano le **informazioni raccolte attraverso il CORE-OM** (somministrato prima e dopo il trattamento) e quelli **compilati dal clinico**:

Il **CORE Therapy Assessment Form** (prima del trattamento), e
Il **CORE End of Therapy** (alla fine del trattamento).

La modulistica che accompagna il questionario di misurazione dell'esito "cattura" un insieme di informazioni contestuali che migliorano la qualità dell'assessment del paziente e lo sviluppo della qualità dei servizi (Mellor-Clark et al., 1999).

Il CORE Therapy Assessment Form

Raccoglie importanti notizie di tipo demografico, relative all'inviante, a precedenti/attuali trattamenti psicologici e/o farmacologici.

E' prevista una categorizzazione del problema, della sua intensità e durata sulla base del giudizio del clinico, l'attribuzione di uno o più codici ICD 10, e la rilevazione di eventuali fattori di rischio.

Il CORE Therapy Assessment Form

Il modulo raccoglie inoltre dati che definiscono **un profilo riguardante l'accesso al servizio** (per es. tempi di presa in carico) **e l'appropriatezza della prestazione erogata** (rispetto alle procedure assistenziali, agli obiettivi prioritari, ecc.).

Il CORE End of Therapy

Alla dimissione del paziente, raccoglie un insieme di dati descrittivi che si integrano all'interpretazione dei punteggi del CORE-OM e aiutano a contestualizzare gli esiti dei trattamenti e il miglioramento dei servizi.

Il modulo registra informazioni relative alla durata della terapia, al tipo di intervento, alla modalità, alla frequenza, la pianificazione o meno della conclusione concordata del trattamento.

Le diverse versioni del CORE

Il CORE-OM a 34 items è stato tradotto in **22 lingue**, tra cui l'italiano ***(Palmieri, G., Evans, C., Hansen, V., Brancaleoni, G., Ferrari, S., Porcelli, P., Reitano, F., Rigatelli, M., 2009)***

Esistono numerose altre versioni con funzioni specifiche, non ancora tradotte e validate in italiano, tra cui:

CORE-5 (5 items) ed il CORE-10 (10 items), strumenti di screening e di valutazione d'esito più agili, somministrabili seduta per seduta ***(Wright, Bewick, Barkham, House & Hill, 2009);***

CORE 18A/18B, anch'essi destinati alla valutazione seduta per seduta (***Barkham, Margison, et al., 2001);***

YP-CORE (Young Person), versione per la fascia d'età dagli **11-16 anni**, composto da 10 item (parte della batteria CYP-IAPT) ***(Twigg et al., 2010);***

GP-CORE (General population) una versione riguardante la popolazione non-clinica, con funzione di screening, 14 items, senza Dominio del Rischio ***(Sinclair, Barkham, Evans, Connell & Audin, 2005);***

Le diverse versioni del CORE

LD-CORE (Learning Disabilities) per soggetti con difficoltà di apprendimento, in cui le risposte vengono fornite su una scala visiva ad istogramma. ***(Brooks & Davies, 2008)***

SCORE-15 e SCORE-28 (Systemic CORE) per la valutazione dell'esito negli interventi con le famiglie ***(Stratton,Bland, Janes & Lask, 2010) (Cahill, O'Reilly, Carr,Dooley & Stratton, 2010)*** **.** E' in corso la validazione italiana, a cura della SIPPR

CORE-OM/BDI esistono algoritimi e scale di conversione dei punteggi dei due strumenti ***(Leach et al.,2006).***

CORE-6D composto da 6 item estratti dal CORE-OM il cui punteggio (**indice di preferenza di base specifico per soggetti con comuni problemi di salute mentale**) viene utilizzato per calcolare il **QALY** (*Quality Adjusted of Life Year: 1 QALY= 1 anno di vita in buona salute*) misura standard nei bilanci costo-efficacia degli interventi in ambito sanitario. ***(Mavranezouli, Brazier, Young & Barkham, 2010)***

V.E.Tra.P. network

Valutazione

Esito

Trattamenti

Psicologici

Dott. Guido Rocca & Dott. Gianluigi Carta - vetrap.network@gmail.com

Cos'è?

- E' un **software con funzioni di database e di elaborazione statistica** improntato sui principi della *Practice-Based Evidence*, cioè della raccolta strutturata dei dati dell'attività routinaria, al fine di **valutare l'efficacia sul campo dei trattamenti psicologici.**
- Si ispira al **Sistema CORE** e al **modello IAPT**

Chi lo ha fatto ?

E’ stato ideato e realizzato dal Dott. Guido Rocca (psicologo, ASL 8 Cagliari) e dal Dott. Gianluigi Carta (psicologo).

Perchè è stato fatto?

1. Creare un sistema facile da utilizzare e gratuito per la raccolta e l'elaborazione statistica necessaria a documentare e riflettere, in maniera scientificamente attendibile, sull'efficacia dei trattamenti psicologici erogati nel SSN;
2. Incentivare la creazione di una rete (network) di ricerca in tale ambito clinico, a livello regionale e nazionale

V.E.Tra.P. network

Come vengono elaborati i protocolli CORE-OM:

E’ stato sviluppato un foglio di calcolo con funzioni e macro (OpenOffice 2.4) che consente, attraverso l’inserimento manuale delle risposte del paziente nelle diverse somministrazioni del questionario (ingresso, uscita, follow-up a 3 e 6 mesi), di ottenere l’elaborazione automatica dei punteggi in forma numerica e grafica ed il loro salvataggio in un unico file

Come vengono elaborati i protocolli CORE-OM:

L'inserimento dei punteggi avviene in una tabella che riproduce il protocollo cartaceo in cui le risposte del paziente vengono segnate attraverso una "x", facendo scorrere il cursore col mouse o i tasti freccia

Il software fornisce un avviso quando il numero delle risposte omesse rende il protocollo invalido

V.E.Tra.P. network

CLINICAL OUTCOME in ROUTINE EVALUATION

OUTCOME MEASURE

	per nulla	solo occasionalmente	ogni tanto	spesso	molto spesso o sempre	
1- Mi sono sentito terribilmente solo ed isolato.						F
2- Mi sono sentito teso, ansioso o nervoso.						P
3- Ho sentito di avere qualcuno a cui rivolgermi per ricevere un sostegno quando ne ho avuto bisogno.						F
4- Mi sono sentito a posto con me stesso.						B
5- Mi sono sentito completamente privo di energia e di entusiasmo.						P
6- Sono stato violento fisicamente verso altre persone.						R
7- Mi sono sentito capace di adattarmi in caso di difficoltà.						F
8- Sono stato disturbato da malesseri, dolori o altri problemi fisici.						P

Istruzioni

Cognome e Nome

Data somministrazione

V.E.Tra.P. network

Come vengono elaborati i protocolli CORE-OM:

Su una tabella vengono riportati i punteggi in ingresso, uscita e follow-up, relativi ai singoli domini e complessivi (punteggio medio, totale, clinico, semplice).

Il punteggio CORE-OM viene convertito, attraverso algoritmo, nel corrispettivo punteggio BDI.

I grafici del progresso clinico permettono una semplice restituzione al paziente sull'andamento del trattamento

V.E.Tra.P. network

INGRESSO		items compilati	P. medio
B	6	4	1,5
P	15	12	1,3
F	23	12	1,9
R	10	6	1,7
Tot/items compilati	1,6		
Tot-R	44	28	1,6

Punteggio medio	Punteggio Totale	Punteggio clinico	Punteggio semplice
1,59	54	15,9	16

Conversione in punteggio BDI-I		
M	19,2	*Depressione Moderata*
F	19,4	*Depressione Moderata*

USCITA		items compilati	P. medio
B	2	4	0,5
P	0	12	0,0
F	8	12	0,7
R	0	6	0,0
Tot/items compilati	0,3		
Tot-R	10	28	0,4

Punteggio medio	Punteggio Totale	Punteggio clinico	Punteggio semplice
0,3	10	2,9	3

Conversione in punteggio BDI-I		
M	5,5	*Depressione minima*
F	5,6	*Depressione minima*

FOLLOW-UP 3 MESI		items compilati	P. medio
B	1	4	0,3
P	1	12	0,1
F	0	12	0,0
R	0	6	0,0
Tot/items compilati	0,1		
Tot-R	2	28	0,1

Punteggio medio	Punteggio Totale	Punteggio clinico	Punteggio semplice
0,06	2	0,6	1

Conversione in punteggio BDI-I		
M	3,7	*Depressione minima*
F	3,9	*Depressione minima*

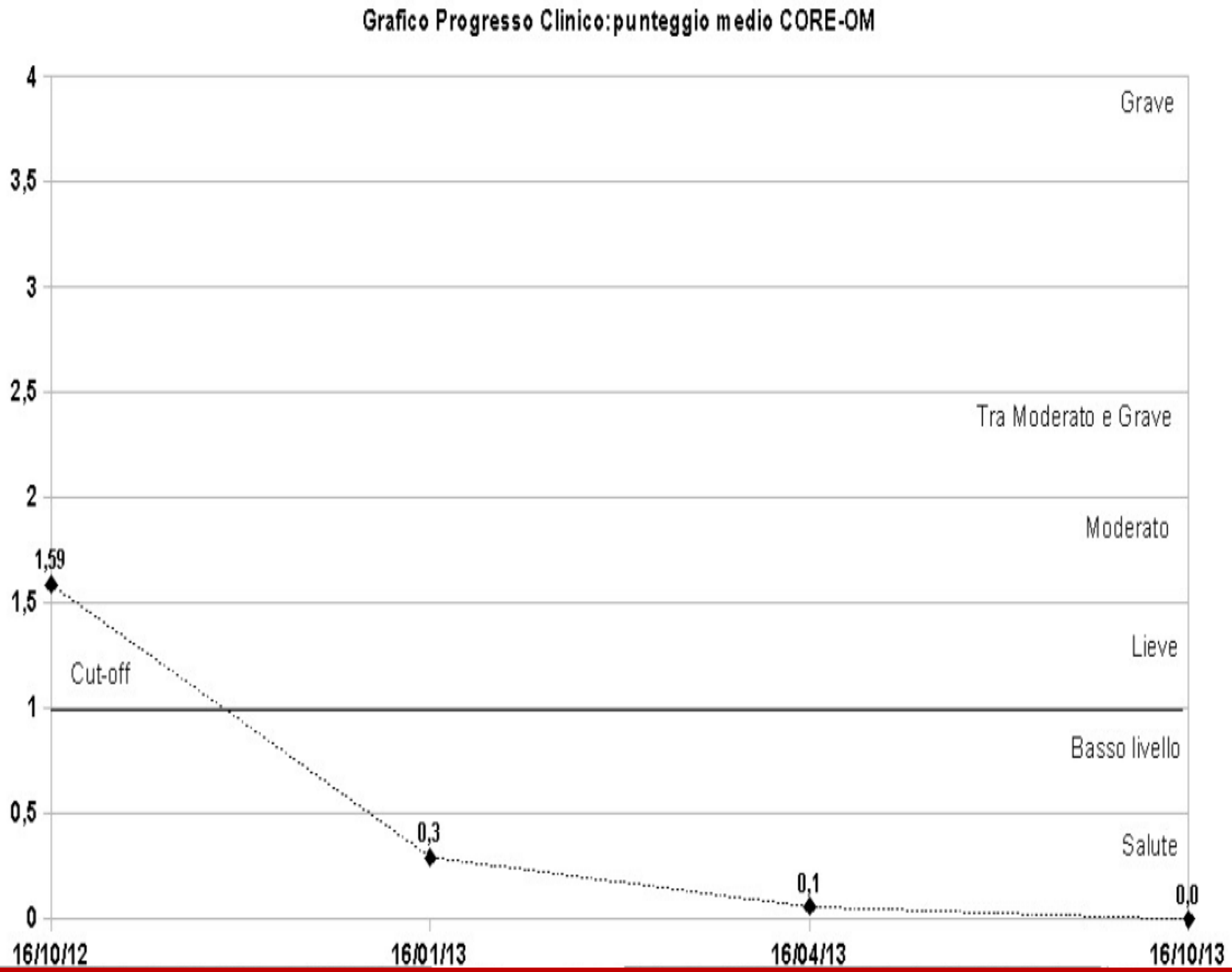
FOLLOW-UP 6 MESI		items compilati	P. medio
B	0	4	0,0
P	0	12	0,0
F	0	12	0,0
R	0	6	0,0
Tot/items compilati	0,0		
Tot-R	0	28	0,0

Punteggio medio	Punteggio Totale	Punteggio clinico	Punteggio semplice
0,0	0	0,0	0

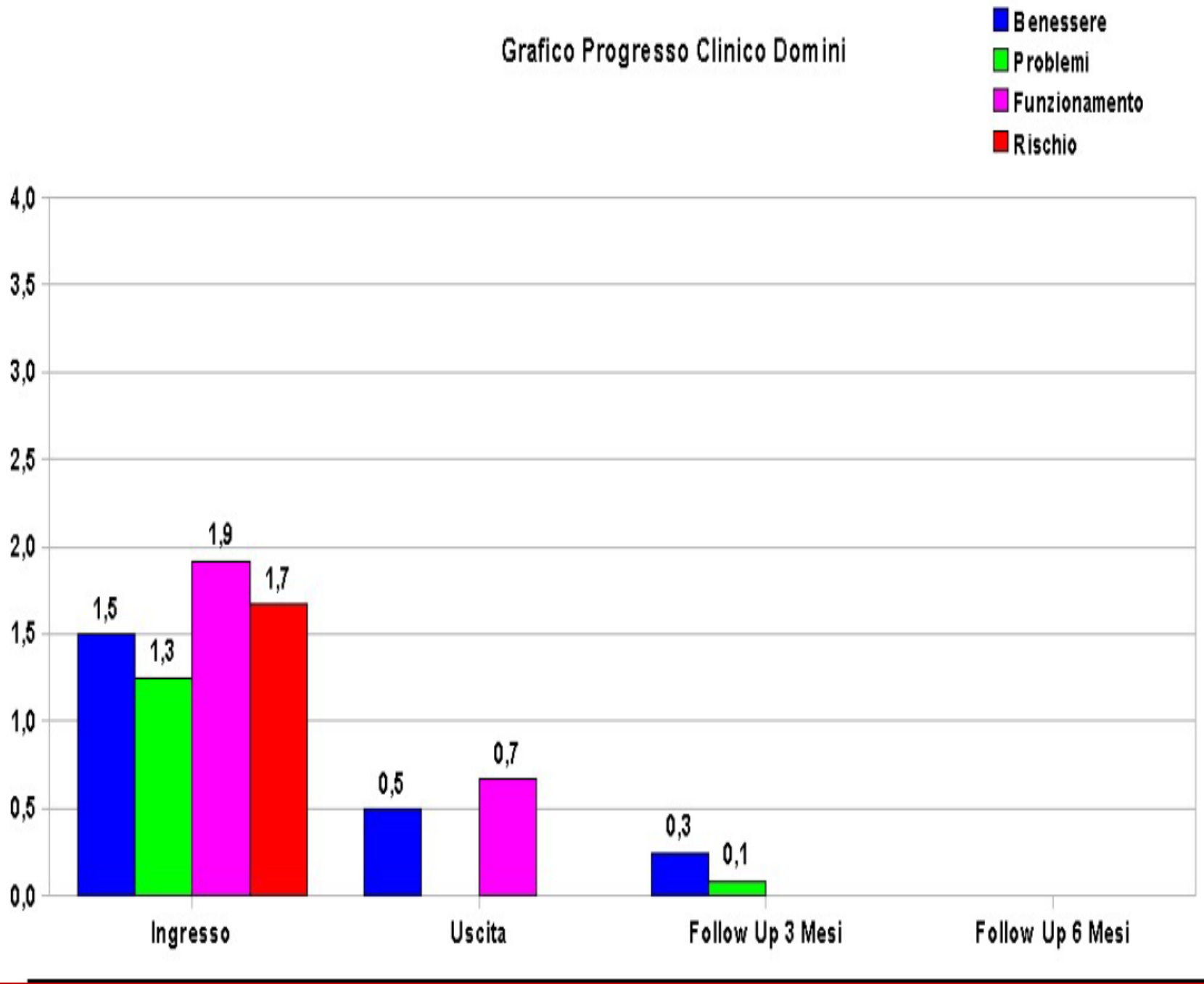
Conversione in punteggio BDI-I		
M	3,4	*Depressione minima*
F	3,5	*Depressione minima*

Data	P.Medio		Benessere	Problemi	Funzionamento	Rischio
16/10/12	1,59	Ingresso	1,5	1,3	1,9	1,7
16/01/13	0,3	Uscita	0,5	0,0	0,7	0,0
16/04/13	0,1	Follow Up 3 Mesi	0,3	0,1	0,0	0,0
16/10/13	0,0	Follow Up 6 Mesi	0,0	0,0	0,0	0,0

V.E.Tra.P. network



Dott. Guido Rocca & Dott. Gianluigi Carta - vetrap.network@gmail.com



Dott. Guido Rocca & Dott. Gianluigi Carta - vetrap.network@gmail.com

Come vengono raccolti e gestiti i dati:

1) **Compilazione di un foglio di database preimpostato**, in cui vengono registrati i dati necessari alla rilevazione;

2) **Trasmissione al gestore del software** per l'inserimento nel database comune e l'elaborazione statistica;

3) **Chi registrerà e metterà a disposizione i propri dati secondo lo schema condiviso, li riceverà elaborati** attraverso il V.E.Tra.P.(vedi prossime slide di illustrazione)

Chi trasmette i dati rimarrà responsabile della tutela dell'anonimato dei pazienti, cui provvederà ad attribuire un codice prima dell'invio al gestore del sistema.

Come vengono raccolti e gestiti i dati:

Il foglio di database (OpenOffice 2.4) contiene una serie di campi che ripropongono buona parte dei dati previsti dallo schema del CORE System (TAF e EOT).

Essendo un sistema aperto è possibile integrare la tabella con altre variabili, a seconda delle necessità di ricerca.

Ogni campo è corredato di aiuto per la compilazione e di menù a tendina per velocizzare l'inserimento dei dati. La sezione codici (ASL, sito, psicologo) può essere personalizzata, su richiesta.

V.E.Tra.P. network

Database Trattamenti Psicologici - CLINICI - punteggio medio CORE-OM in ingresso sopra cut-off (≥ 1,0)

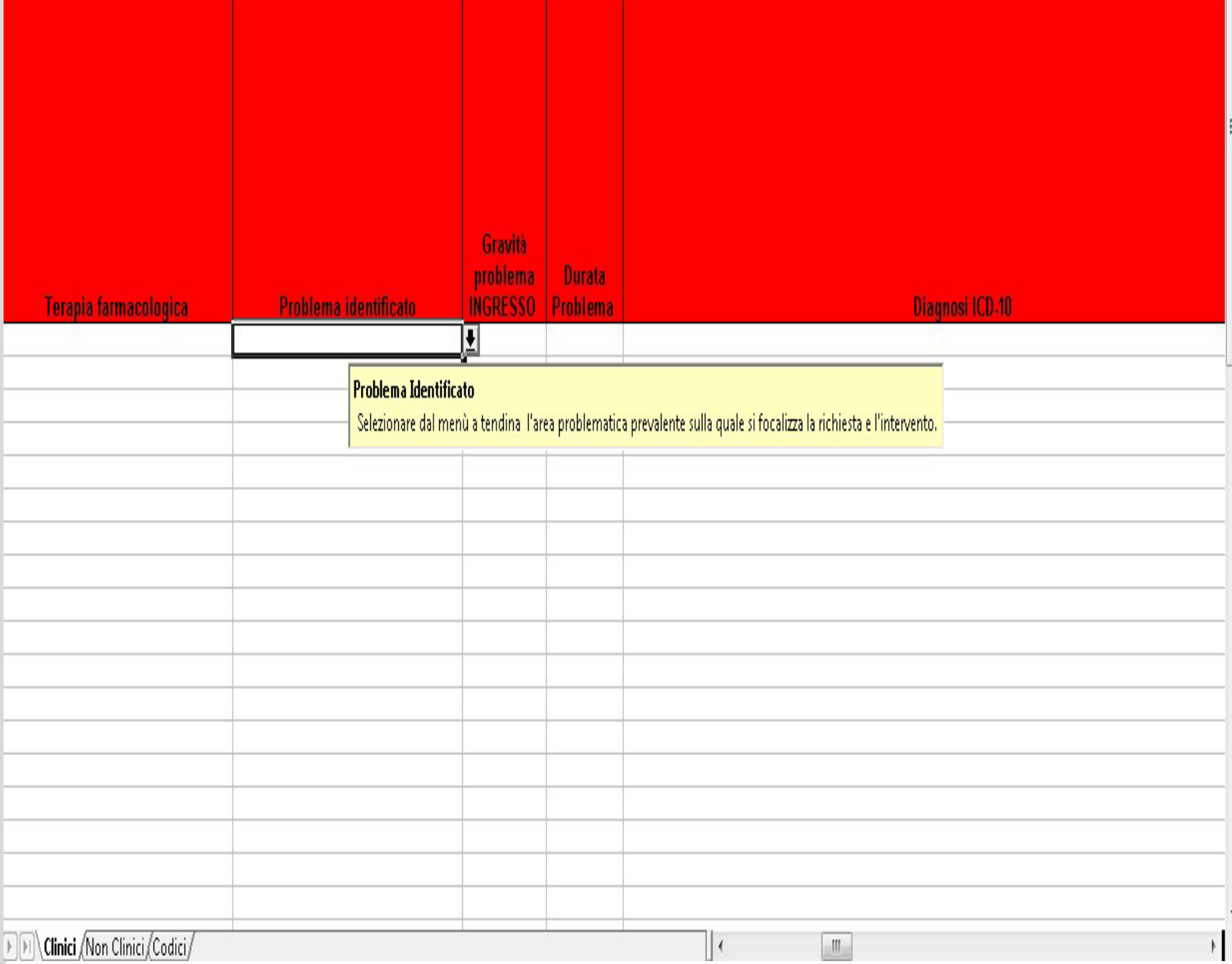
Istruzioni

ASL/AO	Cod. Sito	Cod. Psicologo	Cod. utente	Cognome Nome	Sesso	Età	Stato Civile	Titolo di studio	Occupazione	Inviante

Clinici | Non Clinici | Codici

Dott. Guido Rocca & Dott. Gianluigi Carta - vetrap.network@gmail.com

V.E.Tra.P. network



Dott. Guido Rocca & Dott. Gianluigi Carta - vetrap.network@gmail.com

V.E.Tra.P. network

Data inizio trattamento	Core-Om Ingresso	Core-Om Uscita	Core-Om Follow-up 3 m	Core-Om Follow-up 6 m	Benessere i	Problemi i	Funzionamento i	Rischio i	No-Rischio i	Benessere u	Problemi u	Funzionamento u	Rischio u	No-Rischio u	Benessere 3 m	Problemi 3 m	Funzionamento 3 m	Rischio 3 m	No-Rischio 3 m	Benessere 6 m	Problemi 6 m	Funzionamento 6 m	Rischio 6 m	No-Rischio 6 m	BDI in	BDI out	RCI	Data fine trattamento	Gravità problema USCITA	n.sedute	Cadenza

Clinici | Non Clinici | Codici

V.E.Tra.P. network

Il software non ha finalità commerciali: non è in vendita, né viene ceduto.

L'utilizzo del sistema presuppone la disponibilità ad entrare in rete per far parte di un database comune, e fruire dell'elaborazione dei dati della propria ASL/Unità Operativa, secondo criteri comuni e confrontabili per finalità di ricerca.

Il software è un sistema "aperto".

Il software è in continuo aggiornamento (VETraP 2.0) ed è facilmente suscettibile di integrazioni/personalizzazioni delle funzioni di calcolo ed elaborazione.

Sono in fase di implementazione le elaborazioni secondo:

- **IAPT Measures (PHQ9, GAD7, WSAS)**

Possibili ulteriori adattamenti per:

CYP IAPT Measures, YP-CORE, CORE6D

V.E.Tra.P. network

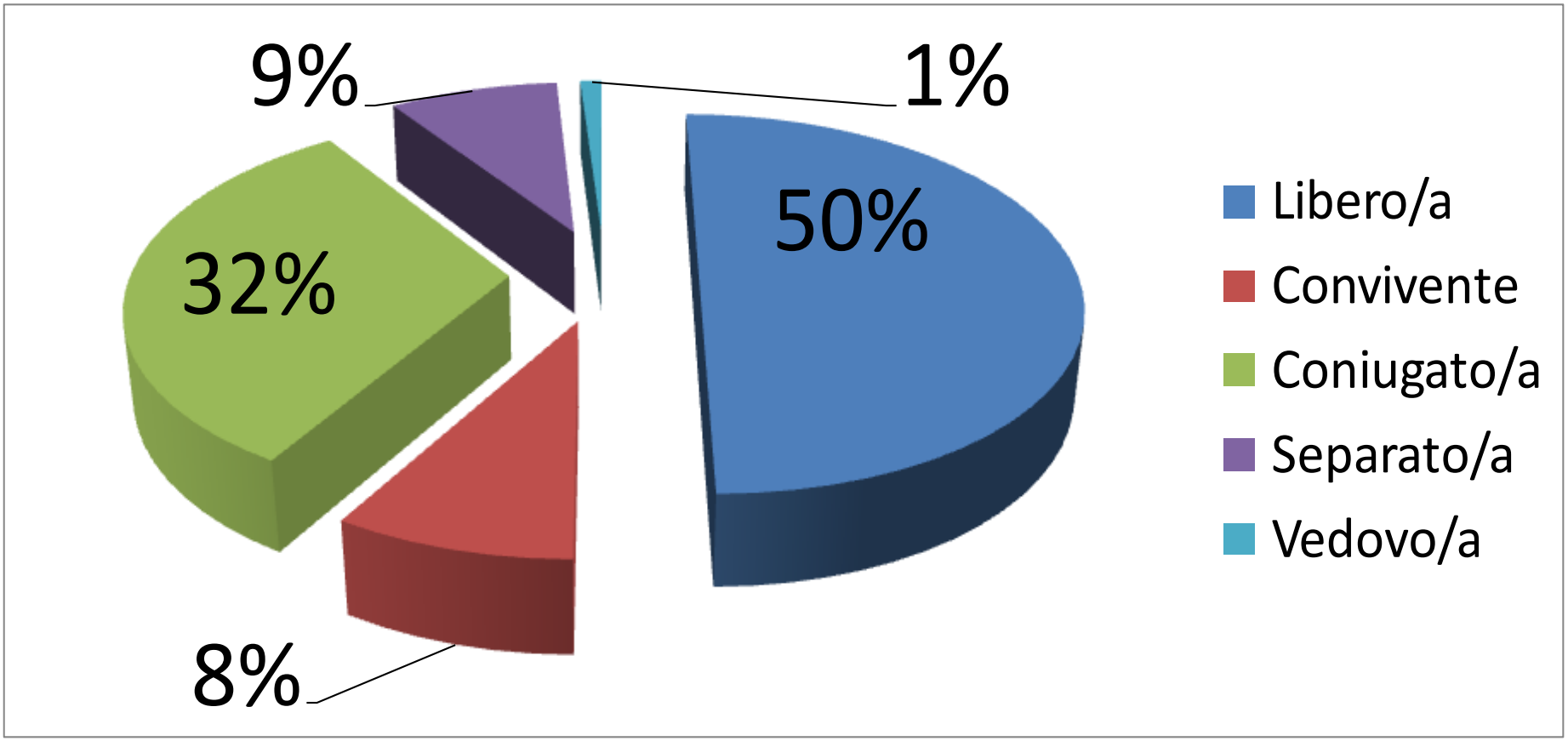
Campione 2005- N. 100 pazienti
Genere e fasce d'età

	n	%
Genere		
Maschi	19	19,0
Femmine	81	81,0
	100	
Età		
<20	2	2,0
20-29	34	34,0
30-39	39	39,0
40-49	16	16,0
50-59	7	7,0
>60	2	2,0

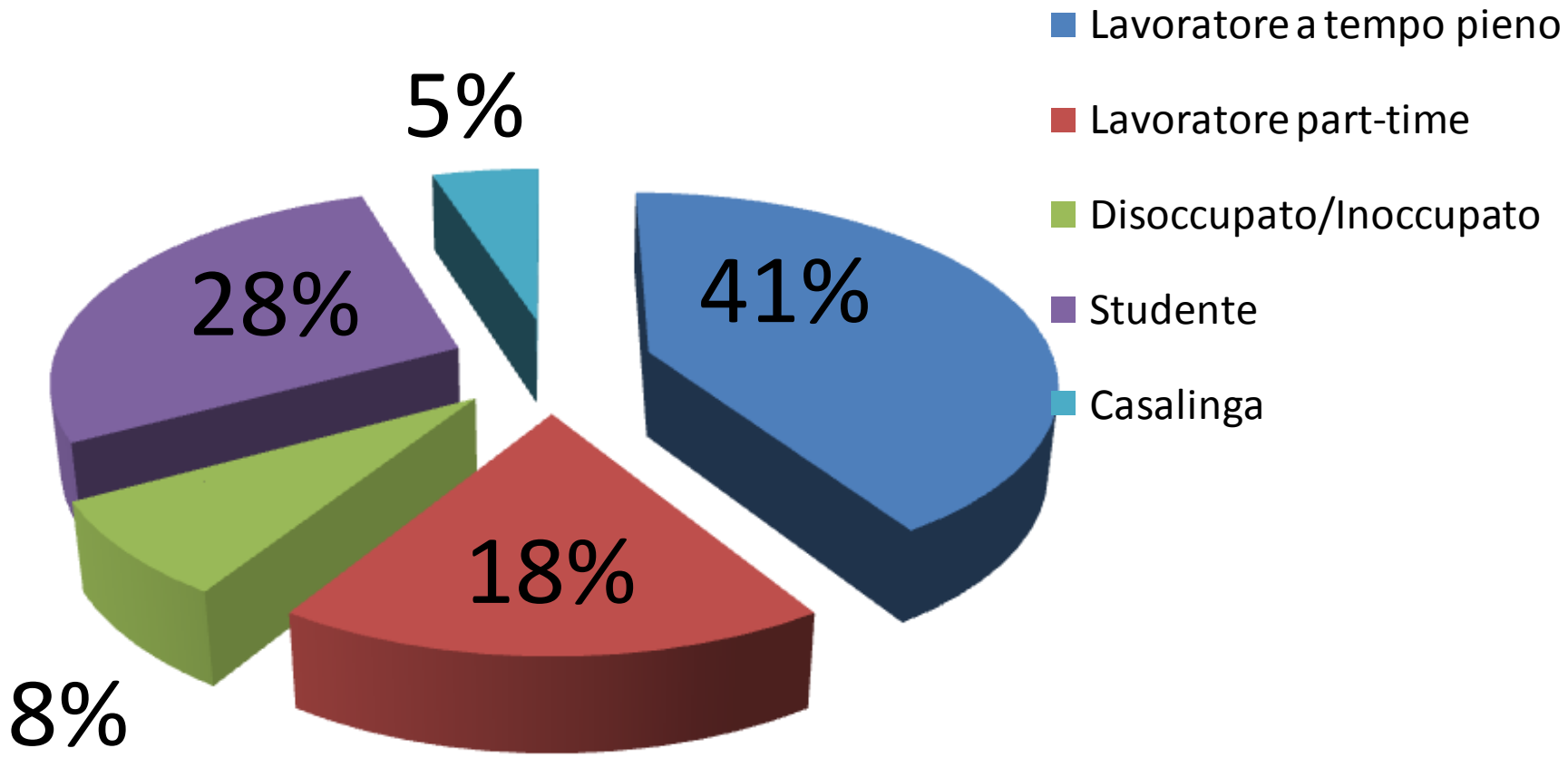
Caratteristiche pazienti

	Clinici (≥ 1,0) a T.=0	Non Clinici (<1,0) a T.=0	Clinici + Non Clinici
N° utenti	85	15	100
Età media	34	33,3	33,6
Range-Età	18-62	22-52	18-62
N° medio sedute	13	12,93	12,99

Stato civile (CORE-TAF)



Occupazione (CORE-TAF)



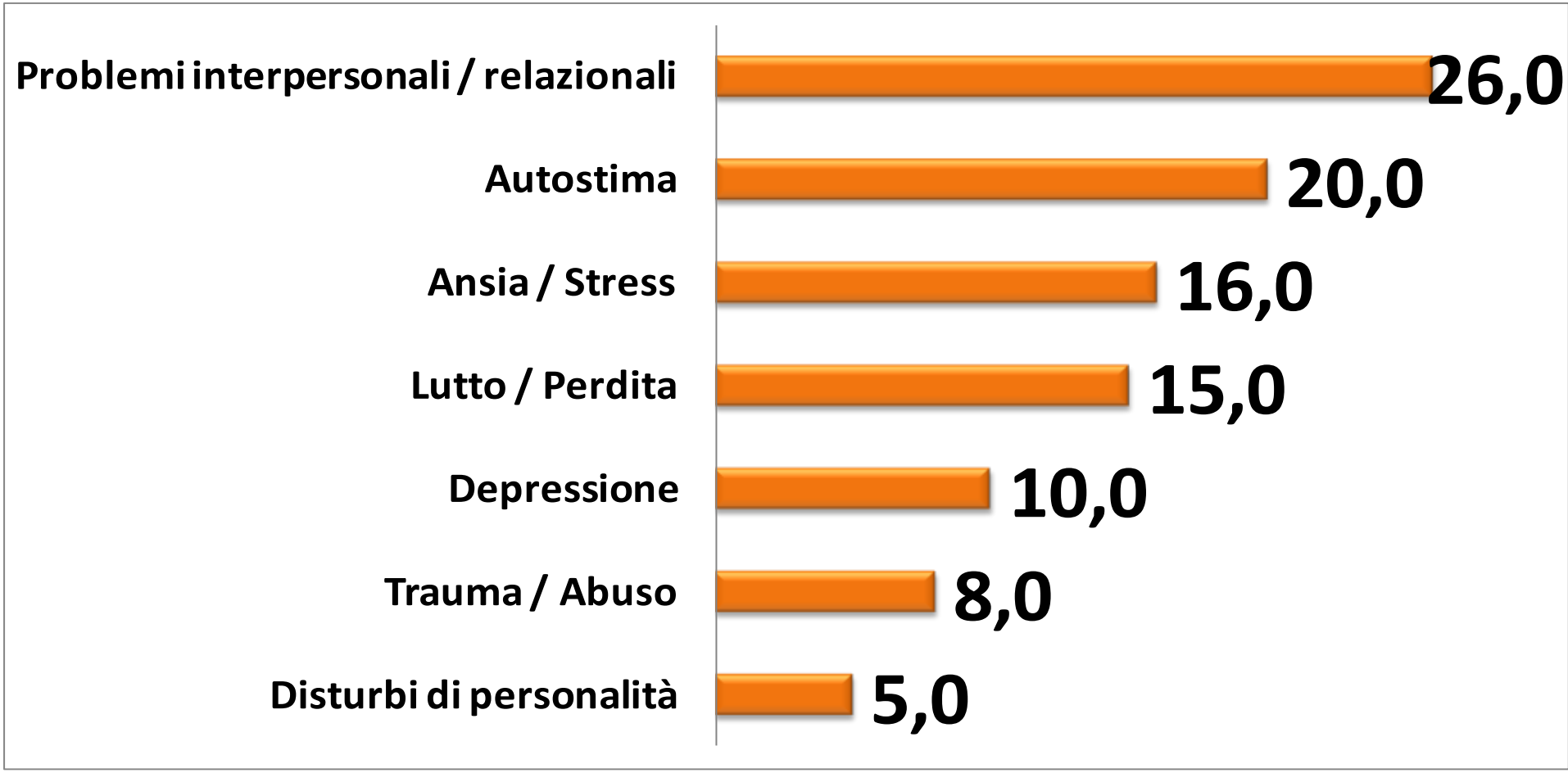
Inviante (CORE-TAF)

	n	%
Medico di base	3	3,0
Psichiatra	1	1,0
Altro medico specialista	3	3,0
Familiare	1	1,0
Amico / Conoscente	6	6,0
Se stesso	86	86,0

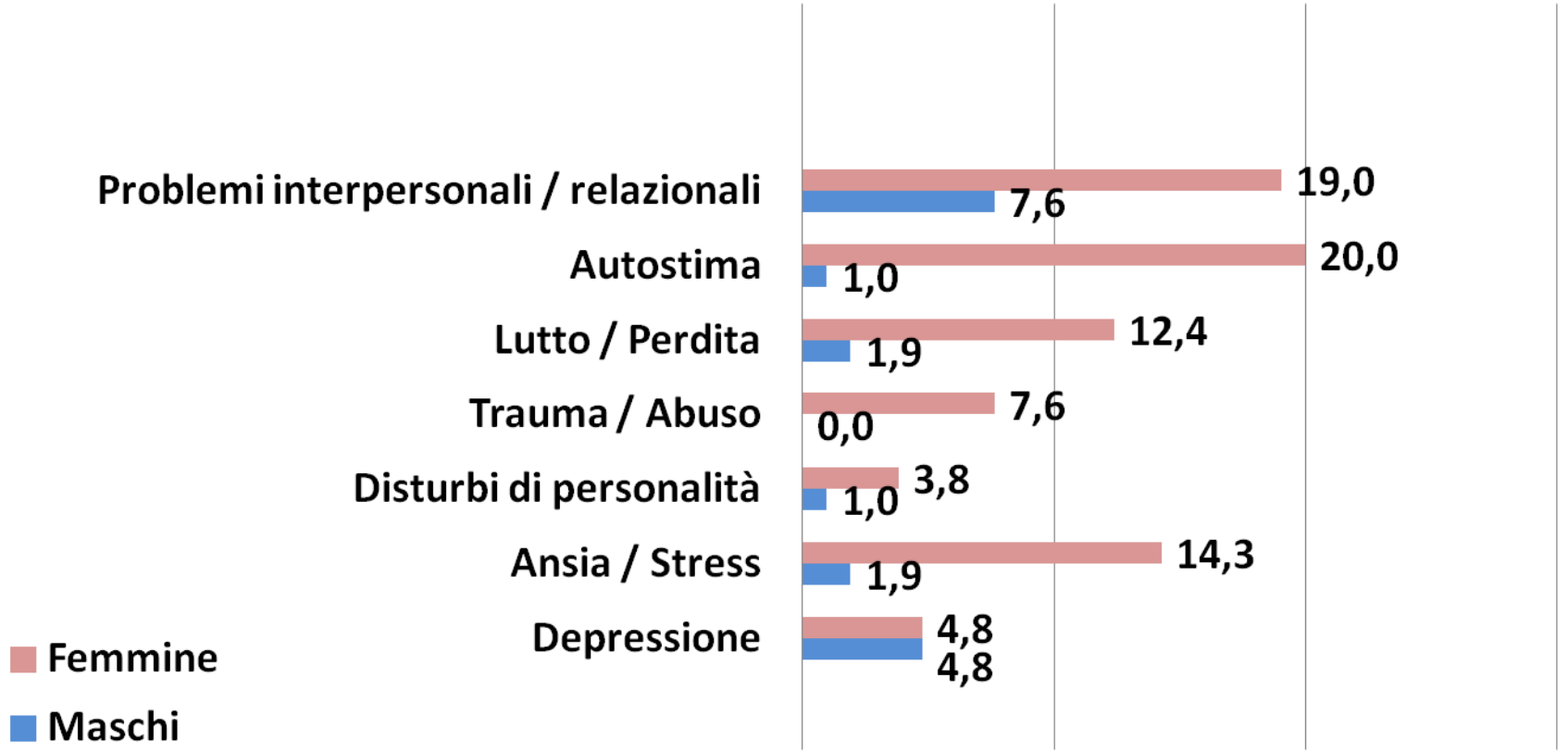
Terapia psicofarmacologica (CORE-TAF)

	n	*%*
Nessuna	**94**	**94,0**
Antidepressivi	**3**	**3,0**
Ansiolitici / Ipnotici	**1**	**1,0**
Antidepressivi+Ansiolitici/Ipnotici	**2**	**2,0**

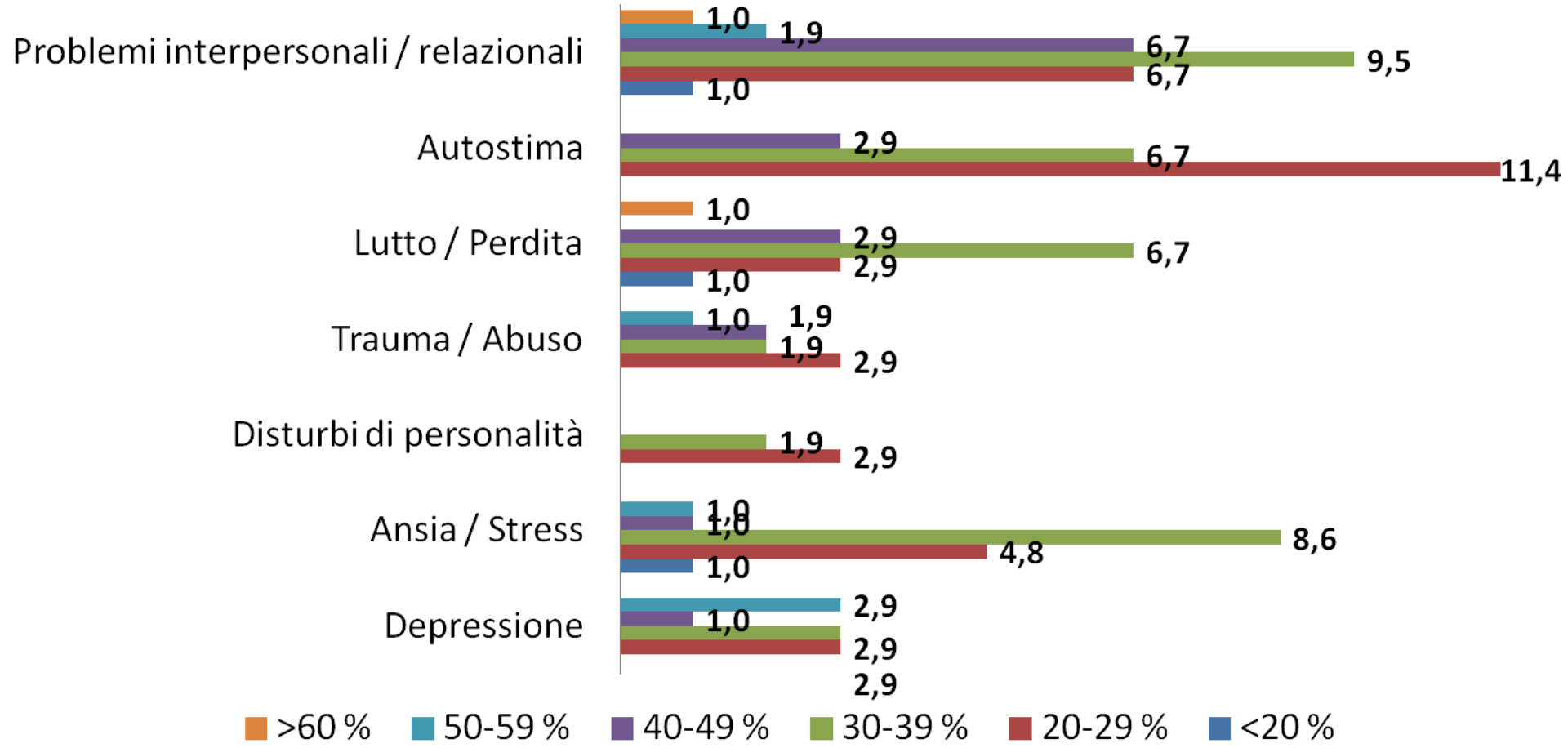
Problema identificato % (CORE-TAF)



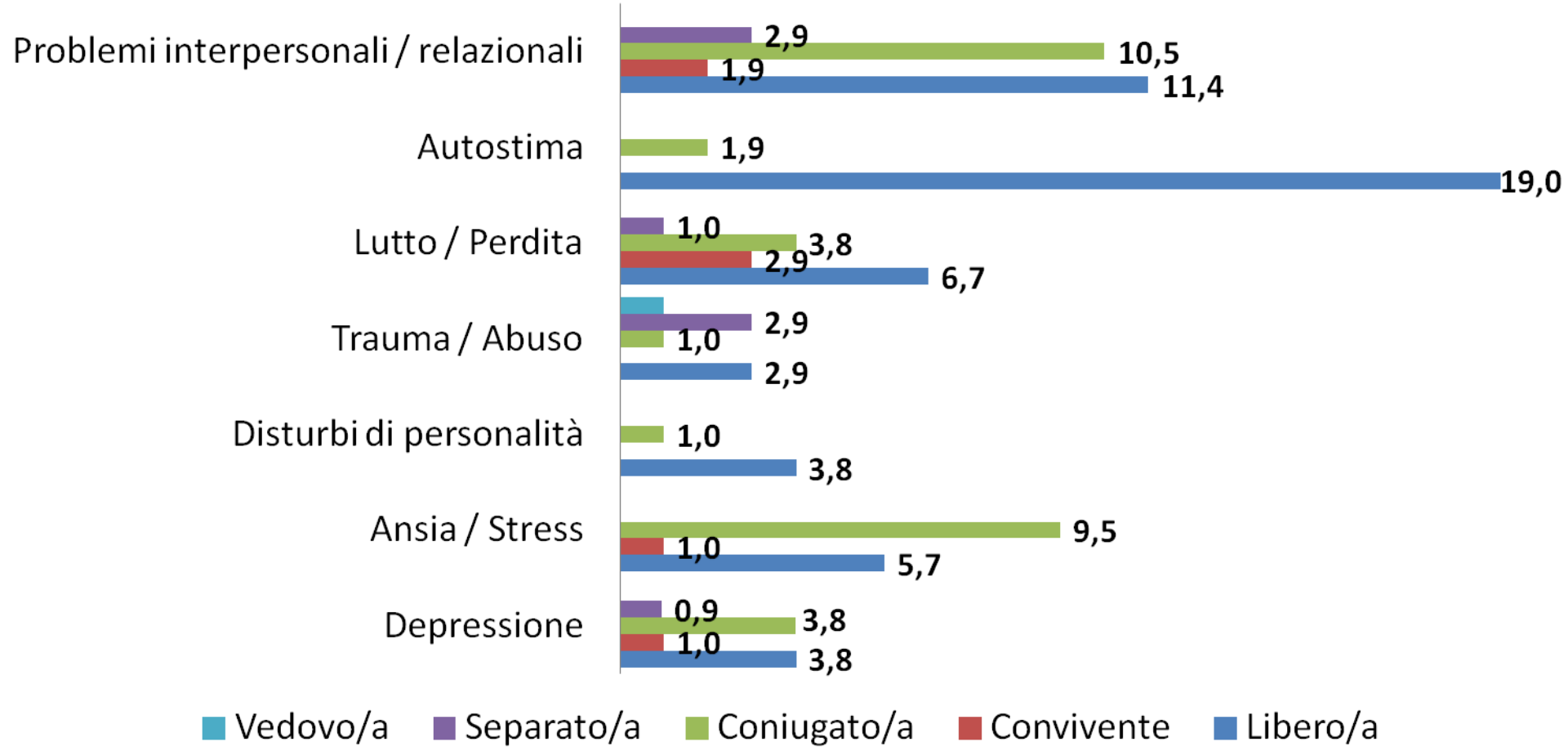
Problema identificato per: Genere (%) su campione totale (105)



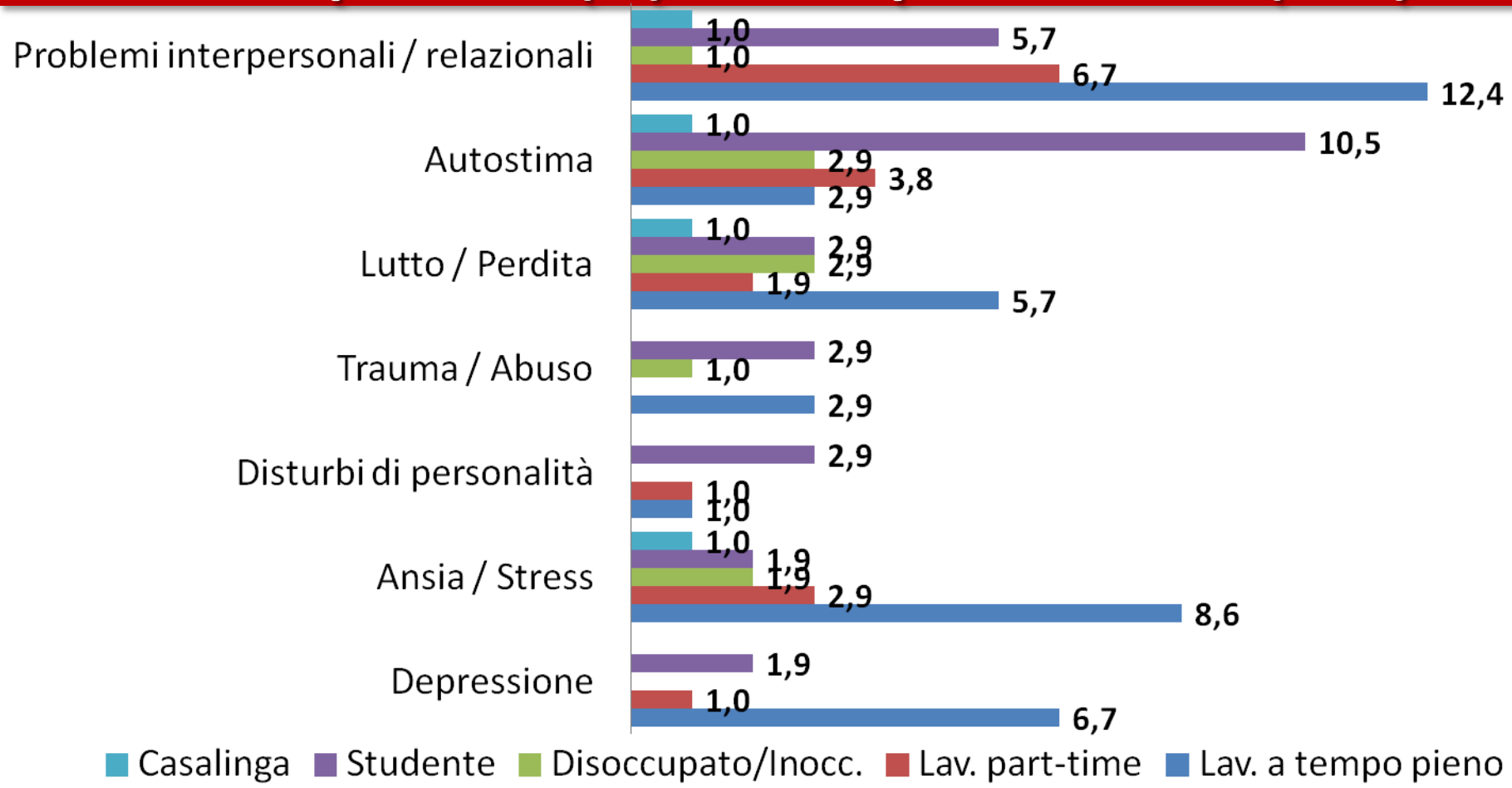
Problema identificato per: Età (%) su campione totale (105)



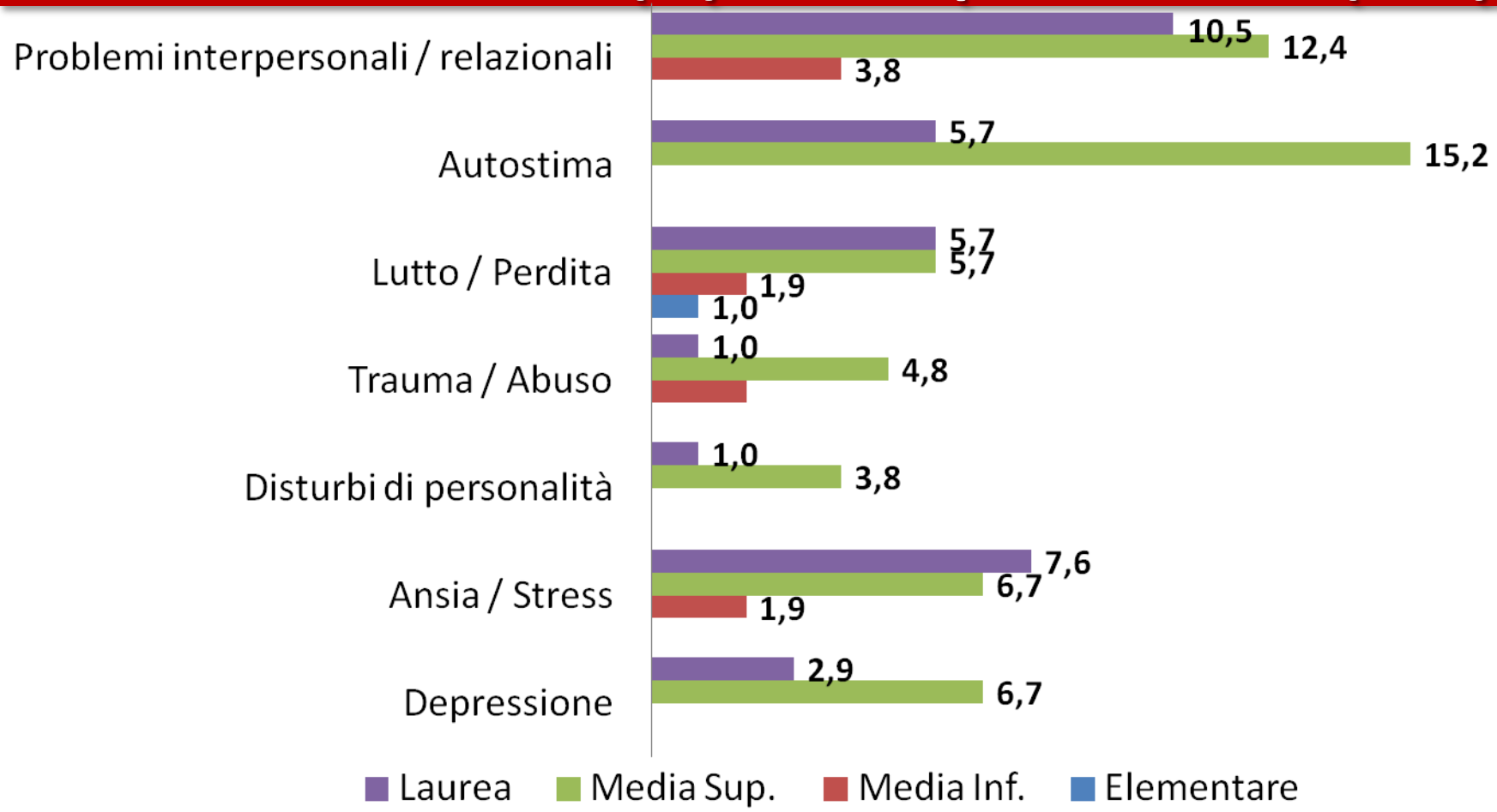
Problema identificato per: Stato civile (%) su campione totale (105)



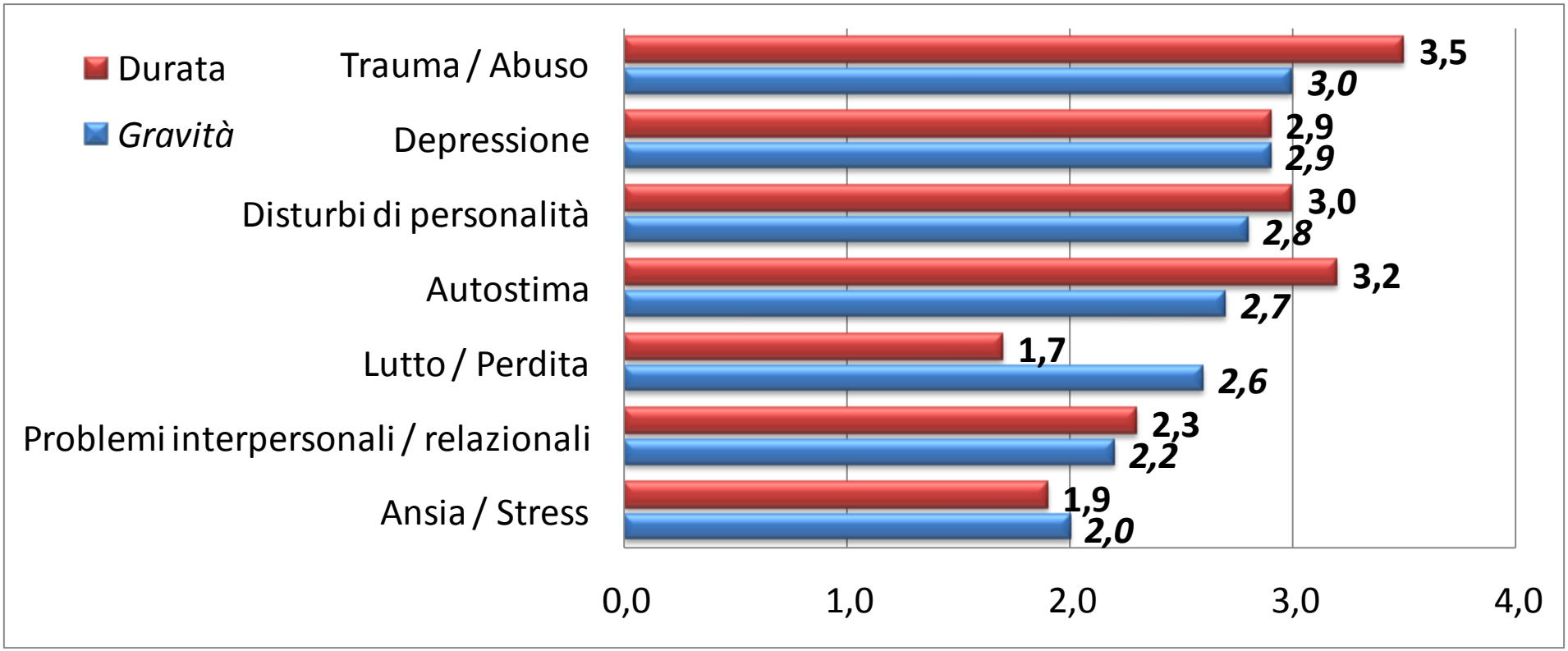
Problema identificato per: Occupazione (%) su campione totale (105)



Problema identificato per: Titolo di studio (%) su campione totale (105)



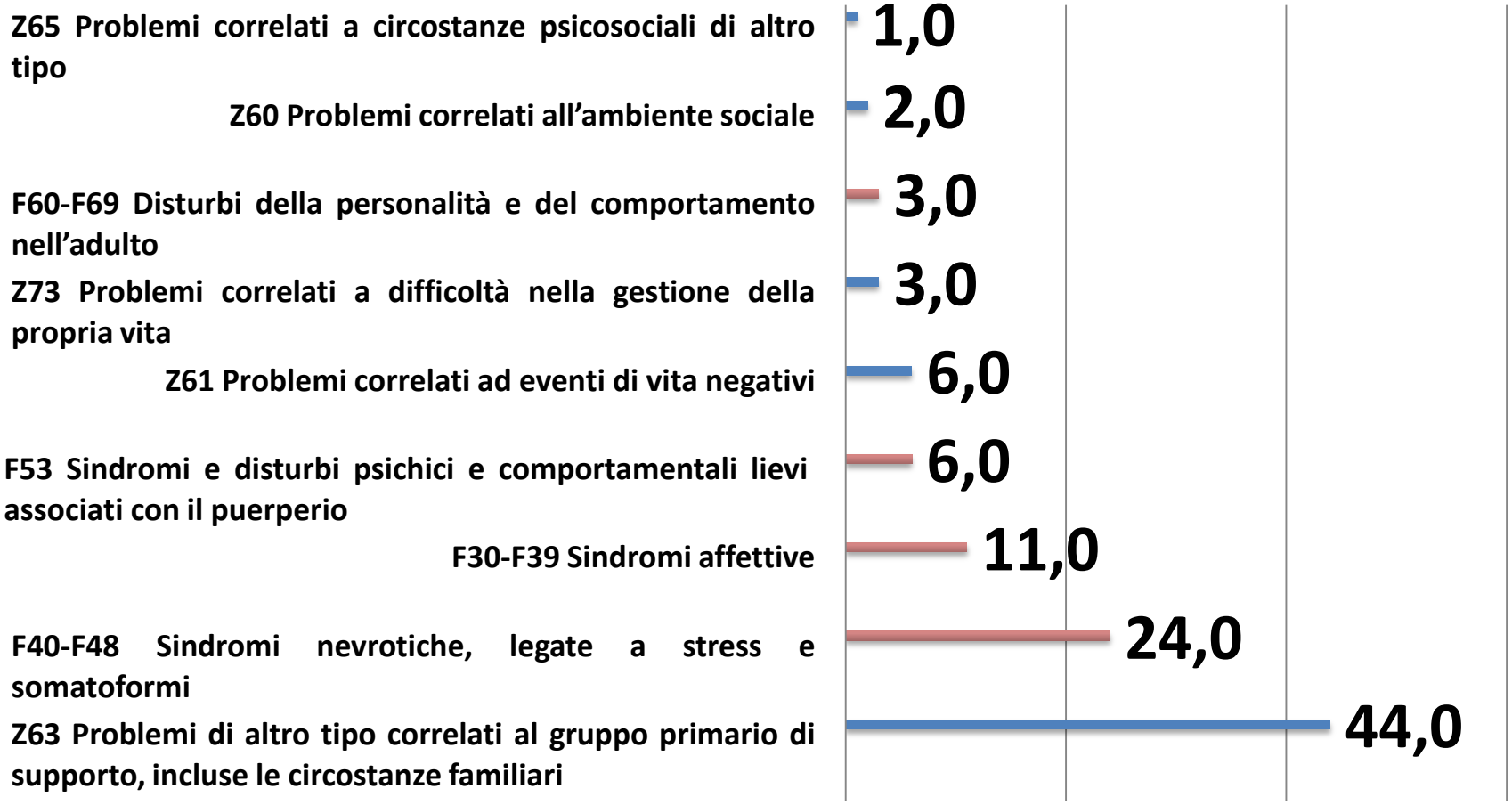
Problema identificato: Durata e Gravità- media(CORE-TAF)



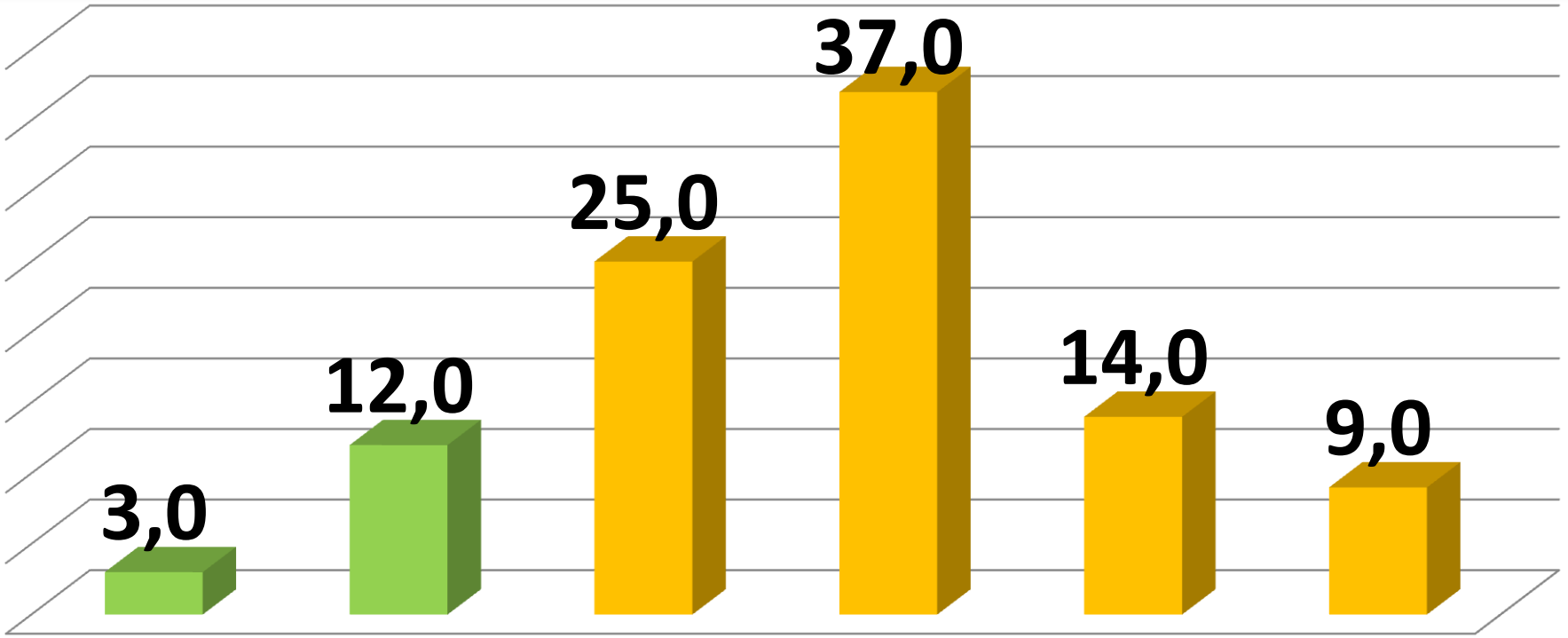
Gravità problema: ***(da 1 = minimo, a 4= grave)***

Durata problema :***(1='<6mesi', 2=' 6-12 mesi', 3='>12mesi', 4=ricorrente/cronico)***

Caratteristiche cliniche ingresso (%) secondo i codici ICD 10 (CORE-TAF)

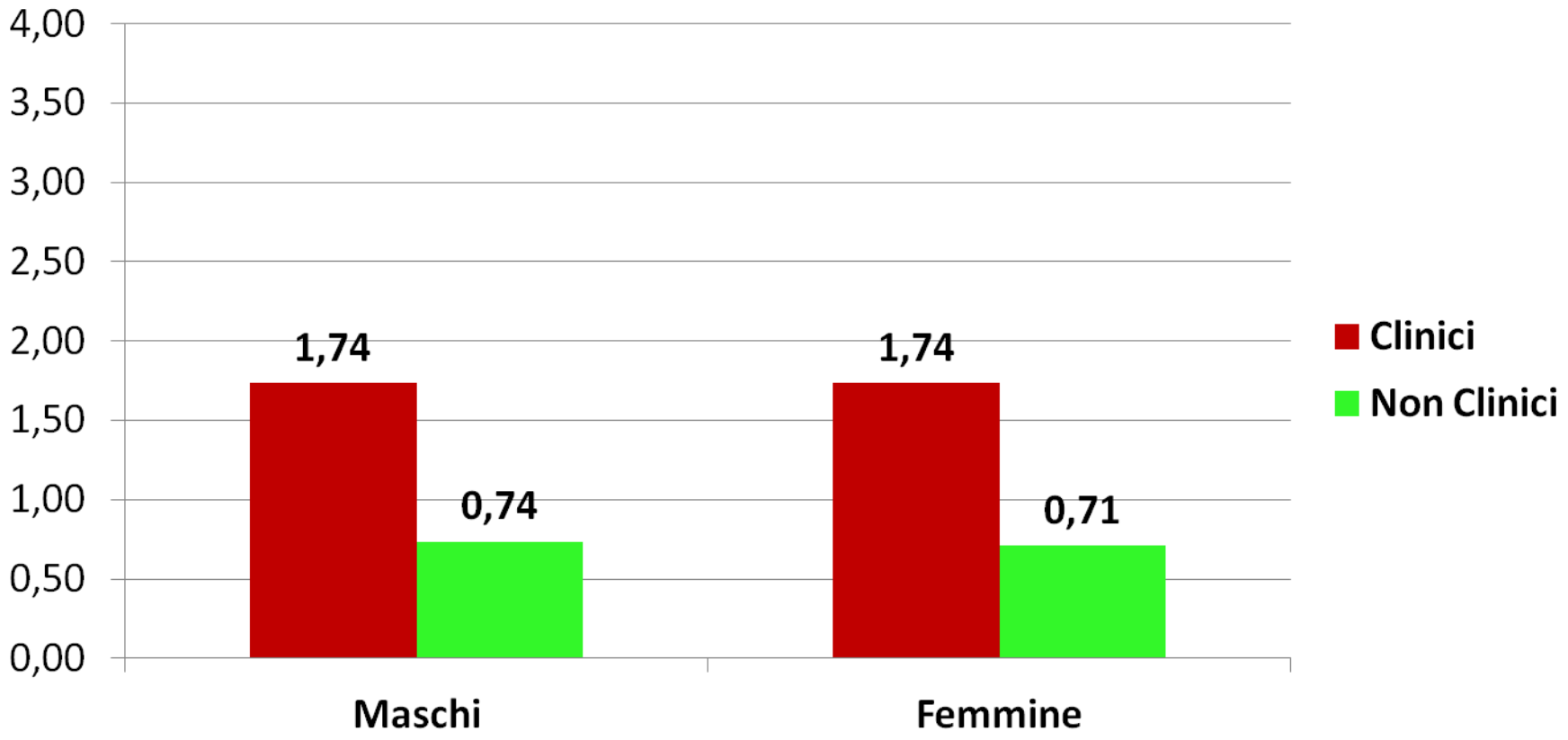


Distribuzione pazienti per punteggi CORE-OM pre-trattamento e livello di sofferenza (%)

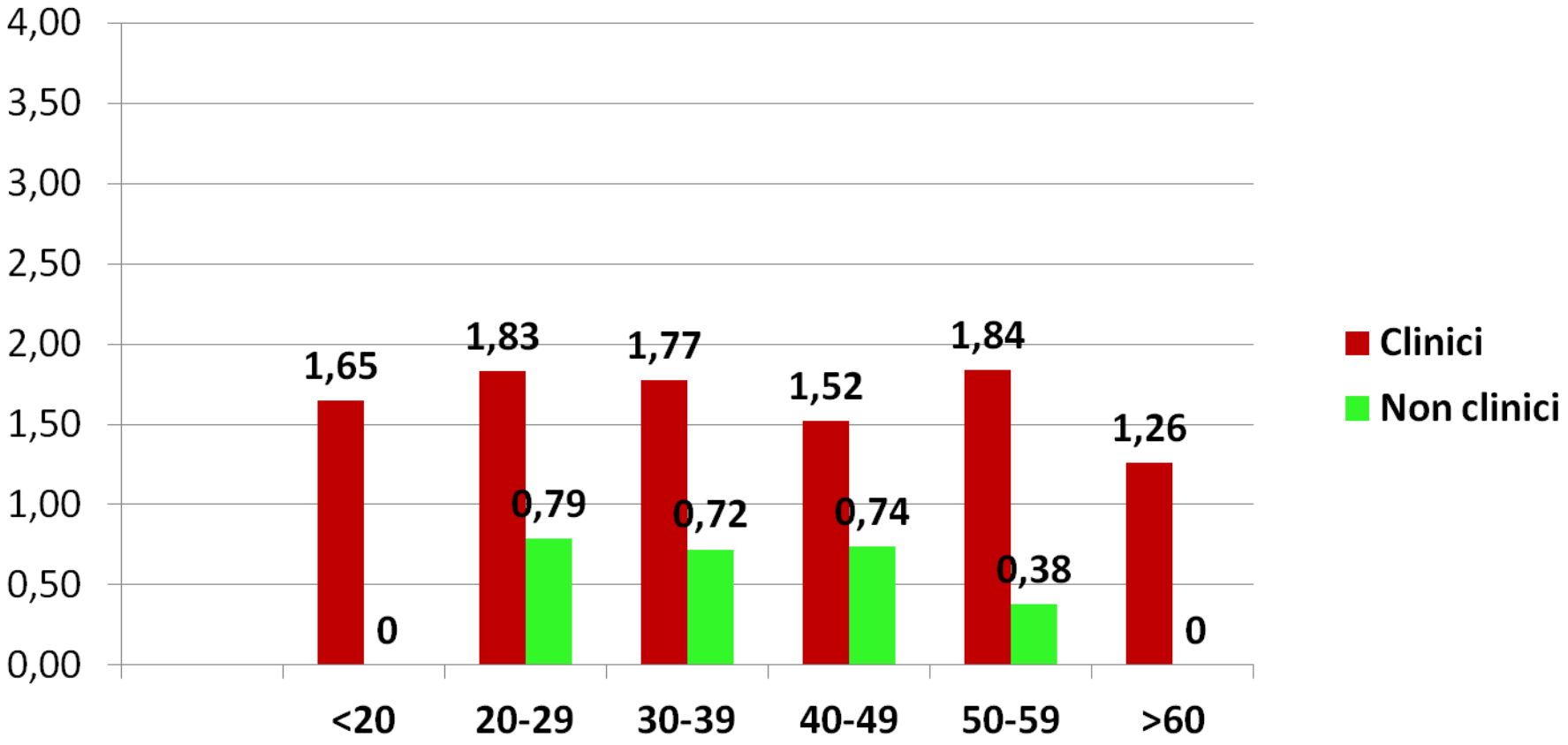


Healthy	Low Level	Mild	Moderate	Moderately Severe	Severe
< 0,6	≥ 0,6 <1	≥1 <1,5	≥ 1,5 < 2,0	≥ 2,0 < 2,5	≥ 2,5

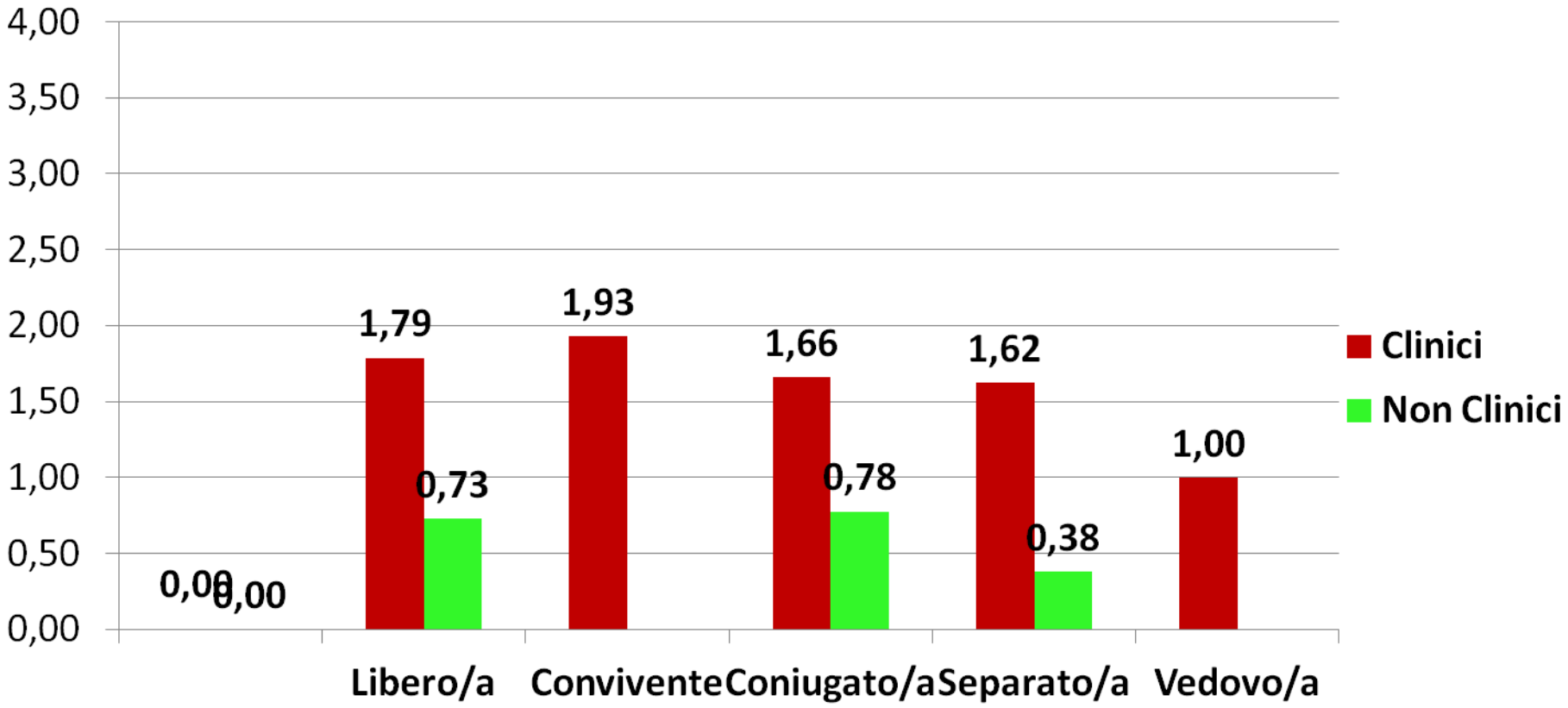
Punteggi medi CORE-OM pre-trattamento per: Genere (%)



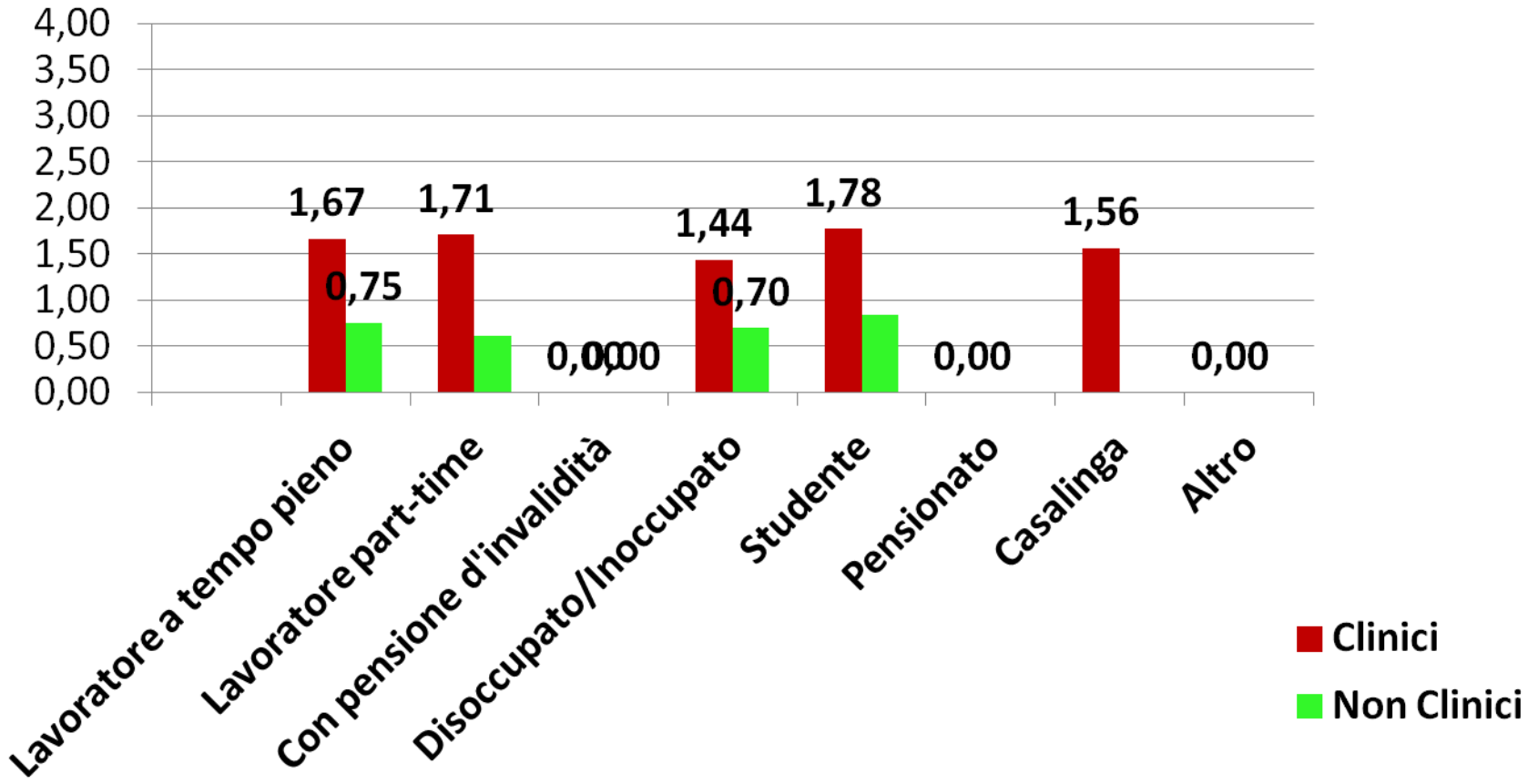
Punteggi medi CORE-OM pre-trattamento per: Età (%)



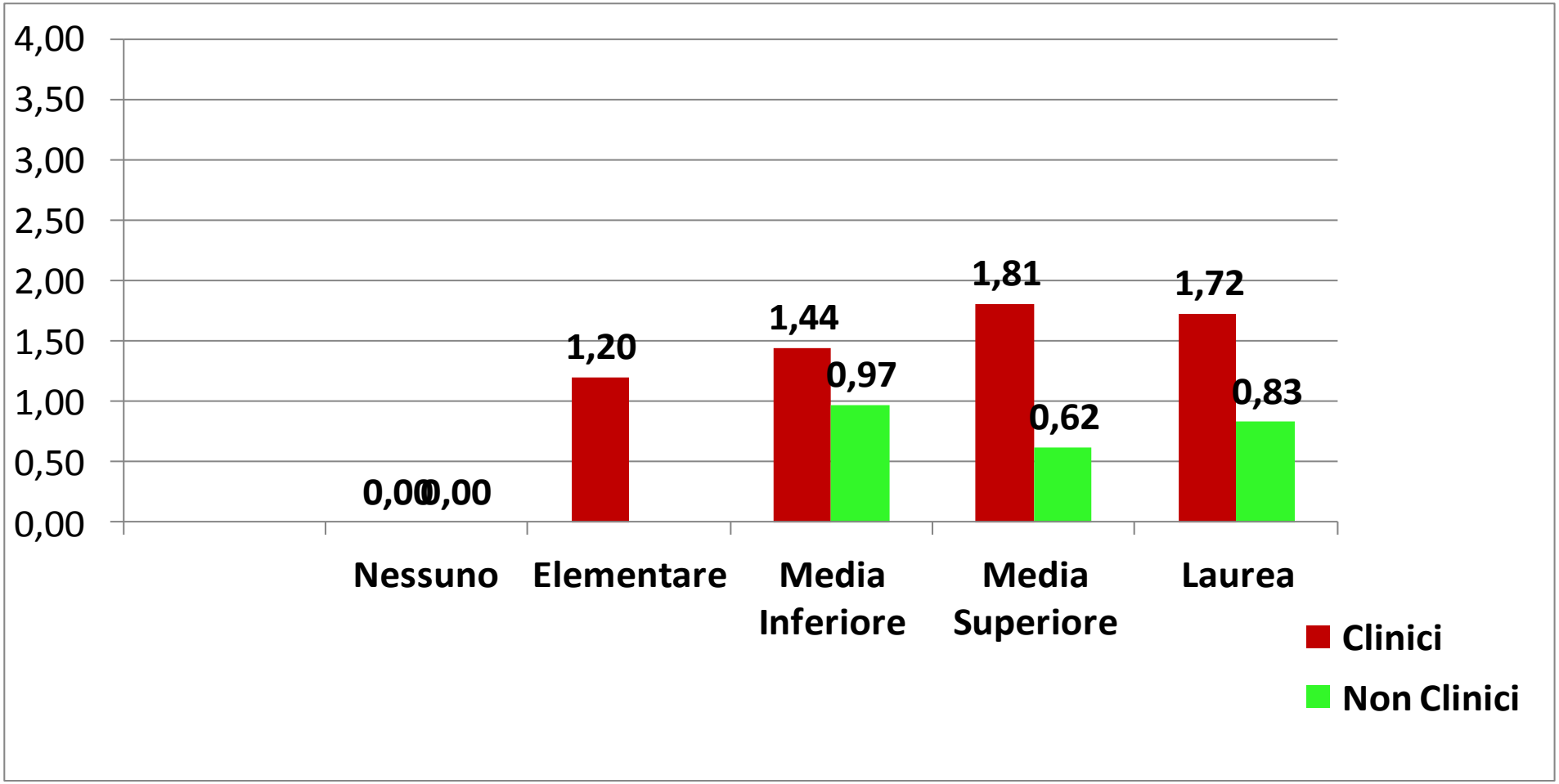
Punteggi medi CORE-OM pre-trattamento per: Stato civile (%)



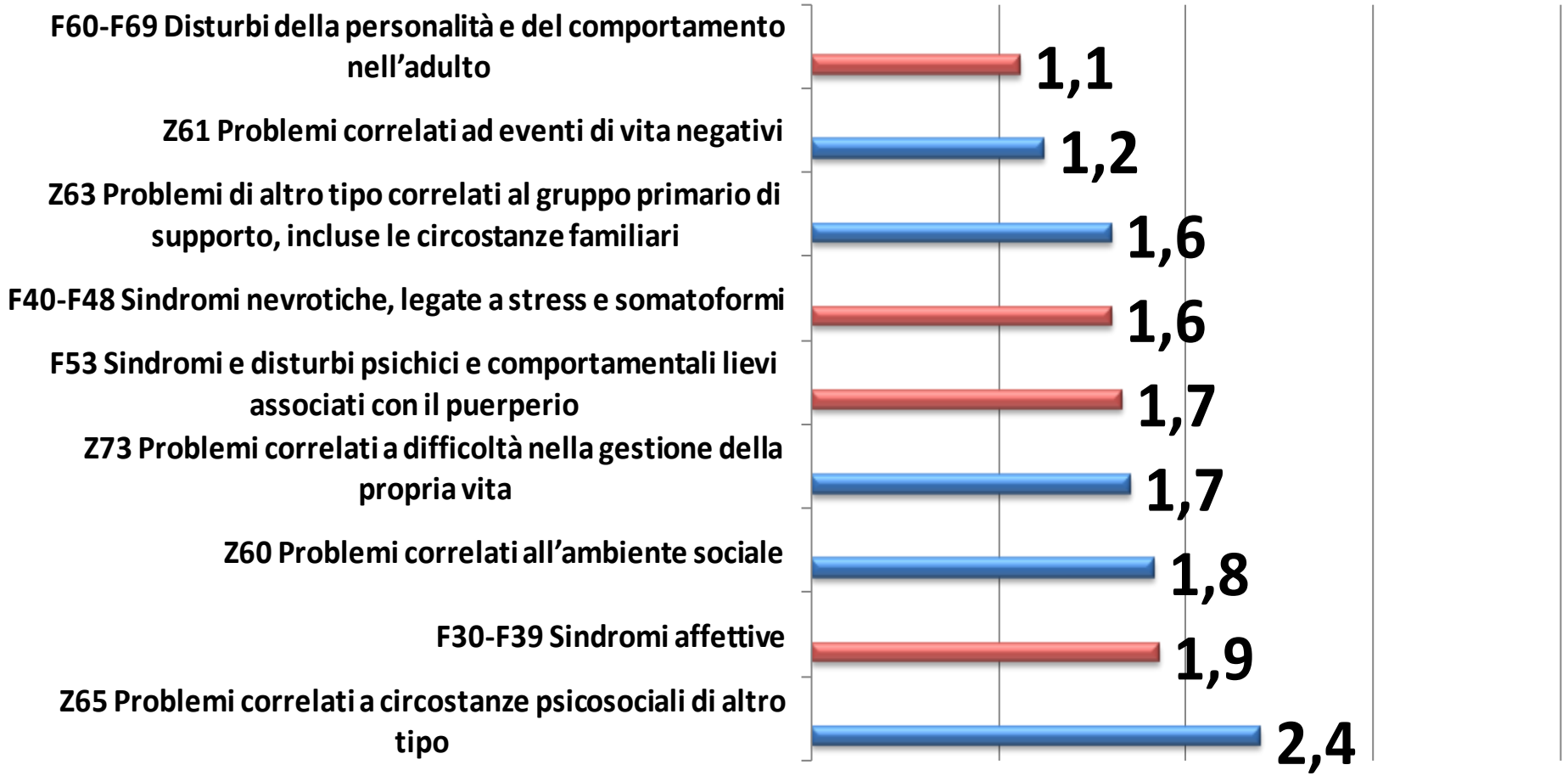
Punteggi medi CORE-OM pre-trattamento per: Occupazione (%)



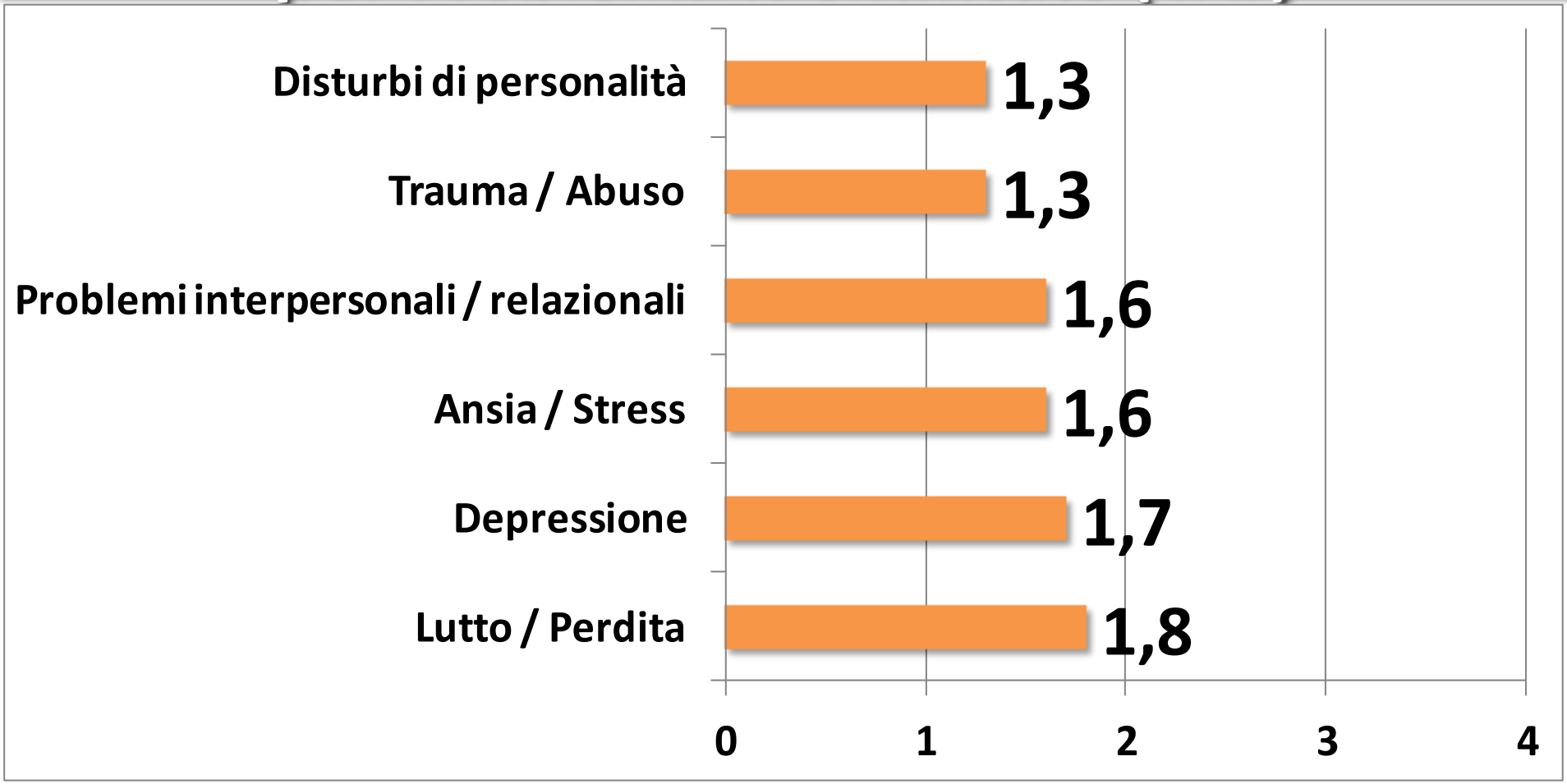
Punteggi medi CORE-OM pre-trattamento per: Titolo di studio (%)



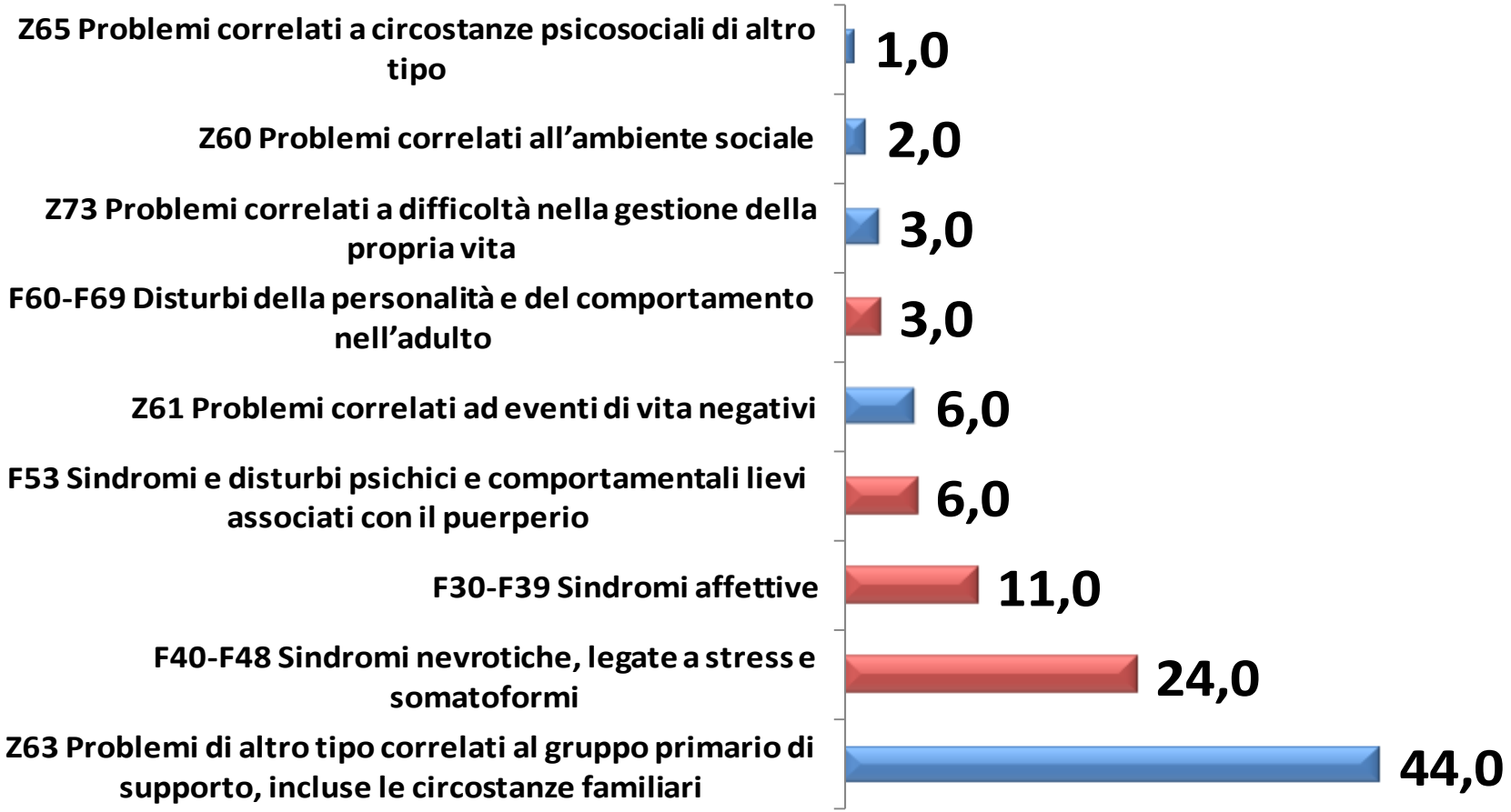
Punteggi medi Core-Om in ingresso per diagnosi ICD-10 (TAF)



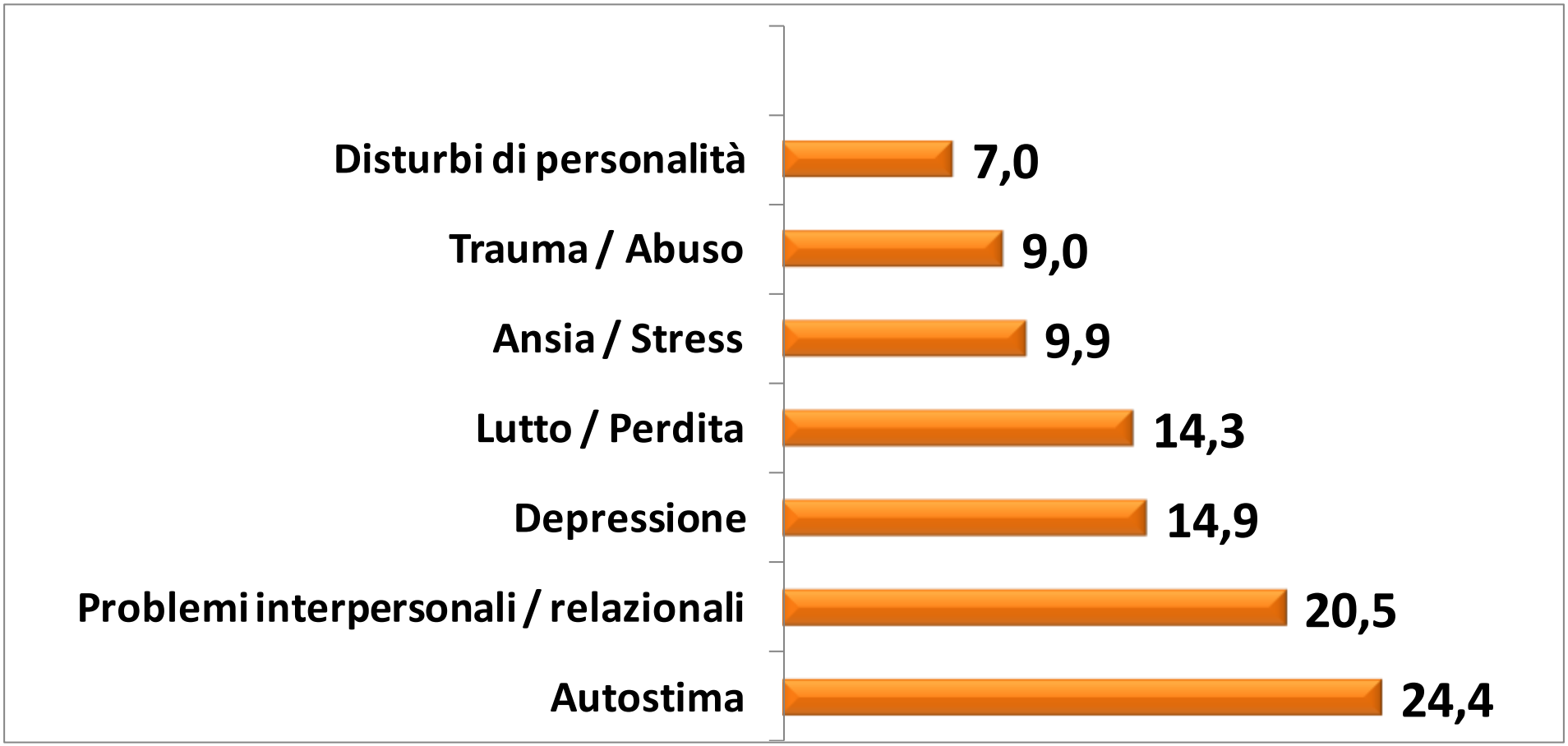
Punteggi medi Core-Om in ingresso per Problema Identificato (TAF)



Sedute effettuate (%) per diagnosi ICD-10



Sedute effettuate (%) per Problema Identificato



Durata dei trattamenti psicologici

Le evidenze basate sulla pratica e i livelli essenziali di assistenza psicologica (LEA)

LEA	*n*	*%*
Percorso psicoterapeutico breve (fino a 8 sedute di psicoterapia)	36	**36,0**
Percorso psicoterapeutico medio (fino a 16 sedute di psicoterapia)	33	**33,0**
Percorso psicoterapeutico lungo (fino a 30 sedute di psicoterapia)	24	**24,0**
Oltre 30 sedute di psicoterapia	8	**8,0**

Percorsi psicoterapeutici LEA per diagnosi ICD-10

	Media sedute	LEA
Z60 Problemi correlati all'ambiente sociale	**21,5**	**Percorso psicoterapeutico lungo (fino a 30 sedute di psicoterapia)**
F30-F39 Sindromi affettive	**20,9**	
F60-F69 Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto	**15,3**	**Percorso psicoterapeutico medio (fino a 16 sedute di psicoterapia)**
F53 Sindromi e disturbi psichici e comportamentali lievi associati con il puerperio	**15,2**	
Z61 Problemi correlati ad eventi di vita negativi	**13,8**	
Z63 Problemi di altro tipo correlati al gruppo primario di supporto, incluse le circostanze familiari	**12**	
F40-F48 Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi	**10,9**	
Z65 Problemi correlati a circostanze psicosociali di altro tipo	**5,0**	**Percorso psicoterapeutico breve (fino a 8 sedute di psicoterapia)**
Z73 Problemi correlati a difficoltà nella gestione della propria vita	**4,3**	

Dott. Guido Rocca - Psicologo-Psicoterapeuta - vetrap.network@gmail.com

Percorsi psicoterapeutici LEA per Problema Identificato

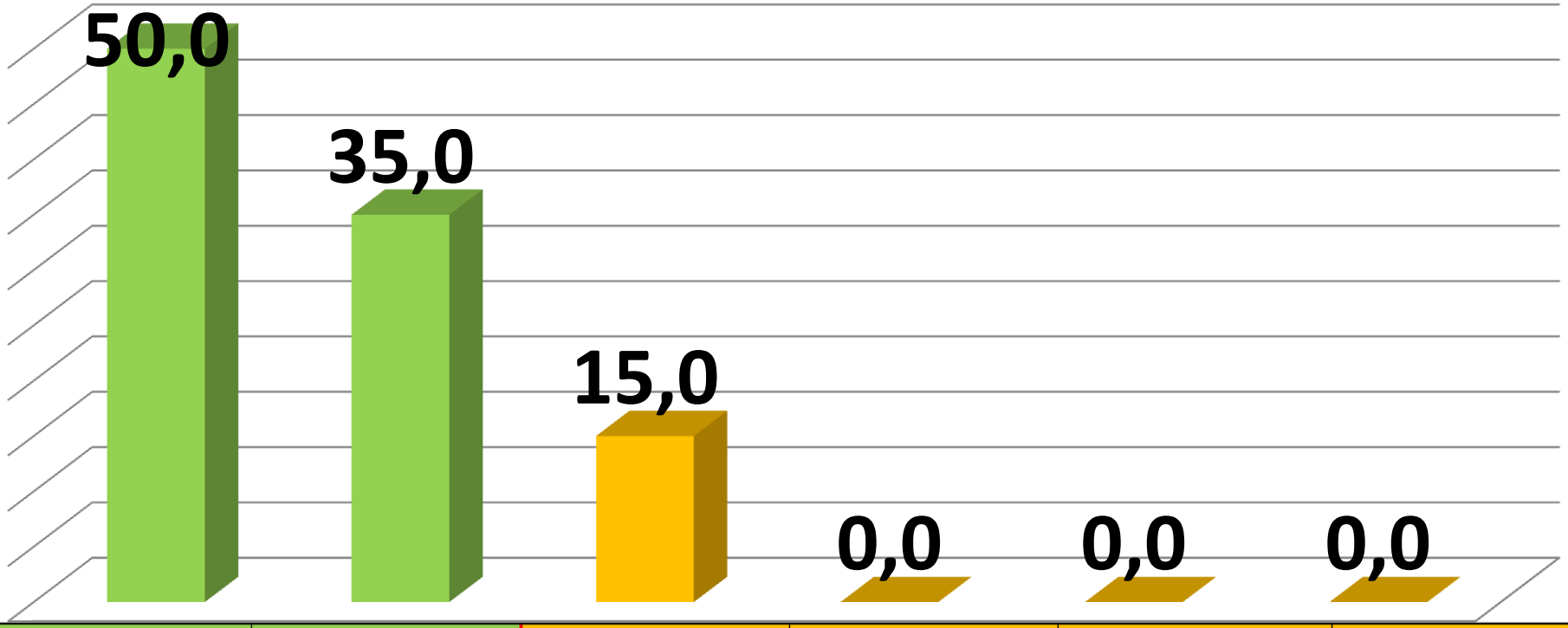
	Media sedute	LEA
Depressione	19,3	Percorso psicoterapeutico lungo (fino a 30 sedute di psicoterapia)
Disturbi di personalità	18,2	
Autostima	15,9	
Trauma / Abuso	14,6	Percorso psicoterapeutico medio (fino a 16 sedute di psicoterapia)
Lutto / Perdita	12,9	
Problemi interpersonali / relazionali	10,2	
Ansia / Stress	8,1	Percorso psicoterapeutico breve (fino a 8 sedute di psicoterapia)

Dott. Guido Rocca - Psicologo-Psicoterapeuta - vetrap.network@gmail.com

Tipo di trattamento e modello psicoterapeutico

Il sistema prevede la registrazione anche del **tipo di trattamento** erogato (individuale, coppia/familiare, gruppo) e del tipo di **modello** (psicodinamico, sistemico, etc) consentendo una valutazione di efficacia anche su tali variabili

Distribuzione pazienti per punteggi CORE-OM post-trattamento e livello di sofferenza (%)



Healthy	Low Level	Mild	Moderate	Moderately Severe	Severe
< 0,6	≥ 0,6 <1	≥1 <1,5	≥ 1,5 < 2,0	≥ 2,0 < 2,5	≥ 2,5

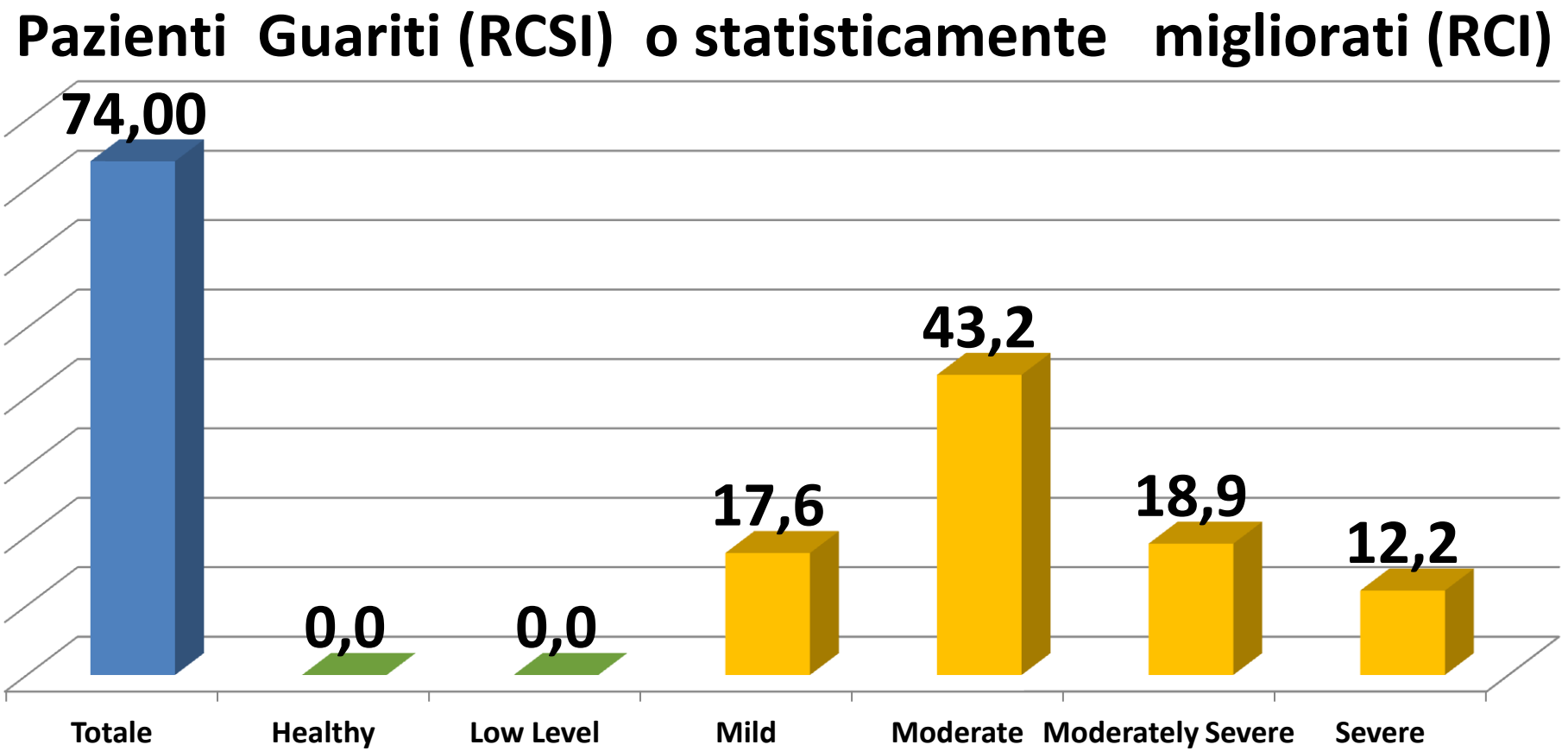
Efficacia (Effect size - "d" di Cohen) su punteggi CORE-Om ingresso-uscita

Categoria Clinica	Core Tot. *In Entrata*	Core Tot. *In Uscita*	Core Tot. *Follow up 3m*	Core Tot. *Follow up 6m*	*"d "* di Cohen
Non Clinici (<1,0)	0,66	0,35	0,24	0,34	1,31
Clinici (≥1,0)	1,72	0,65	0,62	0,63	2,59
Totale	1,57	0,61	0,58	0,60	2,02

Efficacia (Effect size - “d” di Cohen) su punteggi Domini CORE-Om ingresso-uscita

Clinici +Non Clinici	ingresso	uscita	follow-up 3 mesi	follow-up 6 mesi	Effect sizes
Domini	Media	Media	Media	Media	
Benessere	2,46	0,96	0,83	0,82	1,88
Problemi	1,92	0,70	0,63	0,60	1,63
Funzionamento	1,51	0,78	0,73	0,69	1,40
Rischio	0,30	0,02	0,02	0,03	0,76
Totale	1,57	0,61	0,58	0,60	2,02

% RCSI e RCI in uscita per livello sofferenza pretrattamento (tutti i pazienti)



Gli effetti del trattamento: Efficacia (RCI) α Cronbach

Categoria di cambiamento	Tutti i pazienti		Sopra cut-off clinico		Sotto cut-off clinico	
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*
Reliable and Clinically Significant Improvement	63	63,0	63	63,0	0	0,0
Reliable Improvement	11	11,0	5	5,0	6	40,0
Recovered or Improved	***74***	***74,0***	***68***	***68,0***	***6***	***40,0***
No Reliable Change	26	26,0	17	17,0	9	60,0
Reliable Deterioration	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Totale	100	100	85	100	15	100

Barkham et al., the GEL model, 2006; pag. 163

Efficacia (RCI) solo clinici per livelli di sofferenza (in base al punteggio pretrattamento)

Categoria di cambiamento	Sopra cut-off clinico		Mild/Moderate/ Moderate-to-severe group		Severe group	
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*
Reliable and Clinically Significant Improvement	63	74,1	54	76,1	9	100,0
Reliable Improvement	5	5,9	0	0,0	0	0,0
Recovered or Improved	***68***	***80,0***	***51***	***76,1***	***9***	***100,0***
No Reliable Change	17	20,0	17	23,9	0	0,0
Reliable Deterioration	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Totale	85	100	71	100	9	100

Mullin, Barkham et al., 2006 - Recovery and improvement benchmarks for counselling and the psychological therapies in routine primary care

Efficacia secondo i criteri dei trials psicofarmacologici

(RCI) Clinici

RCI	*Confidence Levels (%)*	*Change of 2SDs*	*Change of 1SDs*	*N*	*%*
1,96	95	Recovered	(+) Response	68	80
1,28	90	Remitted	(+) Response	6	7,1
0,84	80	Improved	(+) Partial Response	6	7,1
-0,84	80	Mildy Deteriorated	(-) Partial Response	5	5,9
-1,28	90	Moderately Deteriorated	(-) Response	0	0
-1,96	95	Deteriorated	(-) Response	0	0

(Wise, 2004, Method for analyzing psychotherapy outcomes)

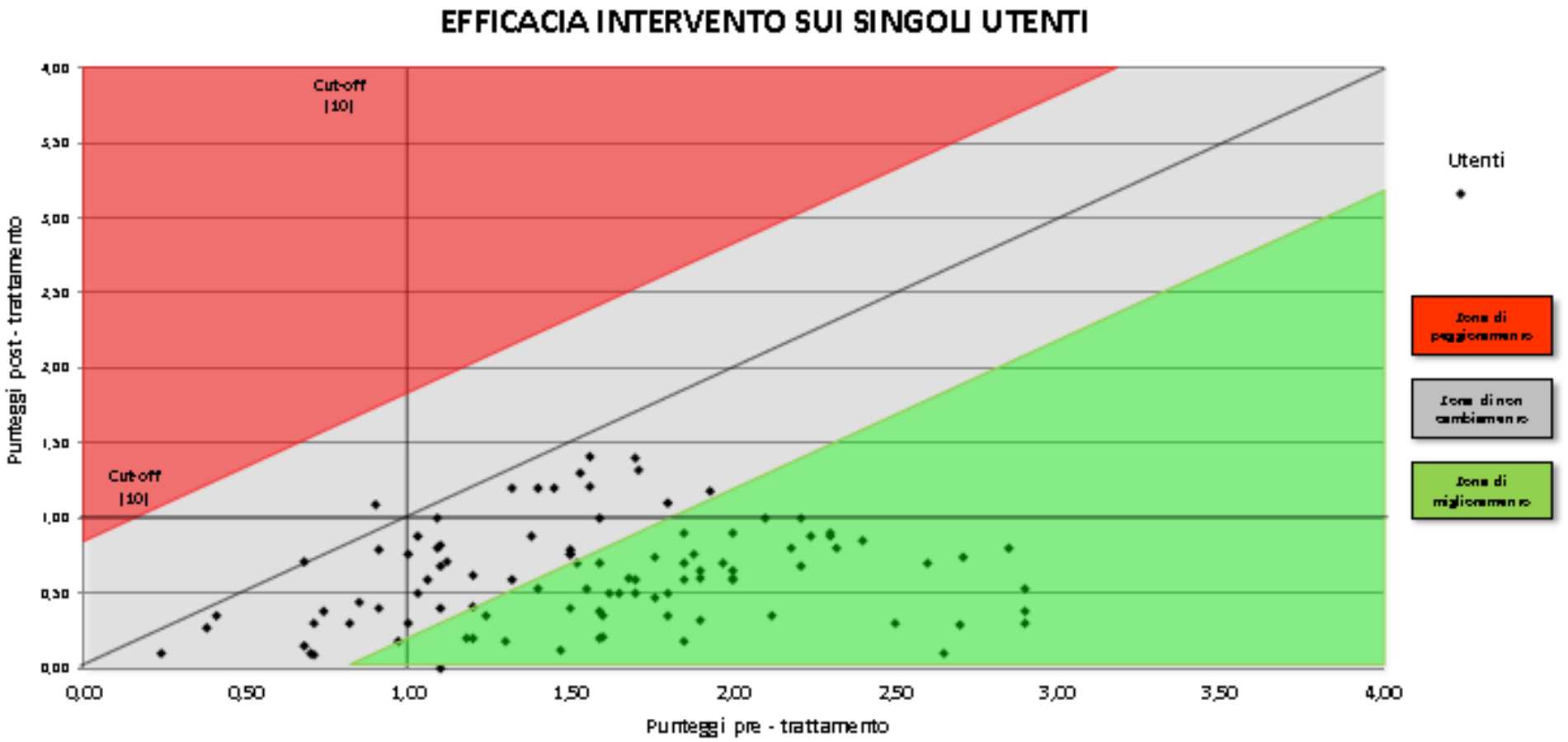
Terms to Classify Reliable Change Index and Clinical Significance

Efficacia (RCI) - Clinici

Statistical Significance Testing and Clinical Effectiveness Studies
E.Wise (2011) Psychotherapy, 48, 225-228

	N	*%*	
Recovered (Recuperato, Compensato)	**63**	**74,1**	***soddisfatti sia i criteri del CS sia quelli del RCI (≥1,96 con IC a 95%)***
On their way (Sulla"retta" via)	**12**	**14,1**	***utilizzando RCI di 1,28 o 0.84, rispettivamente con I.C. al 90% e 85%, collocandoli in un continuum normativo utilizzando anche altre variabili significative (moderatori o mediatori)***
Improved Only (Migliorato)	**5**	**5,9**	***soddisfatti i criteri del solo RCI***
Unchanged (Stazionario)	**5**	**5,9**	***non soddisfa né i criteri CS né quelli RCI (RCI di - 0,84 o -1,28, IC al 80 % e 90%)***
Deteriorated (Deteriorato)	**0**	**0**	***soglia RCI superata in direzione negativa (RCI-1,96 con IC 95%)***

Efficacia (RCI) : diagramma di dispersione (scatter plot)



V.E.Tra.P. network

Effect size

in rapporto al numero di sedute effettuate

Clinici

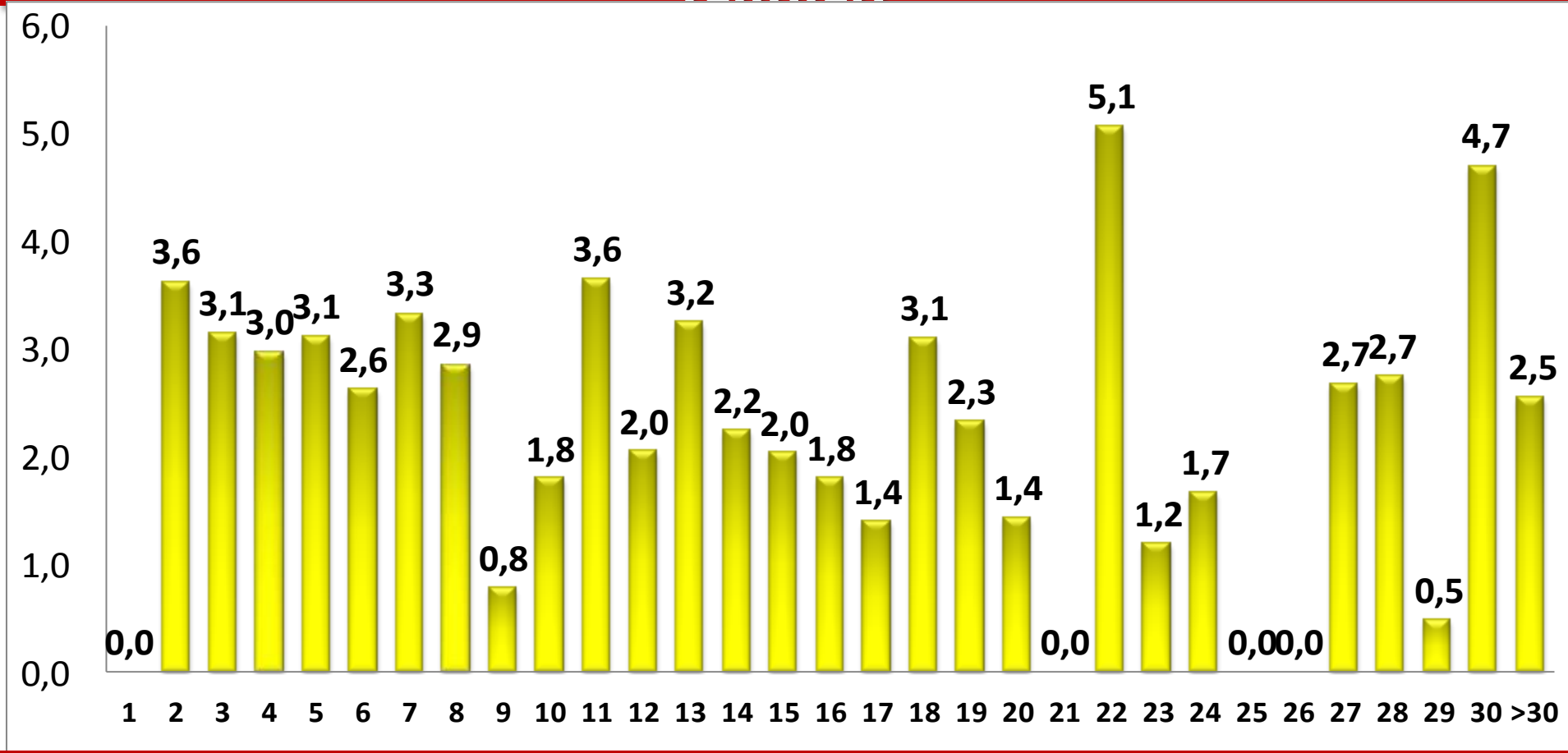
Punteggi pre e post-trattamento

N. sedute	N. pazienti	Punteggio IN	Punteggio OUT	Effect size (DS tot pretr)	ES (s pooled clinici)
2	1	2,3	0,8	2,7	3,6
3	8	1,9	0,5	2,3	3,1
4	7	1,6	0,4	2,2	3,0
5	8	1,9	0,6	2,3	3,1
6	1	1,5	0,4	1,9	2,6
7	2	1,9	0,5	2,4	3,3
8	3	1,7	0,5	2,1	2,9
9	4	1,3	1,0	0,6	0,8
10	3	1,7	1,0	1,3	1,8
11	4	2,2	0,7	2,7	3,6
12	3	1,3	0,5	1,5	2,0
13	2	2,2	0,9	2,4	3,2
14	7	1,6	0,7	1,6	2,2
15	2	2,0	1,2	1,5	2,0
16	3	1,4	0,6	1,3	1,8
17	2	1,3	0,8	1,0	1,4
18	1	1,8	0,5	2,3	3,1
19	2	1,7	0,7	1,7	2,3
20	5	1,3	0,7	1,1	1,4
22	3	2,5	0,3	3,7	5,1
23	1	1,4	0,9	0,9	1,2
24	1	1,1	0,4	1,2	1,7
27	1	1,6	0,5	2,0	2,7
28	2	1,6	0,4	2,0	2,7
29	1	1,4	1,2	0,4	0,5
30	1	2,7	0,7	3,5	4,7
>30	7	1,9	0,8	1,9	2,5

Stiles, Barkham,Connel, Mellor-Clark- 2008
Responsive regulation of treatment duration

Dott. Guido Rocca - Psicologo-Psicoterapeuta - vetrap.network@gmail.com

Effect size
in rapporto al numero di sedute effettuate (clinici)



V.E.Tra.P. network

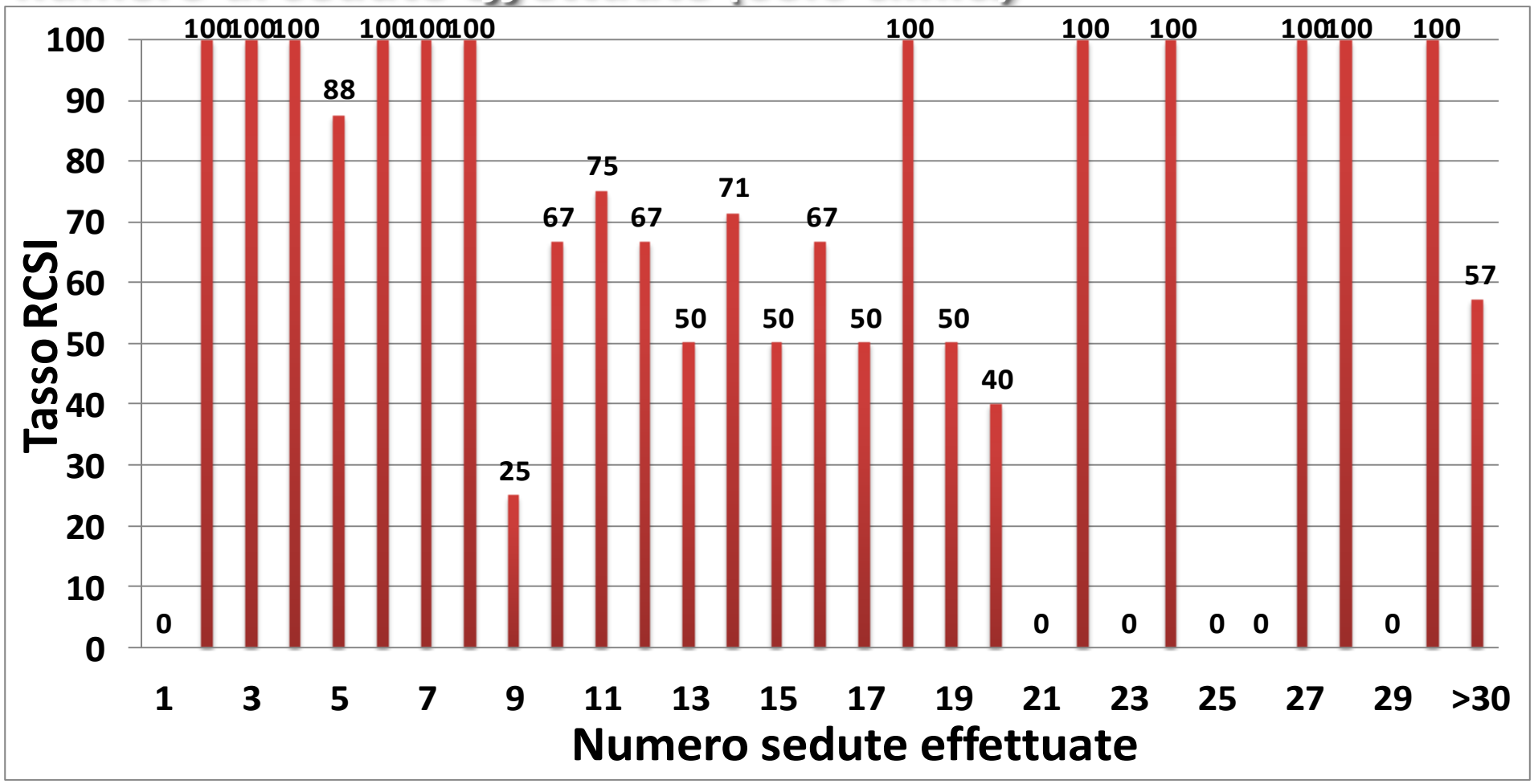
(RCSI)

Cambiamento affidabile e clinico

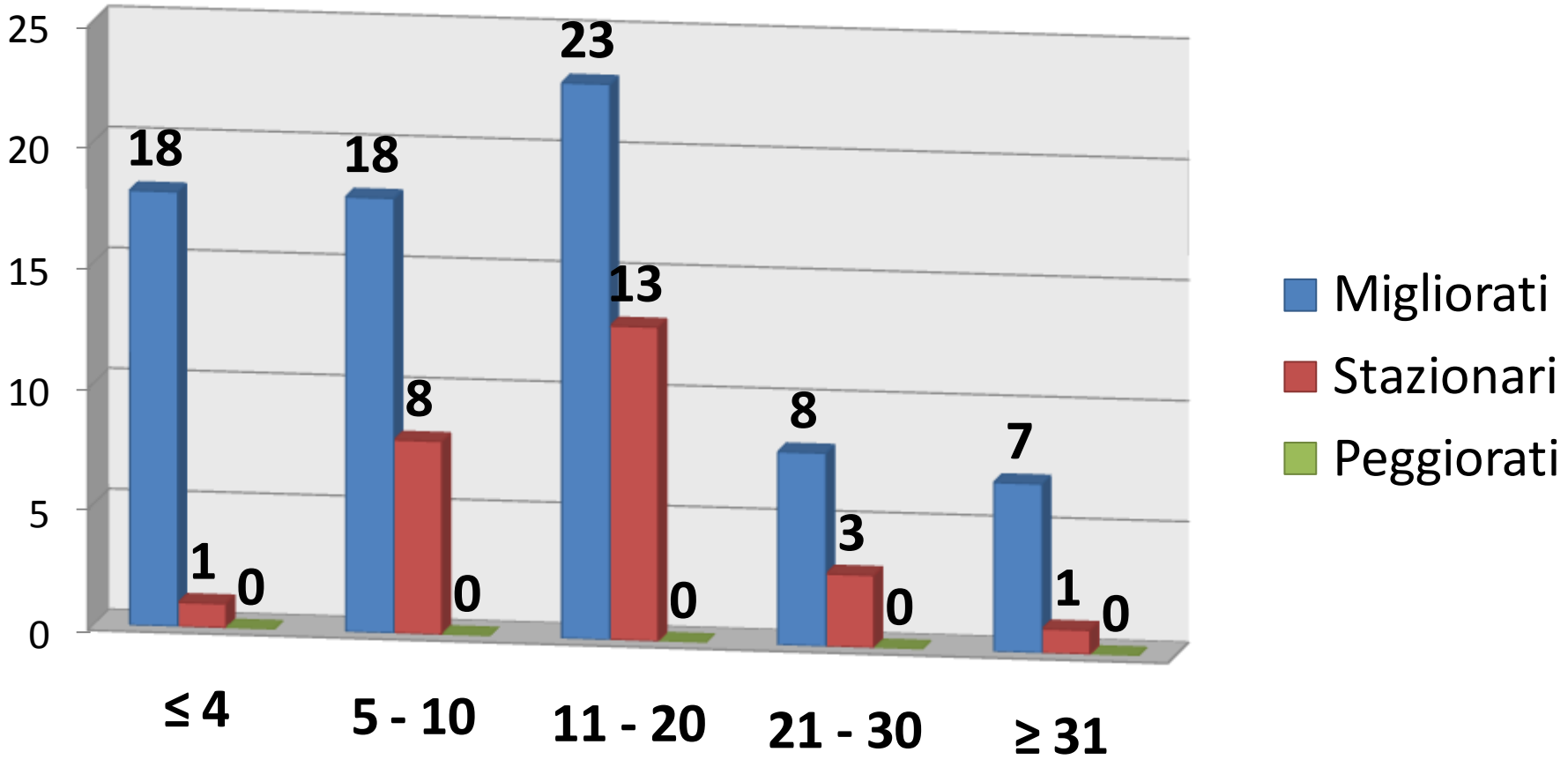
in funzione del numero di sedute effettuate (solo clinici)

n. sedute effettuate	Pazienti sopra cut-off in ingresso (n)	*Pazienti con RCSI* n	*Pazienti con RCSI* % su pazienti sopra-cut off
2	1	1	100,0
3	8	8	100,0
4	7	7	100,0
5	8	7	87,5
6	1	1	100,0
7	2	2	100,0
8	3	3	100,0
9	4	1	25,0
10	3	2	66,7
11	4	3	75,0
12	3	2	66,7
13	2	1	50,0
14	7	5	71,4
15	2	1	50,0
16	3	2	66,7
17	2	1	50,0
18	1	1	100,0
19	2	1	50,0
20	5	2	40,0
22	3	3	100,0
23	1	0	0,0
24	1	1	100,0
27	1	1	100,0
28	2	2	100,0
29	1	0	0,0
30	1	1	100,0
>30	7	4	57,1

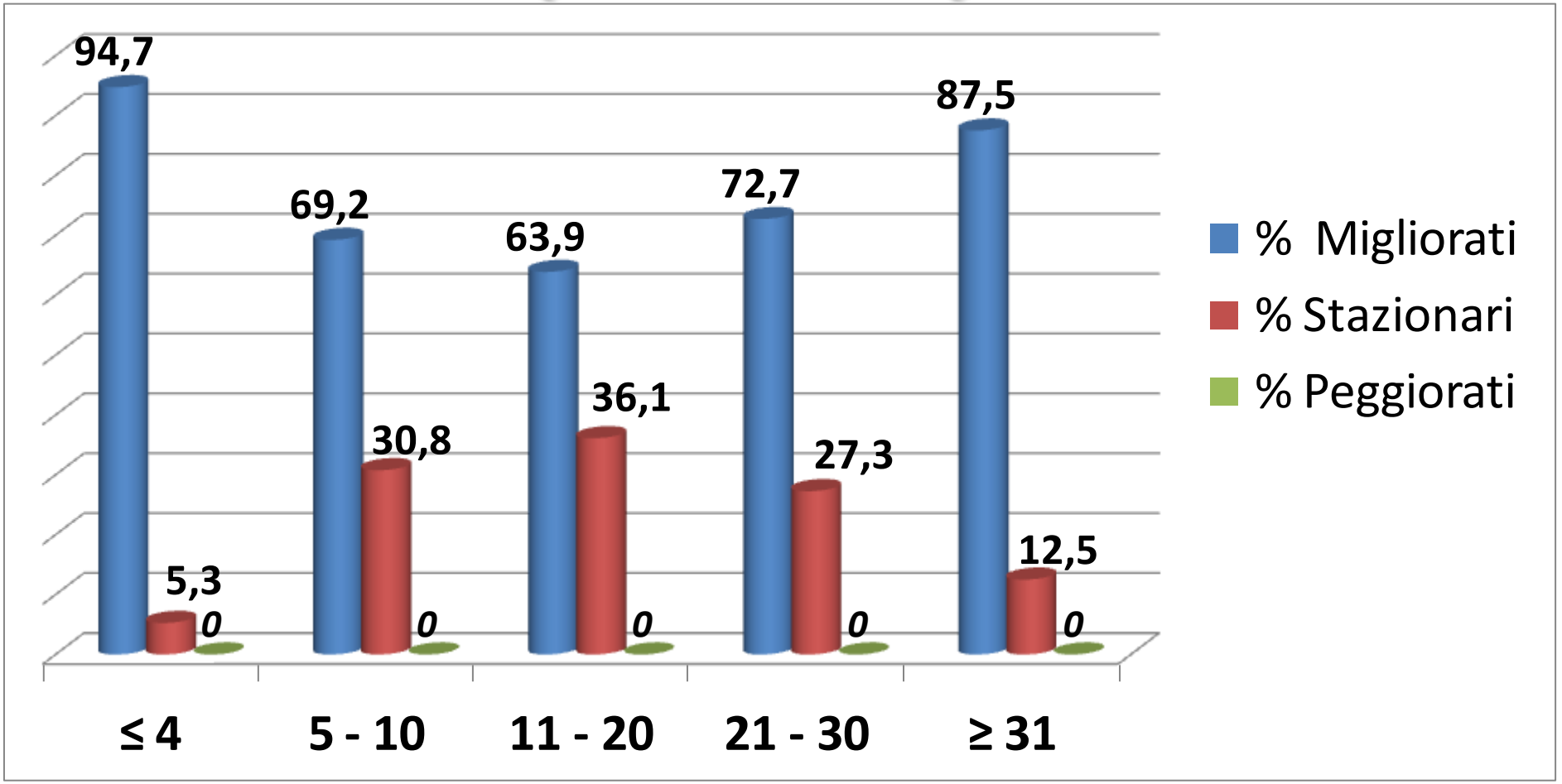
Cambiamento affidabile e clinico (% RCSI) in funzione del numero di sedute effettuate (solo clinici)



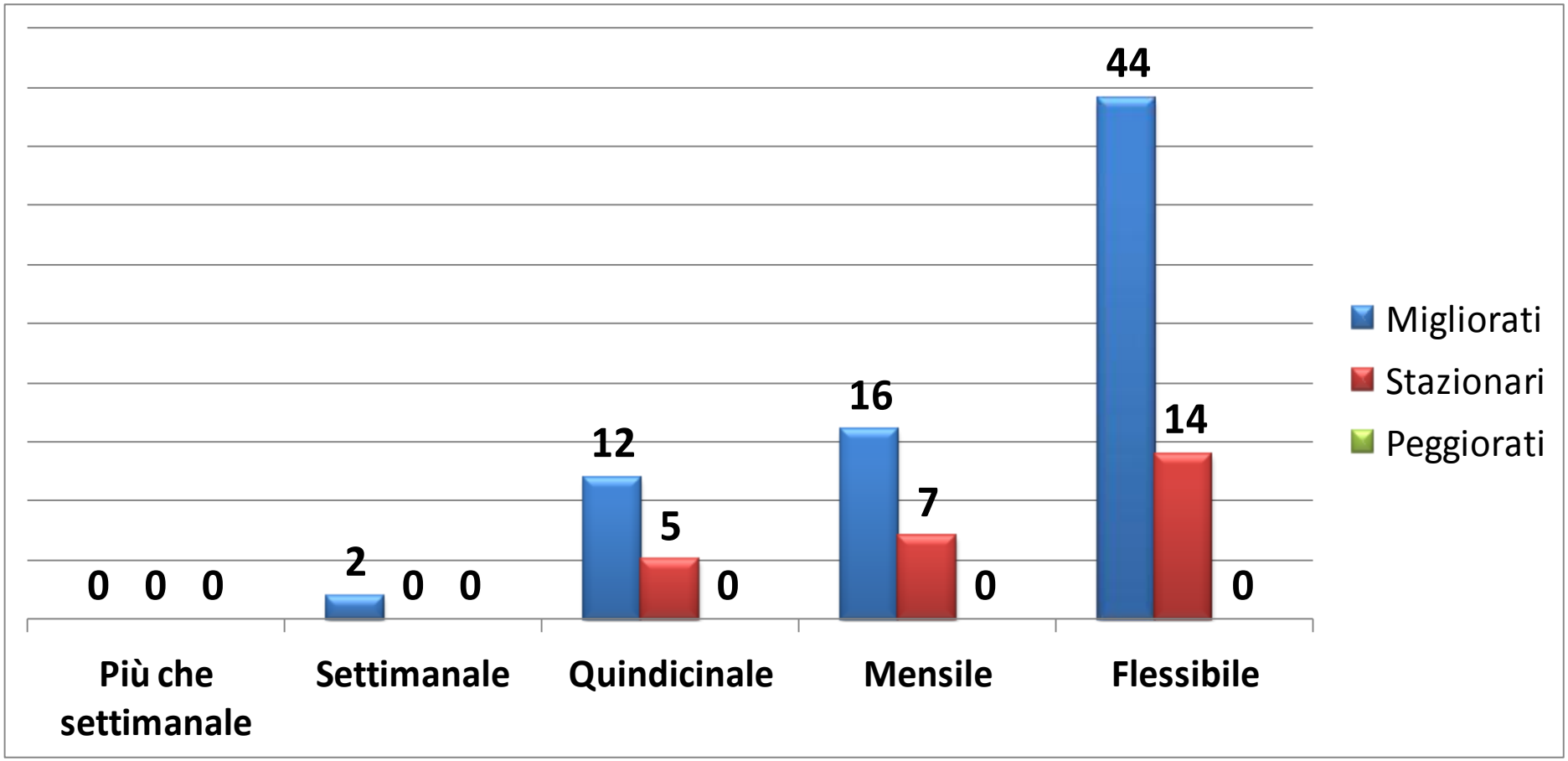
Efficacia (RCI) per numero sedute (utenti totali) (n)



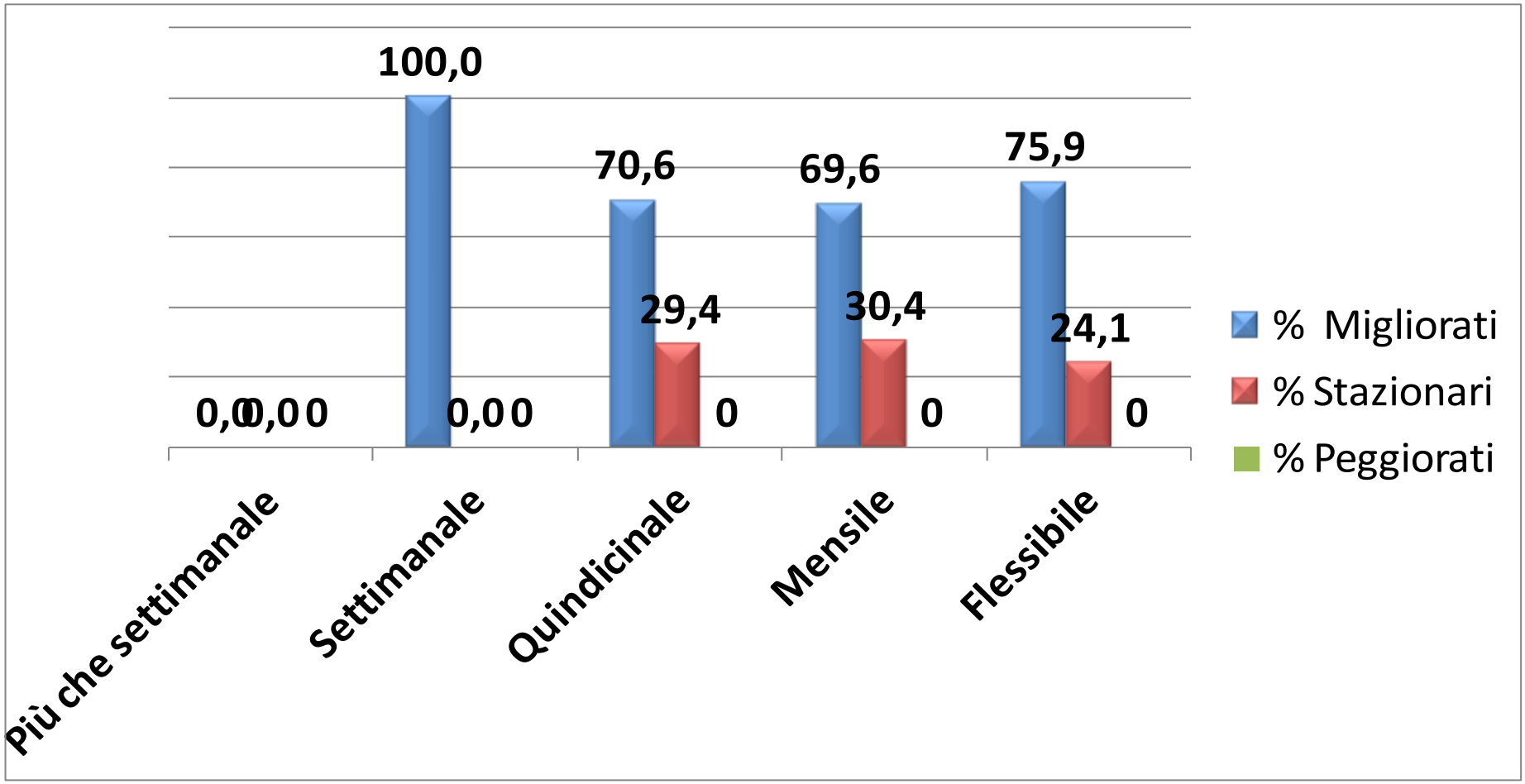
Efficacia (RCI) per numero sedute (utenti totali) %



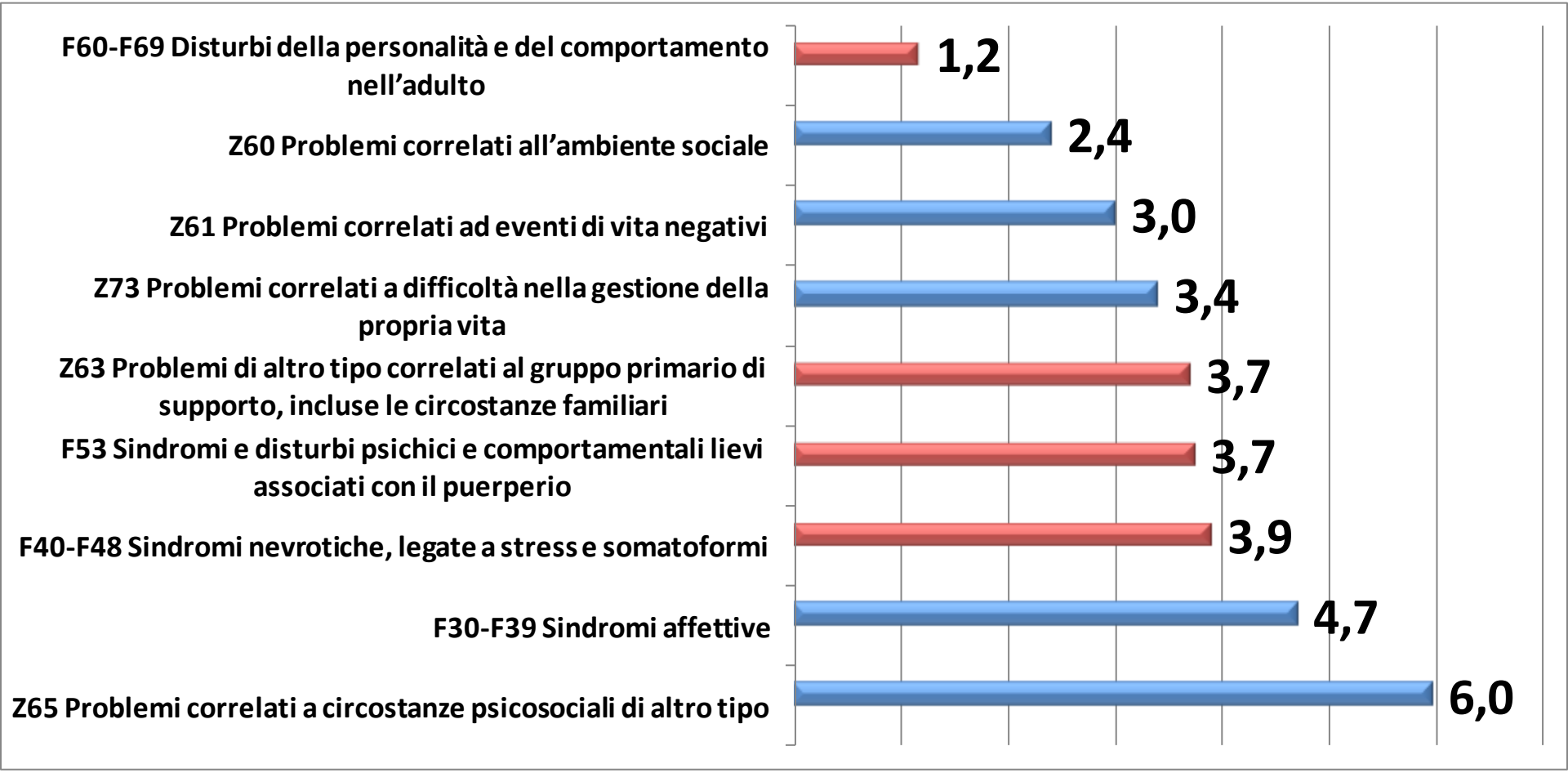
Efficacia (RCI) per frequenza sedute (n) (utenti totali)



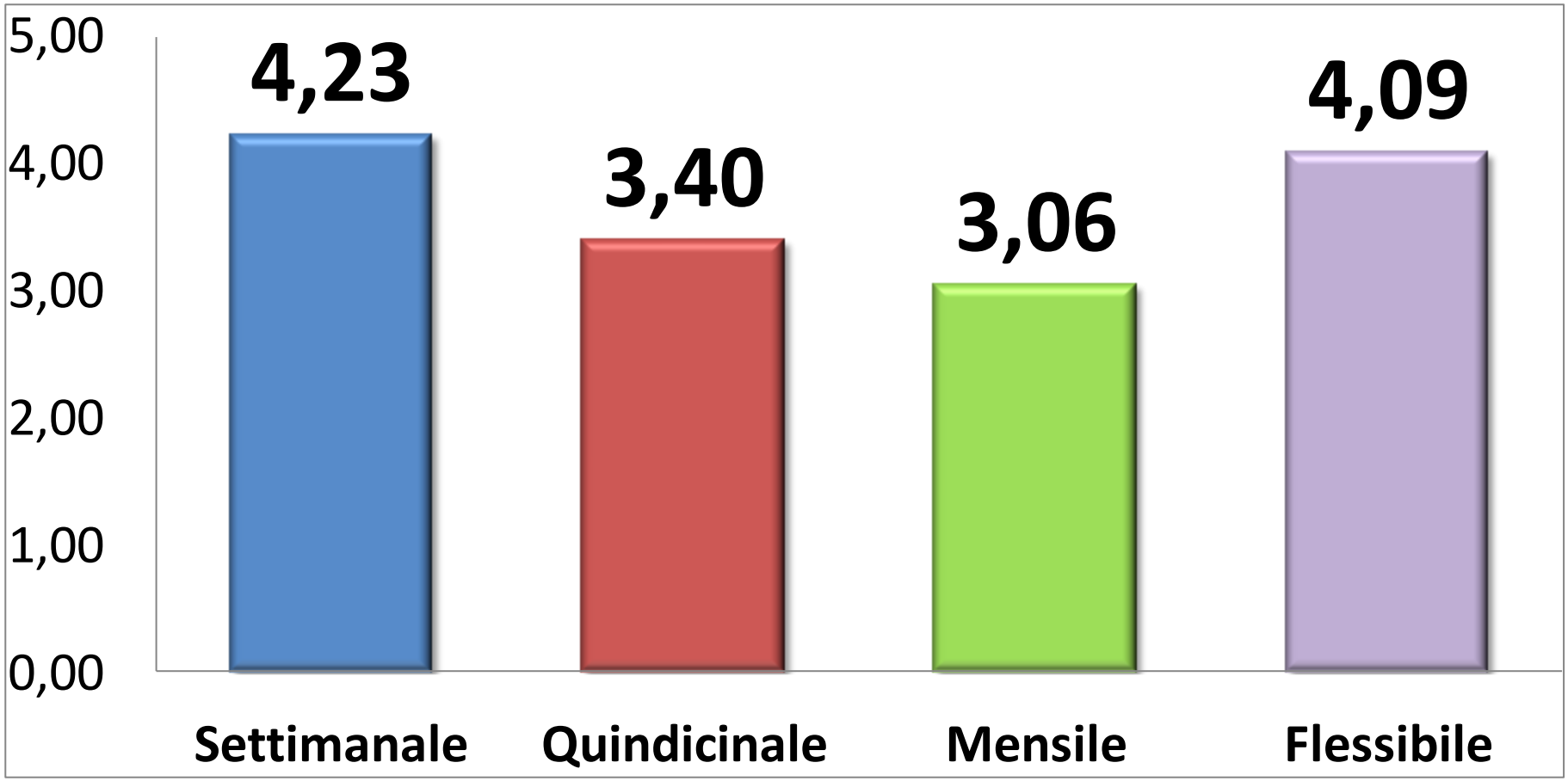
Efficacia (RCI) per frequenza sedute (%) (utenti totali)



Efficacia (media RCI) per diagnosi ICD 10



Efficacia (media RCI) per frequenza sedute



Conversione punteggio CORE-OM in BDI e Efficacia (Effect size - "d" di Cohen) (clinici+non-clinici)

	Ingresso		Uscita		Follow-up 3 mesi		Follow-up 6 mesi		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Depressione minima (0-9)	9	9,0	66	66,0	21	63,6	13	68,4	
Depressione lieve (10-16)	26	26,0	33	33,0	10	30,3	6	31,6	
Depressione moderata (17-29)	52	52,0	1	1,0	2	6,1	0	0,0	
Depressione grave (30-59)	13	13,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Punteggio medio		Punteggio medio		Punteggio medio		Punteggio medio		Effect size
	19,4		8,5		8,3		8,3		1,77

Leach C., Lucock M, Barkham M, et al. - Trasforming between BDI and CORE-OM scores in routine clinical practice British Journal of Clinical Psychology, June 2006

Gli effetti del trattamento: conversione CORE-OM/BDI- Efficacia (RCI) α Cronbach

Categoria di cambiamento	Tutti i pazienti		Sopra cut-off clinico (≥10)		Sotto cut-off clinico (<10)	
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*
Reliable and Clinically Significant Improvement	44	44,0	44	48,4	0	0
Reliable Improvement	12	12,0	12	13,2	0	0
Recovered or Improved	***56***	***56,0***	***56***	***61,5***	***0***	***0***
No Reliable Change	44	44,0	35	38,5	9	100
Reliable Deterioration	0	0,0	0	0	0	0
Totale	100	100,0	91	100	9	100

Barkham et al., Effects of Psychological Therapies in randomized Trials and PBE studies, BPJ 2008, pg. 410

Confronto livelli di efficacia (CORE-OM) con altri studi Practice-Base (cut-off 1,0 - RCI 6.8 - 5.1)

Studi	N	Reliable and Clinically Significant Improvement	Reliable Improvement Only	No Reliable Change	Reliable Deterioration
Secondary Care-Outcome Benchmarking data set	198	37.9	12.6	48.0	1.5
Wakefield-Pontefract Sample	415	41.9	12.0	43.9	2.2
Primary Care Mental Health Workers Sample	480	50.4	13.8	35.2	0.6
CORE 2002 data set	2579	57.5	14.2	28.0	0.4
Totale	3672	53.7	13.8	31.8	0.7
Cagliari	*100*	*63.0*	*11.0*	*26.0*	*0*

Barkham et al., Effects of Psychological Therapies in randomized Trials and PBE studies, BPJ 2008, pg. 409

Confronto livelli di efficacia (BDI) con altri studi Practice-Base (cut-off 10, RCI 8.1 - 8.4)

Studi	N	Reliable and Clinically Significant Improvement	Reliable Improvement Only	No Reliable Change	Reliable Deterioration
Secondary Care-Outcome Benchmarking data set	204	26.0	20.6	50.0	3.4
Wakefield-Pontefract Sample	435	31.3	21.8	42.8	4.1
Primary Care Mental Health Workers Sample	510	37.8	21.6	39.6	1.0
CORE 2002 data set	2733	42.4	22.6	34.2	0.8
Totale	3882	39.7	22.3	36.7	1.4
Cagliari	*100*	*44.0*	*12.0*	*44.0*	*0*

Barkham et al., Effects of Psychological Therapies in randomized Trials and PBE studies, BPJ 2008, pg. 409

V.E.Tra.P. network

Cambiamenti nei punteggi e effect sizes di pazienti del NHS e del SSN

Campione complessivo		Punteggi pre-trattamento		Punteggi post-trattamento		Pre-post diff	Pre-post effect size
(N=33.587)	*Campione N*	*Media*	*DS*	*Media*	*DS*	*Media*	
Camp. Clinico(=>1,0 pre)							
Campione clinico Assessed	24162	1.9	0.5	1.5	0.8	0.4	0.83
Con almeno una seduta	16145	1.9	0.5	1.3	0.8	0.6	1.19
Che ha restituito i form	10397	1.8	0.5	0.9	0.6	0.9	1.91
Trattamento concluso	**9761**	**1.8**	**0.5**	**0.8**	**0.6**	**1.0**	**1.95**
Trattamento concluso	***85***	***1.7***	***0.5***	***0.7***	***0.3***	***1.0***	***2.6***
Clinici e Non Clinici							
Campione clinico Assessed	27651	1.7	0.6	1.3	0.8	0.4	0.60
Con almeno una seduta	18094	1.8	0.6	1.2	0.8	0.5	0.91
Che ha restituito i form	11651	1.7	0.6	0.8	0.6	0.9	1.47
Trattamento concluso	**10952**	**1.7**	**0.6**	**0.8**	**0.6**	**0.9**	**1.50**
Trattamento concluso	***100***	***1.6***	***0.6***	***0.6***	***0.3***	***1.0***	***2.0***

Tassi di Guarigione e Miglioramento in sub-campioni clinici di pazienti del NHS e del SSN

Sub-campioni "Trattamento concluso"

Campione	*Campione clinico N*	Tassi di guarigione: Criterio RCSI *N*	*%*	Tassi di guarigione: Criterio "casi positivi" ≥1,0) *N*	*%*	Tassi di Miglioramento Criterio solo RCI *N*	*%*
UK (33.587)	9761	5691	*56.9*	6316	*64.7*	7128	*73.0*
ITA (CA-100)	85	63	*74.1*	71	*83.5*	74	*74.0*

Psychological treatment outcome in routine NHS services: What do we mean by treatment effectiveness? M.Barkham, W.B. Stiles, J. Connell and J.Mellor-Clark (2012), pg-8-9Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice (2012), 85 1-16 – The British Psychological Society

Benchmarks secondo i criteri e i cut-off IAPT

Il sistema CORE definisce 'guariti' (recovery) i pazienti sopra cut-off in ingresso e sotto cut-off a fine trattamento, più Reliable Change.

Per poter confrontare i dati con i servizi **IAPT** è opportuno considerare invece altri parametri:

$$\%\ guariti = \frac{n\ pazienti\ che\ passano\ da\ valori\ superiori(pre)\ a\ inferiori\ al\ cut\text{-}off\ ,\ con\ almeno\ due\ sedute\ effettuate}{n\ totale\ pazienti\ con\ 2\ misurazioni - n\ pazienti\ sotto\ cut\text{-}off\ pretrattamento}$$

Inoltre, **IAPT** utilizza un cut-off ≥**13** (1,3) sul CORE-OM

Benchmarks for Primary Care Service - core Recovery & Improvement Rates, n. 6, May 2011 - dataset 20350 pazienti, 910 psicologi di 35 servizi

vetrap.network@gmail.com