

CORE-10 MANUALE D'USO

Versione 1.0

Giugno 2007

Traduzione e adattamento italiano

a cura di Guido Rocca

2019

Utilizzo soggetto alla licenza Creative Commons
[Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Contenuti

| | |
|--|-----------|
| PREMESSA | 5 |
| Riconoscimenti e richieste | 5 |
| Come citare il manuale | 5 |
| Copyright | 5 |
| Supporto IT per i siti IAPT | 5 |
| Riproduzione delle misure CORE | 5 |
| CORE-Net | |
| | |
| SEZIONE I | 6 |
| Introduzione | 6 |
| Panoramica | 6 |
| Sviluppo | 7 |
| Struttura | 10 |
| Formato | 10 |
| Procedure di scoring | 11 |
| Dati normativi | 12 |
| Campione non-clinico: Popolazione generale (Campione 1) | 12 |
| Campione clinico: Cure primarie routinarie (Campione 2) | 12 |
| Campione clinico: Cure Medicina Generale | 12 |
| Differenze di genere | 13 |
| | |
| SEZIONE II | 13 |
| Proprietà psicometriche: la misura è affidabile e valida? | 13 |
| Discriminazione tra popolazioni cliniche e non-cliniche | 13 |
| Discriminazione tra pazienti con e senza diagnosi di depressione | 14 |
| Correlazione con altre misure | 16 |
| Affidabilità interna: tutti gli item misurano lo stesso tratto? | 17 |
| Sensibilità al cambiamento | 17 |
| Accettabilità | 17 |
| Confronto tra la misura derivata e quella originaria | 18 |
| | |
| SEZIONE III | 20 |
| Cambiamento Affidabile e Clinicamente Significativo (RCSI) | 20 |
| | |
| SEZIONE IV | 22 |
| Confronto del CORE-10 con il CORE-OM | 22 |
| Correlazione con il CORE-OM | 22 |
| Correlazione con altre misure | 22 |
| Affidabilità interna | 22 |
| Cambiamento affidabile e clinico | 23 |
| | |
| SEZIONE V | 24 |
| La famiglia delle misure CORE ed il CORE System | 24 |
| Riferimenti | 27 |

Tabelle

| | | |
|----------|---|----|
| 1 | Sviluppo del CORE-10 – Selezione degli item | 9 |
| 2 | Item del CORE-10 | 10 |
| 3 | Medie, deviazioni standard e intervalli di confidenza per popolazioni cliniche e non-cliniche | 13 |
| 4 | Sensibilità e specificità rispetto ad una diagnosi SCID di depressione | 15 |
| 5 | Correlazione del CORE-10 con altre misure | 16 |
| 6 | Tassi di cambiamento affidabile e clinicamente significativo | 21 |
| 7 | Confronto delle correlazioni CORE-10 e CORE-OM con altre misure | 22 |
| 8 | Confronto del cambiamento affidabile e clinicamente significativo del CORE-10 e del CORE-OM | 23 |

Grafici

| | | |
|----------|---|----|
| 1 | Guida pratica per l'interpretazione dei punteggi clinici del CORE-10 | 11 |
| 2 | Box-plot che mostra la differenza tra popolazioni cliniche e non-cliniche | 14 |
| 3 | Curva ROC del CORE-10 rispetto alla diagnosi SCID di depressione moderata | 16 |
| 4 | Box-plot che mostra la differenza tra i punteggi pre e post terapia | 17 |
| 5 | Box-plot che mostra le somiglianze tra versione derivata e l'originale | 18 |
| 6 | <i>Istogrammi degli item derivati e non derivati del CORE-10</i> | 19 |

Appendici

| | | |
|------------|------------------------|----|
| I | CORE-10 | 29 |
| II | CORE-5 | 30 |
| III | CORE- SFA | 31 |
| IV | CORE-SFB | 32 |
| V | CORE-GP | 33 |
| | Pubblicazioni sul CORE | 34 |

PREMESSA

Riconoscimenti e richieste

Lo sviluppo del CORE-10 e del manuale è stato realizzato attraverso il finanziamento Artemis Trust e Priorities & Needs R & D tramite Leeds Mental Health Teaching NHS Trust. Le richieste relative al CORE-10 dovrebbero essere inviate a CORE-IMS a questa mail: admin@coreims.co.uk.

Citazioni del manuale

Questo manuale dovrebbe essere citato come segue: Connell, J. & Barkham, M. (2007). CORE-10 User Manual, version 1.1. CORE System Trust & CORE Information Management Systems Ltd.

Copyright

Le versioni cartacee di tutte le misure CORE sono copyleft: cioè, tutte le misure possono essere liberamente fotocopiate ma non possono essere modificate in alcun modo o utilizzate per scopi commerciali. I servizi che desiderano incorporare i questionari CORE in software sviluppati/commissionati localmente devono chiedere il permesso ai Trustee del Sistema CORE all'indirizzo cst-iapt@psyctc.org.

Gli strumenti sono tutti disponibili per l'utilizzo con licenza Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0).

Supporto IT per siti IAPT

Il CORE System Trust (CST) e la CORE User Network hanno chiesto che le seguenti informazioni siano disponibili per i siti IAPT.

Riproduzione delle misure CORE nel software Trust

CST riconosce che i Servizi potrebbero preferire lo sviluppo/utilizzo di software locali per acquisire, archiviare e riportare dati per tutte le misure contenute nel set di dati minimi (MDS) o incorporare tale funzionalità in un'applicazione software esistente. Un servizio che desideri incorporare i questionari CORE in software sviluppati localmente/commissionati (o incorporarli in un'applicazione software esistente) deve richiedere l'autorizzazione preventiva dei Trustees di CST perché ciò costituirebbe altrimenti una violazione del copyright. I fiduciari del CST possono essere contattati all'indirizzo cst-iapt@psyctc.org. I questionari CORE possono essere riprodotti liberamente su carta.

Software CORE-Net

CST e la rete di utenti CORE accolgono con favore il programma IAPT e supportano il ruolo centrale assegnato alla misurazione e alla valutazione. Il programma stabilisce un protocollo impegnativo che prevede l'acquisizione di dati da un'ampia gamma di misure, tra cui CORE, a partire da settembre 2007 per un periodo di 6-7 mesi. Su richiesta dei servizi che stanno già utilizzando il CORE e che stanno valutando l'offerta, CORE Information Management Systems Ltd (CORE IMS) ha accettato di sviluppare il software CORE-Net esistente per consentire l'acquisizione dei dati per le misure chiave incluse nel Set di dati minimi.

SEZIONE I

Introduzione

Il CORE-10 è una misura di esito breve comprendente 10 item tratti dal CORE-OM che è una misura di valutazione di esito composta da 34 item. Il CORE-OM è stato ampiamente adottato nella valutazione del counseling e delle terapie psicologiche nel Regno Unito.

Dove le risorse e il tempo lo consentono, il CORE-OM rimane la versione preferita per la valutazione e la misurazione dei risultati. Questo perché offre una gamma più ampia di item cui i clienti possono rispondere al momento della valutazione, fornendo stime più precise dei risultati e dei cambiamenti a seguito di un intervento. Inoltre, c'è una quantità molto maggiore di dati accumulati sul CORE-OM da cui ricavare benchmark e confronti.

Tuttavia, vi è la necessità di una misura più breve in alcuni setting, in cui le informazioni dovrebbero essere raccolte rapidamente con una minima richiesta di impegno ai clienti e ai professionisti. Inoltre, in alcuni servizi potrebbero essere necessarie ulteriori misure che valutano altri esiti, così da rendere opportuni alcuni compromessi. Per i siti che prendono parte all'iniziativa *Improving Access to Psychological Therapies*, il CORE-10 è stato selezionato come parte di un set di dati minimi che consentirà ai servizi di soddisfare i requisiti della *Balanced Score Card* con il minimo onere per i clienti e i servizi.

La famiglia delle misure CORE

Il CORE-10 è uno strumento della famiglia di misure CORE che, insieme al Sistema CORE, sono riassunti brevemente nella Sezione V. La misura madre è il CORE-OM, le cui proprietà sono state ampiamente riportate in letteratura. [1-10] Inoltre è stato ampiamente utilizzato nelle applicazioni di benchmarking all'interno dei servizi del NHS. [11-14] Il CORE-OM fa parte di un più ampio sistema CORE che è stato anche illustrato in letteratura e fornisce un contesto entro il quale valutare esiti. [15,16]

Riconoscendo che una misura di esito non è adatta a tutti gli scopi, sono state sviluppate anche versioni più brevi derivate dal CORE-OM. Questi includono il CORE Short Form A & B per l'uso seduto per seduta in contesti di ricerca [3, 7] ed il CORE-5 per l'uso seduto per seduta in contesti clinici. [17] Esistono versioni specifiche del CORE anche per la popolazione generale (GP-CORE) [18] e per i disturbi cognitivi (LD-CORE). [19] E' disponibile anche una gamma di traduzioni (vedi Sezione V). La formazione e il supporto IT per il CORE sono disponibili e sono stati documentati insieme ad un database di ricerca nazionale. [20, 21]

Panoramica

Il CORE-10 si compone di 10 item su un lato di un foglio A4, che lo rendono facile e di veloce somministrazione. Può essere facilmente elaborato a mano. Il CORE-10 è stato progettato per attingere a un "nucleo" pan-teorico del disagio degli utenti, compresi i sintomi comuni di ansia e depressione e gli aspetti associati alla vita e al funzionamento sociale. Inoltre, c'è un item chiave sul rischio autolesivo.

Il CORE-10 affronta il disagio globale ed è quindi adatto come strumento di screening iniziale rapido e anche come misura di esito. Come la maggior parte delle misure di autovalutazione, non può essere utilizzato per ottenere una diagnosi di un disturbo specifico. Il punteggio clinico può essere derivato direttamente sommando i punteggi degli item e utilizzato come indice globale di sofferenza. L'item di rischio dovrebbe essere considerato come un'allerta clinica e alcuni servizi potrebbero usarlo per favorire un maggior approfondimento del rischio al momento della valutazione. Una mancata risposta all'item di rischio dovrebbe essere ulteriormente esplorata.

È importante ricordare che nessun servizio può essere completamente valutato attraverso l'uso di una sola misura di esito. Quindi, il CORE-10 dovrebbe essere considerato come un componente di un sistema di valutazione da utilizzare sia con gli strumenti del Sistema CORE (vedi Sezione V) sia con qualsiasi metodo locale o specifico con le teorie e le pratiche di supervisione/audit cliniche in atto.

Sviluppo

Il CORE-10 è stato derivato dal CORE-OM a 34 item utilizzando un numero di requisiti specifici per determinare la selezione degli item. Innanzitutto, abbiamo cercato di ideare uno strumento che soddisfacesse le seguenti caratteristiche: copertura degli item, formato, gamma di intensità e contenuto. In secondo luogo, abbiamo cercato di trovare un equilibrio tra il ruolo delle procedure statistiche e la validità clinica.

Copertura degli item: Miravamo ad assicurare che la misura garantisse un equilibrio in termini di brevità e facilità di valutazione, ma che comunque fornisse un margine sufficiente per attingere il più possibile dai 10 item cluster del CORE-OM: (1) benessere soggettivo, (2) ansia, (3) depressione, (4) fisica, (5) trauma, (6) funzionamento generale, (7) relazioni intime (funzionamento); (8) relazioni sociali (funzionamento), (9), rischio per sé e (10) rischio per gli altri.

Formato: Sebbene il nostro obiettivo di restringere il numero degli item a 10 fosse guidato dalla brevità, la specificità dei 10 item ha prodotto ulteriori vantaggi in termini di semplicità del punteggio. La semplice somma dei singoli totali degli item produce direttamente un punteggio "clinico" per la misura CORE e non richiede pertanto agli operatori di effettuare ulteriori calcoli [9].

Gamma di intensità: abbiamo cercato di includere item di alta e bassa intensità. Escludendo i 6 item di rischio, il CORE-OM è bilanciato tra item ad alta e bassa intensità (cioè 14 ciascuno). Quindi, abbiamo cercato una struttura che riflettesse 6 item di alta e 4 bassa intensità.

Contenuto: Sebbene il nostro obiettivo di selezionare 10 item che riguardassero 10 clusters sembra corrispondere ad un item per cluster, siamo stati consapevoli della necessità di campionare sia gli item "alti" che quelli "bassi" riguardanti la depressione e l'ansia per la loro elevata prevalenza nella popolazione. Quindi, questa combinazione da sola richiederebbe un totale di 4 item. In termini di funzionamento, abbiamo scelto di selezionare un item da ciascuno dei tre cluster: funzionamento generale, relazioni sociali e intime che generano un totale di 3 item. Inoltre, abbiamo selezionato singoli item da disturbi fisici e da trauma - per un totale di 2 item. Per non superare 10 item, abbiamo selezionato un singolo item di rischio come componente chiave nello screening per il "rischio autolesivo", prioritario rispetto al "rischio eterolesivo" che ha un tasso di incidenza relativamente basso nelle persone che si presentano nell'assistenza primaria. Per adattare questa struttura, abbiamo scelto di omettere gli item dal dominio del Benessere soggettivo a causa della loro elevata correlazione con il dominio del Problema, superiore alla correlazione tra gli altri due domini [3]. Inoltre, abbiamo preferito escludere gli item sui sintomi e sul funzionamento che erano stati più spesso omessi dai clienti in precedenti reports sul CORE-OM. [3, 5].

Al fine di raggiungere i suddetti requisiti, abbiamo impiegato un metodo che comprende quattro passaggi:

Passaggio 1: Eliminazione di item. In primo luogo, abbiamo eliminato gli item "Benessere soggettivo" [4, 14, 17, 31] e "Rischio eterolesivo" [6 e 22]. Secondo, abbiamo eliminato gli item con risposte più frequentemente omesse dai domini Sintomi e Funzionamento [19, 20, 21, 30 e 32]. [3, 5]

Passaggio 2: Copertura e mappatura degli item. L'eliminazione di item nel passaggio 1 ha portato alcuni item ad essere "scelte forzate" al fine di conservare gli item da specifici cluster e il rapporto 6/4 tra item ad alta e bassa intensità. Ciò ha portato alla selezione degli item **2** (*bassa ansia*), **7** (*alto funzionamento generale*), **27** (*bassa depressione*) e **3** (*bassa relazioni intime*) con la successiva omissione degli item 12, 1, 26, 25, 29, 9 24. Sono rimasti 6 item accoppiati, in cui era necessario selezionare un item di ogni coppia.

Passaggio 3: Analisi di regressione. Abbiamo quindi utilizzato l'analisi di regressione per identificare gli item che predicavano meglio i punteggi del cluster degli item sul CORE-OM. Ciò ha portato alla selezione degli item **23** (*alta depressione*), **10** (*alto funzionamento sociale*), **18** (*basso fisico*) e **16** (*alto rischio per sé*).

Passaggio 4: Giudizio clinico. Quando le decisioni sulla base delle analisi di regressione risultavano marginali, abbiamo invocato il giudizio clinico per la selezione degli item. Per il trauma, il punto **28** è apparso focalizzato più specificamente sul trauma rispetto al 13. Per l'*ansia elevata* c'era una chiara preferenza per l'item **15** anziché per l' 11.

I dati utilizzati per lo sviluppo del CORE-10 riguardano un campione di 6610 pazienti di 33 servizi di cure primarie. Utilizzando SPSS 12.01 i dati sono stati divisi in maniera random in tre gruppi con ogni data set rappresentativo dei 33 servizi. Un data set è stato utilizzato per la selezione degli item, come illustrato precedentemente. Il secondo data set è stato utilizzato per verificare la replicabilità dei risultati ottenuti nel primo campione. Il terzo campione, insieme agli altri data set, è stato utilizzato come campione indipendente per determinare il range delle caratteristiche psicometriche degli item estratti.

Tabella 1: Sviluppo del CORE-10 – Selezione degli item

| Item | Domini: cluster | Item | Inten- sità | Passaggi Omessi/ Inclusi |
|------|-----------------------------|--|----------------|--------------------------------|
| 4 | Benessere Soggettivo | Mi sono sentito a posto con me stesso | Bassa | 1 (Om) |
| 14 | Benessere Soggettivo | Ho avuto voglia di piangere | Alta | 1 (Om) |
| 17 | Benessere Soggettivo | Mi sono sentito sopraffatto dai miei problemi | Alta | 1 (Om) |
| 31 | Benessere Soggettivo | Mi sono sentito ottimista per il mio futuro | Bassa | 1 (Om) |
| 2 | P: Ansia | Mi sono sentito teso, ansioso o nervoso | Bassa | 2 (Incl) |
| 20 | P: Ansia | Mi è stato impossibile mettere da parte i miei problemi | Bassa | 1 (Om) |
| 11 | P: Ansia | La tensione e l'ansia mi hanno impedito di fare cose importanti | Alta | 3 (Om) |
| 15 | P: Ansia | Ho provato panico o terrore | Alta | 3 (Incl) |
| 5 | P: Depressione | Mi sono sentito completamente privo di energia e di entusiasmo | Alta | 3 (Om) |
| 23 | P: Depressione | Mi sono sentito affranto e senza speranza | Alta | 3 (Incl) |
| 27 | P: Depressione | Mi sono sentito infelice | Bassa | 2 (Incl) |
| 30 | P: Depressione | Ho pensato che è mia la colpa dei problemi e delle difficoltà che ho | Bassa | 1 (Om) |
| 8 | P: Fisici | Sono stato disturbato da malesseri, dolori o altri problemi fisici | Bassa | 3 (Om) |
| 18 | P: Fisici | Ho avuto difficoltà ad addormentarmi o a mantenere il sonno | Bassa | 3 (Incl) |
| 13 | P: Trauma | Sono stato disturbato da pensieri e stati d'animo indesiderati | Alta | 3 (Om) |
| 28 | P: Trauma | Sono stato turbato da immagini o ricordi indesiderati | Alta | 3 (Incl) |
| 1 | F: Relazioni intime | Mi sono sentito terribilmente solo e isolato | Alta | 2 (Om) |
| 3 | F: Relazioni intime | Ho sentito di avere qualcuno a cui rivolgermi per ricevere un sostegno quando ne ho avuto bisogno | Bassa | 2 (Incl) |
| 19 | F: Relazioni intime | Ho provato calore o affetto per qualcuno | Bassa | 1 (Om) |
| 26 | F: Relazioni intime | Ho pensato di non avere amici | Alta | 2 (Om) |
| 7 | F: Funz. Generale | Mi sono sentito in grado di adattarmi in caso di difficoltà | Alta | 2 (Incl) |
| 12 | F: Funz. Generale | Sono stato contento per le cose che ho fatto | Bassa | 2 (Om) |
| 21 | F: Funz. Generale | Sono stato in grado di fare la maggior parte delle cose che dovevo fare | Bassa | 1 (Om) |
| 32 | F: Funz. Generale | Ho ottenuto ciò che volevo | Alta | 1 (Om) |
| 33 | F: Relazioni sociali | Mi sono sentito umiliato o messo in imbarazzo da altre persone | Alta | 3 (Om) |
| 10 | F: Relazioni sociali | Non ho avuto la forza di parlare con le persone | Alta | 3 (Incl) |
| 25 | F: Relazioni sociali | Mi sono sentito criticato da altre persone | Bassa | 2 (Om) |
| 29 | F: Relazioni sociali | Mi sono sentito irritato mentre ero con altre persone | Bassa | 2 (Om) |
| 22 | R: Eterolesivo | Ho minacciato o intimorito qualcuno | Alta | 1 (Om) |
| 6 | R: Eterolesivo | Sono stato violento fisicamente verso altre persone | Alta | 1 (Om) |
| 9 | R: Autolesivo | Ho pensato a farmi del male | Bassa | 2 (Om) |
| 16 | R: Autolesivo | Ho progettato di mettere fine alla mia vita | Alta | 3 (Incl) |
| 24 | R: Autolesivo | Ho pensato "sarebbe meglio essere morto" | Bassa | 2 (Om) |
| 34 | R: Autolesivo | Mi sono fatto del male fisicamente e ho messo seriamente in pericolo la mia salute | Alta | 3 (Om) |

Domini B= Benessere Soggettivo; P= Problemi/Sintomi; F= Funzionamento; R= Rischio

Struttura

La selezione degli item per il CORE-10 è stata determinata da una combinazione di utilità clinica, copertura dei cluster degli item e procedure statistiche (cioè analisi di regressione). I 10 item comprendono: Depressione (2 item), Ansia (2 item), Funzionamento (3 item, 1 ciascuno per "funzionamento generale" "relazioni sociali" e "relazioni intime"); Trauma (1 item); Problemi fisici (1 item); e Rischio (1 item). La misura include item ad alta e bassa intensità per aumentare la sensibilità e viene leggermente sbilanciata a favore di item di intensità maggiore (6 item) al fine di ridurre qualsiasi "effetto tetto". Due degli item sono declinati "positivamente". Gli item sono presentati nella Tabella 2. Sono presentati qui raggruppati in base alle aree problematiche (cioè cluster di item).

Tabella 2: Item CORE-10

| Item | Area problematica | Item | Positivo /Negativo | Intensità |
|------|-------------------------------|---|--------------------|-----------|
| 1 | Ansia | Mi sono sentito teso, ansioso o nervoso | - | Bassa |
| 5 | Ansia | Ho provato panico o terrore | - | Alta |
| 9 | Depressione | Mi sono sentito infelice | - | Bassa |
| 8 | Depressione | Mi sono sentito affranto e senza speranza | - | Alta |
| 7 | Problemi fisici | Ho avuto difficoltà ad addormentarmi o a mantenere il sonno | - | Bassa |
| 10 | Trauma | Sono stato turbato da immagini o ricordi indesiderati | - | Alta |
| 2 | Relazioni intime | Ho sentito di avere qualcuno a cui rivolgermi per ricevere un sostegno quando ne ho avuto bisogno | + | Bassa |
| 4 | Relazioni sociali | Non ho avuto la forza di parlare con le persone | - | Alta |
| 3 | Funzionamento Generale | Mi sono sentito in grado di adattarmi in caso di difficoltà | + | Alta |
| 6 | Rischio | Ho progettato di mettere fine alla mia vita | - | Alta |

Formato

L'attuale sequenza degli item nel CORE-10 segue l'ordine del CORE-OM, come mostrato dal numero degli item nella Tabella 2. La versione finale del CORE-10 è nell'Appendice I.

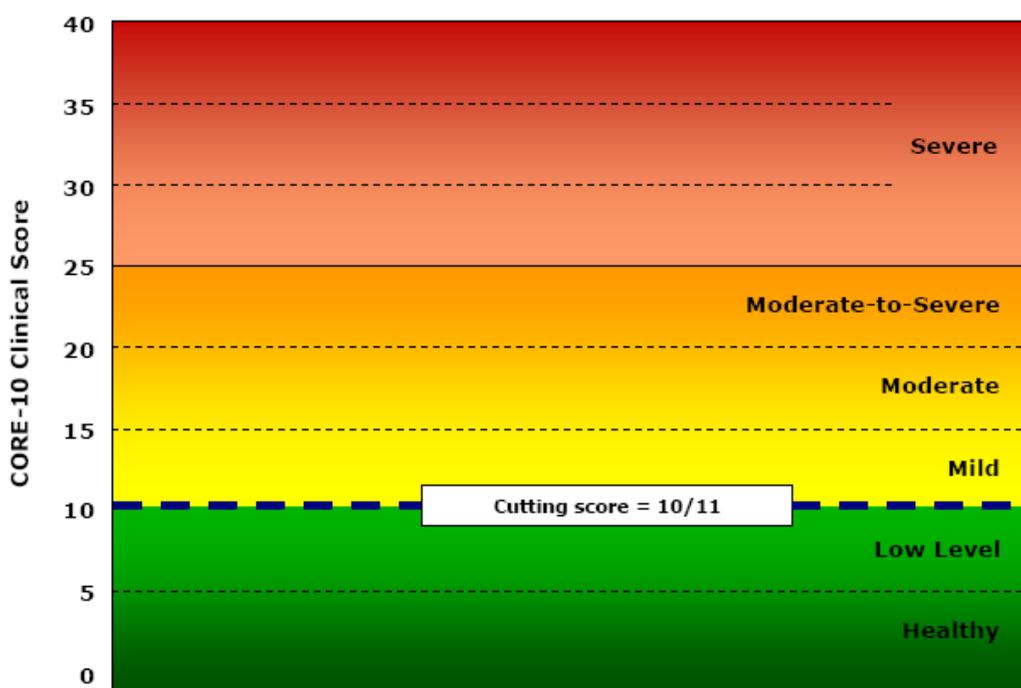
Procedure di scoring ed interpretazione

I punti chiave nel punteggio del CORE-10 sono i seguenti:

1. Ogni item all'interno del CORE-10 viene valutato su una scala a 5 punti che va da 0 ('Per nulla') a 4 ('Molto spesso o sempre').
2. Il punteggio clinico viene calcolato sommando i valori di risposta di tutti e 10 gli item.
3. Laddove siano omesse delle risposte, il punteggio clinico viene calcolato attraverso il punteggio medio totale (dividendo il punteggio totale per il numero di item completati) e moltiplicando per 10.
4. Non consigliamo di calcolare il punteggio clinico se manca più di un item.
5. Il punteggio minimo raggiungibile è 0 e il massimo è 40.
6. La misura è correlata all'entità del problema, cioè più alto è il punteggio più sono i problemi che l'individuo sta segnalando e/o più è sofferente.

Un punteggio pari o inferiore a 10 indica un punteggio compreso nell'intervallo non clinico, mentre 11, o superiore, si colloca all'interno del range clinico. All'interno della gamma non clinica abbiamo identificato due fasce chiamate "sana" e "bassa". Le persone possono segnare un numero di item in un determinato momento ma rimangono comunque "sani". Allo stesso modo, le persone possono ottenere un punteggio nel range "basso", che potrebbe essere il risultato di pressioni elevate o di circostanze particolari, ma che è ancora entro un intervallo non clinico. All'interno dell'intervallo clinico abbiamo identificato il punteggio di 11 come limite inferiore del livello "lieve", 15 per il livello "moderato" e 20 per il livello "da moderato a severo". Un punteggio di 25 o più segna il livello "grave".

Figura 1: Guida pratica per l'interpretazione dei punteggi del CORE-10



Dati normativi

I dati normativi sono disponibili per tre campioni, due clinici e una popolazione non clinica (Tabella 3). Per i campioni 1 e 3 i dati normativi sono per gli item del CORE-10 come incorporati nel CORE-OM (cioè, il CORE-OM è stato somministrato al campione e successivamente sono stati estratti i punteggi per gli item che compongono il CORE-10) .

Campione non clinico: popolazione generale (campione 1)

Il campione comprendeva 553 adulti che hanno partecipato al follow-up del sondaggio sulla morbilità psichiatrica e che hanno restituito CORE-OM validi. [22] Questi dati sono stati ponderati per essere rappresentativi di una popolazione generale prendendo in considerazione fattori di progettazione, non risposta e procedure di campionamento dal campione originale di morbilità psichiatrica al successivo campione di follow-up [23]. Ciò ha comportato un campione di popolazione generale di 535 casi composto da 268 maschi (50,2%) e 267 femmine (49,8%) con un'età media di 43,4 anni (DS = 15,3).

Campione clinico: cure primarie routinarie (campione 2)

Il campione comprendeva un terzo, selezionato a caso, di un set di dati di 5831 persone che si presentavano in 33 servizi di assistenza primaria che avevano completato un CORE-OM. Gli altri due terzi dell'insieme di dati sono stati utilizzati nello sviluppo e nell'analisi psicométrica della misura. Questo campione clinico era composto da 1835 pazienti comprendenti 1319 femmine (72%) e 516 maschi (28%). L'età media era di 38 anni (DS = 12,6) e variava da 16 a 84 anni. I dati di etnia erano disponibili per 1606 (87,5%) persone. Di questi, il 92% erano bianchi/europei e il resto era asiatico (4%), africano/caraibico (2%) e misto/altro (2,3%). La maggior parte dei pazienti presentava ansia (71%) e/o depressione (65%). La metà del campione ha riferito di soffrire di problemi interpersonali (50,9%).

Campione clinico: cure di Medicina Generale (campione 3)

Questi dati sono stati ricavati da un campione di cure in Medicina Generale del nord dell'Inghilterra che ha completato il CORE-10 in linea con l'agenda del *Quality Outcome Framework*. Sono state completate 323 misure. Nella maggior parte dei casi (n = 271; 84%) il cliente ha completato la misura direttamente sul computer. I dieci item che compongono il CORE-10 sono stati presentati singolarmente al cliente sul monitor del computer. Era necessaria una risposta prima che fosse proposta la domanda successiva. I restanti clienti (n = 52, 16%) hanno completato una versione cartacea del CORE-10. I dati sono stati raccolti tra aprile e ottobre 2006. Una misura affidabile (non più di 1 item omesso) è stata completata da 321 pazienti; 209 (65%) femmine e 112 (35%) maschi. I dati sull'età non erano disponibili.

Tavola 3: Medie, deviazioni standard e intervalli di confidenza per le popolazioni del campione clinico e non-clinico

| | Campione 1 Popolazione Generale (n=535) | | | Campione 2 Counselling Cure Primarie (n=1835) | | | Campione 3 Pratica Medicina Generale (n=321) | | |
|----------------|---|-----|---------|---|-----|-----------|--|-----|-----------|
| | Media | DS | IC | Media | DS | IC | Media | DS | IC |
| Maschi | 4.8 | 4.6 | 4.3-5.4 | 18.5 | 8.1 | 17.8-19.2 | 19.8 | 7.6 | 18.3-21.2 |
| Femmine | 4.7 | 4.9 | 4.1-5.2 | 20.1 | 7.5 | 19.7-20.5 | 20.4 | 8.0 | 19.3-21.5 |
| Totale | 4.7 | 4.8 | 4.3-5.2 | 19.7 | 7.7 | 19.3-20.0 | 20.2 | 7.9 | 19.3-21.0 |

Differenze di genere

Non c'era alcuna differenza significativa tra maschi e femmine nel Campione Pratica Medicina Generale (clinico) (19,8 vs 20,4; $t = .68$, $p = 0,50$) o nel Campione della Popolazione Generale (non clinico) (4.8 vs 4.7; $t = .46$, $p = .64$). C'era, tuttavia, una differenza statisticamente significativa tra maschi e femmine per il campione di Counselling Cure Primarie (incorporato, clinico) (18,5 vs 20,1; $t = -4,1$, $p <.001$). Sono necessari più dati per stabilire se il genere debba essere preso in considerazione quando si mettono in relazione i punteggi individuali con i dati della distribuzione clinica.

SEZIONE II

Qualità psicometriche: la misura è valida e affidabile?

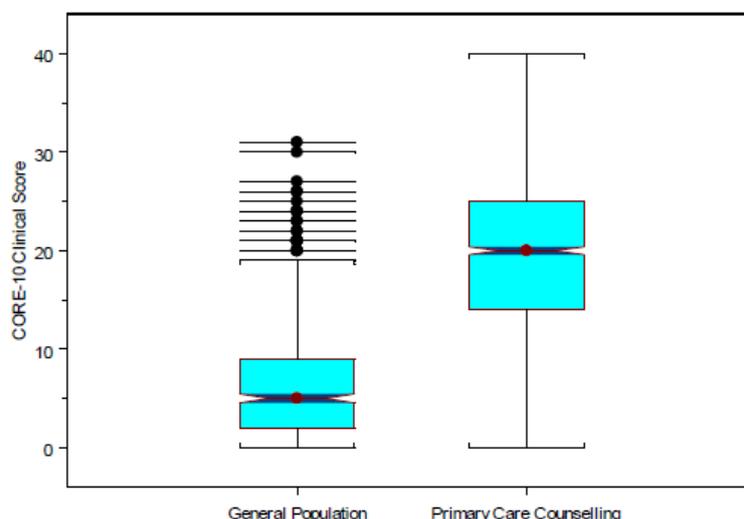
Una misura dovrebbe essere affidabile, valida e sensibile al cambiamento clinico che si verifica nel tempo.

- La validità è la misura in cui lo strumento misura ciò che intende misurare; cioè, sta facendo le domande giuste?
- L'affidabilità definisce quanto è uniforme il risultato del test quando viene somministrato in più di un'occasione o da più di un valutatore.
- La sensibilità è la capacità della misura di rilevare il vero cambiamento dello stato dei clienti nel tempo; cioè, è sensibile ai sottili cambiamenti dei pazienti?

Discriminazione tra popolazioni cliniche e non cliniche

Un aspetto della validità è la capacità della misura di rilevare una differenza statisticamente e clinicamente significativa tra la popolazione clinica per la quale è stata progettata e un campione non clinico. Un confronto tra il campione di Counselling Cure Primarie (clinico) e il campione della Popolazione Generale (non clinico) ha rivelato una differenza ampia e clinicamente significativa tra le due popolazioni (19,7 vs 4,7; $t = 37,3$; $p < .001$). Questo è illustrato nel grafico box-plot dei dati (Figura 2). Le caselle coprono il 50% medio dei punteggi in ciascun gruppo. Il punto (rosso) nella casella indica la mediana, mentre l'area "dentellata" blu scuro attorno alla linea è l'intervallo di confidenza (CI) attorno alla mediana. Né le caselle né gli intervalli di confidenza si sovrappongono, indicando la differenza statisticamente significativa tra le due popolazioni. Mostra anche che ci sono pochissimi casi nel punteggio clinico zero e pochissimi valori anomali nel punteggio non clinico molto alto, un'ulteriore indicazione della differenza nei punteggi tra le due popolazioni.

Figura 2: Il grafico box-plot mostra le differenze tra popolazioni cliniche e non-cliniche



Discriminazione tra i clienti con e senza una diagnosi di depressione

Quanto uno strumento può discriminare tra i pazienti diagnosticati e non diagnosticati rispetto ad un problema, dipende dalla sensibilità e specificità della misura. Sensibilità e specificità si riferiscono alla proporzione di persone correttamente "diagnosticate" attraverso una misura rispetto a uno strumento diagnostico definito "gold standard". La sensibilità della misura è la proporzione di persone con una diagnosi positiva su entrambi i test, mentre la specificità definisce la percentuale di persone con diagnosi negativa su entrambi i test. Un test perfetto è quello che raggiunge la sensibilità e la specificità al 100%. Tuttavia questa condizione è praticamente impossibile e c'è sempre qualche differenza tra le valutazioni. Minore è la differenza tra sensibilità e specificità, migliore è la prestazione eseguita come test diagnostico.

La Tabella 4 mostra il range dei punteggi cut-off sul CORE-10 rispetto a una diagnosi di depressione DSM-IV utilizzando la SCID. [24] Un punteggio cut-off per la depressione di 13 sul CORE-10 produce valori di sensibilità e specificità rispettivamente di 0,92 (IC = 0,83-1,0) e 0,72 (IC = 0,60-0,8).

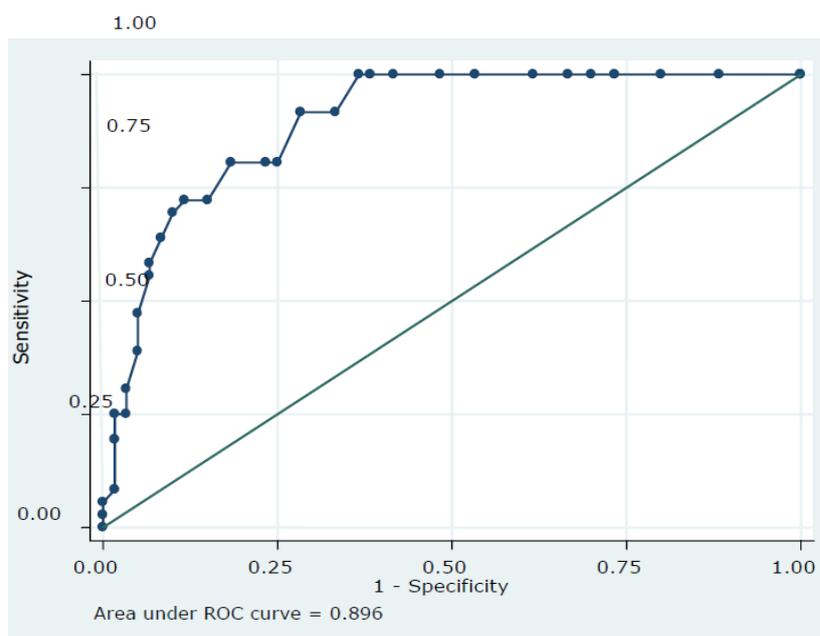
Tabella 4: Sensibilità e specificità del CORE-10 rispetto ad una diagnosi di depressione SCID

| Punteggi Cut-off | Sensibilità (falsi positivi) | Specificità (falsi negativi) |
|-----------------------------|---|---|
| ≥13 | 0.92 | 0.72 |
| ≥14 | 0.81 | 0.75 |
| ≥15 | 0.81 | 0.77 |
| ≥16 | 0.81 | 0.82 |
| ≥17 | 0.72 | 0.85 |
| ≥18 | 0.72 | 0.88 |
| ≥19 | 0.69 | 0.90 |
| ≥20 | 0.64 | 0.92 |
| ≥21 | 0.58 | 0.93 |

Come indicato sopra, un buon test diagnostico è caratterizzato da un basso livello di falsi positivi (alta sensibilità) e da pochi falsi negativi (alta specificità) in un intervallo ragionevole di valori cut-off. Questo può essere testato usando una curva ROC (Receiver Operating Characteristic) che è una rappresentazione grafica dei tassi dei falsi negativi e dei falsi positivi per ogni possibile cut-off (vedi Figura 3).

Una rapida salita verso l'angolo in alto a sinistra del grafico indica che il tasso di falsi negativi è alto e il tasso di falsi positivi è basso. Un percorso diagonale dall'angolo in basso a sinistra all'angolo in alto a destra significa che ogni miglioramento del tasso di falsi positivi è accompagnato da un corrispondente declino del tasso di falsi negativi. Per quantificare la velocità con cui il grafico sale verso l'angolo sinistro viene misurata l'area sotto la curva. Più l'area è vicina a 1,0 migliore è il test. L'area sotto la curva per i valori soglia del CORE-10 rispetto a una diagnosi SCID DSM-IV era 0,896 (SE = 0,031, IC 95% = 0,835 a 0,957).

Figura 3: Curva ROC del CORE-10 rispetto alle diagnosi SCID di depressione moderata



Correlazione con altre misure

Ci si aspetta che una misura del disagio psicologico sia correlata con altre misure di salute mentale ben consolidate che esaminano costrutti simili. Abbiamo identificato report in cui il CORE-OM era stato correlato con altre misure di outcome delle quali avevamo accesso ai dati originali. [3, 7, 23, 25] Abbiamo ricalcolato le correlazioni usando i 10 item CORE estratti dal CORE-OM. La correlazione tra gli item CORE-10 e altre misure è mostrata nella Tabella 5. Questi risultati indicano una buona correlazione tra il CORE-10 e altre misure di ansia, depressione e salute mentale generale.

Tabella 5: Correlazione del CORE-10 con altre misure

| Misure | CORE-10 | Riferimenti dataset utilizzati |
|--------------------------------|---------|--------------------------------|
| Symptom CheckList-90-R | .81 | [3] |
| Brief Symptom Inventory | .75 | [3] |
| Beck Depression Inventory | .77 | [3] |
| Beck Depression Inventory-II | .75 | [7] |
| Beck Depression Inventory-II | .76 | [3] |
| Beck Anxiety Inventory | .65 | [3] |
| Patient Health Questionnaire-9 | .56 | [25] |
| Clinical Interview Schedule-R | .74 | [23] |

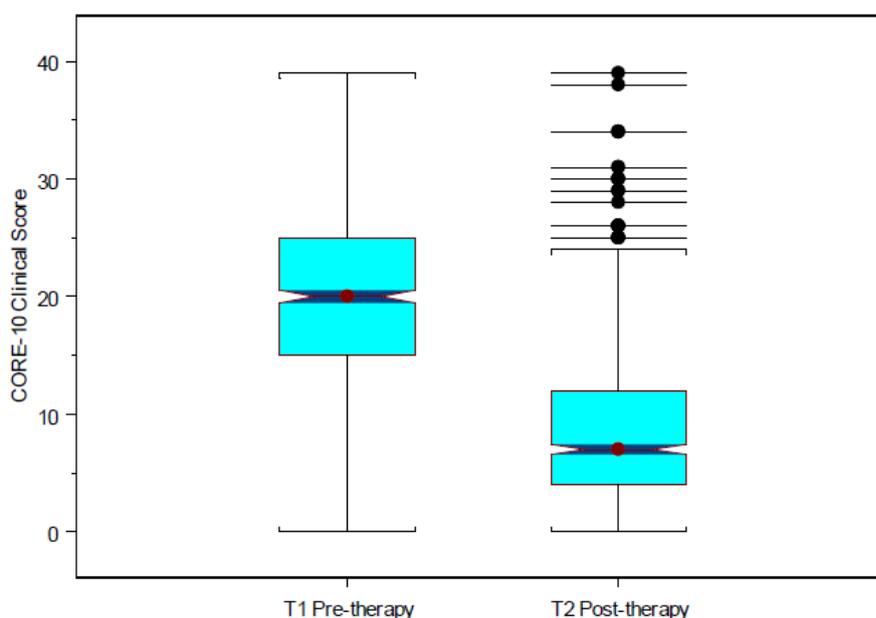
Affidabilità interna: tutti gli item misurano lo stesso tratto?

Un requisito minimo di qualsiasi misura è che mostri un'elevata affidabilità interna. L'affidabilità interna evidenzia se gli item stanno tutti misurando lo stesso tratto esaminando la coerenza delle risposte. Pertanto, una serie di domande non correlate casuali avrebbero una bassa coerenza interna e, al contrario, una serie di item correlati (ad es. sintomi comuni della depressione) dovrebbero avere un'elevata coerenza interna. La consistenza interna è misurata su una scala di 0-1. Un punteggio molto alto (ad es., 9) può indicare item ridondanti, un punteggio basso (ad es., 2) indica risposte inconsistenti o casuali. Non è necessario che una misura sia unidimensionale per ottenere un'elevata coerenza interna in quanto le dimensioni multiple possono essere correlate tra loro. L'attendibilità interna è misurata usando il coefficiente alfa di Cronbach il quale è la percentuale della varianza in un punteggio che è covarianza tra gli item. Un alfa di 0,82 (da .79 a .85) fornisce una buona coerenza interna. Per le donne l'alfa era .82 (da .78 a .86) e per gli uomini .81 (da .76 a .86).

Sensibilità al cambiamento

Il requisito più importante di una misura di esito è che sia reattivo ai cambiamenti nel tempo. Per testare questo abbiamo usato i dati pre- e post-terapia all'interno del campione (clinico) di Counseling nelle Cure Primarie. Il campione comprendeva 780 clienti, di cui il 27% era di sesso maschile e il 73% di sesso femminile con un'età media di 40 anni. I clienti avevano in media 6 sedute di terapia. Il punteggio di pre-terapia per i pazienti con una misura pre- e post-terapia era 19,5 (DS = 7,6) rispetto a un punteggio post-terapia di 8,6 (DS = 6,7) con un punteggio di variazione di 10,9 (DS = 8,0) . La differenza era statisticamente significativa ($t = 38.1, p < .001$). La differenza tra i punteggi pre e post terapia è illustrata nella Figura 4.

Figura 4: Differenza tra punteggi pre-terapia e post-terapia CORE-10



Accettabilità

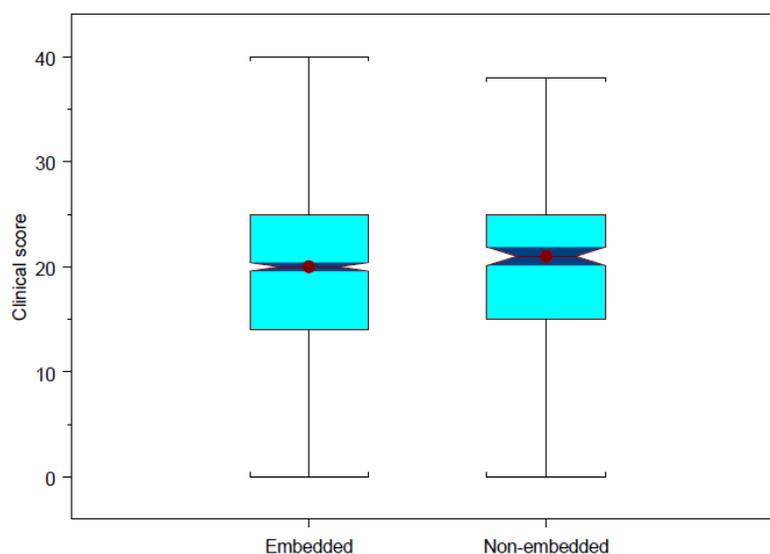
L'accettabilità può essere valutata in base al tasso di completamento e non completamento

degli item. Uno dei criteri per l'inclusione di item nel CORE-10 era un basso tasso di dati mancanti per ciascuno dei 10 item scelti dal CORE-OM originale. Dal campione clinico di Counseling delle Cure Primarie c'era una media di 0,008 (SD = 0,35) item mancanti. Tutti e dieci gli item sono stati completati dal 94,4% del campione. Questa analisi è stata ripetuta sul campione della popolazione generale (non clinica). I clienti che ovviamente non avevano girato la pagina sono stati omessi (n = 4), per gli item del CORE-10 c'era una media di 0,06 (SD = .46) risposte mancanti con 520 (96,7%) che completavano tutti e 10 gli item. L'analisi non può essere ripetuta con il campione di Medicina Generale in quanto è stato somministrato utilizzando un software per computer in cui era obbligatorio completare un item prima che il successivo fosse disponibile.

Confronto tra versione derivata e versione originale

La maggior parte dei test psicometrici sul CORE-10 è stata eseguita sugli item del CORE-10 come integrati nel CORE-OM. Questo è un passo logico nello sviluppo delle misure. Sebbene la presentazione di item al di fuori del contesto degli altri possa produrre leggere differenze nel modo in cui i clienti rispondono, ci si aspetterebbe che queste differenze siano relativamente piccole. In effetti, un confronto tra i campioni di Cure Primarie (derivati) e Medicina Generale (originali) ha rilevato che la misura CORE-10 ha prodotto un punteggio significativamente più alto rispetto agli item derivati (19,7 vs 20,2 $t = 41,3$, $p < .001$). Tuttavia la differenza era piccola e clinicamente insignificante come illustrato nella Figura 5.

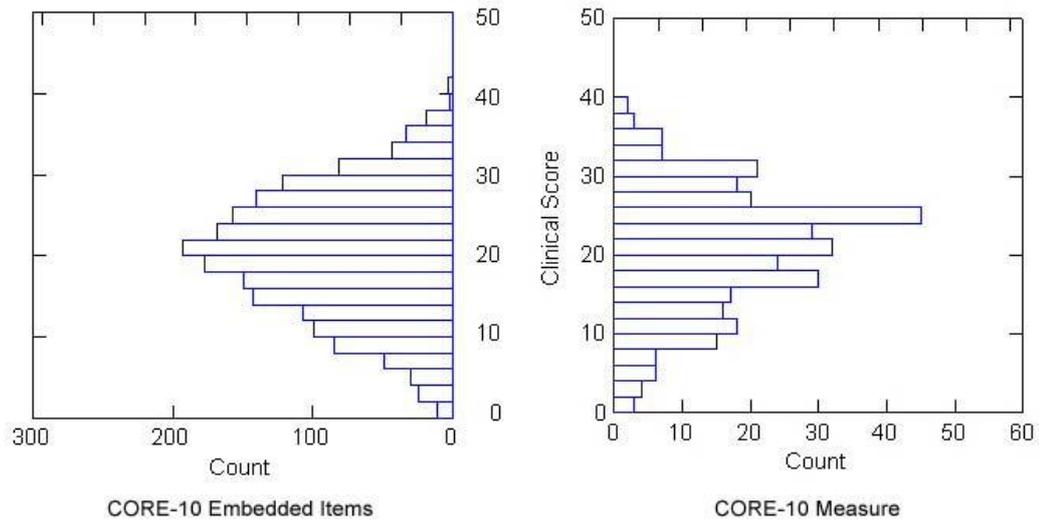
Figura 5: diagramma box-plot degli item del CORE-10 derivati e originali



Le caselle coprono il 50% medio dei punteggi in ciascun gruppo. Il punto (rosso) nella casella indica la mediana, mentre l'area "dentellata" blu scuro attorno alla linea è l'intervallo di confidenza (CI) della mediana. La somiglianza tra i due campioni è illustrata dalla gamma di punteggi comparabili per i due campioni. Lo stretto intervallo di confidenza per il campione di Counselling delle cure Primarie è un'indicazione della precisione del punteggio mediano come risultato dell'elevato numero di clienti in questo set di dati. Questo è il motivo della non sovrapposizione degli intervalli di confidenza e quindi della differenza statisticamente significativa tra i due campioni.

Abbiamo anche tracciato la distribuzione dei punteggi per la misura CORE-10 rispetto a quella degli item derivati CORE-10 che sono mostrati in Figura 6. Le forme dei grafici sono simili. I punteggi clinici variavano da 0 a 38. Su un campione totale di 321 persone, l'85,7% ha ottenuto un punteggio pari o superiore a 11 (cioè risultato sopra il cut-off come indicazione di disagio psicologico) mentre la percentuale di persone che presentava depressione era dell'81,7% come determinato utilizzando un punteggio cut-off di 13. Ma questo valore sarebbe inferiore se fosse stato adottato un punteggio cut-off più alto.

Figura 6: istogrammi back-to-back di item CORE-10 derivati e non



SEZIONE III

Cambiamento affidabile e clinicamente significativo

I ricercatori tradizionalmente confrontano le medie dei gruppi per i trattamenti usando metodi statistici per suggerire se il cambiamento è un artefatto di campionamento o una scoperta casuale. I clinici sono più interessati ai cambiamenti in particolari individui e spesso distinguono in maniera dicotomica gli outcomes come "recuperato" o "non recuperato". Jacobson e colleghi hanno proposto metodi che collegano questi linguaggi presentando cambiamenti nel gruppo in esame a livello individuale [26]. I metodi si basano su due domande poste rispetto ai dati di ciascun cliente:

- Il punteggio del cliente è cambiato sufficientemente per essere certi che il cambiamento non sia attribuibile a errori di misurazione? Questa domanda si riferisce al "cambiamento affidabile".
- In che modo il punteggio dello stato finale del cliente si colloca nel confronto con i punteggi osservati nei gruppi di riferimento significativi dal punto di vista sociale e clinico? E più precisamente, il punteggio dello stato finale è meglio rappresentato da una popolazione non clinica, o generale, piuttosto che da una popolazione clinica? Questa domanda si riferisce al "cambiamento clinicamente significativo". Per ottenere un cambiamento affidabile e clinicamente significativo, il punteggio di un cliente deve soddisfare entrambi questi criteri.

Cambiamento affidabile

Il cambiamento affidabile si riferisce alla misura in cui il cambiamento è al di là di quello probabile in base alla variabilità della misura. Questo è calcolato utilizzando le seguenti formule:

$$(SE_{diff} = SD_1 \sqrt{2(1-r)}) \times 1.28$$

dove SD_1 è la deviazione standard delle osservazioni di base (pre-terapia) e r è l'affidabilità (coefficiente alfa) della misura. Moltiplicando per 1,28 si ottiene un valore che è improbabile che si verifichi più del 10% rispetto alla sola inaffidabilità della misura. Il valore di 1,28 è raccomandato per l'uso con misure a breve termine rispetto al valore tradizionale di 1,96. [27, 28]

I valori risultanti per il CORE-10 ($SD_1 = 7,9$ $r = .82$) ci danno parametro di affidabilità di 5.9 che potremmo arrotondare a 6.0 per facilità di misura. *Il cliente deve quindi migliorare di 6.0 o più dalla pre-post terapia per poter dire di aver raggiunto un miglioramento affidabile.*

Cut-off del punteggio tra le popolazioni cliniche e non cliniche

Il punteggio cut-off per discriminare tra una popolazione clinica e non clinica è stato calcolato utilizzando i campioni di Counseling delle Cure Primarie (clinici) e quelli della Popolazione Generale (non clinici) e le formule proposte da Jacobson e Truax: [26]

$$\frac{\text{media}_{\text{clinsd}}\text{norm} + \text{media}_{\text{normsd}}\text{clin}}{sd_{\text{norm}} + sd_{\text{clin}}}$$

$$sd_{\text{norm}} + sd_{\text{clin}}$$

Sostituendo questo con i valori per il CORE-10 (vedi Tabella 3) si è ottenuto un punteggio cut-off per il campione nel suo complesso di 11.0. La differenza tra uomini (10,6) e donne (11,1) era inferiore a 1 punto intero.

Si raccomanda pertanto di utilizzare un cut-off di 10/11 dove 10 è nel range non clinico e 11 nel range clinico.

In sintesi, per ottenere un miglioramento affidabile, un cliente deve migliorare di 6,0 o più punti tra pre-post terapia. Per ottenere un cambiamento clinicamente significativo, deve passare da un punteggio pre-terapia di 11, o superiore, a un punteggio post-terapia di 10 o inferiore. Per ottenere un cambiamento affidabile e clinicamente significativo entrambi i criteri devono essere soddisfatti. Si noti che per quei clienti il cui punteggio di pre-terapia è inferiore al punteggio cut-off (media del 13% dei clienti totali), mentre è possibile ottenere un miglioramento affidabile non è possibile ottenere un miglioramento clinico perché il loro punteggio è già inferiore al punteggio cut-off. Per questo motivo è spesso necessario calcolare percentuali di miglioramento clinico e affidabile solo per quei clienti al di sopra del valore soglia e (b) per tutti i clienti, in particolare se un servizio ha un alto tasso di clienti con bassi punteggi in ingresso. La Tabella 6 mostra i tassi di miglioramento comparativo per il campione di Counseling delle Cure Primarie usando quattro gruppi mutuamente esclusivi: (1) miglioramento affidabile e clinicamente significativo, (2) solo miglioramento affidabile, (3) nessun cambiamento affidabile e (4) deterioramento affidabile.

Tabella 6: Tassi di cambiamento affidabile e clinicamente significativo nel Campione di Counseling delle Cure Primarie

| | Tutti i pazienti n=(323) | | Solo pazienti sopra cut-off n=(263) | |
|---|-----------------------------|------|---|------|
| | N | % | N | % |
| Miglioramento affidabile e clinicamente significativo | 439 | 54.8 | 439 | 63.4 |
| Solo miglioramento affidabile | 170 | 21.2 | 146 | 21.1 |
| Nessun cambiamento affidabile | 173 | 21.6 | 95 | 13.7 |
| Deterioramento affidabile | 19 | 2.4 | 12 | 1.7 |

SEZIONE IV

Confronto del CORE-10 con il CORE-OM

Correlazione con il CORE-OM

I punteggi clinici CORE-OM e CORE-10 sono stati calcolati per i campioni clinici (Counseling delle Cure Primarie) e non clinici (Popolazione Generale). Per il campione clinico i due punteggi correlati con $r = 0,94$ (IC 0,93-0,95). Per il campione non clinico i due punteggi sono correlati a $r = 0,92$ (da 0,91 a 0,93 CI). Questa alta correlazione è un'indicazione della stretta relazione tra i punteggi clinici del CORE-10 e del CORE-OM.

Correlazione con altre misure

Le differenze tra le correlazioni del CORE-10 e CORE-OM con altre comuni misure di salute mentale sono mostrate in Tabella 7. Nonostante la considerevole riduzione di item dal CORE-OM al CORE-10, le correlazioni con misure di salute mentale che misurano costrutti simili rimane alto.

Tabella 7: Confronto della correlazione CORE-10 e CORE-OM con altre misure

| Misure | CORE-10 | CORE-OM | Differenze |
|----------------------------------|---------|---------|------------|
| Symptom Checklist - 90 - R | .81 | .88 | .07 |
| Brief Symptom Inventory | .75 | .81 | .06 |
| Beck Depression Inventory | .77 | .85 | .08 |
| Beck Depression Inventory - II | .75 | .75 | .00 |
| Beck Anxiety Inventory | .65 | .65 | .00 |
| Patient Health Questionnaire - 9 | .56 | .63 | .07 |
| Clinical Interview Schedule - R | .74 | .77 | .03 |

Affidabilità interna

Nonostante la considerevole riduzione del numero di item, che quasi inevitabilmente si tradurrà in un abbassamento del coefficiente alfa, la coerenza interna per il CORE-10 è buona a 0,82 (CI 79-85). Per confronto, il coefficiente alfa per il CORE-OM è .94 (CI .93-.95) per le popolazioni sia cliniche che non cliniche. [3] Un valore così elevato potrebbe suggerire ridondanza degli item.

Cambiamento affidabile e clinico

Utilizzando il campione di Counselling delle Cure Primarie è stato effettuato un confronto delle percentuali di cambiamento clinico e affidabile per il CORE OM e il CORE-10 (Tabella 8). Per il CORE-OM sono stati usati un valore di cut-off di 10 e un RCI di 5, mentre i valori per il CORE-10 hanno ottenuto un punteggio cut-off di 11 e un RCI di 6 [22]. La differenza tra le due misure era piccola, con una percentuale leggermente più alta di clienti che ottenevano un cambiamento clinico affidabile sul CORE-OM rispetto al CORE-10 ed una corrispondente maggiore percentuale di clienti che raggiungevano un cambiamento affidabile, ma non un cambiamento clinico, con il CORE-10.

Tabella 8: Confronto dei tassi di cambiamento clinico e affidabile per CORE-10 e CORE-OM

| | CORE-10 | | CORE-OM | |
|---|----------------|----------|----------------|----------|
| | N | % | N | % |
| Miglioramento affidabile e clinicamente significativo | 439 | 54.8 | 452 | 56.1 |
| Solo miglioramento affidabile | 170 | 21.2 | 154 | 19.1 |
| Nessun cambiamento affidabile | 173 | 21.6 | 186 | 23.1 |
| Deterioramento affidabile | 19 | 2.4 | 14 | 1.7 |

SEZIONE V

La famiglia CORE delle misure di outcome

Il CORE-10 è un componente della famiglia CORE delle misure di outcome che sono state sviluppate per essere utilizzate in diverse circostanze e per popolazioni diverse. Queste misure sono descritte di seguito:

| Misure CORE | Descrizione |
|---|--|
| CORE-OM <i>Misura "Genitore"</i> | E' una misura generica del disagio psicologico composta da 34 item che è pan-teorica (cioè non associata a una scuola di terapia), pan-diagnostica (cioè, non focalizzata su un singolo problema), e si basa sugli aspetti che i professionisti considerano come più importanti da misurare della salute mentale. Il CORE-OM comprende 4 domini: Benessere (4 item); Sintomi (12 item: depressione x 4, ansia x 4, trauma x 2 sintomi fisici x 2); Funzionamento (12 generale x 4, sociale x 4 e relazioni intime x 4); e rischio (6 item - autolesivo x 4 e eterolesivo x 2). Richiede tra i 5-10 minuti per la compilazione. |
| Short Form A & B <i>Somministrazione ripetuta seduta per seduta (ricerca)</i> | Due misure parallele bilanciate da 18 item per l'uso alternato in sedute di terapia e che insieme costituiscono il CORE-OM. L'uso di due brevi forme a sedute alternate piuttosto che la misura CORE-OM ad ogni seduta riduce gli effetti di memoria. A causa delle complessità di somministrazione, l'uso delle due forme brevi viene solitamente utilizzata solo negli studi di ricerca. |
| CORE-10: <i>Revisione o valutazione iniziale rapida</i> | Una versione a 10 item del CORE-OM da utilizzare come strumento di screening e misura del risultato, quando il CORE-OM è considerato troppo lungo per l'uso di routine. Gli item coprono l'ansia (2 item), la depressione (2 item), il trauma (1 item), problemi fisici (1 item), funzionamento (3 item, funzionamento quotidiano, relazioni intime, relazioni sociali) e il rischio per sé (1 item). La misura ha 6 item di intensità/ severità elevata (e 4 di bassa intensità/ gravità). |
| CORE-5: <i>Monitoraggio seduta per seduta</i> | Il CORE-5 comprende 5 item tratti dal CORE-OM ed è stato progettato per fornire ai professionisti un breve strumento per monitorare il progresso dell'intervento seduta per seduta. Gli item coprono l'ansia, la depressione e il funzionamento. |

La famiglia CORE delle misure di outcome per popolazioni specifiche

| Misure CORE | Descrizione |
|---|---|
| GP-CORE: <i>Popolazione generale</i> <i>Da utilizzare con la popolazione generale o studenti</i> | Una misura breve di 14 item, derivata dal CORE-OM, adatta per l'uso con popolazioni generali, compresi gli studenti. In contrasto con il CORE-OM, il GP-CORE non comprende item che denotano problemi o rischi ad alta intensità e oltre la metà degli item è espressa in positivo. Questi aspetti aumentano la sua accettabilità in una popolazione non clinica. |
| YP-CORE: <i>Giovani</i> | Una misura di 10 item derivata dal CORE-OM e progettata per l'uso nella fascia di età 11-16. La struttura è simile a quella del CORE-OM ma con item riformulati per essere più facilmente comprensibili per il gruppo di età target. |
| LD-CORE: <i>Difficoltà di apprendimento</i> | LD-CORE è stato sviluppato da terapisti e adulti con LD in Scozia e Inghilterra. La misura include item semplificati del CORE-OM selezionati da terapeuti e adulti con LD, e include anche nuovi item progettati per coprire i principali problemi che non sono previsti nel CORE-OM. |
| Traduzioni CORE | Esistono 25 traduzioni ufficiali: per un elenco aggiornato consultare il sito https://www.coresystemtrust.org.uk/translations/ . Per altre traduzioni, o se si desidera contribuire a produrne di nuove, è necessario contattare: core-trans@psyctc.org. |

Il sistema CORE è stato sviluppato da un gruppo multidisciplinare di professionisti e ricercatori e il contenuto del sistema è stato definito da un'ampia collaborazione con professionisti, manager e commissari di servizio. [15] Il sistema comprende tre strumenti, che condividono equamente l'onere della valutazione dei dati di valutazione tra i pazienti che completano una misura di esito CORE, prima e dopo la terapia, e gli operatori che completano il modulo di valutazione CORE nella fase di pre-terapia e post terapia.

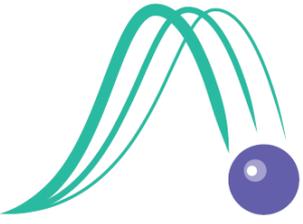
| Sistema CORE | Descrizione |
|--|---|
| La misura CORE | Vedi le sezioni precedenti |
| Modulo di valutazione della terapia | Il modulo CORE Assessment Therapy cattura un insieme di informazioni contestuali che aiuta la qualità della valutazione del cliente e dello sviluppo generale del servizio. Per migliorare la valutazione del cliente, il modulo raccoglie importanti informazioni contestuali tra cui il supporto del cliente, la presenza precedente/ concomitante di terapia psicologica, farmaci, nonché un sistema di classificazione per registrare i problemi, il loro impatto sul funzionamento quotidiano e qualsiasi rischio associato. Per favorire lo sviluppo della qualità del servizio, il modulo raccoglie i dati sugli item di verifica della valutazione critica che definiscono l'accessibilità e l'appropriatezza della fornitura del servizio. Questi includono i dati demografici dei clienti, i tempi di attesa e l'idoneità dell'invio. |
| Modulo di fine terapia | Il modulo CORE End of Therapy integra altri componenti e acquisisce un set di descrittori del trattamento che aiuta l'interpretazione dei punteggi CORE-OM per contestualizzare i risultati della terapia e informare lo sviluppo del servizio. Il modulo raccoglie informazioni che includono la durata della terapia, il tipo di intervento, la modalità e la frequenza. Per migliorare lo sviluppo della qualità del servizio, il modulo raccoglie i dati sugli elementi di audit di dimissione critica che definiscono l'efficacia e l'efficienza della fornitura del servizio. Questi includono la revisione di problemi e rischi, i benefici della terapia, i tassi di frequenza delle sedute e la fine della terapia (cioè, pianificata o non pianificata). |

Riferimenti

1. Barkham, M., Evans, C., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., Milne, D. & Connell, J. (1998). The rationale for developing and implementing core batteries in service settings and psychotherapy outcome research. *Journal of Mental Health, 7*, 35-47.
2. Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., McGrath, G., Connell, J. & Audin, K. Clinical Outcomes in Routine Evaluation: The CORE-OM. (2000). *Journal of Mental Health, 9*, 247-255.
3. Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., Mellor-Clark, J., McGrath, G. & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry, 180*, 51-60.
4. Barkham, M., Culverwell, A., Spindler, K., Twigg, E., & Connell, J. (2005). The CORE-OM in an older adult population: Psychometric status, acceptability, and feasibility. *Aging and Mental Health, 9*, 235-245.
5. Barkham, M., Gilbert, N., Connell, J., Marshall, C. & Twigg, E. (2005). Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. *British Journal of Psychiatry, 186*, 239-246.
6. Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., & Cahill J. (2006). A CORE approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling & Psychotherapy Research, 6*, 3-15.
7. Cahill, J., Barkham, M., Stiles, W.B., Twigg, E., Rees, A., Hardy, G.E., & Evans C. (2006). Convergent validity of the CORE measures with measures of depression for clients in brief cognitive therapy for depression. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 253-259.
8. Lyne, J., Barrett, P., Evans, C., & Barkham, M. (2006). Dimensions of variation on the CORE-OM amongst patients attending for psychological therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 185-203.
9. Leach, C., Lucock, M., Barkham, M., Stiles, W.B., Noble, R., & Iveson, S. (2006). Transforming between Beck Depression Inventory and CORE-OM scores in routine clinical practice. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 153-166.
10. Barkham, M., Mullin, T., Leach, C., Stiles, W.B., & Lucock, M. (in press). Stability of the CORE-OM and BDI-I: Psychometric properties and implications for routine practice. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*.
11. Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J., Audin, K. & McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Towards practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 184-196.
12. Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Marshall, C. & Mellor-Clark, J. (2003). Practice-based evidence: Benchmarking NHS primary care counselling services at national and local levels. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*, 374-388.
13. Gilbert, N., Barkham, M., Richards, A., & Cameron, I. (2005). The effectiveness of a primary care mental health service delivering brief psychological interventions: A benchmarking study using the CORE System. *Primary Care Mental Health, 3*, 241-251.
14. Mullin, T., Barkham, M., Mothersole, G., Bewick, B.M., & Kinder, A. (2006). Recovery and improvement benchmarks in routine primary care mental health settings. *Counselling & Psychotherapy Research, 6*, 68-80.
15. Mellor-Clark, J., Barkham, M., Connell, J. & Evans, C. (1999). Practice-based evidence and the need for a standardised evaluation system: Informing the design of the CORE System. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health, 3*, 357-374
16. Mellor-Clark, J., Connell, J., Barkham, M. & Cummins, P. (2001). Counselling outcomes in primary health care: a CORE system data profile. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health, 4*, 65-86.
17. Bewick, B.M., Barkham, M., Connell, J., & Twigg, E. (in prep). The CORE-5: Ongoing monitoring of psychological therapy outcomes.
18. Sinclair A, Barkham M, Evans C, Connell J, & Audin K. (2005). Rationale and development of a general population well-being measure: Psychometric status of the GP-CORE in a student sample. *British Journal of Guidance & Counselling, 33*, 153-174.

19. Marshall, K., & Willoughby-Booth, S. (in press). Modifying the Clinical Outcomes in Routine Evaluation measure for use with people who have a learning disability. *British Journal of Learning Disabilities*.
20. Evans, R., Mellor-Clark, J., Barkham, M., & Mothersole, G. (2006). Routine outcome measurement and service quality management in NHS primary care psychological therapy services: Reflections on a decade of CORE development. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 8, 141-161.
21. Mellor-Clark, J., Curtis Jenkins, A., Evans, R., Mothersole, G., & McInnes, B. (2006). Resourcing a CORE Network to develop a National Research Database to help enhance psychological therapy and counselling service provision. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6, 16-22.
22. Singleton, N., & Lewis, G. (2003) *Better or Worse: A Longitudinal Study of the Mental Health of Adults Living in Private Households*, 2000. London: Stationary Office
23. Connell, J., Barkham, M., Stiles, W.B., Twigg, E., Singleton, N., Evans, O., Miles, J.N.V. (2007). Distribution of CORE-OM scores in a general population, clinical cut-off points, and comparison with the CIS-R. *British Journal of Psychiatry*, 190, 69-74.
24. Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., & First, M.B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629
25. Gilbody, S., Richards, D.A., & Barkham, M. (in press). Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: a UK validation of the PHQ-9 and CORE-OM. *British Journal of General Practice*.
26. Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19
27. Wise, E. A. (2003). Psychotherapy outcome and satisfaction methods applied to intensive outpatient programming in a private practice setting. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 203-214.
28. Wise, E. A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment*, 82, 50-59.

Appendice I: CORE-10

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|-----------------------------------|
|  <p>CORE-10</p> | Cod. sito: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | Et  <input type="text"/> <input type="text"/> | Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> | |
| | Cod. cliente Cod. terap./counselor | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Stadio completato | Stadio <input type="checkbox"/> |
| | g g m m a a a a | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | S Screening I Invio A Assessment P Prima seduta O Pre-terapia/pre-counseling D Durante terapia o counseling U Ultima seduta X Follow up 1 Y Follow up 2 | Episodio <input type="checkbox"/> |
| | Data | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |

Importante- da leggere prima della compilazione

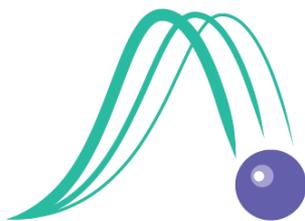
Questo questionario contiene 10 affermazioni che possono descrivere come si   sentito nel corso dell'ULTIMA SETTIMANA. Legga ogni affermazione, cercando di ricordare quante volte si   sentito cos  negli ultimi 7 giorni. Segni quindi la risposta che pi  vi si avvicina.

| Nell'ultima settimana | | Per nulla | Solo occasionalmente | Ogni tanto | Spesso | Molto spesso o sempre |
|-----------------------|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 | Mi sono sentito teso, ansioso o nervoso | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 2 | Ho sentito di avere qualcuno a cui rivolgermi per ricevere un sostegno quando ne ho avuto bisogno | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3 | Mi sono sentito capace di adattarmi in caso di difficolt  | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4 | Non ho avuto la forza di parlare con le persone | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5 | Ho provato panico o terrore | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 6 | Ho progettato di mettere fine alla mia vita | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 7 | Ho avuto difficolt  ad addormentarmi o a mantenere il sonno | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 8 | Mi sono sentito affranto o senza speranza | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 9 | Mi sono sentito infelice | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 10 | Sono stato turbato da immagini o ricordi indesiderati | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

Totale (Punteggio clinico*)

* **Procedura:** sommare i punteggi degli item, dividere per il numero di item completati per ottenere il punteggio medio, poi moltiplicare per dieci per ottenere il Punteggio Clinico. Se vengono completati meno di nove item la validit  del punteggio va considerata con molta cautela.
Metodo rapido (se tutti gli item sono stati completati): sommare i punteggi degli item per ottenere il Punteggio Clinico.

GRAZIE DEL TEMPO DEDICATO A COMPLETARE IL QUESTIONARIO !



SF-A

Cod. sito:

Cod. cliente

g g m m a a a a

Data

Stadio completato

P Prima seduta
D Durante terapia o counseling
U Ultima seduta

Session Number

(first therapy session = session 001)

Importante- da leggere prima della compilazione

Questo questionario contiene 18 affermazioni che possono descrivere come si è sentito nel corso dell'ULTIMA SETTIMANA. Legga ogni affermazione, cercando di ricordare quante volte si è sentito così negli ultimi 7 giorni. Segni quindi la risposta che più vi si avvicina.

Nell'ultima settimana

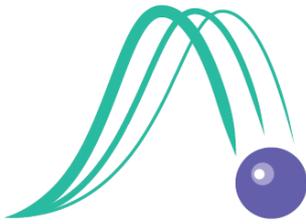
| | Per nulla | Solo occasionalmente | Ogni tanto | Spesso | Molto spesso o sempre | AD USO INTERNO |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 Mi sono sentito teso, ansioso o nervoso | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> P |
| 2 Mi sono sentito a posto con me stesso | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> W |
| 3 Sono stato turbato da immagini o ricordi indesiderati | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> P |
| 4 Ho ottenuto ciò che volevo | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> F |
| 5 Mi sono sentito umiliato o messo in imbarazzo da altre persone | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> F |
| 6 Ho avuto voglia di piangere | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> W |
| 7 Ho provato calore o affetto per qualcuno | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> F |
| 8 Mi è stato impossibile mettere da parte i miei problemi | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> P |
| 9 Sono stato violento fisicamente verso altre persone | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> R |
| 10 Mi sono sentito affranto o senza speranza | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> P |
| 11 Mi sono sentito criticato da altre persone | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> F |
| 12 Mi sono sentito capace di adattarmi in caso di difficoltà | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> F |
| 13 Mi sono sentito infelice | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> P |
| 14 Mi sono sentito irritato mentre ero con altre persone | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> F |
| 15 Mi sono sentito sopraffatto dai miei problemi | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> W |
| 16 Ho provato panico o terrore | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> P |
| 17 Mi sono sentito ottimista per il mio futuro | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> W |
| 18 Mi sono fatto del male fisicamente o ho messo seriamente in pericolo la mia salute | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> R |

Punteggio totale

→ →

Punteggio medio
(Punteggio totale diviso per il numero di item compilati)

(W) (P) (F) (R) Tutti gli items Tutti - R



SF-B

Cod. sito:

Cod. cliente

g g m m a a a a

Data

Stadio completato

P Prima seduta
D Durante terapia o counseling
U Ultima seduta

Session Number

(first therapy session = session 001)

Importante- da leggere prima della compilazione

Questo questionario contiene 18 affermazioni che possono descrivere come si è sentito nel corso dell'ULTIMA SETTIMANA. Legga ogni affermazione, cercando di ricordare quante volte si è sentito così negli ultimi 7 giorni. Segni quindi la risposta che più vi si avvicina.

Nell'ultima settimana

| | Per nulla | Solo occasionalmente | Ogni tanto | Spesso | Molto spesso o sempre | AD USO INTERNO |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 Mi sono sentito terribilmente solo e isolato | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> F |
| 2 Ho avuto difficoltà ad addormentarmi o a mantenere il sonno | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> P |
| 3 Mi sono sentito ottimista per il mio futuro | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> W |
| 4 Mi sono sentito completamente privo di energia e di entusiasmo | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> P |
| 5 Ho progettato di mettere fine alla mia vita | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> R |
| 6 Sono stato disturbato da malesseri, dolori o altri problemi fisici | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> P |
| 7 Sono stato contento per le cose che ho fatto | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> F |
| 8 Non ho avuto la forza di parlare con le persone | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> F |
| 9 Mi sono sentito a posto con me stesso | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> W |
| 10 La tensione e l'ansia mi hanno impedito di fare cose importanti | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> P |
| 11 Sono stato disturbato da pensieri e stati d'animo indesiderati | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> P |
| 12 Mi sono sentito sopraffatto dai miei problemi | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> W |
| 13 Ho sentito di avere qualcuno a cui rivolgermi per ricevere un sostegno quando ne ho avuto bisogno | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> F |
| 14 Ho avuto voglia di piangere | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> W |
| 15 Ho minacciato o intimorito qualcuno | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> R |
| 16 Sono stato in grado di fare la maggior parte delle cose che dovevo fare | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> F |
| 17 Ho pensato di non avere amici | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> F |
| 18 Ho pensato che è mia la colpa dei problemi e delle difficoltà che ho | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> P |

Punteggio totale

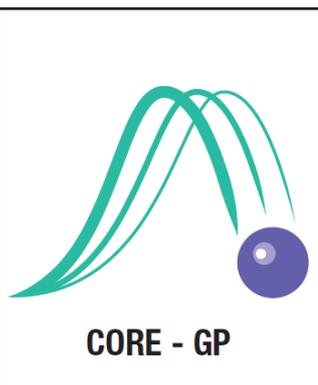
→ →

Punteggio medio

(Punteggio totale diviso per il numero di item compilati)

(W) (P) (F) (R) Tutti gli items Tutti - R

Appendice V: CORE-GP



Cod.

Età

Data

g g m m a a a a

M

F

Importante- da leggere prima della compilazione

Questo questionario contiene 14 affermazioni che possono descrivere come si è sentito nel corso dell'ULTIMA SETTIMANA. Legga ogni affermazione, cercando di ricordare quante volte si è sentito così negli ultimi 7 giorni. Segni quindi la risposta che più vi si avvicina.

Nell'ultima settimana

| | Per nulla | Solo occasionalmente | Ogni tanto | Spesso | Molto spesso o sempre |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 Mi sono sentito teso, ansioso o nervoso | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 2 Ho sentito di avere qualcuno a cui rivolgermi per ricevere un sostegno quando ne ho avuto bisogno | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3 Mi sono sentito a posto con me stesso | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4 Mi sono sentito capace di adattarmi in caso di difficoltà | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 5 Sono stato disturbato da malesseri, dolori o altri problemi fisici | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 6 Sono stato contento per le cose che ho fatto | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 7 Ho avuto difficoltà ad addormentarmi o a mantenere il sonno | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 8 Ho provato calore o affetto per qualcuno | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9 Sono stato in grado di fare la maggior parte delle cose che dovevo fare | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 10 Mi sono sentito criticato da altre persone | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 11 Mi sono sentito infelice | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 12 Mi sono sentito irritato mentre ero con altre persone | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 13 Mi sono sentito ottimista per il mio futuro | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 14 Ho ottenuto ciò che volevo | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

GRAZIE DEL TEMPO DEDICATO A COMPLETARE IL QUESTIONARIO !

Punteggio totale:

Punteggio medio:

(Punteggio totale diviso per il numero di item compilati. Il punteggio non è valido più di un item viene omesso.)

Le Misure CORE & il CORE System

Pubblicazioni

Sino a Giugno 2007

Questo è un elenco cronologico delle pubblicazioni che si concentra su quanto segue:

A: Il CORE System e le sue misure costitutive (cioè CORE-OM, CORE-SF, GP-CORE);

B: Uso del sistema CORE o dei suoi componenti in setting di ricerca e di routine;

C: misurazione, implementazione e infrastruttura dell'esito (ad es. Altre misure di esito, batteria principale, reti di ricerca basate sulla pratica, politica sugli outcomes);

D: Questioni più ampie sulle prove basate sulla pratica e sulla pratiche basate sull'evidenza

1998 [2] Barkham M, Evans C, Margison F, McGrath G, Mellor-Clark J, Milne D, Connell J (1998).

The rationale for developing and implementing core batteries in service settings and psychotherapy outcome research. *Journal of Mental Health, 7*, 35-47. [A,C]

Evans C, Margison F, Barkham M (1998). The contribution of reliable and clinically significant change methods to evidence-based mental health. *Evidence Based Mental Health, 1*, 70-72. [C,D]

1999 [1] Mellor-Clark J, Barkham M, Connell J, Evans C (1999). Practice-based evidence and need for a standardised evaluation system: Informing the design of the CORE System.

European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health, 2, 357-374. [A,D]

2000 [7] Barkham M, Mellor-Clark J (2000). Rigour and relevance: The role of practice-based evidence in the psychological therapies. In N. Rowland, & S. Goss (eds.), *Evidence-based counselling and psychological therapies*. London: Routledge. [D]

Evans C, Mellor-Clark J, Margison F, Barkham M, McGrath G, Connell J, Audin K (2000) Clinical Outcomes in Routine Evaluation: The CORE-OM. *Journal of Mental Health, 9*, 247-255. [A]

Hall Z, Mullee M (2000). Undertaking psychotherapy research. *Group Analysis. 33*, 319-332. [B]

Margison F, Barkham M, Evans C, McGrath G, Mellor-Clark J, Audin K, Connell J (2000). Measurement and psychotherapy: Evidence based practice and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry, 177*, 123-130. [D]

Mellor-Clark J (2000). Evidence-based counselling in primary care. In P. Tovey (ed.), *Contemporary primary care & change: Issues and themes*. Buckingham: Open University Press. [D]

Mellor-Clark J, Barkham M (2000). Quality evaluation: methods, measures & meaning. In C. Feltham & I. Horton (eds.), *The handbook of counselling and psychotherapy*. London: Sage Publications. [A,D]

Whewell P, Bonanno D (2000) The Care Programme Approach and risk assessment of borderline personality disorder. Clinical validation of the CORE risk sub-scale. *Psychiatric Bulletin*, 24, 381-384. [B]

2001 [7] Audin K, Mellor-Clark J, Barkham, M, Margison F, McGrath, G, Lewis S, Cann L, Duffy J, Parry G (2001). Practice research networks for effective psychological therapies. *Journal of Mental Health*, 10, 241-251. [C]

Audin K, Margison F, Mellor-Clark J, Barkham M (2001). Value of HoNOS in assessing patient change in NHS psychotherapy and psychological treatment services. *British Journal of Psychiatry*, 178, 561-566. [C]

Barkham M, Margison F, Leach C, Lucock M, Mellor-Clark J, Evans C, Benson L, Connell J, Audin K, McGrath G (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Towards practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 184-196. [A,B]

McCloskey H (2001). Evaluation of the CORE outcome measure in a therapeutic forensic setting. *British Journal of Forensic Practice*, 3, 22-28. [B]

Mellor-Clark J, Connell J, Barkham M, Cummins P (2001). Counselling outcomes in primary health care: a CORE System data profile. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 4, 65-86. [B]

Mellor-Clark J (2001). How can quality be enhanced in counselling services? In P. Bower, J. Foster, and J. Mellor-Clark (eds.), *Quality in Counselling in Primary Care: A guide to effective commissioning and clinical governance*. Manchester. NPCRDC. [B,D]

Ming Wai Wan (2001). Ethnic culture, distress and clinical measurement: A CORE outcome comparison between the British Chinese and white Europeans. *Journal of Mental Health*. 10, 301-315. [A]

2002 [6] Ball J, Pike G, Cuff C, Mellor-Clark J, Connell J (2002). Working well? Results from the RCN Working well survey into the wellbeing and working lives of nurses. Royal College of Nursing. [B]

Ekers D, Lovell K (2002). Self-help for anxiety and depression in primary care: an audit of a pilot clinic. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 6, 129-133. [B]

Evans C, Connell J, Barkham M, Margison F, Mellor-Clark J, McGrath G, Audin K (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60. [A]

Howey L, Ormrod J (2002). Personality disorder, primary care counselling and therapeutic effectiveness. *Journal of Mental Health*, 11, 131-139. [B]

McInnes B (2002). Vicious circle. *Nursing Standard*, 16 (27):14-5; March 20-26. [B]

Mellor-Clark J (2002). A CORE profile of counselling in primary care. *Psychiatry*, 1:4, 39-43. [B]

2003 [9] Barkham M, Mellor-Clark J (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 319–327. [D]

Evans C, Connell J, Barkham M, Marshall C, Mellor-Clark J (2003). Practice-Based Evidence: benchmarking NHS primary care counselling services at national and local levels. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 374–388. [B,D]

Gardiner C, McLeod J, Hill I, Wigglesworth A (2003). A feasibility study of the systematic evaluation of client outcomes in a voluntary sector counselling agency. *Counselling & Psychotherapy Research*, 3, 285-90. [B]

Kelly TA (2003). Clinical outcome measurement: A call to action. *Journal of Psychology & Christianity*, 22, 254-258. [C]

Lovell K, Richards DA, Bower P (2003). Improving access to primary mental health care: Uncontrolled evaluation of a pilot self-help clinic. *British Journal of General Practice*. 53, 133-135. [B]

Lucock M, Leach C, Iveson S, Lynch K, Horsefield C, Hall P (2003). A systematic approach to practice-based evidence in a psychological therapies service. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 389-399. [B,D]

Mellor-Clark J (2003). National innovations in the evaluation of psychological therapy service provision. *The Journal of Primary Care Mental Health*, 7, 82–85. [C]

Stiles WB, Leach C, Barkham M, Lucock, M, Iveson S, Shapiro DA, Iveson M, Hardy GE (2003). Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions: practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 14-21. [B]

Winter D, Archer R, Spearman P, Costello M, Quaitte A, Metcalfe C (2003) Explorations of the effectiveness of a voluntary sector psychodynamic counselling service. *Counselling & Psychotherapy Research*. 3, 261-9. [B]

2004 [5] Cooke R, Barkham M, Audin K, Bradley M, Davy J (2004). Student debt and its relation to student mental health. *Journal of Further and Higher Education*, 28, 53-66. [B]

Cooper H, Lester H, Freemantle N, Wilson S (2004). A cluster randomised controlled trial of the effect of primary care mental health workers on satisfaction, mental health symptoms and use of services: background and methodology. *Primary Care Psychiatry*, 9, 1-7. [B]

Dent-Brown K, Wang M (2004). Developing a rating scale for projected stories. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 325-333. [B]

Leach C, Lucock M, Iveson S, Noble R (2004) Evaluating psychological therapies services: a review of outcome measures and their utility. *Mental Health & Learning Disabilities Research & Practice*, 1, 53-66. [C]

Mellor-Clark J (2004). A review of the evolution of research evidence and activity for NHS primary care counselling. *Psychodynamic Practice, 10*, 373-393. [D]

2005 [17] Ashworth M, Robinson SI, Godfrey E, Parmentier H, Shepherd M, Christey J, Wright K, Matthews V (2005). The experiences of therapists using a new client-centred psychometric instrument, PSYCHLOPS (Psychological Outcome Profiles). *Counselling & Psychotherapy Research, 5*, 37-42. [B]

Barkham M, Culverwell A, Spindler K, Twigg E, Connell J (2005). The CORE-OM in an older adult population: Psychometric status, acceptability, and feasibility. *Ageing and Mental Health, 9*, 235-245. [A]

Barkham M, Gilbert N, Connell J, Marshall C, Twigg E (2005). The suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in primary and secondary care based psychological therapy services. *British Journal of Psychiatry, 186*, 239-246. [A]

Barkham M, Rees A., Leach C, Shapiro DA, Hardy GE, Lucock M (2005). Rewiring efficacy studies of depression: An empirical test in transforming BDI-I to CORE-OM scores. *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice. 2*, 11-18. [B]

Baylis K, Farquharson L (2005) Developing a service: why bother with audit? *Clinical Psychology Forum, 154*, 16-20. [B]

Charman D, Barkham M (2005). Psychological treatments: Evidence based practice & practice based evidence. *InPsych*. [D]

Gilbert N, Barkham M, Richards A, Cameron I (2005). The effectiveness of a primary care mental health service delivering brief psychological interventions: A benchmarking study using the CORE System. *Primary Care Mental Health, 3*, 241-251. [B]

Grayer J, Buszewicz M, Orpwood L, Cape J, Leibowitz J. (2005). A graduate primary care mental health worker pilot study: facilitating access to voluntary and community sector services. A description of the 'Community Link Service'. *Primary Care Mental Health, 3*, 181-191. [B]

Greasley P, Small N (2005). Evaluating a primary care counselling service: outcomes and issues. *Primary Health Care Research and Development, 6*, 125-136. [B]

Hardy GE, Cahill J, Stiles WB, Massey C, Macaskill N, Barkham M (2005). Sudden gains in cognitive therapy for depression: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 59-67. [B]

Leach C, Lucock M, Barkham M, Noble R, Clarke L, Iveson S (2005). Assessing risk and emotional disturbance using the CORE-OM & HoNOS outcome measures. *Psychiatric Bulletin, 29*, 419-422. [A]

Lees J, Evans C, Manning, N (2005). A cross-sectional snapshot of therapeutic community client members. *Therapeutic Communities: International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations, 26*, 295-314. [B]

Lutz W, Leach C, Barkham M, Lucock M, Stiles WB, Evans C, Noble R, Iveson S (2005). Predicting rate and shape of change for individual clients receiving psychological therapy: Using growth curve modeling and nearest neighbor technologies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 904-913. [B]

Mead N, MacDonald W, Bower P, Lovell K, Richards D, Roberts C, Bucknall A (2005). The clinical effectiveness of guided self-help versus waiting-list control in the management of anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 35*, 1633-1643. [B]

Morris E, Isaacson H (2005). An evaluation of a systemic therapy service in adult mental health. *Clinical Psychology Forum*, 151, 16-21. [B]

Shepherd M, Ashworth M, Evans C, Robinson SI, Rendall M, Ward S (2005). What factors are associated with improvement after brief psychological interventions in primary care? Issues arising from using routine outcome measurement to inform clinical practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5, 273-80. [B]

Sinclair A, Barkham M, Evans C, Connell J, Audin K (2005). Rationale and development of a general population well-being measure: Psychometric status of the GP-CORE in a student sample. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33, 153-174. [A]

2006 [30] Aveline M (2006). Commentary on "Using Clinical Outcomes in Routine Evaluation". *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 8, 227-234.

Barkham M (2006). Good enough science: The CORE-OM as a bridge between research and practice in the psychological therapies. *Psychotherapy Bulletin*. [D]

Barkham M, Connell J, Stiles WB, Miles JNV, Margison J, Evans C, Mellor-Clark J (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. [B]

Barkham M, Mellor-Clark J, Connell J, Cahill J (2006). A CORE approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6, 3-15. [A,D]

Bewick BM, McBride J, Barkham M (2006). When clients and practitioners have differing views of risk: Benchmarks for improving assessment and practice. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6, 50-59. [B]

Bewick BM, Trusler K, Mullin T, Grant S, Mothersole G (2006). Routine outcome measurement completion rates for the CORE-OM in primary care psychological therapies and counselling. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6, 33-40. [B]

Botella L (2006). Routine evaluation in a psychotherapy service: The use of CORE System data. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 8, 235-241. [B]

Branney P, Barkham M (2006). Core outcomes in psychosexual therapy: A feasibility study of CORE-OM. *Sexual & Relationship Therapy*, 21, 15-26. [A]

Cahill J, Barkham M, Stiles WB, Twigg E, Rees A, Hardy GE, Evans C (2006). Convergent validity of the CORE measures with measures of depression for clients in brief cognitive therapy for depression. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 253-259. [A]

Cahill J, Potter S, Mullin T (2006). First contact session outcomes in primary care psychological therapy and counselling services. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6, 41-49. [B]

Cavanagh K, Shapiro DA, Van Den Berg S, Swain S, Barkham M, Proudfoot J (2006). The effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy in routine care. *British Journal of Clinical Psychology*. [B]

Connell J, Grant S, Mullin S (2006). Client initiated termination of therapy at NHS primary care counselling services. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6, 60-67. [B]

Cooke R, Bewick BM, Barkham M, Bradley M, Audin K (2006). Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students. *British Journal of Guidance & Counselling*. [B]

- Davies L, Leach C, Lucock M, Stiles WB, Iveson S, Barkham M** (2006). Therapists' recall of sudden gains in routine clinical practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 107-114. [B]
- Evans R, Mellor-Clark J, Barkham M, Mothersole G** (2006). Developing the resources and management support for routine evaluation in counselling and psychological therapy service provision: Reflections on a decade of CORE development. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 8, 141-161. [C]
- Grant S** (2006). Making sense of CORE System data: Attrition, effectiveness, concordance and information capture. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 8, 193-208. [B]
- Leach C, Lucock M, Barkham M, Stiles, WB, Noble R, Iveson, S.** (2006). Transforming between Beck Depression Inventory and CORE-OM scores in routine clinical practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 153-166. [A]
- Lyne J, Barrett P, Evans C, Barkham M** (2006). Dimensions of variation on the CORE-OM amongst patients attending for psychological therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 185-203. [A]
- McInnes B** (2006). Management at the crossroads: The service management challenge of implementing routine evaluation and performance management in psychological therapy and counselling services. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 8, 209-225. [B]
- McNaughton K-A, Boyd J, McBride J** (2006). Using CORE data in counselling supervision: An initial exploration. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 8, 209-225. [B]
- Mellor-Clark J, Barkham M** (2006). The CORE System: Developing and delivering practice-based evidence through quality evaluation. In C. Feltham & I. Horton (eds.), *Handbook of counselling and psychotherapy*. 2nd Edition. London: Sage Publications. [D]
- Mellor-Clark J, Barkham M** (2006). Editorial: Using Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 8, 137-140. [B]
- Mellor-Clark J, Curtis Jenkins A, Evans R, Mothersole G, McInnes B** (2006). Resourcing a CORE Network to develop a National Research Database to help enhance psychological therapy and counselling service provision. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6, 16-22. [B,C]
- Mellor-Clark J, Barkham M, Mothersole G, McInnes B, Evans R** (2006). Reflections on benchmarking NHS primary care psychological therapies and counselling. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6, 81-87. [D]
- Mothersole, G.** (2006). The use of CORE System data to inform and develop practitioner performance assessment and appraisal: An experiential account. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 8, 177-191. [B,C]
- Mullin T, Barkham M** (2006). When clients don't provide discharge data in primary care services: Using CORE System information to address attrition in CORE-OM outcome data. *Primary Care Mental Health*. [B]
- Mullin T, Barkham M, Mothersole G, Bewick BM, Kinder A** (2006). Recovery and improvement benchmarks in routine primary care mental health settings. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6, 68-80. [B]
- Stiles WB, Barkham M, Twigg E, Mellor-Clark J, Cooper M** (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies as practiced in National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555-566. [B]

Trusler K, Doherty C, Mullin T, Grant S, McBride J (2006). Waiting times for primary care psychological therapy and counselling services. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6, 23-32. [B]

2007 [3] Barkham M, Margison F (2007). Practice-based evidence as a complement to evidence-based practice: From dichotomy to chiasmus. In C. Freeman & M. Power (Eds.), *Handbook of evidence-based psychotherapies*:

Connell J, Barkham M, Stiles WB, Twigg E, Singleton N, Evans O, Miles JNV (2007). Distribution of CORE-OM scores in a general population, clinical cut-off points, and comparison with the CIS-R. *British Journal of Psychiatry*, 190, 69-74. [A]

Connell J, Barkham M, Mellor-Clark J (2007). Mental health CORE-OM norms of students attending university counselling services benchmarked against an age-matched primary care sample. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35, 41-56. [B]

In stampa [5] Barkham M, Margison F (in press). Practice-based evidence as a complement to evidence-based practice: From dichotomy to chiasmus. In C. Freeman & M. Power (Eds). *Handbook of evidence-based psychotherapies*. Wiley. [D]

Barkham M, Mullin T, Leach C, Stiles WB, Lucock M (in press). Stability of the CORE-OM and BDI-I: Psychometric properties and implications for routine practice. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. [A]

Connell J, Barkham M (in press). Effectiveness of student counselling services: An analysis using the CORE-System. *British Journal of Guidance and Counselling*. [B]

Gilbody S, Richards D, Barkham M (in press). Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: a UK validation of the PHQ-9 and CORE-OM. *British Journal of General Practice*. [A]

Marshall K, Willoughby-Booth S (in press). Modifying the Clinical Outcomes in Routine Evaluation measure for use with people who have a learning disability. *British Journal of Learning Disabilities*. [A]

Contatti

Tutte le richieste riguardanti il Sistema CORE dovrebbero essere indirizzate a:

CORE IMS Ltd
47 Windsor Street
Rugby
Warwickshire
CV21 3NZ

Telefono: **+44 (0) 1788 546019**
Fax: **+44 (0) 1788 546019**
Email: admin@coreims.co.uk

Utilizzo soggetto alla licenza Creative Commons
[Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Traduzione e adattamento italiano
a cura di Guido Rocca
per info: guidorocca@gmail.com