

Fausto Salaffi  
Andrea Stancati

# SCALE DI VALUTAZIONE e MALATTIE REUMATICHE

Mattioli  1885

Volume + CD Rom

# Indice

## **Valutazione della qualità della vita nelle malattie reumatiche: strumenti e metodi**

- Introduzione
- Struttura concettuale dei questionari e delle scale di valutazione della qualità della vita
- Caratteristiche psicometriche dei questionari di valutazione della qualità della vita
- Questionari generici ed artrite-specifici
  - Gli strumenti generici
    - Profili sanitari
    - Scale di misura dell'utilità
  - Gli strumenti specifici
- Conclusioni
- Summary
- Riassunto
- Bibliografia

## **Valutazione del dolore nelle malattie reumatiche: aspetti biometrici e semantici**

- Introduzione
- Metodi di valutazione del dolore in reumatologia
  - Valutazione oggettiva
  - Valutazione soggettiva
    - Scale di valutazione
    - Metodo dei questionari semantici
  - Valutazione comportamentale
- Conclusioni
- Summary
- Riassunto
- Bibliografia

## **Scale "generiche" di valutazione della qualità della vita**

- Medical Outcomes Study (MOS) 36-Items Short-Form Healthy Survey
- General Health Questionnaire
- Nottingham Health Profile
- Sickness Impact Profile
- McMaster Health Index Questionnaire
- European Quality of Life Questionnaire
- Bibliografia

## Scale “specifiche” di valutazione della qualità della vita

### *Scale specifiche*

- Arthritis Impact Measurement Scales
- Arthritis Impact Measurement Scales2
- Scala delle Attività Quotidiane
- Health Assessment Questionnaire
- Health Assessment Questionnaire modificato per le spondiloartriti
- Functional Activities Questionnaire
- Fibromyalgia Impact Questionnaire
- Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis
- Bibliografia

### *Scale di valutazione del rachide*

- Neck Pain Questionnaire
- Indice Funzionale di Dougados
- Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index
- Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index
- Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score
- Revised Leeds Disability Questionnaire
- Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire
- Dallas Pain Questionnaire
- Aberdeen Back Pain Scale
- Million Instrument (Back Pain Questionnaire)
- Roland and Morris Disability Questionnaire
- Questionario Algologico in soggetti con osteoporosi
- Bibliografia

### *Scale di valutazione del ginocchio e dell'anca*

- Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index
- Indice algo-funzionale di Lequesne per la coxartrosi
- Indice algo-funzionale di Lequesne per la gonartrosi
- Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score
- Hip Score of the Mayo Clinic
- Bibliografia

### *Scale di valutazione della mano e della spalla*

- Indice algo-funzionale della mano di Dreiser
- Shoulder Pain and Disability Index
- Shoulder Rating Questionnaire
- Ucla Shoulder Rating Scale
- Simple Shoulder Rating Test
- Bibliografia

## **Indici articolari**

- Indice articolare di Ritchie
- Indice articolare di Ritchie modificato
- Indice articolare di Thompson
- Indice articolare di Dougados
- Valutazione articolare ridotta (28 articolazioni)
- Valutazione articolare estesa (44 articolazioni)
- Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index
- Bibliografia

## **Scale algometriche**

- McGill Pain Questionnaire
- Short-form McGill Pain Questionnaire
- Questionario Semantico Reumatologico
- Brief Pain Inventory
- Bibliografia

## **Scale di valutazione psico-affettiva**

- Illness Behaviour Questionnaire
- Zung Self-Rating Anxiety Scale
- Zung Self-Rating Depression Scale
- Hospital Anxiety and Depression Scale
- State-Trait Anxiety Inventory
- Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
- Hamilton Rating Scale for Depression
- Beck Depression Inventory
- Geriatric Depression Scale
- Short Portable Mental Status Questionnaire
- Rosemberg Self-Esteem Questionnaire
- Heath Service Interview
- Bibliografia

## **Test di autovalutazione**

## Presentazione

La standardizzazione delle procedure di acquisizione e di elaborazione dei dati è un presupposto fondamentale nella ricerca clinica. Nel corso degli ultimi anni, si è registrato un costante incremento del numero di scale, criteri e questionari finalizzati a garantire la massima riproducibilità delle valutazioni. Tali scale si sono rivelate efficaci ed affidabili e sono da ritenersi indispensabili nel campo della ricerca, mentre il loro impiego risulta ancora alquanto limitato nella pratica clinica. La scarsa familiarità del clinico con l'uso delle scale di valutazione, la non intuitiva interpretazione dei punteggi, il timore di un aumento dei tempi di acquisizione dei dati sono i fattori che più ne limitano l'impiego nella pratica clinica. La nostra esperienza, in accordo con quella di altri, ci ha portato a rilevare che, dopo una adeguata fase di "training" e di rodaggio, l'uso delle scale di valutazione e dei questionari al di fuori del puro ambito della ricerca clinica è quantomai utile ed opportuno, non si traduce in un rallentamento dei normali ritmi dell'attività assistenziale e ne migliora l'efficacia e la qualità.

Questa raccolta delle principali scale di valutazione utilizzabili in Reumatologia è stata fortemente voluta dal Dott. Fausto Salaffi, cultore attento di questa complessa materia, ed è stata realizzata con grande impegno. Lo scopo è quello di riunire in un unico documento tutti gli strumenti di valutazione che hanno rivelato il maggior grado di accuratezza ed efficacia e che rappresentano un formidabile strumento per la raccolta di dati clinici. I giovani reumatologi potranno trovare materiale molto utile per migliorare le proprie conoscenze in tema di "clinimetria", in quanto vi sono riportati un ampio commento sulle caratteristiche delle scale, i criteri per il loro impiego e per l'interpretazione dei risultati, i test di autovalutazione ed un'ampia bibliografia.

Nel CD-Rom allegato sono incluse tutte le principali scale di valutazione e gli abstract relativi.

Prof. Walter Grassi  
Direttore Clinica Reumatologica  
Università degli Studi di Ancona

## Prefazione

*"It is better to measure imprecisely that which is relevant, than to measure precisely that which is irrelevant"*

*Stephan Evans*

Le malattie reumatiche croniche sono affezioni a carattere progressivo, fortemente disabilitanti, associate a dolore, limitazione funzionale, perdita di abilità al lavoro e ad elevati costi sociali. E', pertanto, intuibile come uno dei principali obiettivi della terapia non sia "la guarigione", bensì quello di prevenire e ritardare la compromissione funzionale e la disabilità.

Ciò comporta l'esigenza di una valutazione globale dello stato di salute del paziente che tenga conto, non solo delle caratteristiche clinico-biologiche della malattia, ma anche degli esiti più rilevanti come il benessere fisico, mentale e sociale. In tal senso, le linee guida internazionali tengono conto di questi aspetti ed includono, fra le misure raccomandate nella valutazione del decorso a lungo termine delle malattie reumatiche croniche, anche quelle concernenti la valutazione della qualità della vita (QdV).

Sebbene il termine QdV appaia di comprensione immediata, esso non è di facile definizione e determinazione. Si tratta di una concettualizzazione comprensiva di un ampio spettro di funzioni quali:

a) la capacità del paziente di attendere alle normali attività quotidiane, la gestione dei propri ruoli sociali, l'alterazione delle capacità cognitive, i sintomi psicologici connessi allo stato morbosità, il supporto sociale e familiare e le conseguenze socio-economiche della malattia;

b) l'atteggiamento nei confronti dello stato morbosità e la sensazione generale di benessere;

c) i sintomi e le limitazioni imposti dalla malattia e/o dalla terapia.

Il crescente riconoscimento dell'opinione del paziente circa gli effetti degli interventi di assistenza sanitaria e dell'impatto della malattia cronica sullo stato di salute ha favorito lo sviluppo di scale e di questionari per la

valutazione della QdV, che hanno trovato un largo impiego nei trial clinici, non solo in ambito reumatologico, ma anche in altri svariati settori comprendenti la medicina riabilitativa, l'ortopedia, l'oncologia, la neurologia, la psichiatria, la pneumologia, la cardiologia, la gastroenterologia e la farmacoeconomia.

Le scale di valutazione della disabilità e della QdV rappresentano un modo pratico ed oggi ben validato sul piano internazionale per acquisire dati clinici di buona qualità, con minimo dispendio di tempo da parte del medico e con scarso impiego di risorse economiche. Tuttavia, la loro importanza non si esaurisce nel fatto di semplificare le procedure di raccolta delle informazioni cliniche o di eliminare alcuni difetti relativi alla parzialità e alla variabilità con cui il medico formula le domande e registra le risposte. La nostra esperienza e quella di numerosi altri gruppi di ricerca hanno messo in evidenza come tali strumenti ben si correlino con le tradizionali misure di attività e di evoluzione delle malattie reumatiche croniche e si dimostrino utili nell'identificazione dei problemi dei pazienti, nello stabilire le priorità degli interventi sanitari e nel monitoraggio terapeutico.

L'analisi metodologica delle caratteristiche intrinseche di tali strumenti ha portato, tuttavia, ad individuare alcuni dei principali difetti che debbono essere attentamente ponderati nella fase applicativa. Tali carenze concernono:

(a) la mancanza di attenzione al ruolo del paziente a supporto della prestazione effettuata. Il concetto di "priorità funzionali del paziente", ovvero la soddisfazione correlata alla capacità di eseguire determinati compiti, rappresenta un fattore determinante nel processo di auto-valutazione. Le recenti rivisitazioni dei questionari Arthritis Impact Measurement Scales 2 (AIMS2) e McMaster Toronto Arthritis Patient Preference

Disability Questionnaire (MACTAR)/ Problem Elicitation Technique (PET) tengo conto anche di questi aspetti;

(b) l'utilizzo della stessa scala per valutazioni che richiedono strumenti diversi. La somministrazione dei questionari della QdV può essere attuata con finalità discriminative, cioè per valutare in un singolo momento l'impatto di una certa malattia in pazienti o fra pazienti che ne sono affetti, oppure con finalità valutative in relazione all'evolversi della malattia stessa. Il costrutto dei questionari e la standardizzazione del contenuto sono generalmente diversi per queste due finalità. Gli strumenti "generici" risultano affidabili nel campionare lo spettro completo di funzioni, infermità e stato psico-affettivo in gruppi di pazienti con malattie diverse, ma poco sensibili nel monitorare i cambiamenti clinicamente significativi. Gli strumenti "artrite-specifici", concepiti allo scopo di fornire informazioni più attinenti all'area di interesse, dimostrano, al contrario, anche una buona sensibilità;

(c) il mancato rispetto delle procedure metodologiche di validazione del questionario. I percorsi di traduzione del questionario, di controllo dell'equivalenza semantica, di standardizzazione dei contenuti e degli algoritmi di punteggio (ricodifica dei quesiti, calcolo dei punteggi delle scale, conversione dei punteggi grezzi), di verifica delle caratteristiche biometriche e psicometriche, quali l'affidabilità (consistenza interna e riproducibilità), la validità (di contenuto, di costrutto e di criterio) e la sensibilità, devono essere attuati con procedure statistiche e metodologiche corrette, tenendo conto delle indicazioni ormai standardizzate dalla scienza quantitativa. La possibilità di disporre di diverse traduzioni permette l'uso di tali scale di valutazione in paesi, culture e lingue differenti.

(d) la scarsa attenzione alle modalità di somministrazione. I questionari sulla QdV sono concepiti per l'auto-somministrazione, la somministrazione telefonica o quella condotta da un osservatore mediante intervista diretta. Alcuni strumenti richiedono, inoltre, l'intervento di intervistatori addestrati che devono osservare il soggetto per valutarne le capacità funzionali. La scelta delle differenti modalità di somministrazione influenza significativamente la qualità dei dati e deve essere attentamente ponderata, tenendo conto delle finalità dello studio, degli obiettivi prefissati e dei costi. In particolare, l'impiego di un questionario auto-somministrato presenta dei vantaggi rispetto all'intervista diretta o telefonica. E' meno dispendioso da gestire e non è influenzato dall'abilità dell'intervistatore, né richiede la validazione inter-osservatore. Tuttavia, produce una maggiore percentuale di risposte mancate.

La pleora delle scale di valutazione della disabilità e della QdV, attualmente disponibili, differenti fra loro nelle dimensioni esplorate, nell'attribuzione dei punteggi, nella finalità della misurazione, nelle modalità di somministrazione, nonché nelle caratteristiche biometriche e psicometriche rende assai difficile una scelta ragionata.

Questa guida rappresenta un tentativo di esporre sinteticamente il sapere teorico e clinico attuale nel campo della "clinimetria" applicata al paziente reumatico. Siamo animati dalla speranza che il nostro volume offra un contributo alla costruzione di un ponte non solo fra la teoria e la prassi clinica, ma anche fra il modo di percepire la malattia da parte del paziente e le osservazioni del medico. Solo i lettori potranno giudicare se siamo riusciti in questo intento.

*Dott. Fausto Salaffi*

## Note sugli Autori

**Fausto Salaffi**, nato a Soragna (Parma) il 11/04/1955 si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Parma.

Nel 1989 ha conseguito il Dottorato di Ricerca in Reumatologia Sperimentale presso l'Università degli Studi di Siena.

Specialista in Reumatologia, opera stabilmente come Dirigente Medico, Responsabile della Sezione di Degenza presso la Clinica Reumatologica dell'Università degli Studi di Ancona. Le principali aree di ricerca includono: la diagnostica strumentale in ambito reumatologico, gli aspetti clinico-metodologici e biometrici di valutazione delle malattie reumatiche, la farmacoterapia e la farmacosorveglianza delle reumoartropatie infiammatorie e degenerative e la fisiopatologia e clinica dell'interessamento polmonare in corso di malattie del tessuto connettivo.

È redattore capo della rivista "Progressi in Reumatologia", organo ufficiale del Collegio dei Reumatologi Ospedalieri e Web Editor di siti Web di interesse biomedico.

**Andrea Stancati**, nato a Taranto il 21/08/1974 si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Parma.

È attualmente iscritto alla Scuola di Specializzazione in Reumatologia dell'Università degli Studi di Ancona e la sua attività, svolta presso la Cattedra di Reumatologia, è orientata, in particolare, al progetto ed alla gestione di siti Web in ambito biomedico e alla progettazione e sviluppo di servizi medici sperimentali basati su moderne tecnologie informatiche.

*I contenuti di questo volume si integrano con quelli riportati nel sito Internet <http://qualityoflifelab.com> che contiene il testo completo di alcuni paragrafi, le principali scale di valutazione della disabilità e della qualità della vita e gli strumenti interattivi di valutazione delle utilità, la bibliografia aggiornata ed i link alle principali risorse Internet sugli argomenti trattati.*



**Valutazione della disabilità e della qualità della vita  
nelle malattie reumatiche:  
strumenti e metodi**

## Introduzione

*"Indizi ed intuizioni sono essenziali per iniziare un lavoro di ricerca, ma è soltanto grazie alla qualità dei numeri che, alla fine, la verità può essere detta"*

*Thomas Lewis  
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, 1977*

La rapida evoluzione sociale, l'interesse circa la qualità dell'assistenza sanitaria ed il peso crescente della farmacoconomia nell'introduzione dei nuovi farmaci hanno profondamente mutato il significato attribuito alla salute, non più intesa come assenza di malattia, ma come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale (1). L'esigenza di una valutazione globale dello stato di salute del malato reumatico cronico ed il riconoscimento dell'opinione del paziente circa gli effetti degli interventi assistenziali hanno, inoltre, favorito l'impiego di strumenti per la valutazione dell'impatto della malattia sulle abilità residue delle funzioni, sul grado di disabilità e sulla qualità della vita (QdV). In un recente editoriale, Testa e Simonson (2), partendo dalla definizione di salute proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), definiscono la QdV, o meglio la Health-Related Quality of Life (HRQL), come gli aspetti (o domini) della salute fisico-funzionale, psicologico-emotiva e sociale che sono influenzati dalle esperienze, credenze, obiettivi ed aspettative degli individui. La QdV concerne, quindi, un concetto ad ampio spettro, modificabile in maniera complessa dalla percezione della propria salute fisica e psicologico-emotiva, dal livello di indipendenza, dalle relazioni sociali e dall'interazione con il proprio specifico contesto ambientale. In accordo con questa definizione, la valutazione della QdV prevede la quantificazione della componente obiettiva dello stato di salute filtrata dalla percezione del paziente. Tale approccio consente di descrivere e classificare tutti gli strumenti e le scale fino ad ora prodotte per la valutazione della QdV, in accordo alla diversa attenzione posta alle due dimensioni (Figura 1). In generale, gli strumenti differiscono fra loro in base al bilancia-

mento e al grado di attenzione dedicate a tali due dimensioni (x=percezione soggettiva; y=stato di salute oggettivo) (Figura 1) (2).

### **Struttura concettuale dei questionari e delle scale di valutazione della QdV**

Un questionario di valutazione della QdV è uno strumento strutturato per rappresentare globalmente lo stato di salute del soggetto e consiste di una serie di scale a quesiti multipli, i cui contenuti consentono di esplorare le sue principali componenti (2,3). Indici sintetici che descrivono globalmente la dimensione fisica, psicologica e sociale possono essere derivati dall'aggregazione dei punteggi delle diverse scale e componenti del questionario (Figura 1).

I quesiti e le scale dei questionari di valutazione della QdV, nel pieno rispetto del modello teorico della "item-measurement theory" (4,5), sono concepiti per l'auto-somministrazione, la somministrazione telefonica o quella condotta attraverso un colloquio faccia a faccia. Tale teoria propone che il vero valore della QdV non possa essere misurato direttamente, ma possa essere valutato indirettamente, rispondendo ad una serie di quesiti, denominati "items", ognuno dei quali esplora un singolo concetto (o costruito) dello stato di salute (2,5). Un sistema standardizzato di attribuzione dei punteggi consente l'interpretazione del questionario e rende possibile il confronto tra i risultati di studi diversi. La possibilità di disporre di diverse traduzioni fa sì che tali questionari possano essere utilizzati in paesi, culture e lingue differenti. A questo riguardo, le tappe di traduzione e valutazione quali-quantitativa, tese ad assicurare l'equivalenza semantica dei quesiti in ogni paese, l'ordinalità e le proprietà interne di traduzione delle modalità di

## Scale dello stato di salute



Figura 1

risposta, l'accettabilità e la chiarezza del linguaggio, devono essere attuate nel più rigoroso rispetto delle procedure metodologiche di validazione (6-11). Le fasi di attribuzione dei punteggi (ricodifica dei valori delle risposte date e di quelle mancanti, inversioni dei punteggi e/o ricalibrazione dei punteggi dei quesiti, calcolo dei punteggi grezzi di scala, trasformazione dei punteggi grezzi in una scala da 0 a 100 e costruzione di indici sintetici basati su standard di riferimento ricavati da popolazioni di controllo) vengono, di norma, eseguiti con l'ausilio di un computer, utilizzando gli algoritmi e le griglie di calcolo suggeriti dai vari manuali d'uso ai questionari o mediante programmi "software", altrimenti disponibili.

Al termine validazione si attribuisce il significato di accumulare dati convincenti riguardo la capacità dello strumento di

aggiungere al corpo di conoscenze già disponibili, ulteriori elementi che siano scientificamente validi, clinicamente interpretabili ed effettivamente utilizzabili nell'ambito dell'applicazione.

### Caratteristiche psicometriche dei questionari di valutazione della QdV

In una materia così complessa ed ancora mal definita, qual è la valutazione della QdV viene richiesto il rispetto delle procedure metodologiche di validazione degli strumenti impiegati (6,7) (Tabella 1). I percorsi di traduzione del questionario, di controllo dell'equivalenza semantica, di standardizzazione dei contenuti e degli algoritmi di punteggio, di verifica delle caratteristiche biometriche e psicometriche, quali l'affidabilità, la validità e la sensibilità, devono essere attuati con procedure statistiche e metodologiche corrette, tenendo conto delle indicazioni ormai standardizzate della scienza quantitativa (8-11).

Per validità (validity) di uno strumento si deve intendere la capacità di misurare l'entità per il quale l'indice viene proposto (12). Essa viene tradizionalmente distinta in validità di contenuto (content validity), di criterio (criterion-related validity) e di costrutto (construct validity). La validità di contenuto (o comprensività) esprime il grado di adeguatezza per il quale la scala di misura è stata costruita. Il contenuto dello strumento, deve cioè includere tutte le componenti pertinenti a ciò che si vuole misurare e deve riflettere quei concetti di stato di salute che interessano sia il clinico che i pazienti. La validità di

Tabella 1: Linee guida per la proposta di uno strumento di valutazione della disabilità e della qualità della vita

1. Lo strumento deve essere proposto per uno scopo specifico.
2. L'affidabilità (consistenza interna, riproducibilità) deve essere adeguata agli obiettivi prefissati
3. La validità (di contenuto, di criterio, discriminante e convergente) deve essere adeguata agli obiettivi prefissati.
4. Lo strumento deve essere sensibile e capace di discriminare i cambiamenti significativi dello stato di salute nel tempo.
5. L'efficienza dello strumento deve essere confermata in altri studi, effettuati in analoghe condizioni.
6. Il metodo analitico da cui si deriva il punteggio, specialmente negli indici sintetici, deve essere credibile e comprensibile.
7. La somministrazione del test non deve comportare eccessivo spreco di tempo e di denaro.
8. Il metodo di misura deve essere etico.
9. Lo strumento deve poter essere utilizzato anche da altri ricercatori.

criterio (o di facciata) riflette, nei risultati, lo stato clinico dei pazienti. Non esistendo in questo campo misure di riferimento della QdV considerate come "gold standard", la validità di criterio di una scala di questo tipo viene stabilita sulla base della credibilità scientifica, verificabile attraverso "focus groups" con esperti e "panel" di pazienti. In assenza di un "gold standard" di riferimento è necessario, pertanto, indagare la validità di costruito del questionario, cioè la capacità di porre in rilievo tutte le componenti coinvolte nel concetto di stato di salute. La corretta validazione del costruito di un questionario della QdV dovrebbe, a tal proposito, prevedere la verifica, sia della capacità di rilevare le differenze clinicamente significative tra i pazienti, dirimendo i risultati dubbi derivanti da misurazioni tra loro in disaccordo (validità discriminante), che del grado di correlazione esistente tra le dimensioni dello strumento ed altre misure cliniche (validità convergente o coerenza).

Il secondo requisito che una scala di misura deve soddisfare è rappresentato dall'affidabilità (reliability). Uno strumento viene definito tanto affidabile quanto meno la misura è sensibile all'errore casuale. L'errore casuale è associato sia alla definizione di ripetibilità, ovvero di concordanza tra misure ripetute sullo stesso campione, che di riproducibilità, ovvero di concordanza tra misure ottenute con lo stesso metodo, ma in condizioni diverse. L'influenza dell'errore casuale può, quindi, essere ridotta ripetendo più volte la misura sullo stesso soggetto e considerando il valore medio dei diversi punteggi. Se, dopo avere annullato l'errore casuale, il valore rilevato risulta diverso dal valore vero, si dice che la misura è inquinata da un errore sistematico. Lo scarto tra misura vera e misura osservata senza errore casuale viene denominata "bias". L'assenza di un "bias" indica che la misura è accurata. Nel caso della rilevazione della QdV è, tuttavia, difficile riuscire a ripetere la misurazione in situazioni perfettamente identiche, poiché lo stato globale di salute spesso non rimane costante nel tempo ed il soggetto può variare le risposte in relazione al suo stato

psico-affettivo e ambientale. L'affidabilità, in generale, viene espressa in termini, sia di consistenza interna [grado di inter-correlazione fra i quesiti costituenti le singole sottoscale del questionario (item-internal consistency) e fra i singoli quesiti e le diverse sottoscale (item-discriminant validity)], che di riproducibilità (stabilità dello strumento a test ripetuti). La consistenza interna viene, di norma, calcolata mediante il coefficiente "alpha di Cronbach" (13), che può variare da un minimo di 0 ad un massimo di 1; si definisce come significativo un "alpha" maggiore di 0.80. Per dati ordinali viene preferibilmente impiegato il test "K". Fra i metodi analitici che comprovano, invece, la riproducibilità di una misura, quello del "test-retest", risulta il più idoneo. Ad un intervallo di tempo prefissato vengono effettuate due distinte misurazioni, in analoghe condizioni di studio: considerando 1 pari al 100% della riproducibilità si ritiene che un rapporto tra i due rilievi che risulti maggiore di 0.80 sia soddisfacente per ritenere una misura stabile e riproducibile. Occorre ricordare, a tale riguardo, che se l'intervallo di tempo fra due somministrazioni è troppo breve si può incorrere nel cosiddetto effetto "memoria" e sovrastimare, pertanto, la correlazione tra le misure. Nel caso di questionari somministrati da intervistatori addestrati, mediante colloquio diretto o telefonico, dovrebbe essere testata anche la riproducibilità inter-osservatore.

Alcuni accorgimenti, che possono essere adottati in uno studio di riproducibilità, mirano essenzialmente ad evitare che la riproducibilità delle risposte nelle due somministrazioni dipenda unicamente dal ricordo di quanto il soggetto aveva espresso la prima volta. Tali accorgimenti concernono la scelta ottimale di due elementi:

- periodo di tempo tra due somministrazioni: quanto più è breve l'intervallo di tempo, tanto maggiore è la possibilità di incorrere nell'effetto memoria. Tuttavia, un periodo troppo lungo non garantisce la "stabilità del contesto", la cui assunzione è fondamentale per la misura della riproducibilità; infatti se la situazione clinica del

soggetto muta da una prova alla successiva, la diversità delle risposte, non attiene più al concetto di riproducibilità, ma dipende da un effetto sistematico. Generalmente, si sceglie un breve periodo, di non oltre una settimana tra test e re-test;

- tecniche per ridurre l'influenza dell'effetto memoria: in una delle due circostanze in cui avviene il test/re-test, il questionario è somministrato nella sua forma definitiva, mentre nell'altra le domande vengono ordinate casualmente, in base ad una lista di randomizzazione.

Per uno strumento con finalità valutative, designato cioè a monitorare nel paziente le modifiche dello stato di salute è, infine, fondamentale la verifica della sensibilità (o responsività), che rappresenta la proprietà psicometrica più rilevante di uno strumento di misura, anche per le dirette implicazioni inerenti la determinazione della numerosità campionaria (errore di tipo II) (14,15). Operativamente, la responsività (responsiveness) di un questionario o di una dimensione da esso esplorata, può essere definita come la probabilità di individuare un cambiamento clinicamente rilevante nelle condizioni di salute del paziente o per la risposta al trattamento o per effetto indesiderato della terapia (16,17). Sebbene non vi sia unanime accordo circa l'approccio ottimale alla misurazione della responsività, il calcolo dello Standardized Response Mean (SRM), la stima dell'Effect Size (ES) e l'applicazione del metodo delle Curve Operative Caratteristiche (Receiver Operating Characteristic-ROC curves) raccolgono i maggiori consensi (6,15,18). Elevati valori di SRM e ES indicano una maggiore sensibilità nel cogliere le modifiche dello stato di salute. In particolare, valori di 0.2, 0.5, e 0.8 o superiori corrispondono, rispettivamente, ad una bassa, moderata o elevata responsività (6,15). Le curve ROC sono la rappresentazione grafica delle caratteristiche di un test, intese in termini di sensibilità (% di veri positivi rispetto al totale dei positivi) e di specificità (% di veri negativi rispetto al totale dei negativi) (19,20). Con le

curve ROC si suddivide il campo di variabili di un test in piccoli intervalli nei quali si analizza la sensibilità e la specificità del test in esame; tali dati vengono poi riportati rispettivamente sull'asse delle ordinate e delle ascisse in un sistema di assi cartesiani. I punti così ottenuti, per ogni intervallo di frequenza, vengono congiunti da un'unica linea spezzata; si costruisce in tal modo la ROC del test. Il test la cui ROC sottende l'area maggiore, viene considerato come il più affidabile per discriminare i pazienti le cui condizioni cliniche risultano migliorate da quelli che invece non lo sono. Se l'area sottesa alla curva ROC non supera il valore della bisettrice degli assi cartesiani (cioè il 50% dell'area massima ottenibile, e cioè 1) si può dedurre che il test non è applicabile per le finalità per le quali è stato utilizzato. Un'area sottesa compresa tra 0.50 e 0.70 è indice di "scarsa" accuratezza del test, valori compresi tra 0.70 e 0.90 comprovano invece l'utilità del test, per un suo utilizzo nell'impiego clinico, mentre valori superiori a 0.90 esprimono una elevata accuratezza (21). Il confronto fra i valori medi delle aree sottese alle curve ROC viene solitamente effettuato in accordo al metodo proposto da Hauley e McNeil (22,23).

### **Questionari generici ed artrite-specifici**

Uno strumento per la raccolta dei dati clinici nasce da due esigenze fondamentali. La prima è quella di poter disporre di una serie di parametri che permettano di caratterizzare una certa malattia nei pazienti e fra i pazienti che ne sono affetti (finalità discriminativa). La seconda è quella di poter acquisire informazioni utili per seguire il paziente in relazione all'evolversi della sua malattia (finalità valutativa). Il costrutto dei questionari e la standardizzazione del contenuto sono generalmente diversi per queste due finalità. Guyatt et al (24) hanno proposto uno schema di classificazione delle scale di valutazione della QdV al fine di delineare la gamma di applicazione ed il contenuto delle stesse. Le due principali categorie del sistema sono gli strumenti generici e gli strumenti specifici per l'impiego in campo reumatologico.

### Gli strumenti generici

Gli strumenti generici ed in particolare i profili dello stato di salute sono stati messi a punto allo scopo di fornire una descrizione delle condizioni sanitarie in una vasta gamma di popolazioni, in relazione alle diverse dimensioni dello stato di salute basato su molteplici attributi (Figura 1). Tale approccio valutativo si fonda sul principio che lo stato di salute può essere definito da un certo numero di concetti, componenti e dimensioni, possibilmente collegati in maniera gerarchica. In teoria, il sistema di attributi può essere tanto ampio e profondo, quanto è richiesto dal grado di dettaglio che si intende perseguire nello studio. Alcuni di tali strumenti forniscono un punteggio per ciascuna scala o componente o dimensione del profilo, mentre altri forniscono solo un punteggio globale, il cui impiego richiede una certa cautela.

Come riportato nelle Tabella 2, esistono diversi strumenti nell'ambito di tale categoria. Qui di seguito vengono riepilogate le caratteristiche principali degli strumenti più rappresentativi.

a) **I profili sanitari.** I profili dello stato di salute che più di altri hanno trovato impiego in campo reumatologico includono: il General Health Questionnaire (GHQ) (25-27), il Medical Outcomes Study (MOS) 36-Items Short-Form Healthy Survey (SF-36) (28-39), il Sickness Impact Profile (SIP) (40-43), il Nottingham Health Profile (NHP) (44-46), il World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) (47-49), il McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ) (50), il Rand Health Insurance Study (HIS) (51) e l'European Quality of Life Questionnaire (EUROQoL) (52-59).

Il GHQ è stato inizialmente proposto da Goldberg et al. (25) nel 1988 in una versione estesa costituita da 140 quesiti ed ha subito negli anni numerose ed ulteriori verifiche in vari contesti di epidemiologia psichiatrica. L'attuale e più recente versione, validata nel contesto del progetto EURIDISS (European Research on Incapacitating Diseases and

Social Support) (26) e maggiormente utilizzata in ambito reumatologico, comprende 28 quesiti (GHO-28), strutturati secondo una Likert scale, attinenti 6 principali aree dello stato globale di salute: depressione, ansietà, qualità del sonno, inadeguatezza sociale, ipocondria e sintomi somatici (27). L'intero questionario autosomministrato viene, di norma, completato in 10-15 minuti.

L'SF-36 è un questionario sviluppato nel corso del progetto del Medical Outcomes Study (MOS) (28) per valutare i principali "concetti" riguardanti lo stato di salute. Concepito per l'auto-somministrazione, la somministrazione telefonica o quella condotta attraverso un colloquio faccia a faccia, l'SF-36 è stato validato originariamente negli Stati Uniti e successivamente tradotto e adattato in diversi contesti linguistici. I dati raccolti nel Progetto dell'International Quality of Life Assessment (IQUOLA) (29,30) dimostrano che il questionario è valido ed affidabile anche nella versione italiana (31). La comparazione degli score standardizzati in popolazioni di controllo italiane ha dimostrato, nella nostra esperienza, una sostanziale sovrapposibilità di risultati rispetto a quelli rilevati in popolazioni canadesi, americane o inglesi (Figura 2) (32,33). Come riassunto nella Tabella 3, l'SF-36 prevede otto scale a quesito multiplo, ciascuna delle quali contiene da due a dieci quesiti e una valutazione a singolo quesito sul cambiamento delle condizioni di salute, che non viene impiegata per l'attribuzione del punteggio in nessuna delle otto scale a quesiti multipli (28-30). Indici sintetici che descrivono globalmente lo stato di salute fisica (attività fisica, ruolo e salute fisica, salute in generale, dolore) e quello mentale (vitalità, ruolo e stato emotivo, salute mentale, attività sociali) sono stati ottenuti dall'aggregazione delle sottoscale costituenti il questionario (28). I quesiti e le scale dell'SF-36 sono organizzati in modo tale che tanto più è elevato il punteggio tanto migliore è lo stato di salute del soggetto. Per esempio, le scale relative all'attività fisica sono graduate in modo che un punteggio elevato indichi un

Tabella 2: Caratteristiche biometriche, modalità e tempi di compilazione dei questionari e delle scale generiche e specifiche di valutazione della qualità della vita in reumatologia.

Strumento	Affidabilità	Validità	Modalità di compilazione	Tempo di compilazione (min)
<b>Generici (profili sanitari)</b>				
MOS SF-36	+	+	Autocompilazione	5-8
GHQ	+	+	Autocompilazione	10-15
NHP	+	+	Autocompilazione	10-15
SIP	+	+	Autocompilazione/ intervistatore	20-30
WHOQoL	+	+	Autocompilazione	10-15
MHIQ	+	+	Autocompilazione	20-30
RandHis	+	+	Intervistatore	60
EUROQoL	+	+	Autocompilazione	7-10
<b>Scale di valutazione dell'utilità</b>				
Rating scale	+	+	Intervistatore	5
PAS	+	+	Intervistatore	5
SG	+	+	Intervistatore	10
TTO	+	+	Intervistatore	10
QWB	+	+	Intervistatore	20-25
<b>Artrite-specifici</b>				
AIMS	+	+	Autocompilazione	15
AIMS2	+	+	Autocompilazione	20
MACTAR/PET	+	+	Intervistatore	15-20
WOMAC	+	+	Autocompilazione	10-15
Lequesne	+	+	Autocompilazione	5-7
FSI	+	+	Intervistatore	20-30
KOOS	+	+	Autocompilazione	15
HAQ	+	+	Autocompilazione	5-8
<b>Osteoporosi-specifici</b>				
OQLQ	+	+	Intervistatore	20-25
OSFQ	+	+	Autocompilazione	10-15
OPAQ	+	+	Autocompilazione	8-10
QUALEFFO	+	+	Autocompilazione	20-25
OPTQoL	+	+	Autocompilazione	15-20

ABBREVIAZIONI: MOS SF-36= Medical Outcomes Study (MOS) 36-Items Short-Form Healthy Survey; GHQ=General Health Questionnaire; NHP=Nottingham Health Profile; SIP=Sickness Impact Profile; WHOQoL=World Health Organization Quality of Life; MHIQ= McMaster Health Index Questionnaire; RandHIS=Rand Health Insurance Study; EUROQoL=European Quality of Life Questionnaire; PAS=Performance and Activity Scale; SG=Standard Gamble; TTO=Time trade-off; QWB=Quality of Weill-Being; AIMS=Arthritis Impact Measurement Scales; MACTAR/PET=Patient Preference Questionnaire/Problem Elicitation Techniques; WOMAC= Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; Lequesne= Indice algofunzionale di Lequesne; FSI=Functional Status Index; KOOS=Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score; HAQ=Health Assessment Questionnaire; OQLQ=Osteoporosis Quality of Life Questionnaire; OSFQ=Osteoporosis Functional Disability Questionnaire; OPAQ=Osteoporosis Assessment Questionnaire; QUALEFFO=Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis; OPTQoL=Osteoporosis-Targeted Quality of Life.

tenore di attività migliore, mentre le scale relative al dolore fisico sono concepite in modo che il punteggio elevato indichi una maggiore libertà dal dolore. Gli algoritmi

relativi alle fasi di attribuzione dei punteggi (ricodifica dei valori, inversione e/o ricalibrazione dei punteggi, calcolo dei punteggi grezzi, trasformazione in punteggi di scala) sono

## Valori medi delle sottoscale dell'SF-36 in controlli sani rilevati in differenti popolazioni (dati personali)

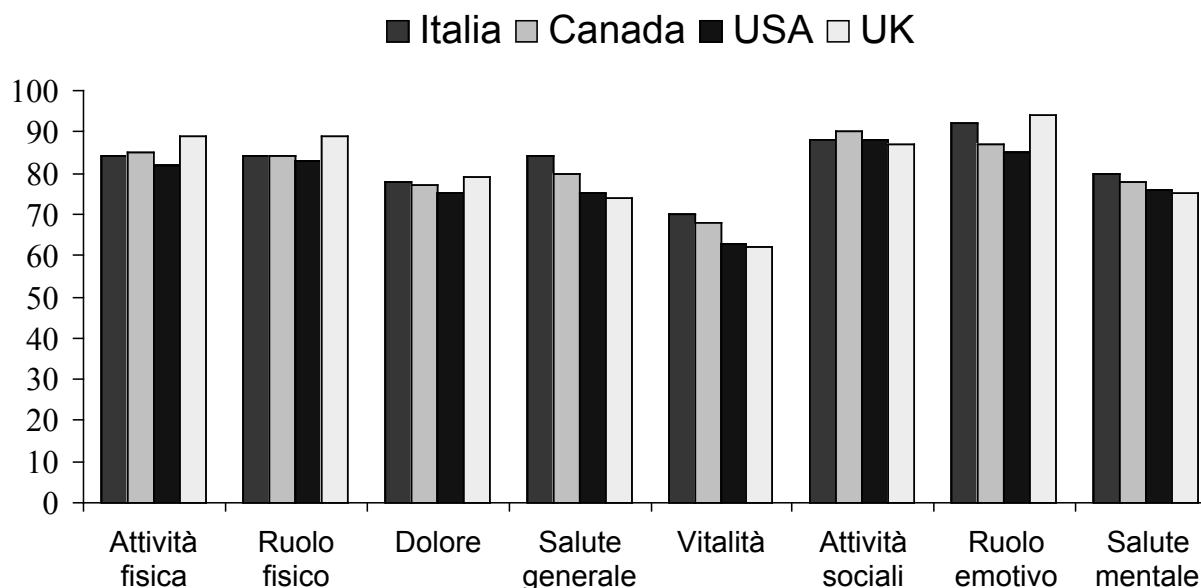


Figura 2

fissati da procedure matematiche standardizzate. Il questionario viene solitamente completato dal paziente in 5-8 minuti. Fra gli strumenti generici, l'SF-36 è quello maggiormente impiegato in ambito reumatologico (34-39).

Il SIP, sviluppato negli USA negli anni '70, si basa su un modello concettuale di malattia intesa come manifestazione di cambiamenti comportamentali (40,41). La focalizzazione sui comportamenti anomali di malattia presenta numerosi vantaggi rispetto alla registrazione delle sensazioni: i comportamenti sono osservabili e accessibili ad osservazioni esterne, mentre le sensazioni sono variabili, soggettive e difficilmente misurabili. Concepito all'origine come un indice dell'efficienza funzionale del singolo paziente, è stato successivamente utilizzato come un mezzo di valutazione dello stato di salute e dei risultati conseguiti nei programmi terapeutici, anche in campo reumatologico (42,43). La versione finale del questionario comprende un totale di 136 quesiti, che si riferiscono a disfunzioni correlate alla malattia relative a 12 domini della vita di tutti i giorni (mobilità, deambulazione, igiene personale e movimento, attività domestiche,

capacità lavorativa, interazioni sociali, comunicazione, comportamento in stato di vigilanza, sonno e riposo, mangiare, attività ricreative e divertimento) (40,41). Il punteggio delle scale è compreso fra 0 e 100. Studi di validazione, mediante l'impiego dell'indagine fattoriale, hanno suggerito la possibilità di aggregare tali concetti di salute in due principali indici sintetici comprendenti la funzione fisica (cammino, mobilità, cura di sé) e lo stato psico-sociale (interazioni sociali, vigilanza, comportamento emotivo) (41). L'intero questionario autosomministrato o proposto per intervista viene, di norma, completato in 20-30 minuti.

Il NHP è un questionario autosomministrato nato con la finalità di indagare sulla domanda di prestazioni terapeutiche in ambito di medicina generale. L'attuale versione del questionario è suddivisa in due parti: la prima comprende 38 quesiti attinenti 6 differenti dimensioni funzionali: mobilità fisica (8 quesiti), dolore (8 quesiti), qualità del sonno (5 quesiti), reazioni emotive (9 quesiti), isolamento sociale (5 quesiti) e livello di energia (3 quesiti); la seconda parte è strutturata in ulteriori 7 items concernenti le ripercussioni sul lavoro, la vita sociale, i rapporti familiari, le



Tabella 3: Medical Outcome Survey (MOS) Short Form (SF-36) - Concetti, numero dei quesiti, livelli di risposta e contenuto delle sottoscale

CONCETTI	QUESITI	LIVELLI	SOMMARIO DEI CONTENUTI
Attività fisica	10	21	Grado in cui la salute limita le attività fisiche quali prendersi cura di sé, camminare, salire le scale, piegarsi, sollevare pesi e svolgere attività fisiche moderate e impegnative.
Ruolo e salute fisica	4	5	Grado in cui la salute fisica limita il lavoro o altre attività quotidiane, compreso rendere meno di quanto voluto, limitazioni o difficoltà nell'eseguire alcune attività.
Dolore	2	11	Intensità e impatto del dolore sul lavoro abituale, sia in casa sia fuori casa.
Salute in generale	5	21	Valutazione della propria salute, compreso lo stato attuale, la visione soggettiva e la resistenza alle malattie.
Vitalità	4	21	Sentirsi pieni di energia, vivaci e brillanti rispetto a stanchi e sfiniti.
Attività sociali	2	9	Grado in cui la salute fisica o lo stato emotivo limitano le normali attività sociali.
Ruolo e stato emotivo	3	4	Grado in cui lo stato emotivo limita il lavoro o altre attività quotidiane, compresa la riduzione del tempo a esse dedicato, la resa inferiore e il calo di concentrazione.
Salute mentale	5	26	Stato di salute mentale in generale, compresa la depressione, il controllo emotivo e comportamentale e l'atteggiamento positivo in generale.
Cambiamento dello stato di salute	1	5	Valutazione dell'attuale stato di salute rispetto a quello di un anno prima.

attività ricreative ecc. in seguito ai cambiamenti dello stato di salute (44,45). I punteggi dicotomici di ogni scala sono compresi fra 0 (nessun problema) e 100 (presenza di tutti i problemi). Nell'analisi viene calcolato un punteggio finale compreso tra 0 e 100, che considera la gravità oltre che la semplice presenza/assenza del fenomeno. Un punteggio più elevato indica una maggiore compromissione del paziente. Il questionario NHP è stato impiegato anche in ambito reumatologico (46), dimostrando una buona affidabilità e validità. La compilazione dello strumento richiede 10-15 minuti.

Il WHOQOL, messo a punto agli inizi degli anni '90 dal gruppo di lavoro World Health Organization Quality of Life, esplora 6 diverse dimensioni: fisica, psicologica, livel-

lo di indipendenza, relazioni sociali, condizioni/contesto ambientale, spiritualità/religiosità (47,48). Il WHOQOL è stato sviluppato prevalentemente per rispondere alla esigenza di disporre di uno strumento transculturale. Dati raccolti in contesti internazionali, dimostrano che il questionario risponde adeguatamente alle principali caratteristiche di validità e di riproducibilità (49).

Il MHIQ è stato concepito principalmente per i pazienti ambulatoriali e coloro che vivono in comunità, per l'autovalutazione dello stato di salute globale. Esso comprende 59 items concernenti il benessere fisico (mobilità, cura personale, altre attività fisiche), sociale (benessere generale, svolgimento del proprio ruolo, partecipazione alla vita familiare, relazioni con gli amici) ed emotivo

(autostima, pensieri sul futuro, avvenimenti della vita) (50). Tutti i quesiti sono riferiti al presente e riguardano non tanto la capacità di effettuare qualcosa, quanto il reale svolgimento di tale attività. I punteggi delle scale sono stati standardizzati in "valori indice" compresi fra 0 (funzione estremamente scadente) e 4 (funzione estremamente buona). Il questionario richiede 20-30 minuti per la sua compilazione.

La serie di quesiti del questionario Rand HIS consente una valutazione dettagliata delle seguenti dimensioni: funzione sociale, psicologica, fisica e percezioni relative alla salute in generale (51). I quesiti vengono posti da un intervistatore ed il completamento del questionario richiede circa 60 minuti.

L'EUROQoL è un questionario autosomministrato, proposto nel contesto del progetto dell'European Quality of Life Group (52,53) ed impiegato in ambito reumatologico (54-59). Si tratta di uno strumento di facile compilazione (tempi di compilazione di 7-10 minuti), ma di non altrettanto agevole computazione. Esso è costituito di due parti. La prima esplora 5 aree di interesse: mobilità, igiene personale, attività sociali, dolore ed ansia/depressione. Ogni singola area prevede, a sua volta, tre livelli di gravità (nessun problema, problema di qualche entità, problema di estrema gravità): la combinazione dei vari livelli di gravità, per le 5 aree consentono, in tal modo, di classificare 243 differenti stati di salute (54). La seconda sezione è costituita da una scala analogica visiva (VAS) di 20 cm sulla quale il paziente indica il migliore (punteggio=0) o il peggiore (punteggio=100) stato di salute possibile (52, 53).

**b) scale di misura dell'utilità.** Impiegate in ambito sanitario per la valutazione della QdV, sono derivate dalle concettualizzazioni teoriche della scienza economica e decisionale (60). Tali scale consentono una stima quantitativa del valore o della preferenza che i pazienti attribuiscono al loro stato di salute, se paragonato ad uno stato di benessere com-

pleto (punteggio 1) o alla morte (punteggio 0) (61,62).

Esistono fondamentalmente due sistemi di approccio per la valutazione delle utilità (61,62). Il primo è quello di classificare i pazienti in categorie basate sulle loro stesse risposte ad una serie di quesiti riguardanti l'efficienza funzionale; il secondo approccio basato sull'utilità associata allo stato di salute, è quello di chiedere ai pazienti di esprimere un'unica valutazione concernente gli aspetti della qualità della loro vita. Il QWB (Quality of Well-Being), noto anche come IWB (Index of Well-Being) e l'HSI (Health Status Index) utilizzano il primo tipo di approccio (63). L'indice QWB, in particolare, è suddiviso in quattro sezioni: complesso sintomi-problemi, mobilità, funzione fisica e ruolo sociale. Le risposte ottenute in ciascuna sezione generano un punteggio la cui somma fornisce uno score globale di benessere. L'intervallo è compreso tra 0 (morte) ed 1 (stato di perfetta salute) (63). A tali scale si ricorre per calcolare, ad esempio, la sopravvivenza in anni, opportunamente corretta in funzione della QdV (Quality-adjusted life years - QALYs), che può essere assicurata al paziente da programmi sanitari o interventi terapeutici mirati (64,65). In pratica, il punteggio ottenuto dalla somministrazione del QWB viene moltiplicato per il numero di anni di sopravvivenza di un soggetto in quel particolare stato di salute, in modo da ottenere un punteggio di anni-benessere (66). Grazie alla loro adozione da parte del National Health Service britannico riformato, i QALYs costituiscono uno dei principali indicatori dell'"utilità" e permettono di ridurre a espressioni omogenee i prodotti dei programmi terapeutici, anche quando questi risultano essere eterogenei, come spesso avviene.

Nella ponderazione dei QALYs sono stati utilizzati diversi altri metodi (66). Questi metodi, che costituiscono il secondo tipo di approccio alla valutazione dell'utilità, comprendono principalmente la scala di valutazione (rating scale), il metodo del rischio standard o metodo delle scommesse (stan-

dard gamble) e il metodo delle alternative temporali (time trade-off) (67-69). Un possibile approccio metodologico nell'applicazione di tali tecniche e nella stima dei "pesi" per il calcolo dei QALYs in soggetti disabili è stata di recente suggerita dalla World Health Organization (70) (Tabella 4).

Una tipica scala di valutazione è costituita da una linea tracciata con due punti estremi di ancoraggio chiaramente definiti. Lo stato di salute maggiormente preferito è posto ad un estremo della scala, mentre quello meno preferito è posto all'altro estremo (Figura 3). Gli intervalli esistenti tra le varie posizioni corrispondono alle differenze di preferenza, come percepite dal paziente. Una variante di questa procedura è quella che comporta la costruzione di una scala intervallare semantica a più livelli di categorie o di stati di salute come la Scala di Attività e Performance (PAS) (71-73). Lo stato di salute maggiormente preferito ("può svolgere normalmente tutte le attività della vita quotidiana") è posto nella categoria 100, mentre quello meno preferito è posto nella categoria 0 ("è costretto a letto"); gli altri possibili stati di salute sono posti nella categoria che sembra più appropriata al soggetto, in modo da riflettere il grado delle preferenze di quest'ultimo, ipotizzando un'uguale variazione delle preferenze tra categorie adiacenti (Figura 3). Altre varianti alle classiche "rating scales" includono l'impiego di aiuti visivi, come l'uso del

"termometro", mediante una scala graduata da 0 a 100, che riporta l'indicazione degli stati di salute (0=peggiore stato di salute immaginabile; 100=migliore stato di salute immaginabile).

Il metodo dello "standard gamble" o del rischio standard è il metodo classico delle preferenze cardinali. Esso si basa direttamente sugli assiomi fondamentali delle teorie dell'utilità, esposti per la prima volta da von Neumann e Morgenstern nel 1953 (4). Il metodo può essere utilizzato per misurare le preferenze relative a stati di salute cronici, ma esso varia in una certa misura a seconda che lo stato cronico sia preferito o meno al decesso. Il metodo prevede che al soggetto vengano offerte due alternative. La prima alternativa consiste in un trattamento con due possibili risultati: o il soggetto ritorna al suo normale stato di salute e vive per altri  $t$  anni (con probabilità  $p$ ), oppure il paziente muore immediatamente (probabilità  $1-p$ ). La seconda alternativa presenta come unico risultato il perdurare dello stato in cui il paziente si trova per il resto della sua vita ( $t$  anni). Alla probabilità di morire con la prima alternativa terapeutica vengono attribuiti valori diversi fino al punto in cui l'intervistato è indifferente fra le due alternative (Figura 4). Dal momento che la maggior parte dei soggetti non è in grado di riferirsi facilmente alle probabilità, questo metodo è spesso coadiuvato nella sua applicazione dall'uso di aiuti visivi. Torrance

Tabella 4: Definizione della disabilità: valori pesati

	Descrizione	Peso
Classe 1	Limitazione nello svolgimento di almeno un'attività nell'ambito di una delle seguenti aree: tempo libero, apprendimento, lavoro, vita sessuale	0,096
Classe 2	Limitazione nello svolgimento della maggior parte delle attività nell'ambito di una delle seguenti aree: tempo libero, apprendimento, lavoro, vita sessuale	0,220
Classe 3	Limitazione nello svolgimento delle attività nell'ambito di due o più, delle seguenti aree: tempo libero, apprendimento, lavoro, vita sessuale	0,400
Classe 4	Limitazione nello svolgimento delle attività nell'ambito di tutte le seguenti aree: tempo libero, apprendimento, lavoro, vita sessuale	0,600
Classe 5	Necessità di assistenza nello svolgimento delle comuni attività della vita quotidiana (preparazione dei pasti, fare la spesa o i lavori domestici)	0,810
Classe 6	Necessità di assistenza per la cura della persona (nutrizione, igiene personale, uso dei servizi igienici)	0,920



## Standard gamble per una condizione cronica di malattia preferibile alla morte

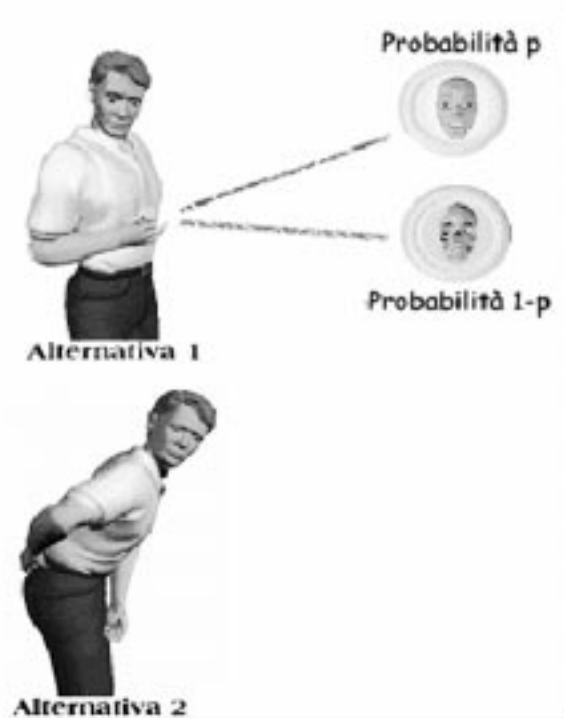


Figura 4

ha, inoltre, ampliato questo approccio per considerare anche stati di salute peggiori della morte e, mediante opportuni modelli di simulazione, stati di salute temporanei (61,62).

La tecnica “time trade-off” fu sviluppata da Torrance (61,62) ed è valida solo per quegli stati di salute che vengono preferiti alla morte. E’ più semplice dello “standard gamble”, pur trattandosi di un confronto abbinato in cui il soggetto deve scegliere tra due alternative terapeutiche: continuare a vivere un certo numero di anni ( $t$ ) con la malattia da cui è affetto oppure una condizione di buona salute per un tempo  $x$  inferiore a  $t$  seguita dalla morte. Il valore di  $x$  al quale l’intervistato risulta indifferente tra le due alternative viene utilizzato per calcolare il valore di preferenza relativo a quello stato (Figura 5). Tale metodo trova applicazione nei casi in cui la condizione di malattia cronica sia preferibile alla morte. Torrance ha modificato questa tecnica di base per valutare anche stati di salute considerati peggiori della morte, oppure stati di salute temporanei (62).

**Un trattamento con probabilità  $p$  di indurre una salute perfetta...**

**... e una morte immediata con probabilità  $1-p$**

**Vivere una condizione di disabilità per il resto della sua vita (+ anni)**

Le scale di valutazione dell’utilità trovano, in generale, potenziale applicazione in campo reumatologico per acquisire informazioni circa il rischio accettabile di un trattamento farmacologico. Tuttavia, questi metodi diretti di misura non sono né di semplice applicazione né di facile interpretazione ed il loro impiego richiede la consultazione di un economista esperto in questa metodologia (66-70). Inoltre, tali strumenti di valutazione risentono non solo della scarsa responsività ma anche della scarsa accettabilità da parte del paziente reumatico, poco incline ad accettare un rischio di decesso correlato al trattamento.

### Gli strumenti specifici

Gli strumenti specifici sono stati concepiti in modo tale da fornire informazioni più attinenti all’area di interesse (2,3,74-75). Le valutazioni specifiche in campo reumatologico, in particolare in pazienti affetti da reumatismi infiammatori cronici o da artrosi sono incentrate su aspetti della salute tipici e sul quadro sintomatologico (mobilità, destrezza,

## Possibilità di scelta del tempo di vita tra una condizione di salute o di malattia cronica preferibile alla morte (Time-trade off)

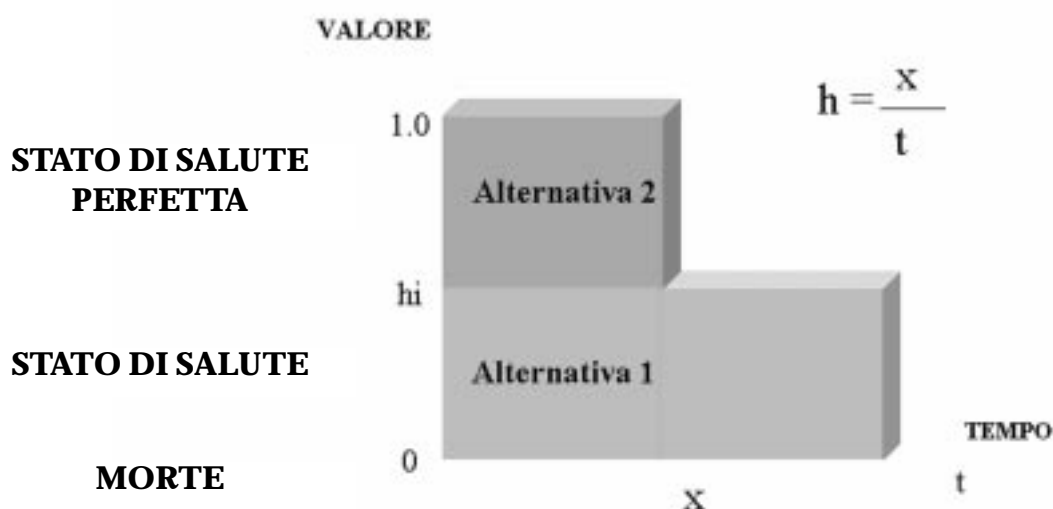


Figura 5

attività fisica, ruolo sociale e familiare, attività della vita quotidiana, dolore e stato psico-emotivo). Gli strumenti specifici più utilizzati a questo proposito sono rappresentati da: l'Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS) (76-79) e la sua versione recentemente rivisitata (AIMS2) (80,81), il McMaster Toronto Arthritis Patient Preference Questionnaire/Problem Elicitation Techniques (MACTAR/PET) (82), il Functional Status Index (FSI) (83), il Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) (84,85), l'indice algofunzionale di Lequesne (87,88), il Knee Injury and Osteoarthritis OutcomeScore (KOOS) (89,90), l'Health Assessment Questionnaire (HAQ) (91-102) ed il Toronto Functional Capacity Questionnaire (TQ) (103). Tali strumenti, testati in studi internazionali su popolazioni miste di pazienti ed in studi comparativi, si sono dimostrati di rilevante utilità nella valutazione e nel monitoraggio dello stato di salute del paziente reumatico in un'ampia gamma di interventi in campo reumatologico (96-102). Recentemente, sono stati proposti diversi questionari per la valutazione della QdV nel paziente con osteoporosi (104), fra i quali meritano menzione l'Osteoporosis

Assessment Questionnaire (OPAQ) (105), l'Osteoporosis Quality of Life Questionnaire (OQLQ) (106-108), l'Osteoporosis-Targered Quality of Life (OPTQoL) (109), l'Osteoporosis Functional Disability Questionnaire (OFDQ) (110,111) e soprattutto il Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis (QUALEFFO) (112,113).

L'AIMS è un questionario multidimensionale, autosomministrato, composto da 46 quesiti distribuiti in 9 sottoscale (76). Lo strumento è finalizzato ad esplorare le componenti principali dello stato di salute del malato reumatico: mobilità (4 quesiti), attività fisica (5 quesiti), destrezza (5 quesiti), ruolo sociale (7 quesiti), attività sociale (5 quesiti), attività quotidiane (4 quesiti), dolore (4 quesiti), depressione (6 quesiti), ansia (6 quesiti) (76). I quesiti sono disposti nel questionario con scalarità decrescente, cosicché il punteggio più elevato è quello che stabilisce anche il punteggio della scala. La versione italiana dell'AIMS, da noi validata in pazienti con artrite reumatoide (79) mostra, analogamente alla versione originale buone caratteristiche di validità e di affidabilità. Recentemente, Meenan e Mason (80) hanno

proposto e validato una versione rivisitata dell'AIMS, l'AIMS2. Rispetto alla versione precedente, sono stati ricalibrati e riformulati alcuni quesiti in ordine alle caratteristiche di scalarità, è stato ampliato il loro numero (78 quesiti) e sono state previste tre ulteriori dimensioni concernenti il lavoro, la funzionalità delle braccia ed il supporto della famiglia e degli amici (Tabella 5). Inoltre, sono state introdotte tre nuove sezioni (soddisfazione in ciascuna area della propria salute, impatto globale dell'artrite in ogni area, aree di speranza di miglioramento) di rilevante interesse in chiave valutativa. La soddisfazione determinata dalla capacità di eseguire determinati compiti e l'importanza percepita dalle proprie capacità ("priorità funzionale del paziente") rappresentano due fattori determinati nel processo di autovalutazione (80). Il test prevede di norma 20 minuti per la compilazione.

La validità e l'affidabilità dell'AIMS 2 hanno trovato conferme in ambito reumatologico ed è attualmente disponibile la versione italiana validata dell'AIMS2 (81).

Il MACTAR è un questionario specifico di valutazione della QdV, costituito da scale a quesito multiplo con le quali il paziente classifica, per ordine di importanza, le proprie attività funzionali in aree diverse (cura personale, mobilità, attività di ruolo, attività ricreative, attività sociali, stato emotivo, comunicazione e qualità del sonno) e da una valutazione a singolo quesito sulle modificazioni dello stato globale di salute. Di recente è stata proposta una variante del MACTAR, il Problem Elicitation Technique (PET) (82), che analogamente alla versione rivisitata AIMS2, enfatizza il concetto di "priorità funzionali del paziente". Il grado di difficoltà percepito nel-

Tabella 5: Arthritis Impact Measurement Scales 2 (AIMS2) - Concetti, numero dei quesiti, livelli di risposta e contenuto delle sottoscale

CONCETTI	QUESITI	LIVELLI	SOMMARIO DEI CONTENUTI
Livello di mobilità	5	21	Capacità di guidare, uscire, fare commissioni, da solo o assistito.
Camminare e flettersi	5	21	Difficoltà nell'adempire le attività vigorose, percorrere distanze, salire le scale, flettersi.
Funzionalità mani e dita	5	21	Facilità nello scrivere, abbottonarsi, girare la chiave, fare un nodo, aprire un vaso.
Funzionalità braccia	5	21	Facilità nel pulirsi la bocca con un tovagliolo, infilare un pullover, pettinarsi, raggiungere scaffali alti o il fondo schiena.
Cura persona	4	17	Necessità di aiuto per fare il bagno, vestirsi, andare al gabinetto, alzarsi e coricarsi.
Attività domestiche	4	17	Capacità di fare la spesa, cucinare, fare i lavori domestici, lavare.
Attività sociali	5	21	Frequenza di uscite, telefonate e riunioni sociali.
Supporto famiglia e amici	4	17	Assistenza, comprensione e interesse di familiari e amici.
Dolore	5	21	Gravità e frequenza del dolore.
Lavoro	4	17	Impatto della malattia sull'attività lavorativa, riduzione orario e produttività, assenze.
Livello di tensione	5	21	Tensione, irritabilità, capacità di rilassarsi.
Umore	5	21	Capacità di godere la vita, depressione, morale basso.

l'eseguire determinati compiti, la severità o la frequenza di ogni singolo problema indicato vengono, infatti, valutati dal paziente mediante l'utilizzo di scale semiquantitative a differenti livelli di gravità (da 0=nessuna difficoltà, a 7=attività impossibile). Il punteggio pesato della PET è determinato sommando i punteggi relativi ai 5 problemi più significativi. Il questionario può essere utilizzato solo da un intervistatore esperto, appositamente addestrato e l'intervista necessita di 15-20 minuti. In pazienti con artrite reumatoide indagini comparative rispetto, sia alle misure cliniche tradizionali che ad altri strumenti di valutazione della QdV, hanno dimostrato che il MACTAR/PET è dotato di buona capacità discriminante e di discreta sensibilità (82).

L'FSI esplora il grado di dipendenza, di dolore e di difficoltà ad adempiere alle comuni attività quotidiane. La versione originale dell'FSI è costituita da 45 quesiti e necessita di 60-90 minuti per la compilazione (83). La revisione del questionario ha conseguito la semplificazione del costrutto, migliorandone le caratteristiche psicometriche, oltre che la praticità d'uso. Tale versione, ridotta a 18 quesiti, raggruppati in 5 aree di interesse (mobilità, funzione della mano, cura personale, attività domestiche ed attività/ruolo sociale), richiede 20-30 minuti per la compilazione e necessità di un intervistatore. Benchè lo strumento non sia stato impiegato in studi di farmacodinamica, le sue caratteristiche di validità, riproducibilità e responsività sono state comprovate in studi comparativi.

Il WOMAC è stato concepito specificamente per la valutazione di pazienti affetti da osteoartrite del ginocchio e dell'anca, è costituito da 24 quesiti attinenti a 3 componenti principali dello stato di salute: dolore (5 quesiti), rigidità articolare (2 quesiti) e funzione fisica (17 quesiti) (84,85). Ogni quesito consente 5 risposte (secondo una scala semiquantitativa, tipo Likert scale) in relazione al grado di intensità del dolore, della rigidità o della difficoltà di adempiere alle comuni attività quotidiane: 0=assente; 1=leggero;

2=moderato; 3=forte; 4=molto forte. L'uso di una tale scala, semplice e rapida da un lato, comporta, tuttavia, una scarsa sensibilità (o responsività) nel rilevare modeste variazioni del sintomo dolore (3); inoltre non è possibile quantificare l'entità della differenza tra i termini descrittivi del dolore. Il livello 3 indica un valore superiore a 2 ma non si può affermare che la variazione 1-2 sia equivalente a quella 2-3. I nostri dati, in accordo con la letteratura, sottolineano i limiti operativi di tali scale verbali in condizioni caratterizzate da bassi livelli algici come l'osteoartrosi (3,71). Più di recente, è stata proposta una versione (WOMAC 3.0) i cui quesiti sono strutturati su scale analogiche visuali (0=nessuna difficoltà; 100=estrema difficoltà). Tale tipo di scala non presenta problemi di tipo semantico e consente al paziente un numero di scelte teoricamente infinito. Il suo utilizzo è, inoltre, confortato dalla riproducibilità, dalla maggiore precisione e dal buon grado di correlazione che questa scala razionale ha nei confronti delle altre scale categoriali (84-86). La critica principale alla metodica è che essa richiede un notevole sforzo di astrazione da parte del paziente e un'attenta spiegazione del proprio significato. Sebbene l'affidabilità e la sensibilità del WOMAC siano state ampiamente comprovate, il questionario ha dimostrato, nella versione originale, una scarsa validità di contenuto (comprensività). Il WOMAC nella versione 3.0 viene, solitamente, autocompilato dal paziente in circa 10-15 minuti. Il costrutto del questionario, orientato prevalentemente alla misura dell'impegno algo-funzionale degli arti inferiori, dovrebbe essere integrato, per finalità discriminative, specie nei soggetti anziani in cui la comorbilità è frequente, dall'utilizzo di strumenti generici.

L'indice algo-funzionale di Lequesne è costituito, in realtà, di due strumenti sviluppati da Lequesne per la valutazione dell'impatto algo-funzionale della coxartrosi e della gonartrosi (87,88). L'indice è costituito da 18 quesiti attinenti a 3 aree principali: dolore o fastidio (5 quesiti), massima distanza percor-



sa (9 quesiti) e attività della vita quotidiana (4 quesiti) (87,88). Ogni quesito consente risposte in relazione al grado di intensità del dolore, della massima distanza percorsa o della difficoltà di adempiere alle comuni attività quotidiane. I quesiti e le scale dell'indice di Lequesne sono organizzati in modo tale che tanto più è elevato il punteggio tanto peggiore è lo stato di disabilità del soggetto. In particolare, punteggi compresi fra 1-4 esprimono un grado di handicap lieve, fra 5-7 moderato, fra 8-10 grave, 11-13 molto grave e  $\geq 14$  estremamente grave. I due indici algo-funzionali sono identici per quanto attiene 4 dei 5 items sul dolore e la distanza percorsa, mentre differiscono sui quesiti relativi alle attività della vita quotidiana. Sebbene vi siano contributi della letteratura che ne comprovino l'affidabilità, la sensibilità e l'accuratezza, alcuni elementi rimangono tuttora da chiarire. In particolare, non sono del tutto chiari i seguenti aspetti: a) il criterio metodologico in base al quale sono state selezionati i quesiti; b) se il questionario debba essere autosomministrato o necessiti, invece, di un intervistatore; c) come siano stati determinati i "cut-off points" relativi al punteggio finale; d) il razionale biometrico alla base del costruito dello strumento. Il questionario richiede 5-7 minuti per la sua compilazione.

Il KOOS è stato concepito ed impiegato principalmente per monitorare gli effetti del trattamento (farmacologico, chirurgico e riabilitativo) in pazienti con gonartrosi post-traumatica ed è strutturato nelle seguenti sottoscale: a) dolore (9 quesiti), b) altri sintomi quali la rigidità articolare, la tumefazione ecc (7 quesiti), c) limitazione funzionale nelle attività quotidiane (17 quesiti), d) limitazione funzionale nelle attività sportive o ricreative (5 quesiti), e) qualità della vita correlata alla compromissione funzionale del ginocchio (4 quesiti) (89,90). Ogni quesito consente 5 risposte (secondo una Likert scale da 0 a 4) e lo score finale viene calcolato mediante procedura di normalizzazione per ogni singola sottoscala (100=nessun sintomo; 0=massima gravità). Il test, solitamente autosommini-

strato, viene completato dal paziente in circa 15 minuti.

L'HAQ comprende 20 quesiti riguardanti altrettanti atti della vita quotidiana, suddivisi in 8 differenti categorie: lavarsi e vestirsi, alzarsi, camminare, igiene, attività, mangiare, raggiungere oggetti ed afferrare (91). Ogni quesito consente 4 risposte (Likert-scale), in relazione al grado di difficoltà che comporta l'azione richiesta: 0= senza difficoltà; 1= con qualche difficoltà; 2= con molta difficoltà; 3= non possibile. Per ogni categoria viene considerato il punteggio più alto; la somma dei punteggi (da 0 a 24) diviso 8, rappresenta il punteggio finale dell'HAQ, che può variare, quindi, da un minimo di 0 ad un massimo di 3 (91). Variazioni del punteggio dell'HAQ pari al 22-36% (corrispondenti a 0.22-0.46 punti) vengono considerati, nei trial clinici dell'artrite reumatoide, clinicamente importanti (92). Una riduzione del punteggio complessivo dell'HAQ pari al 7% viene percepito dal paziente come clinicamente rilevante (93).

Il questionario viene, di solito, completato in 5-8 minuti, senza alcuna difficoltà di comprensione. Il questionario, validato anche nella versione italiana (94,95) ed ampiamente utilizzato in campo reumatologico (96-102), esplora elettivamente la disabilità funzionale e, pertanto, la sua applicazione dovrebbe essere integrata da altri strumenti multidimensionali, quali i questionari generici (ad esempio l'SF-36) o più semplicemente da scale di valutazione dell'impatto psicosociale (ad esempio le scale della depressione, dell'ansia e delle attività sociali dell'AIMS o AIMS2).

Il TQ valuta l'efficienza funzionale nella cura della persona, nelle attività degli arti superiori, nella mobilità, nel lavoro e nelle attività del tempo libero (103). Il questionario viene, di norma, proposto da un intervistatore addestrato e richiede 15-20 minuti per il completamento. Con l'avvento dei questionari autosomministrati, l'utilizzo del TQ è stato progressivamente abbandonato.

## Conclusioni

La valutazione della QdV introduce una moderna prospettiva nell'approccio del medico alla gestione del paziente con malattie reumatiche (104), in quanto i benefici ed i rischi possono essere valutati non solo sulla base delle osservazioni e delle percezioni del medico, ma anche e soprattutto sulla base dei valori personali del singolo paziente, che in tale modo può avere un ruolo non trascurabile nell'orientare le scelte terapeutiche nei propri confronti. Sebbene a tutt'oggi nessuno degli strumenti disponibili sia risultato in grado di soddisfare pienamente i criteri di misurazione complessiva del "burden of life" dei malati reumatici, i dati raccolti nel contesto di numerosi studi di validazione e la nostra personale esperienza, comprovano l'affidabilità e la validità dei questionari di valutazione della QdV in merito all'identificazione dei bisogni dei pazienti reumatici, nello stabilire le priorità degli interventi terapeutici e riabilitativi e nella pianificazione strategica degli interventi sanitari

## Summary

The past decade has seen an upsurge of interest in the measurement of health-related quality of life (HRQoL). Hundreds of generic instruments such as the Medical Outcome Survey Short Form-36 (SF-36), General Health Questionnaire (GHQ), and the Nottingham Health Profile (NHF), among others, and disease-specific scales such as the Health Assessment Questionnaire (HAQ), the Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS), and the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) have been developed. Self- or interviewer-administered questionnaires can be used to measure cross-sectional differences in HRQoL between patients at a point in time (discriminant instrument) or longitudinal changes in HRQoL within patients during a period of time (evaluative

instruments). This type of information may be also important to health care planners and policy makers in their decisions regarding resource allocation. Both discriminative and evaluative instruments must be practical, valid (really measuring what they are supposed to measure), reliable and responsive. Despite the proliferation of instruments and the burgeoning theoretical literature devoted to the measurement of HRQoL, no unified approach has been devised for its measurement, and little agreement has been attained on what it means. This paper reviews the psychometric principles of these instruments and outlines a pragmatic approach that yields consistently satisfactory disease measures of HRQoL.

## Riassunto

Nell'ultimo decennio vi è stato un crescente interesse nella misura della qualità della vita. Centinaia di strumenti generici, quali il Medical Outcome Survey Short Form-36 (SF-36), il General Health Questionnaire (GHQ) ed il Nottingham Health Profile (NHF) ed artrite-specifici, come ad esempio l'Health Assessment Questionnaire (HAQ), l'Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS) o il Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) sono stati proposti in letteratura a questo scopo. I questionari, autosomministrati o proposti per intervista diretta, vengono impiegati per caratterizzare una certa malattia nei pazienti e fra i pazienti che ne sono affetti (finalità discriminativa) o per acquisire informazioni utili per seguire il decorso della malattia in relazione all'evoluzione nel tempo (finalità valutativa). Inoltre, possono fornire preziose informazioni concernenti la programmazione e la pianificazione strategica della politica sanitaria nell'ottica della razionalizzazione delle risorse. Entrambi i tipi di strumenti devono soddisfare i requisiti di praticità, validità (capacità di misurare l'entità per la quale lo strumento è stato proposto), affidabilità e responsività. Nonostante la pleora dei questionari a tutt'oggi disponibili, non esiste un approccio univoco, in grado di consentire una valutazione ideale dello stato globale di salute del malato reumatico cronico. In questa sede vengono esaminate le caratteristiche psicometriche di tali strumenti, sottolineati pregi e difetti e delineate le principali linee guida per un loro razionale utilizzo.

## Bibliografia

1. World Health Organization. International classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH): a manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: WHO, 1980.
2. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 28:835-40.
3. Salaffi F, Peroni M, Ferraccioli GF. Qualità della vita in reumatologia: metodi di valutazione. *Seminari sul dolore* 1991; 4: 11-26.
4. von Neumann J, Morgensten O. Theory of games and economic behaviour. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1994.
5. Lord FM. Application of item response theory to practical testing problems. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, 1980.
6. Deyo RA, Inui TS. Toward clinical applications of health status measures: sensitivity of scales to clinically important changes. *Health Serv Res* 1984; 19: 275-89.
7. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 118: 622-9.
8. Secherest L, Bay TL, Zaidi SMH. Problems of translation in cross-cultural research. *J Cross-cultural Psychol* 1972; 3: 41-56.
9. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 1417-32.
10. Bosi Ferraz M. Cross cultural adaptation of questionnaires: what is it and when should it be performed? *J Rheumatol* 1997; 24: 2066-8.
11. Festein AR. *Clinometrics*. New Haven, Conn. Yale University Press 1987: 141-66.
12. Oxman AD, Guyatt GH. Validation of an index of the quality of review articles. *J Clin Epidemiol* 1991; 44: 1271-8.
13. Cronbach LJ. *Essentials of psychological testing*. New York: Harper and Row, 1970.
14. Liang MH, Larson MG, Cullen KE, Schwartz JA. Comparative measurement efficiency and sensitivity of five health status instruments for arthritis research. *Arthritis Rheum* 1985; 28: 542-7.
15. Deyo RA, Inui TS. Toward clinical applications of health status measures: sensitivity of scales to clinically important changes. *Health Serv Res* 1984; 19: 277-89.
16. Fitzpatrick R, Ziebland S, Jenkinson C, Mowat A. Importance of sensitivity to change as a criterion for selecting health status measures. *Med Care* 1989;27:S168-77
17. Guyatt GH, Deyo RA, Charlson M, Levine MN, Mitchell A. Responsiveness and validity in health status measurement: a clarification. *J Clin Epidemiol* 1989;42:403-8.
18. Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care* 1989; 27: S217-32.
19. Swets JA. ROC analysis applied to the evaluation of medical imaging techniques. *Invest Radiol* 1979; 14: 109-21.
20. Zweig MH, Campbell G. Receiver-operating characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine. *Clinical Chemistry* 1993; 39: 561-77.
21. Swets JA. Measuring the accuracy of diagnostic systems. *Science* 1988; 240: 1285-93.
22. Hauley JA, McNeil BJ. The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. *Radiology* 1982; 143:29-36.
23. Hauley JA, McNeil BJ. A method of comparing the areas under receiver operating characteristic curves derived from the same cases. *Radiology* 1983; 148: 839-43.
24. Guyatt GH, van Zanten SJOV, Feeny DH, Patrick DL. Measurement quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. *Can Med Assoc* 1989; 140: 1441-8.
25. Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. The NFER-Nelson Publishing Company Ltd. Berkshire, 1988.
26. Sanderman R, Stewart R. The assessment of psychological distress: psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ). *Int J Health Sciences* 1990; 1: 195-202.
27. van Sonderen E. Measurement of social network and social support empirical results in relation to the Euridiss instruments. *Int J Health Sciences* 1990; 1: 203-16.
28. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). 1. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-81.
29. Ware JE, Gandek B and the IQOLA Project Group. The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *Int J Mental Health* 1994; 23: 49-73.
30. McHorney CA, Ware JE, Lu JFR. The MOS 36-item short-form health status survey (SF-36). III. Tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994; 32: 40-66.
31. Apolone G, Mosconi P. Come usare il questionario sullo stato di salute SF-36 (versione italiana). Progetto IQOLA. Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", 1996.
32. Hopman WA, Towheed T, Anastassiades T et al. Canadian normative data for the SF-36 health survey. *CMAJ* 2000; 163: 265-71.
33. Salaffi F. Valutazione della qualità della vita nelle malattie reumatiche. In atti del "XXXVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Reumatologia", Milano, 15-18 novembre 2000. *Reumatismo* 52 (Suppl 2); 27-31, 2000.
34. Talamo J, Frater A., Gallivan S, Young A. Use of the Short Form 36 (SF-36) for health status measurement in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1997; 36: 463-9.
35. Husted JA, Gladman DD, Farewell VT, Long JA, Cook RJ. Validating the SF-36 Health Survey questionnaire in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 1997; 24: 511-7.
36. Da Costa D, Dobkin PL, Fitzcharles MA et al. Determinants of health status in fibromyalgia: a comparative study with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2000;27:365-72.
37. Kosinski M, Keller SD, Hatoum HT, Kong SX, Ware JE

- Jr. The SF-36 Health Survey as a generic outcome measure in clinical trials of patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis: tests of data quality, scaling assumptions and score reliability. *Med Care*. 1999;37:MS10-22.
38. Martin DP, Engelberg R, Agel J, Swiontkowski MF. Comparison of the musculoskeletal function assessment questionnaire with the Short Form-36, the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, and the Sickness Impact Profile health-status measures. *J Bone Joint Surg Am*. 1997;79:1323-35.
  39. Strombeck B, Ekdahl C, Manthorpe R, Wikstrom I, Jacobsson L. Health-related quality of life in primary Sjögren's syndrome, rheumatoid arthritis and fibromyalgia compared to normal population data using SF-36. *Scand J Rheumatol*. 2000; 29: 20-8.
  40. Bergner M, Bobbitt RA, Pollard WE et al. The Sickness Impact Profile: validation of the health status measure. *Med Care* 1976; 14: 56-67.
  41. Bergner N, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19: 787-805.
  42. Follick MJ, Smith TW, Ahern DK. The Sickness Impact Profile: a global measure of disability in chronic low back pain. *Pain* 1985; 21: 67-76.
  43. Sullivan M, Ahlmèn M, Bjelle A. Health status assessment in rheumatoid arthritis. I. Further work on the validity of the Sickness Impact Profile. *J Rheumatol* 1990; 17: 439-47.
  44. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med* 1981; 15: 221-9.
  45. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J Roy Coll Gen Pract* 1985; 35: 185-8.
  46. Houssien DA, McKenna SP, Scott DL. The Nottingham Health Profile as a measure of disease activity and outcome in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1992; 36: 69-73.
  47. WHOQOL Group. The World Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46: 1569-85.
  48. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998; 28: 551-8.
  49. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research* 1993; 2: 153-9.
  50. Chambers LW. The McMaster Health Index Questionnaire: assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. Edited by NK Wenger, ME Mattson, J Elison. New York. Lejac Publishing, 1984.
  51. Brook RH, Ware JE Jr, Davies-Avery A et al. Overview of adult health status measures fielded in Rand's Health Insurance Study. *Med Care* 1979; 7: 1-131.
  52. Hurst NP, Jobanputra P, Hunter M, and the Economic and Health Outcomes Research Group. Validity of EUROQoL. A generic health status instrument in patient with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1994; 33: 655-62.
  53. Hurst NP, Kind P, Ruta D, Hunter M, Stubbings A. Measuring health-related quality of life in rheumatoid arthritis: validity, responsiveness and reliability of EUROQOL (EQ-5D). *Br J Rheumatol* 1997; 36: 551-9.
  54. Dolan P. Modeling valuations for EuroQol health states. *Med Care*. 1997;35:1095-108.
  55. Essink-Bot ML, Krabbe PF, Bonsel GJ, Aaronson NK. An empirical comparison of four generic health status measures. The Nottingham Health Profile, the Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey, the COOP/WONCA charts, and the EuroQol instrument. *Med Care*. 1997 May;35(5):522-37.
  56. Hurst NP, Jobanputra P, Hunter M, Lambert M, Lochhead A, Brown H. Validity of Euroqol--a generic health status instrument--in patients with rheumatoid arthritis. *Economic and Health Outcomes Research Group*. *Br J Rheumatol*. 1994 Jul;33(7):655-62.
  57. Fransen M, Edmonds J. Reliability and validity of the EuroQol in patients with osteoarthritis of the knee. *Rheumatology (Oxford)*. 1999 Sep;38(9):807-13.
  58. Wolfe F, Hawley DJ. Measurement of the quality of life in rheumatic disorders using the EuroQol. *Br J Rheumatol*. 1997 Jul;36(7):786-93.
  59. Hurst NP, Kind P, Ruta D, Hunter M, Stubbings A. Measuring health-related quality of life in rheumatoid arthritis: validity, responsiveness and reliability of EuroQol (EQ-5D). *Br J Rheumatol*. 1997 May;36(5):551-9.
  60. Raiffa H. *Decision analysis: introductory lectures on choices under uncertainty*. Reading MA, Addison Wesley, 1968.
  61. Torrance G. Measurement of health status utilities for economic appraisal. *J Health Econ*. 1986; 5: 1-30.
  62. Torrance G. Utility approach to measuring health related quality of life. *J Chronic Dis* 1987; 40: 593-600.
  63. Balaban D, Sagi PV, Godfarb NI, Nettler S. Weights for scoring the QWB instrument among RA patients: a comparison to general population weights. *Med Care* 1986; 24: 973-80.
  64. Richardson J, Nord E. The importance of perspective in the measurement of quality-adjusted life years. *Med Decis Making* 1997; 17: 33-41.
  65. Guillemin F. The value of utility: assumptions underlying preferences and quality adjusted life years. *J Rheumatol* 1999; 26: 1861-3.
  66. Bleichrodt H, Johannesson M. Standard gamble, time trade-off and rating scale: experimental results on the ranking properties of QALYs. *J Health Econ*. 1997 Apr;16(2):155-75.
  67. Ackerman SJ, Beusterien KM, Mafilios MS, Wood MR. Measuring preferences for living in U.S. states: a comparison of the rating scale, time trade-off, and standard gamble. *Acad Radiol*. 1998;5 Suppl 2: S291-6.
  68. Bennett KJ, Torrance GW. Measuring health state preferences and utilities: rating scales, time trade-off and standard gamble techniques. In Spilker B ed. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven 1996: 253-65.
  69. Goossens ME, Vlaeyen JW, Rutten-van Molken MP, van der Linden SM. Patient utilities in chronic musculoskeletal pain: how useful is the standard gamble method? *Pain*. 1999;80:365-75.
  70. Murray CJL. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bulletin World Health Organization* 1994; 72: 429-45.

71. Salaffi F, Cavalieri F, Nolli M, Ferraccioli GF. Analysis of disability in knee osteoarthritis. Relationship with age and psychological variables but not with radiographic score. *J Rheumatol* 1991; 18: 1581-6.
72. Salaffi F, Ferraccioli GF, Carotti M, Blasetti P, Cervini C. La disabilità nell'artrite reumatoide: valore predittivo dell'età e della depressione. *Rec Prog Med* 1992; 83: 675-9.
73. Cavalieri F, Salaffi F, Ferraccioli GF. Relationship between physical impairment, psychological variable and pain in rheumatoid disability. An analysis of their relative impact. *Clin Exp Rheumatol* 1991; 9: 47-50.
74. Borstlap M, van de Lar M, Zant J, van der Korst J. Components of health. An analysis in rheumatoid arthritis using quality of life questionnaires and clinical and laboratory variables. *Ann Rheum Dis* 1993; 52: 650-4.
75. Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care* 1989; 27: S217-32.
76. Meenan RF, Gertman MP, Mason JH. Measuring health status in arthritis. The Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis Rheum* 1980; 23: 146-52.
77. Meenan RF, Gertman MP, Mason JH, Dunaif R. The Arthritis Impact Measurement Scales. Further investigations of a health status measure. *Arthritis Rheum* 1982; 25: 1048-53.
78. Mason JH, Anderson JJ, Meenan RF. A model of health status for rheumatoid arthritis. A factor analysis of the Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 714-20.
79. Salaffi F, Ferraccioli GF, Troise Rioda W, Carotti M, Sacchini G, Cervini C. Validità ed affidabilità della versione italiana dell'Arthritis Impact Measurement Scales in pazienti con artrite reumatoide. *Rec Prog Med* 1992; 83: 7-11.
80. Meenan RF, Mason JH, Anderson JJ, Guccione AA, Kazis LE. AIMS2. The content and properties of a revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales health status questionnaire. *Arthritis Rheum* 1992; 35: 1-10.
81. Salaffi F, Piva E, Bareca C, on behalf of Gonarthrosis and Quality of Life (GOQUOLA) Study Group. Validation of an Italian version of the Arthritis Impact Measurement Scales 2 (ITALIAN-AIMS2) for patients with osteoarthritis of the knee. *Rheumatology* 2000;39:720-6.
82. Tugwell P, Bombardier C, Buchanan W, Goldsmith CH, Grace E, Hanna B. The MACTAR Patient Preference Disability Questionnaire. An individualized functional priority approach for assessing improvement in physical disability in clinical trials in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1987; 14: 446-51.
83. Jette AM, Deniston OL. Inter-observer reliability of a functional status assessment instrument. *J Chron Dis* 1978; 31: 573-80.
84. Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt L. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically-important patient-relevant outcomes following total hip or knee arthroplasty in osteoarthritis. *J Orthop Rheumatol* 1988; 1: 95-108.
85. Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt L. Validation study of WOMAC. A health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol* 1988; 15: 1833-40.
86. Salaffi F, Blasetti P, Del Medico P, Stancati A, Carotti M. Affidabilità e validità della versione italiana del WOMAC nella valutazione della gonartrosi sintomatica. *Reumatismo* 52 (Suppl 2); abstr. pag 602, 2000.
87. Lequesne MG, Mery C, Samson M, Gerard P. Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee. Validation value in comparison with other assessment tests. *Scand J Rheumatol* 1987;65:85-9.
88. Lequesne MG, Samson M. Indices of severity in osteoarthritis for weight bearing joints. *J Rheumatol Suppl.* 1991;27:16-8.
89. C. Roos EM, Roos PH, Lohmander LS et al. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS): Development of a self-administered outcome measure. *J Orthop Sports Phys Ther* 1998; 78: 88-96.
90. Roos EM, Roos HP, Ekdahl C et al. Knee injury and Osteoarthritis Outcomes Score (KOOS) -validation of a Swedish version. *Scand J Med Science Sports* 1998; 8: 439-48.
91. Fries JF, Spitz PW, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 1980; 23: 137-45.
92. Goldsmith C, Boers M, Bombardier C, Tugwell P, for the OMERACT Committee Criteria for clinically important changes in outcomes: development, scoring and evaluation of rheumatoid arthritis patients and trial profiles. *J Rheumatol* 1993; 20: 561-5.
93. Wells G, Tugwell P, Kraag G, Baker P, Groh J, Redelmeier D. Minimum important differences between patients with rheumatoid arthritis: the patient's perspective. *J Rheumatol* 1993; 20: 557-60.
94. Ranza R, Marchesoni A, Calori G et al. The Italian version of the functional disability index of the Health Assessment Questionnaire. A reliable instrument for multicenter studies on rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 1993; 11: 123-8.
95. Salaffi F, Carotti M, Cervini C. Health Assessment Questionnaire: la versione italiana di uno strumento di valutazione della qualità della vita nel paziente con artrite reumatoide. *Adria Med* 1997; 19: 5-11.
96. Abbott CA, Helliwell PS, Chamberlain MA. Functional assessment in ankylosing spondylitis: evaluation of a new self-administered questionnaire and correlation with anthropometric variables. *Br J Rheumatol* 1994; 33: 1060-6.
97. Wolfe F, Anderson J, Harkness D et al. Health status and disease severity in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997; 40: 1571-9.
98. Wolfe F, Cathey MA. The assessment and prediction of functional disability in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1991; 18: 1298-306.
99. Salaffi F, Carotti M, Sartini A, Cervini C. A prospective study of the long-term efficacy and toxicity of low-dose methotrexate in rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 1995; 13: 23-28.
100. Salaffi F, Carotti M, Cervini C. Serum soluble interleukin-2 receptor levels in rheumatoid arthritis: effect of methotrexate, sulphasalazine and hydroxychloroquine therapy. *Clin Rheumatol* 1995; 14: 458-63.
101. Salaffi F, Carotti M, Cervini C. Combination therapy of cyclosporine A with methotrexate or hydroxychloroquine in refractory rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1996; 25: 16-23.
102. Salaffi F, Peroni M, Ferraccioli GF. Discriminating ability of composite indices for measuring disease acti-

- vity in rheumatoid arthritis: a comparison of the Chronic Arthritis Systemic Index, Disease Activity Score and Thompson's articular index. *Rheumatology* 2000; 39: 90-6.
103. Bombardier C, Ware J, Russel II, Larson M, Chalmers A, Read JL. Auranofin therapy and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Results of a multi-center trial. *Am J Med* 1986; 81: 565-78.
  104. Salaffi F. La misurazione della qualità della vita ai fini della valutazione economica nell'osteoporosi. *Progr Reumatol* 2000; 2:61-75.
  105. Silverman SL, Mason J, Greenwald M. The Osteoporosis Assessment Questionnaire (OPAQ): a reliable and valid self-assessment measure of quality of life in osteoporosis (abstr). *J Bone Mineral Res* 1994; 8: S343.
  106. Randell AG, Bhalerao N, Nguyen TV, Sambrook PN, Eisman JA, Silverman SL. Quality of life in osteoporosis: reliability, consistency, and validity of the Osteoporosis Assessment Questionnaire. *J Rheumatol* 1998; 25: 1171-9.
  107. Cantarelli FB, Szejnfeld VL, Oliveira LM, Cicconelli RM, Ferraz MB. Quality of life in patients with osteoporosis fractures: cultural adaptation, reliability and validity of the Osteoporosis Assessment Questionnaire. *Clin Exp Rheumatol* 1999; 17: 547-51.
  108. Lydick E, Zimmerman SI, Yawn B et al. Development and validation of a discriminative quality of life questionnaire for osteoporosis (the OPTQoL). *J Bone Miner Res* 1997; 12: 456-63.
  109. Chandler JM, Martin AR, Girman C et al. Reliability of an Osteoporosis-Targeted Quality of Life Survey instrument for use in the community: OPTQoL. *Osteoporosis Int* 1998; 8: 127-35.
  110. Cook D, Guyatt GH, Adachi JD et al. Quality of life issues in women with vertebral fractures due to osteoporosis. *Arthritis Rheum* 1993; 36: 750-6.
  111. Helmes E, Hodman A, Lazowski D et al. A questionnaire to evaluate disability in osteoporotic patients with vertebral compression fractures. *J Gerontology Med Sci* 1995; 50A: M91-M98.
  112. Lips P, Agnusdei D, Caulin F et al. The development of a European questionnaire for quality of life in patients with vertebral osteoporosis. *Scand J Rheumatol* 1996; 103: 84-5.
  113. Lips P, Cooper C, Agnusdei D et al. Quality of life in patients with vertebral fractures: validation of the Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis (QUALEFFO). *Osteoporosis Int* 1999; 10: 150-60.

**Valutazione del dolore  
nelle malattie reumatiche:  
aspetti biometrici e semantici**

## Introduzione

*"Descrivere il dolore unicamente in termini di intensità è come descrivere il mondo visibile solo in termini di flusso luminoso senza tenere conto del contesto, del colore, delle gradazioni e delle molte altre dimensioni dell'esperienza visiva"*

*(Melzak R. 1975)*

Misurare oggettivamente un'esperienza soggettiva: questa è la sfida concettuale e metodologica che da sempre il dolore propone a clinici e ricercatori. Da un punto di vista storico, la valutazione quantitativa e la misurazione del dolore nell'uomo risalgono probabilmente ad oltre un secolo fa e coincidono con gli studi psicofisici di von Frey (1) successivi all'isolamento di zone cutanee specifiche per il dolore. Il progredire delle ricerche in questa direzione ha portato notevoli contributi alla conoscenza dei fenomeni dolorosi, sebbene ancora non si sia riusciti ad avere una definizione omnicomprensiva: "Il dolore è una sensazione personale spiacevole associata ad un danno tessutale attuale o potenziale o descritta in termini di tale danno tessutale". A questa definizione dell'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (2), abbiamo associato il termine "personale" in quanto, mentre nella spiacevolezza ritroviamo molteplici fattori affettivo-negativi comuni a tutti gli individui, l'elaborazione di questi fattori secondo la cultura, la personalità ed in generale le profonde differenze individuali, conduce all'espressione esteriore dell'esperienza algica. Si tratta, in sostanza, di un complesso fenomeno, soggettivo e percettivo che presenta varie dimensioni – intensità, qualità, andamento nel tempo, impatto, significato personale – che sono vissute da ogni paziente in maniera unica e, perciò, può essere valutato soltanto indirettamente. È proprio la componente reattiva del dolore quella che ci pone, più delle altre, in posizione critica nei riguardi della sua misurabilità, specie se riferita ai metodi unidimensionali, in quanto è a questo livello che esso si esprime e si manifesta al paziente con il proprio "linguaggio", spesso difficilmente traducibile ad una seconda persona: il medico (3,4).

Sotto il concetto di algometria (o algosimetria) sono compresi i metodi scientifici che si occupano del dolore nel senso esposto (5,6). L'algometria, a sua volta, può essere suddivisa in algometria clinica, che studia il dolore quale si presenta nel corso delle malattie, e in algometria sperimentale. Quest'ultima si occupa di dolori che insorgono per effetto di stimoli standard, prodotti sperimentalmente in persone sane disponibili ai test o in pazienti. Diversamente dall'algometria clinica, l'algometria sperimentale consente un controllo accurato degli stimoli dolorifici. Perciò, sotto il profilo scientifico i metodi sperimentali di misurazione del dolore sono importanti per una migliore comprensione delle condizioni di insorgenza e di decorso delle percezioni dolorose. Nella prassi medica tali metodi possono essere utilizzati quando si tratta di analizzare, in particolare, disturbi del sistema nocicettivo, per esempio in neurologia, neurochirurgia e anestesia. Un altro campo di applicazione dell'algometria è lo studio da parte del farmacologo clinico degli effetti esercitati dagli analgesici nell'uomo.

Le diatribe sulle differenze fra dolore sperimentale (provocato e misurabile) e quello clinico ("vissuto" spesso drammaticamente) e gli inevitabili riflessi pratici in tema di misurazione del dolore prescindono quasi sempre da un particolare piuttosto importante: che cioè al momento attuale, si continuano a proporre sempre nuove definizioni del dolore certamente non per leziosità semantica o per puro esercizio tassonomico, ma soltanto perché l'intima essenza del fenomeno dolore è tutt'ora incerta. Tursky (7) ha sottolineato che in questo ambito esiste un paradosso, poiché a ricerche di laboratorio sempre più sofisticate e complesse si accompagna una corrispon-



dente mancanza di approfondimento dei metodi di misurazione clinica del dolore.

### Metodi di valutazione del dolore in reumatologia

Il dolore rappresenta un evento comune in corso di malattie reumatiche e riveste valore predittivo nei confronti del decorso della malattia, del grado di disabilità, di utilizzo di presidi terapeutici (numero di visite, rischio di ospedalizzazione, richiesta di farmaci) e delle conseguenze socio-economiche e lavorative (8, 9). E' pertanto facilmente intuibile che il riuscire ad individuare i livelli di inibizione funzionale e comportamentale, determinati dal dolore sullo stato globale di salute (Figura 1) (10), può risultare di aiuto nell'aprontare, indipendentemente dagli schemi farmacologici, una serie di programmi (rilassamento, tecniche di economia articolare, strategie cognitive nell'affrontare i problemi ecc.) volti ad un maggiore coinvolgimento dei pazienti reumatici nella gestione della propria salute. In questo senso, le linee guida proposte dall'American College of Rheumatology (ACR) (11) e dall'European League Against Rheumatism (EULAR) (12) e dalle confe-

renze internazionali "Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials" (OMERACT II e III) (13,14) e "Guidelines for Testing Slow Acting Drugs in Osteoarthritis" (15) hanno trovato ampia convergenza ed hanno incluso, fra le misure raccomandate nella valutazione prognostica delle principali reumoartropatie, anche quelle concernenti la valutazione del dolore. Il crescente riconoscimento dell'opinione del paziente circa gli effetti degli interventi di assistenza sanitaria e dell'impatto della malattia cronica sullo stato di salute ha favorito, in particolare, lo sviluppo di strumenti di valutazione del dolore cronico, che hanno trovato largo impiego in reumatologia (16,18).

Le misurazioni algometriche in ambito clinico, ed in particolare in reumatologia, sono gravate da profonde connotazioni emotive e non esiste relazione psicofisica tra stimolo fisico ed intensità della percezione, così come avviene nel caso di dolori sperimentali indotti in laboratorio. Non può sorprendere, quindi, la varietà delle metodiche applicate alla misura del dolore in tale condizione che non include solo la componente sensoriale

### Contributo relativo del dolore, della disabilità e delle variabili psico-affettive (ansia e depressione) nell'autovalutazione dello stato globale di salute in pazienti con artrite reumatoide e fibromialgia

*(Coefficienti standardizzati della pooled series regression analysis)*

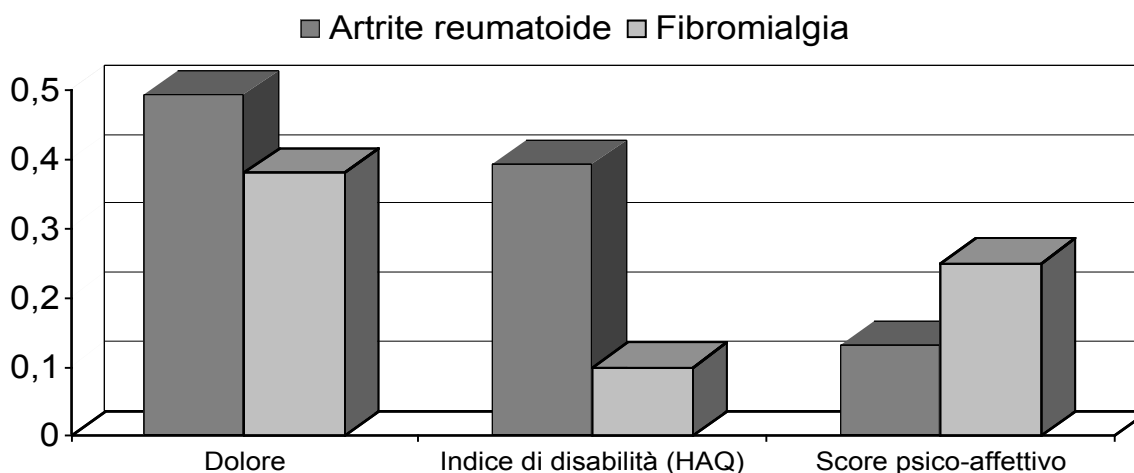


Figura 1

(Salaffi F et al. *Reumatismo* 1998; 50, 2: 217)

del dolore, ma anche le manipolazioni soggettive del paziente. In ambito quantitativo questo complesso modello multidimensionale permette di distinguere tre componenti o canali di risposta del soggetto al dolore: fisiologico, soggettivo e comportamentale.

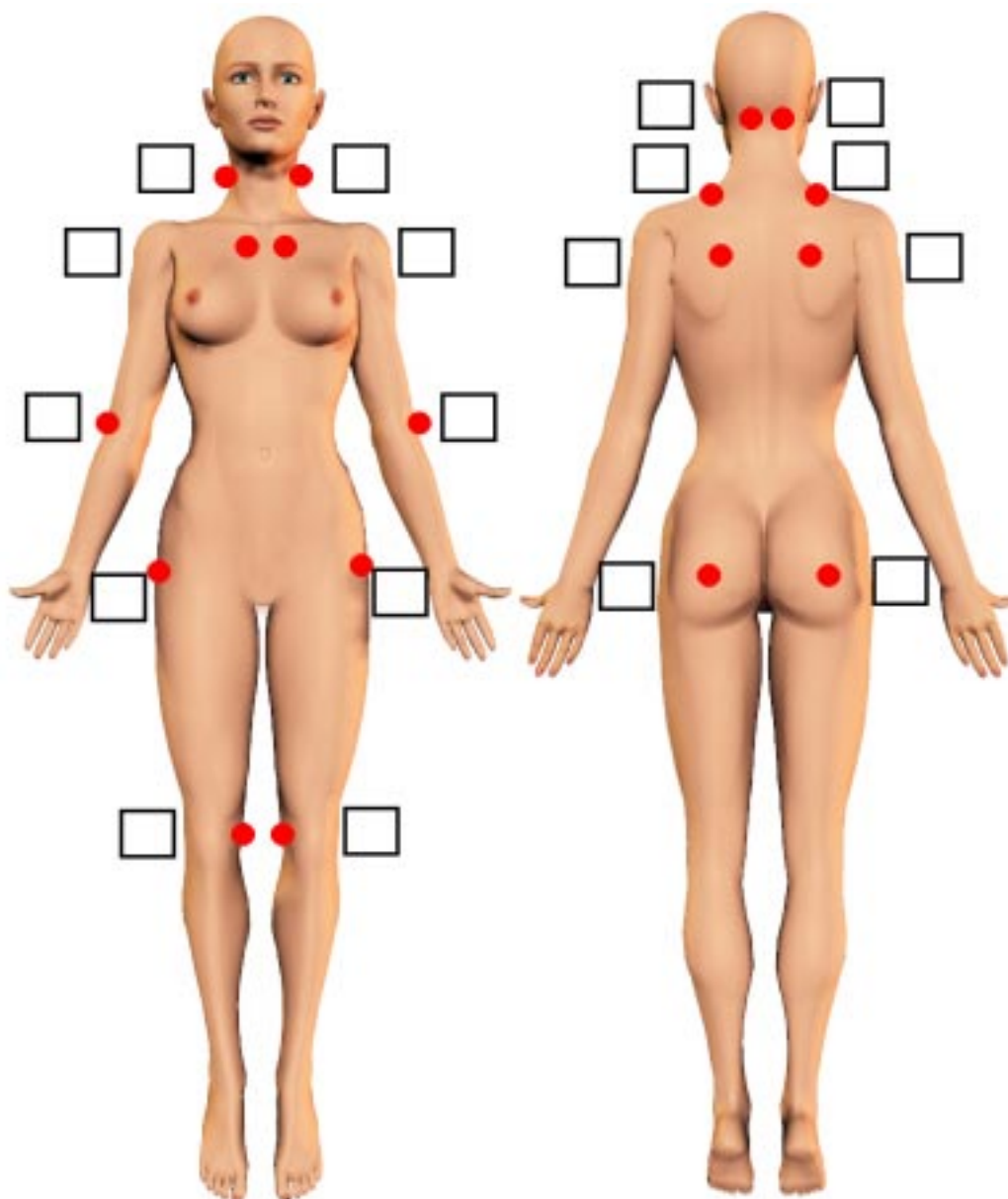
**a) Valutazione oggettiva.** Le tecniche psicofisiche applicate alla misurazione del dolore hanno contribuito ad ampliare le nostre conoscenze riguardo i meccanismi di percezione sensoriali. Sebbene si tratti, in generale, di metodiche di laboratorio di induzione del dolore mediante stimoli controllati nell'intensità, durata ed intervallo di ripetizione, applicati in ordine crescente o decrescente con varie modalità (meccaniche, chimiche, termiche ed elettriche) e della conseguente valutazione dei parametri di risposta (soglia di percezione, soglia di reazione e soglia di tolleranza, soglia differenziale), essi hanno trovato estese applicazioni anche nella valutazione del dolore patologico. In particolare, fra le tecniche di induzione del dolore con metodi meccanici, ha avuto larga diffusione quella effettuata con gli "algometri a pressione", costituiti da una barra collegata ad una molla, mediante la quale è possibile esercitare una pressione graduale e misurabile in Kg/cm<sup>2</sup>. L'algometria pressoria è stata, infatti, il principale mezzo di valutazione utilizzato nel tentativo sia di confermare il concetto di fibromialgia che di valutarne la risposta al trattamento. Sebbene tali punti di dolorabilità (tender point) vengano considerati una caratteristica peculiare di questa diagnosi (19) (Figura 2), il loro numero, la sede e le modalità di misurazione della dolorabilità (o più correttamente dell'iperalgia) sono tuttora discussi. Sono state usate come indici sia la soglia dolorifica (discriminazione o qualità nocicettiva) sia la tolleranza al dolore, che riflette la riluttanza a ricevere ulteriori stimoli, ma i meccanismi alla base di questi due parametri di risposta sono assai diversi. E' tuttavia, difficile indurre questo stimolo pressorio a "random" o includere stimoli sovramassimali e non è possibile evitare un certo grado di previsione del dolore nel soggetto.

Inoltre, sia la lunghezza della scala sia le dimensioni del piatto del dolorimetro sia la velocità della variazione della pressione influenzano le risposte liminali. Anche nella valutazione articolare dell'artrite reumatoide e più in generale dei reumatismi infiammatori cronici si è ricorso a particolari tecniche di algometria pressoria, quali ad esempio la rilevazione manuale della dolorabilità articolare mediante l'indice di Ritchie (20) (Figura 3). La risposta del paziente, stimolata esercitando una digitopressione sulle rime di articolazioni "signal" o mobilizzando passivamente i distretti la cui pressione manuale non è applicabile, viene quantificata mediante una scala ordinale: 0= non dolente; 1= dolente; 2= dolente e reattivo alla palpazione; 3= dolente, reattivo e ritratto alla palpazione. Il punteggio complessivo (compreso fra 0 e 78) è ricavato dalla somma dei punteggi relativi (20).

**b) Valutazione soggettiva.** Il ruolo centrale dell'affettività nell'esperienza e nel comportamento doloroso giustifica i continui sviluppi dei metodi di valutazione e delle strategie terapeutiche, che fanno dei processi emotivi il loro principale bersaglio. L'accettazione di schematismi multidimensionali dell'esperienza algica ha favorito la nascita e l'uso di tecniche innovative che indagano sulla sfera emotiva. I rapporti unidimensionali sulla severità del dolore, così spesso usati nell'ambito della clinica e della ricerca, hanno spesso fallito nel riflettere la complessa organizzazione dei sistemi sensoriali, affettivi, motivazionali e cognitivi che interagiscono dinamicamente durante l'esperienza dolorosa. Inoltre, le scarse conoscenze sulle intercorrelazioni tra le varie dimensioni hanno reso imperativo l'uso di misure multiple del dolore e delle sue componenti.

La scelta di un metodo algometrico piuttosto di un altro deve essere basata fondamentalmente su quattro fattori: a) abilità richiesta all'esaminatore (medico); b) rapidità di somministrazione; c) gradualità della risposta; d) indipendenza dal livello di scolarità (paziente). E', inoltre, particolarmente importante conoscere il numero e le compo-

## Tender points



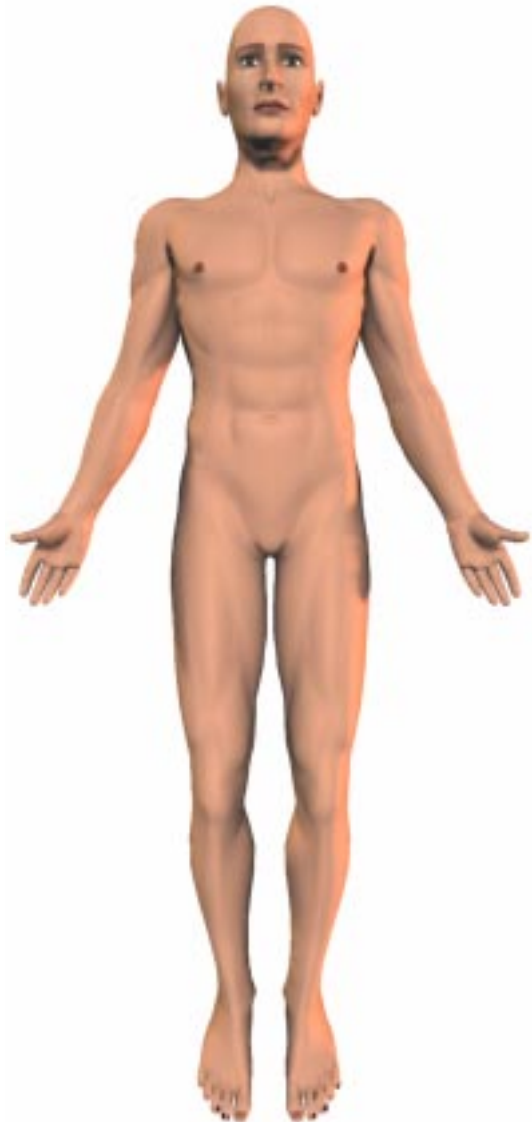
<b>Dolore Totale Soggettivo (DTS)</b>		<b>Numero di Tender Points positivi</b>
Indicare il grado di dolorabilità alla digitopressione su ognuno dei Tender Points: 0 = Non dolente 1 = Dolente 2 = Dolente e reattivo alla pressione 3 = Dolente, reattivo e ritratto alla pressione _____		<input type="text"/> / 18

Figura 2

## Indice articolare di Ritchie

Ritchie DM, Boyle JA, McInnes JM, et al. Clinical studies with an articular index for the assessment of joint tenderness patients with rheumatoid arthritis. Q J Med. 1968; 37: 393-406

- |                          |                             |                             |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Temporomandibolari       | <input type="checkbox"/>    |                             |
| Colonna cervicale        | <input type="checkbox"/>    |                             |
| Spalla                   | <input type="checkbox"/> Dx | <input type="checkbox"/> Sx |
| Sternoclaveare           | <input type="checkbox"/>    |                             |
| Acromioclaveare          | <input type="checkbox"/>    |                             |
| Gomito                   | <input type="checkbox"/> Dx | <input type="checkbox"/> Sx |
| Polso                    | <input type="checkbox"/> Dx | <input type="checkbox"/> Sx |
| Metacarpofalangee        | <input type="checkbox"/> Dx | <input type="checkbox"/> Sx |
| Interfalangee prossimali | <input type="checkbox"/> Dx | <input type="checkbox"/> Sx |
| Anca                     | <input type="checkbox"/> Dx | <input type="checkbox"/> Sx |
| Ginocchio                | <input type="checkbox"/> Dx | <input type="checkbox"/> Sx |
| Tibiotarsica             | <input type="checkbox"/> Dx | <input type="checkbox"/> Sx |
| Talocalcaneale           | <input type="checkbox"/> Dx | <input type="checkbox"/> Sx |
| Mediotarsica             | <input type="checkbox"/> Dx | <input type="checkbox"/> Sx |
| Metatarsofalangee        | <input type="checkbox"/> Dx | <input type="checkbox"/> Sx |



(\*) **INDICE DI RITCHIE (0-78)**

- 0= non dolente
- 1= dolente
- 2= dolente e reattivo alla palpazione
- 3= dolente, reattivo e ritratto alla palpazione

Totale

### SCALA ANALOGICA VISIVA (VAS) DEL DOLORE

Vorremmo che Lei indicasse con una crocetta su questa scala da 0 a 100 quanto è forte il Suo dolore

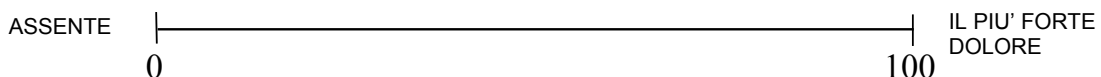


Figura 3

nenti del dolore che tale metodo ci permette di esaminare (20-23). Nelle situazioni cliniche acute, ad esempio, si dovrà prestare maggiore attenzione all'intensità, alla sede ed alle caratteristiche temporali della componente sensoriale del dolore. Per i pazienti con dolore cronico-ricorrente invece, maggiore attenzione dovrà essere riservata alla gamma di fattori psicosociali e comportamentali (21-23). Agli effetti poi delle verifiche statistiche è preferibile disporre di valori, per quanto possibile, espressi in scale quantitative. L'unico vantaggio fornito dall'uso delle scale qualitative è quello di semplificare i calcoli, ma la perdita d'informazione che ne deriva non compensa detta semplificazione.

### Scale di valutazione.

L'introduzione delle scale di valutazione rappresenta il primo passo nello studio della componente soggettiva del dolore. Tali scale possono essere genericamente distinte in qualitative (o scale inferiori) e quantitative (o scale superiori), in funzione del carattere, attributo (lieve, moderato, forte ecc.) o valore numerico, che viene assegnato al parametro in esame (16, 23,24). Delle scale verbali di valutazione la più semplice è la scala nominale, con categorie definite da 4, 5, 7 o più attributi ordinati in sequenza crescente ma non equidistanziate (Figura 4a). L'uso di una tale scala, ad esempio, con quattro categorie (1=dolore nullo; 2=lieve; 3=moderato; 4=severo), semplice e rapida da un lato, comporta, tuttavia, una scarsa sensibilità nel rilevare modeste variazioni del sintomo dolore (16,25,26); inoltre non è possibile quantificare l'entità della differenza tra i termini descrittivi del dolore. Il livello 3 indica un valore superiore a 2, ma non si può affermare che la variazione 1-2 sia equivalente a quella fra 2-3. I nostri dati, in accordo con la letteratura, sottolineano i limiti operativi di tali scale verbali in condizioni generalmente caratterizzate da bassi livelli algici come l'osteoartrosi (16,25-28).

Le scale di valutazione numeriche che consistono in una successione numerica da 0 (assenza di dolore) a 100 (il più forte dolore),

consentono, a differenza delle scale di valutazione verbale, di valutare modeste variazioni nell'intensità del dolore (Figura 4b). Occorre, tuttavia, rilevare che la corrispondenza fra un certo grado di intensità del dolore ed un determinato valore numerico è estremamente soggettivo, per cui l'uso di tali scale può risultare utile per valutare l'evoluzione nel tempo del dolore in uno stesso individuo, ma è meno attendibile a comparare l'intensità del dolore fra individui diversi. Si deve, inoltre, considerare che alcuni pazienti, specie se di basso livello culturale, possono incontrare difficoltà nell'esprimere l'intensità di una sensazione con un valore numerico, attraverso un procedimento psichico certamente più complesso rispetto all'espressione verbale. La percentuale di insuccesso nell'utilizzo di tale tipo di scala resta, comunque, il più basso (circa il 2%) rispetto a quello rilevato con altri indici di valutazione del dolore.

Una misura continua e più diretta è costituita dalle scale visive analogiche, in cui la risposta del paziente viene espressa su una scala grafica continua. Fra le metodiche di valutazione visiva ha avuto grande diffusione la scala analogica visiva (visual analogue scale-VAS) di Scott e Huskisson (29) (Figura 4c). Introdotta principalmente per superare i limiti delle scale descrittive, questa scala continua, costituita da un segmento di retta (generalmente della lunghezza di 100 mm), alle cui estremità sono normalmente ancorate le indicazioni 0= assenza di dolore e 100=il più forte dolore (o dolore fortissimo), non presenta problemi di tipo semantico, consente al paziente un numero di scelte teoricamente infinito e viene solitamente compreso anche da bambini di età superiore a 7 anni. Il suo utilizzo è, inoltre, confortato dalla riproducibilità, dalla discreta validità discriminante e dal buon grado di correlazione che questa scala razionale ha dimostrato nei confronti degli altri indici algologici (18,25-28). La critica principale alla metodica è che, come le precedenti, opera una iper semplificazione del problema dolore, in quanto ne misura solo l'aspetto unidirezionale, e cioè l'intensità. Inoltre, richiede un notevole sforzo di astrazione,

## Scale di valutazione



Figura 4

zione da parte del paziente ed un'attenta spiegazione del proprio significato, data la difficoltà di recepimento da parte di taluni soggetti che tendono ad interpretare topograficamente il segmento verticale come una schematizzazione della propria immagine corporea. Il tasso di insuccesso di tale scala è ritenuto pari al 7%. La necessità di apporre una crocetta nel punto voluto o di far scorrere un cursore implicano, inoltre, il possesso di una buona coordinazione motoria ed acuità visiva da parte del paziente (specie nell'immediato post-operatorio) (28).

Nel tentativo di risolvere questa serie di problemi, il test di Scott-Huskisson è stato integrato, per quanto attiene la problematica psicologica, con scale cromatiche, opportunamente adattate e semplificate, normalmente utilizzate in psichiatria. Tra queste metodiche visive il "test acromatico di Vaona" o test dei grigi (Figura 4d) (24) e la "Scala Cromatica Analogica Continua" (30), in cui la scala analogica è sostituita da una striscia colorata sfumata in rosso, montata su un regolo, hanno dimostrato qualche vantaggio pratico nei pazienti con ridotte performance psicomotorie, come quelli dell'immediato periodo post-operatorio (28,30). Sono, però, risultate carenti nel riflettere la complessa organizzazione dei sistemi sensoriali, affettivi e cognitivi.

Ulteriori, utili informazioni concernenti l'esperienza algica possono essere ottenute con l'impiego delle "mappe del dolore". Mediante tali schemi pittorici, viene chiesto ai pazienti di segnare (anche con matite colorate) le parti di una figura umana nelle quali viene avvertito il dolore. I bambini oltre gli 8 anni possono eseguire attendibilmente e validamente questo test. La mappa può essere utile per valutare sede e distribuzione del dolore e rappresenta una registrazione definitiva nella cartella clinica del paziente. Le mappe del dolore possono essere utilizzate anche per valutare le variazioni del dolore in risposta al trattamento. A tale scopo l'utilizzo di descrittori verbali ordinati in sequenza crescente (ad esempio da 0 a 4) per ogni punto dolente consentono anche una misura quan-

titativa ("dolore totale soggettivo") (16,25,27) (Figura 2). Questo test, come misura percentuale della superficie corporea colpita o come punteggio del dolore soggettivo, può facilmente essere somministrato da personale non specializzato e offre un elevato grado di ripetibilità nel tempo. Un ulteriore approccio all'applicazione delle mappe è l'impiego di questo test nella valutazione del dolore in pediatria. Nei bambini più piccoli è precluso l'uso dell'autodescrizione verbale dell'esperienza algica e del comportamento ad esso correlato, né tanto meno sono in grado di compilare una scala analogica visiva prima dei 6-7 anni. Le tecniche non verbali di raccolta dei dati risultano, quindi, molto più attendibili che negli adulti. Un esempio di queste tecniche innovative è rappresentato dalla scala delle espressioni facciali (Faces Pain Scale) (31,32). Tali scale consistono, generalmente, in una successione di pittogrammi raffiguranti diverse espressioni facciali che simboleggiano i diversi livelli di intensità del dolore (Figura 5). Il bambino è chiamato a valutare il suo dolore scegliendo il disegno che rappresenta il livello della propria esperienza dolorosa.

### Metodo dei questionari semantici

L'importanza straordinaria del resoconto soggettivo nella quantificazione del dolore è stata riassunta da Gracely (33): "Una stima accurata dei meccanismi biochimici, neurali e psicologici del dolore e dell'analgesia si basa ampiamente sullo studio del dolore nell'uomo. L'eccezionale capacità che ha l'uomo di verbalizzare apre una finestra su un'esperienza privata e solo attraverso tale esperienza il dolore viene definito". L'interpretazione del "linguaggio del dolore" proposto da Melzack, (34) rappresenta uno sforzo suggestivo ed un notevole progresso nell'esplorazione della gamma di espressione semantica degli stati dolorosi nella loro multiforme complessità. Nel 1971 Melzack e Torgerson (35) presentarono una lista di 102 voci ottenute da pazienti, medici e da una cospicua letteratura sul dolore, che dovevano rappresentare i termini più utilizzati per definire il



Figura 5

dolore in varie sindromi algiche. Una seconda fase del loro lavoro venne dedicata al tentativo di graduare l'intensità del dolore sottinteso da ciascun descrittore di ogni sottoclasse. La possibilità di quantificare il dolore attraverso il rapporto verbale ha condotto ad una evoluzione di tale approccio, fino alla formulazione definitiva del questionario algologico McGill (McGill Pain Questionnaire-MPQ) (34), costituito da 78 descrittori del dolore. Tali 78 termini descrittori del dolore sono suddivisi in 20 sottoclassi, ognuna delle quali è caratterizzata da "un'etichetta" descrittiva che comprende un gruppo di voci considerate qualitativamente simili. Alcune di queste voci sono indubbiamente dei sinonimi, altre sembrano sinonimi, ma variano per intensità espressiva [sono infatti ordinati secondo un valore di intensità crescente all'interno di ognuna di esse, dal dolore meno intenso (lieve) al più intenso (atroce)], mentre altre presentano sfumature di significato che possono essere importanti per un paziente che cerca disperatamente di comunicare con un medico. Ad esempio nella sottoclasse pressione di punta, l'aggettivo "lancinante" (lancinating) è considerato essere più intenso di "punge come spillo" (pricking) e di "é come una pugnata" (stabbing) e quindi li segue nell'ordine della classe citata.

Le 20 sottoclassi di termini sono, infine, raccolte in quattro classi principali che definiscono le dimensioni dell'esperienza algica (34):

a) classe sensoriale, suddivisa a sua volta in sottoclassi spaziali, temporali, pressorie, termiche ecc. (sottoclassi 1-10);

b) classe affettiva, suddivisa in sottoclassi di tensione, paura, qualità e proprietà autonome (sottoclassi 11-15);

c) classe valutativa, che contiene termini che descrivono l'intensità globale soggettiva dell'esperienza algica (sottoclasse 16);

d) classe miscelanea, che contiene descrittori sensoriali ed affettivi (sottoclassi 17-20).

Per la nostra esperienza abbiamo tratto dal quadro dei descrittori solamente 3 classi (delle quattro originali), integrando le prime tre sottoclassi della classe mista (miscelanea-sensoriali 17 e 18 e termica 19) nella classe sensoriale e l'ultima della stessa (sottoclasse 20, affettivo-valutativa) nella classe affettivo-emozionale. La nostra valutazione si è quindi focalizzata sull'esame di tre classi (non più quattro) del quadro originale di descrittori del dolore proposti da Melzack, costituite da 13 classi sensoriali, 6 sottoclassi affettive e 1 sottoclasse valutativa, il tutto derivato dallo "smembramento" della dimensione mista (16, 25-28).

Gli indici di dolore ricavabili dal quadro semantico del MGPQ sono i seguenti:

1. Il PRI (Pain Rating Index): l'intensità del dolore totale e di ogni classe può essere ottenuta secondo vari metodi di approccio (36):

a) può derivare dal valore di rango all'interno di ogni sottoclasse delle parole scelte: in questo sistema di punteggio la prima parola di ogni sottoclasse ha un valore di 1, la seconda di 2, la terza di 3 e così via. La somma del valore di ogni sottoclasse origina il valore del PRI totale (PRI-tot.) e di ogni classe (sensoriale - PRI-S, affettivo-emozionale - PRI-A, e valutativa - PRI-E);

b) può derivare dal valore di scala di ogni



descrittore: il valore di scala é quel valore derivato dalle originali indagini di Melzack e Torgerson (35) che ha consentito di ordinare in ogni sottoclasse i vari descrittori sinonimi;

c) può essere calcolato un punteggio dimensionale (34,36): i valori di rango dei descrittori prescelti per ogni sottoclasse vanno sommati e la somma deve quindi essere divisa per il più alto punteggio teoricamente ottenibile in quella determinata classe. I valori varieranno quindi da 0 a 1 a seconda che il paziente non abbia scelto nessun descrittore in quella dimensione oppure abbia scelto i descrittori di maggior valore per tutte le sottoclassi di ogni classe. Questa procedura consente di ovviare al limite strutturale rappresentato dallo sbilanciamento interno del questionario che tende a privilegiare eccessivamente la pur preminente dimensione sensoriale dell'esperienza dolorosa a sfavore delle componenti affettive e valutative (36).

d) una forma finale di computo del punteggio può derivare dall'analisi del quadro semantico del MPQ proposta da Melzack (36) e consistente nel convertire i valori di rango in valori ponderati di rango, equivalenti a valori di scale quantitative (weighted-rank-method). Ciò consente una minore perdita di informazioni nelle indagini statistiche. Inoltre, la "costante ponderata di correzione" (the weighted correction factor) per la quale vengono moltiplicati i valori di rango di ogni singolo descrittore é sempre superiore ad uno per le sottoclassi affettive, mentre é inferiore ad uno per la maggior parte delle sottoclassi sensoriali; questo riporta un riequilibrio strutturale all'interno del questionario, dato che sovrastima il valore del PRI-A e sottoestima il valore del PRI-S, senza modificare, comunque, il valore totale del PRI.

2. Le "parole di costellazione " che definiscono il linguaggio dell'esperienza algica nel caso delle diverse patologie in esame: questi descrittori sono i termini scelti da almeno il 33% (un terzo) dei pazienti esaminati per ogni patologia;

3. Il NWC (Number of Words Chosen ), il numero delle parole scelte e la frequenza percentuale nella scelta di ogni sottoclasse;

4. Le "caratteristiche temporali dell'esperienza algica" secondo una sequenza di 9 aggettivi, suddivisi in tre serie di diversa gravità presenti anche nella stesura originale del MPQ.

Ideato con la finalità di valutare adeguatamente la realtà del dolore nella sua multiforme complessità, il MPQ si è affermato come la più diffusa scala multidimensionale semantica. Gli ambiti d'impiego del questionario, sia in campo clinico che sperimentale, sono molteplici:

- valutazione quantitativa e qualitativa della percezione dolorosa;
- valutazione differenziale tra dolore acuto, acuto ricorrente e cronico;
- distinzione e quantificazione degli aspetti discriminanti emozionali-affettivi da quelli sensoriali;
- valutazione nel tempo delle determinanti psicologiche e somatiche che lo controllano;
- valutazione dell'efficacia terapeutica di un trattamento, sia esso di natura farmacologica, fisioterapica, comportamentale o chirurgica;
- diagnostica differenziale fra le diverse esperienze algiche.

Particolarmente interessante risulta quest'ultima applicazione in una disciplina come la reumatologia, in cui il dolore costituisce il sintomo preminente. Nel 1976 Dubuisson e Melzack (37), impiegando l'analisi discriminante multipla, riportarono che sindromi dolorose differenti erano individuate e definite da specifiche costellazioni di parole. Sulla base di quei "pattern" semantici classificò la sindrome dolorosa di ogni paziente, con un livello di accuratezza pari al 77%. Appariva, dunque, evidente come la descrizione di diversi tipi di dolore comportava delle differenze apprezzabili e quantificabili, e che i pazienti affetti dalla stessa malattia o dalla stessa sindrome dolorosa utilizzavano termini molto simili per esprimere ciò che percepivano. Le osservazioni di Dubuisson e Melzack sono state successivamente confermate da altri autori (38), i quali, usando una forma modificata del MPQ, in cui i descrittori del dolore venivano presentati in ordine casuale,

hanno potuto differenziare le lombalgie croniche con prevalente componente "funzionale" da quelle con prevalente componente "organica". Analoghi risultati sono stati riportati da Wagstaff (39) in un gruppo di pazienti affetti da differenti affezioni muscolo-scheletriche. La somministrazione del MPQ ha consentito una corretta classificazione, sulla base dei descrittori semantici nel 65% dei casi (39). In particolare, l'artrosi localizzata era caratterizzata da un dolore persistente, alternato ad episodi di dolore "a pugnalata" provocati dai movimenti articolari, mentre in corso di artrite reumatoide il dolore presentava caratteristiche termiche ("caldo", "che scotta"). Nell'artrosi polidistrettuale non sono emerse qualità distintive del linguaggio, sebbene il dolore fosse descritto come più "diffuso" (39).

Leavitt (40) ha esaminato e confrontato qualitativamente e quantitativamente le caratteristiche del dolore in 50 pazienti con fibromialgia rispetto a quelli con artrite reumatoide. L'indagine, condotta mediante l'uso del MPQ, integrata con la misurazione dell'intensità del dolore (mediante una scala lineare di autovalutazione con punteggio da 0 a 100) con la localizzazione dei punti più dolenti (fissati in numero di 25 punti ai quali il paziente poteva attribuire un punteggio di intensità da 1 a 3), ha dimostrato alcuni momenti di convergenza, in particolare: a) in entrambi i gruppi l'intensità del dolore era sovrapponibile; b) la definizione più utilizzata per descrivere il dolore era "aching" (dolore che fa male). Ciò che invece differenziava il dolore dei fibromialgici era la diffusione ad ampie aree anziché in regioni articolari. In questi pazienti alcune zone (regione lombo-sacrale, coscia e gamba, addome, testa ed anche) hanno, infatti, mostrato un interessamento circa quattro volte più frequente rispetto a quelli affetti da artrite reumatoide. Sebbene nei due gruppi di pazienti l'intensità dell'esperienza algica fosse sovrapponibile, alcune delle definizioni semantiche del dolore, hanno consentito di discriminare tra fibromialgia ed artrite reumatoide. In particolare, sono emerse sia un'evidente partecipazione emotiva che un'amplifi-

cazione sensoriale e spaziale del dolore così caratteristiche, da poter essere utilizzate nella diagnostica differenziale. Anche la percezione del dolore, appare essere differente in queste malattie. A tale riguardo, Scudds (41) ha sottoposto 20 pazienti fibromialgici, 20 affetti da artrite reumatoide e 20 soggetti sani di controllo a tre differenti sistemi di induzione sperimentale del dolore, di largo impiego nella pratica algometrica: a) stimolazione elettrica ad intensità crescente (da 0 a 7,5 mA) sul dorso della mano; b) pressione costante con un apposito algometro sul lato esterno dell'avambraccio; c) aumento graduale di pressione da 0 a 9 Kg/cm<sup>2</sup> esercitata con dolorimetro nella regione radiale dell'omero, ed ha chiesto ai soggetti di indicare la soglia del dolore (pain threshold) e la tolleranza massima allo stimolo doloroso (pain tolerance). I risultati hanno dimostrato che entrambi i gruppi di pazienti con fibromialgia e con artrite reumatoide manifestavano una tolleranza al dolore significativamente più bassa rispetto a quella rilevata nei controlli normali, mentre la soglia del dolore è risultata assai più bassa nei fibromialgici rispetto ai pazienti reumatoidi e ai soggetti sani.

Anche la nostra esperienza ha consentito di delineare un quadro sufficientemente chiaro dell'esperienza algica nella popolazione reumatologica esaminata: i pazienti con fibromialgia ed artrite reumatoide sembrano essere maggiormente impegnati sul fronte del dolore ed esprimono questo loro malessere con una scelta del numero di descrittori del dolore nettamente superiore rispetto all'artrosi. Per quanto attiene al linguaggio del dolore si può dire che in generale sembra esistere nell'esperienza algica della malattia di origine reumatologica un "rumore di fondo", costituito da una serie di descrittori, al di sopra del quale emergono alcuni termini caratteristici di ogni patologia in esame (16,27) (Figura 6). Il diverso numero delle parole di costellazione (15 per la fibromialgia e per l'artrite reumatoide e 8 per l'artrosi) induce a considerare che i termini più scelti dal paziente affetto da artrosi ("dà formicolio", "stancante", "sensibile al tocco", "dà tor-

mento", "dà sofferenza", "nauseante") rappresentano il vero "rumore di fondo" del dolore reumatologico. Le maggiori differenze fra l'artrosi e le altre due patologie sono legate alle classi affettivo-emozionali a cui appartengono descrittori come "affligge", "grave", "allarmante" o "torturante" e che starebbero ad indicare una maggiore partecipazione emozionale alla malattia in termini di paura verso una entità di difficile definizione e di timore per ciò che potrebbe accadere in futuro fino a considerare la patologia in atto "grave" o "torturante". I pazienti con artrosi hanno, per questi descrittori, le più basse frequenze percentuali rilevabili nella nostra casistica. La presenza di generici termini affettivi nel linguaggio dell'artrosi come "nauseante", "dà tormento" o "dà sofferenza" è da considerarsi normale in una situazione di dolore con frequenti, e spesso attese, riacutizzazioni. L'aggiunta di elementi di gravità, di allarme, di tortura e di afflizione propone un quadro di "sindrome da dolore cronico" con note di depressione e di disturbi della personalità di tipo nevrotico (16, 25, 27, 28, 42-44).

La validità e l'affidabilità dimostrate dal MPQ nei diversi studi clinici, hanno indotto numerosi ricercatori a tentare di adattarlo in versioni nazionali, fondamentalmente mediante tre differenti approcci. Il primo ed anche il più diffuso metodo consiste nella traduzione letterale dei descrittori inglesi del MPQ in diverse lingue, dal tedesco (45) allo spagnolo (46), all'italiano (47). Il principale vantaggio di questo approccio è rappresentato dallo stretto parallelismo strutturale con l'originale MPQ, che consente studi transculturali tra diverse aree linguistiche. Per converso, le differenze e le peculiarità idiomatiche e semantiche rendono la traduzione letterale dei vocaboli inglesi in altre lingue troppo semplicistica e talora inaffidabile. Un approccio intermedio, consistente in parte nella traduzione di aggettivi del MPQ (omettendo quei termini che non avrebbero potuto essere tradotti in maniera soddisfacente) in parte nella introduzione di nuovi descrittori nazionali, è stato proposto dal German (Berne) Pain Questionnaire (48).

Il terzo approccio al problema è rappresentato dalla metodica della ricostruzione, che tende a replicare, nell'allestimento delle singole versioni nazionali, il metodo originale di Melzack e Torgerson (34,36). Questo approccio, ideato allo scopo di superare i limiti strutturali ed operativi delle traduzioni più o meno letterali del MPQ è stato finora realizzato dal Finnish Pain Questionnaire (49), dal Questionnaire Douleur Saint-Antoine (50) redatto in lingua francese, e recentemente dal Questionario Italiano del dolore (QUID) (51). Un limite di tale metodo è costituito dal fatto che un questionario di questo tipo è, per qualche verso differente dall'originale MPQ, e ciò comporta potenziali ostacoli al suo impiego per studi correlati transculturali. Inoltre, la semplificazione del quadro semantico, di concerto alla riduzione ed al bilanciamento del numero di descrittori, porta inevitabilmente ad una perdita di informazioni riguardo al punteggio ed alla semantica tipica di ogni patologia. Per tutte queste ragioni abbiamo sempre utilizzato nel corso dei nostri studi, la traduzione italiana del questionario del dolore di Melzack, proposta da Maiani e Sanavio (47).

I problemi principali derivanti dall'uso del MPQ sono legati soprattutto alla non facile somministrabilità al paziente, al quale deve essere letto, e dal fatto che, in questo caso, la cultura, la provenienza ed in generale la resa semantica del descrittore da parte del paziente (quindi la sua etnia) sono di grande importanza nella applicazione clinica e di ricerca del questionario stesso. Nell'ottica di facilitare l'approccio routinario al paziente sono stati successivamente accomunati i descrittori più utilizzati nelle diverse condizioni di dolore cronico (descrittori di costellazione), derivati dal quadro originale del MPQ in un questionario ridotto (52). Analogamente, in accordo a tale metodo di semplificazione del quadro semantico, abbiamo i descrittori più utilizzati nelle diverse reumoartropatie derivati dal MPQ originale (Figura 6) in un Questionario Semantico Reumatologico (QSR). I 23 descrittori di costellazione (12 di classe sensoriale, 9 di

## Descrittori del dolore reumatologico

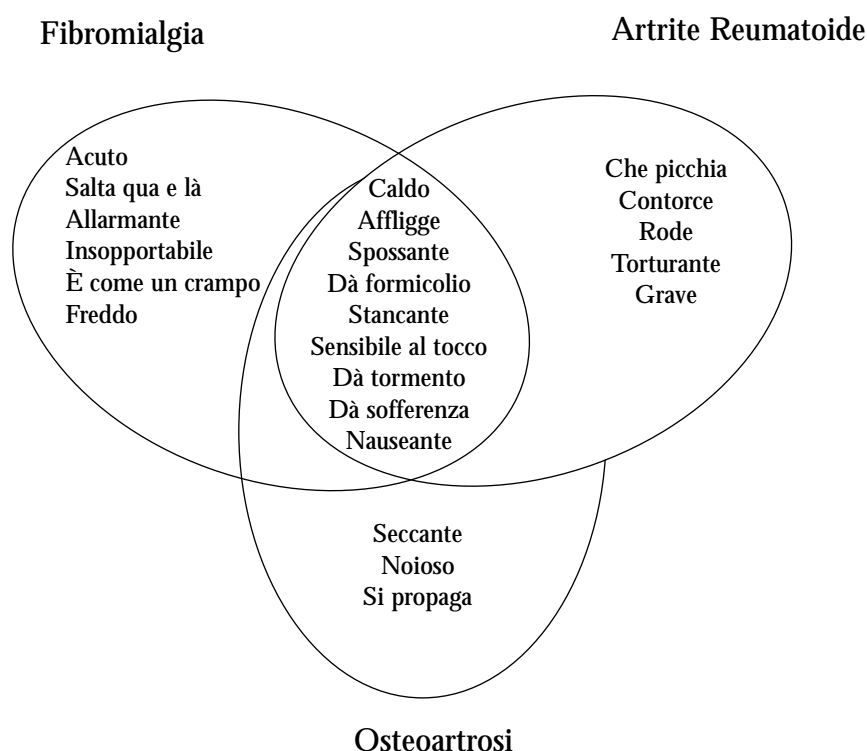


Figura 6

classe affettiva e 2 di classe valutativa), così ottenuti, sono stati disposti nel QRS in ordine casuale e con il relativo valore di rango e di scala. Le diverse tappe di validazione e l'impiego routinario di tale strumento ne hanno confermato le proprietà psicometriche in termini di validità, affidabilità e riproducibilità (53).

Nella nostra esperienza facciamo sempre precedere la valutazione vera e propria da un colloquio esplicativo con il paziente al quale cerchiamo di chiarire ogni dubbio riguardo la corretta utilizzazione dei metodi di misura che intendiamo proporre. Nel colloquio facciamo, inoltre, conoscere al paziente le finalità dell'indagine ed al termine ne discutiamo con lui i risultati ottenuti. E' di non trascurabile importanza che il paziente, soprattutto quello con dolore cronico, prenda visione del risultato monitorato di una terapia, in quanto la dimostrazione dell'effetto della stessa serve anche per vincere la condizione psicologica di soggetto condannato a vivere con il suo dolore e convinto per lo più della impossibilità che una qualunque terapia possa essergli di qualche giovamento.

c) **Valutazione comportamentale.** Un aspetto non trascurabile nell'ambito di un corretto approccio al paziente con dolore cronico concerne l'attenzione che deve essere rivolta alla variabilità interindividuale della risposta nocicettiva in base alle differenze di personalità e soprattutto in relazione all'osservazione sistematica del comportamento di doglianza (algometria comportamentale). E' ben noto come l'esperienza del dolore cronico, specie in corso di malattie reumatiche, comporti significativi riflessi sulla sfera cognitiva, affettiva e soprattutto comportamentale (comportamento espressivo e motorio, interazioni sociali e familiari, richiesta di farmaci, di interventi chirurgici, disturbi affettivi, abuso di alcool, irritabilità, livelli di attività e conseguenze socio-economiche e lavorative) (54-56). Tale stile maladattivo nell'affrontare la propria affezione viene denominato comportamento anomalo di malattia, ed è inteso come una "modalità di malapprendimento nel percepire, valutare ed agire in rapporto al proprio stato di salute" (57).

Un modo pratico ed ampiamente utilizzato per valutare i comportamenti da dolore è

quello di chiedere ai pazienti di tenere un diario giornaliero delle loro attività. Solitamente i pazienti registrano il numero di volte che compiono delle attività specifiche (ad esempio, sedere, camminare, stare distesi o in piedi) e quanto tempo dedicano ad esse. Il diario del dolore (o tecnica dei resoconti soggettivi) è una esposizione personale, orale o scritta, delle esperienze e del comportamento giornaliero (Figura 7). Tali rapporti, sebbene si basino su un metodo di quantificazione indiretta, che per la sua stessa natura contiene un errore intrinseco, si sono dimostrati sufficientemente attendibili e rappresentano un utile ausilio per valutare giornalmente i mutamenti delle condizioni patologiche e la risposta alla terapia (58). Tale tipo di misurazione è strettamente dipendente dall'accurata registrazione, da parte del paziente, di una serie di comportamenti, quali:

- attività quotidiane, come sedersi, alzarsi, distendersi;
- tipo e qualità del sonno;
- attività sessuale;
- compiti specifici;
- farmaci analgesici assunti;
- attività domestiche eseguite;
- attività ricreative svolte;
- pasti assunti.

La crescente importanza attribuita alla valutazione obiettiva e alla monitorizzazione dei parametri comportamentali ha condotto allo sviluppo di strumenti multidimensionali di misurazione. Fra quelli che hanno trovato maggiore impiego in campo reumatologico figurano (Tabella 1): il Minnesota Multiphasic Personality Inventory il Multidimensional Pain Inventory, il Psychosocial Pain Inventory, il Pain Assessment Index, il Pain Behavior Observation, il Pain Beliefs and Perceptions Inventory, il Pain Beliefs Control Scale, il Dartmouth Pain Questionnaire, il Coping Strategies Questionnaire il Ways of Coping Scale, e l'Illness Behaviour Questionnaire. Si tratta, in generale, di questionari concepiti per l'auto-somministrazione o la somministrazione condotta attraverso un colloquio "faccia a faccia" che, sebbene differenti fra loro nelle dimensioni esplorate, nell'attribuzione dei punteggi e nella finalità di misurazione, offrono una base razionale per riconoscere i comportamenti anomali di malattia e per valutare la complessa fenomenologia correlata al dolore cronico (59,60).

Fra questi strumenti il questionario del comportamento in stato di malattia (Illness Behaviour Questionnaire-IBQ) è uno dei più

### Rappresentazione simbolica (pittogramma) per la documentazione del livello di attività.

Il paziente registra nelle rispettive caselle, il tempo in minuti dedicato alle attività sopra indicate (Scheda Giornaliera-Tecnica dei Diari)

	orario	attività domestiche	pasti	riposo	tv	spese	lavoro	tempo libero	colloqui	farmaci assunti
6-8										
8-10										
10-12										
12-14										
14-16										
16-18										
18-20										
20-22										
22-24										

Figura 7

Tabella 1: Strumenti multidimensionali per la valutazione comportamentale del dolore cronico

- 
- Multidimensional Pain Inventory
  - Psychosocial Pain Inventory
  - Pain Assessment Index
  - Pain Behavior Observation
  - Pain Behavior Scale
  - Pain Distress Scales
  - Pain Beliefs and Perceptions Inventory
  - Pain Beliefs Control Scale
  - Pain Assessment Questionnaire
  - Pain Beliefs and Perceptions Inventory (PBAPI)
  - Pain Severity Scale of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHIMPI)
  - Integrated Pain Score
  - Dartmouth Pain Questionnaire
  - Coping Strategies Questionnaire
  - Symptom Distress Scale (SDS)
  - Ways of Coping Scale
  - Activities of Daily Living-Pain Scale
  - Illness Behavior Questionnaire
  - Facial Action Coding System (FACS)
  - Chronic Pain Self-Efficacy Scale
  - Memorial Pain Assessment Card
  - Neck Pain Questionnaire
  - Dallas Pain Questionnaire
  - Aberdeen Back Pain Scale
  - Clinical Back Pain Questionnaire
- 

frequentemente utilizzati in campo reumatologico. Esso è costituito da 62 item e non richiede un intervistatore. Pilowsky e Spence (61,62) hanno costruito l'IBQ ricavandolo dal Whiteley Index of Hypochondriasis, elaborato dallo stesso Pilowsky nel 1967 (63). Nel 1981 gli autori hanno poi rielaborato il questionario, aggiungendo 10 quesiti ai 52 originali (62). I principali parametri indagati dall'IBQ sono: 1) ipocondria generale; 2) convinzione della malattia; 3) percezione psicologica somatica della malattia; 4) inibizione affettiva; 5) disturbi affettivi; 6) negazione; 7) irritabilità.

Ulteriori esempi di strumenti di misurazione dei livelli di inibizione comportamentale da dolore cronico sono rappresentati dal Dartmouth Pain Questionnaire (DPQ) e dal Psychosocial Pain Inventory (PSPI). Il primo è costituito da 4 misure oggettive (intervento somatico-terapeutico, funzioni danneggiate, comportamento da dolore e aspetto positivo delle funzioni rimanenti) e da una misura

soggettiva (il senso di autostima, come risultato del dolore cronico) (64). Il secondo (65) è invece strutturato in 25 item, correlati ad aspetti come il guadagno finanziario ricavabile dal dolore, i periodi di riposo, il rinforzo sociale del comportamento indotto dal dolore, l'uso di farmaci o di alcool, il fatto di evitare compiti impegnativi, eventi gravi della vita e precedenti stati di invalidità cronica.

### Conclusioni

Benché il dolore sia essenzialmente un'esperienza soggettiva ed in quanto tale inidoneo ad essere obiettivato, l'esigenza, comune a tutte le discipline scientifiche, di quantificare il dato clinico e/o sperimentale ha indotto a sviluppare metodiche che tentassero di coniugare la soggettività dell'esperienza con la necessità di misurare l'oggetto dell'osservazione. Tale necessità rende di difficile attuazione la pianificazione di uno studio sul dolore e richiede un'attenzione particolare verso gli aspetti metodologici.

La difficoltà di valutare le caratteristiche di un qualsiasi dolore è legato ai metodi di quantificazione di cui oggi disponiamo. L'esperienza algica acuta, quella acuta ricorrente ed ancor più quella cronica (Tabella 2), non è fissa e predeterminata come un dolore sperimentale indotto in laboratorio, ma mutevole, varia e caratterizzata da connotati psicologici spiacevoli, che improntano nella cronicità la personalità stessa del paziente. Il riconoscimento del dolore cronico persistente come un'entità a sé, che non ha più utilità e non è più un sintomo di lesione, ma diventa e si mantiene come vera e propria malattia, impone di riconoscere questa situazione da altre più favorevoli e di evitare il viraggio dell'esperienza algica acuta o acuta ricorrente in una condizione di sindrome da dolore cronico benigno o intrattabile (Tabella 2) (66). E' proprio per queste ragioni che si sono sviluppate indagini per una adeguata valutazione e misura del dolore reumatologico, non sulla base della sola intensità, ma anche della

dimensione motivazionale-affettiva dello stesso.

Tale approccio, non solo aiuta il paziente ad esprimere il proprio dolore al momento dell'incontro, ma, se usato ripetutamente, può influenzare più in generale il modo in cui lo descrive. Esso, infatti, aumenta la conoscenza individuale del dolore cronico e migliora la capacità di comunicare. Inoltre, la sua utilità, oltre che biometrica o statistica, è quella di far intuire al paziente, quasi sempre sfiduciato e scettico, che intendiamo parlare del suo dolore nei termini e nella misura da lui identificati; il che costituisce un immediato, istintivo e costruttivo ponte di fiducia. Da ciò ne deriva la possibilità di approntare, indipendentemente dagli schemi farmacologici, una serie di programmi di supporto, di conoscenza e di capacità specifiche (rilassamento, strategie cognitive nell'affrontare i problemi ecc.) che se globalmente proposti possono conseguire apprezzabili risultati.

Tabella 2: Classificazione temporale del dolore secondo Crue e Pinsky (66).

- 
1. DOLORE ACUTO:
    - Durata di pochi giorni
    - Lieve o severo
    - Cause note o sconosciute
    - Presenza dell'imput nocicettivo
  2. DOLORE SUBACUTO:
    - Durata da pochi giorni ad alcuni mesi
    - Sebbene non costituisca un'emergenza, è da trattare analogamente al dolore acuto
  3. DOLORE ACUTO RICORRENTE:
    - Imput nocicettivo ricorrente o prolungato, provocato da processi infiammatori cronici
  4. DOLORE ACUTO PROGRESSIVO:
    - Dovuto a patologie neoplastiche maligne non controllate
    - Imput nocicettivo continuo e prolungato
  5. DOLORE CRONICO BENIGNO:
    - Non neoplastico
    - Comunemente di durata superiore ai 6 mesi
    - Imput nocicettivo periferico sconosciuto
    - Il dolore è spesso reso più severo da qualunque tipo di imput sensoriale
    - Dolore da causa centrale
  6. DOLORE CRONICO BENIGNO INTRATTABILE (DCBI):
    - Dolore o dolori cronici con scarso adattamento dello stile di vita del paziente (Il dolore diviene il punto centrale nella sua vita)
-

**Summary**

Pain is the most important but complex symptom of both inflammatory and non-inflammatory forms of arthritis. Many factors contribute to its perception by the patient and this has a bearing on its measurement and on the interpretation of results. Pain is, of course, an entirely subjective experience and can only really be assessed by the sufferer. Subjective measurement methods have evolved from simple descriptive and numerical scales, chromatic scales and questionnaires, each with their advantages and disadvantages.

In light of the interest in identifying useful evaluative clinical measures, I have reviewed the most important qualities of these methods and have outlined some methodological procedures used for the assessment of chronic pain in rheumatic patients.

**Riassunto**

Il dolore rappresenta un evento comune in corso di malattie reumatiche. Molteplici fattori influenzano la percezione e l'espressione esteriore dell'esperienza algica da parte del paziente e ciò rende particolarmente difficile la misurazione di tale fenomeno e l'interpretazione dei risultati. Il dolore è un'esperienza soggettiva ed in quanto tale inidonea ad essere oggettivata. Il ruolo centrale dell'affettività nell'esperienza e nel comportamento da dolore cronico ha favorito, in particolare, l'utilizzo di una serie di strumenti di misura che comprendono dalle più semplici scale descrittive a quelle numeriche, analogiche, cromatiche, fino ai più complessi questionari di valutazione multidimensionale dell'esperienza algica.

Il crescente interesse nell'identificazione di misure cliniche sempre più affidabili ci ha indotto ad una revisione delle principali caratteristiche biometriche di tali scale e dei principali aspetti metodologici connessi con la valutazione del dolore cronico nei pazienti reumatici.



## Bibliografia

1. Von Frey M. Beiträge zur Physiologie des Schmerzsinnnes. Bericht über die Verhandlung der königlichen sächsischer Gesellschaft der Wissenschaften zu Leipzig, Mathematisch-physiologische Klasse 1894; 46: 185-96.
2. Merskey HM. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Subcommittee on Taxonomy, International Association for the Study of Pain 1979; 6: 249-52.
3. Ho K, Spence J, Murphy MF. Review of pain-measurement tools. *Ann Emerg Med.* 1996;27:427-32.
4. Kaasalainen SJ, Robinson LK, Hartley T, Middleton J, Knezacek S, Ife C. The assessment of pain in the cognitively impaired elderly: a literature review. *Perspectives.* 1998;22:2-8.
5. Bird HA, Dixon JS. The measurement of pain. *Baillieres Clin Rheumatol.* 1987; 1:71-89.
6. Krivo S, Reidenberg MM. Assessment of patients' pain. *N Engl J Med.* 1996;334:59.
7. Tursky B. The development of a pain perception profile: a psychophysical approach. In: "Pain, new perspectives in therapy and research ". Weisenberg M., Tursky B. (eds.), Plenum Press., New York, Ch. 13, pp. 171, 1976.
8. Kazis LE, Meenan RF, Anderson JJ. Pain in the rheumatic disease. *Arthritis Rheum* 1983; 26: 1017-22.
9. Salaffi F, Ricciardi MR, Carotti M, Peroni M, Cervini C. La disabilità al lavoro nell'artrite reumatoide all'esordio: Valutazione prospettica di 6 anni. In atti "XXXV Congresso Nazionale della Società Italiana di Reumatologia", Genova, 25-28 novembre 1998. *Reumatismo* 50, 2 (Suppl 3): 248, 1998.
10. Salaffi F, Ricciardi MR, Lo Barco C. Contributo relativo del dolore, della disabilità e dello stato psico-affettivo nell'artrite reumatoide e nella fibromialgia: valutazione prospettica a 3 anni. In atti "XXXV Congresso Nazionale della Società Italiana di Reumatologia", Genova, 25-28 novembre 1998. *Reumatismo* 50, 2 (Suppl 3): 217, 1998
11. Felson DT, Anderson JJ, Boers A et al. The American College of Rheumatology preliminary core set of disease activity measures for rheumatoid arthritis clinical trials. *Arthritis Rheum* 1993; 36: 729-40.
12. Guidelines for the clinical investigation of drugs used in rheumatic diseases. World Health Organization Regional Office for Europe, European League Against Rheumatism 1983; 1-33.
13. Tugwell P, Boers M for the OMERACT Committee. Developing consensus on preliminary core efficacy endpoints for rheumatoid arthritis clinical trials. *J Rheumatol* 1993; 20: 555-6.
14. Bellamy N, Kirwan J, Boers M et al. Recommendations for a core set of outcome measures for future phase III clinical trials in knee, hip, and hand osteoarthritis. Consensus development at OMERACT III. *J Rheumatol* 1997; 24: 799-802.
15. Lequesne M, Brandt K, Bellamy N et al. Guidelines for testing slow acting drugs in osteoarthritis. *J Rheumatol* 1994; 21: 65-73.
16. Salaffi F, Nolli M, Albani A, Ferraccioli GF. Semantica degli stati algici acuti e cronici. *Seminari sul dolore* 1989; 2: 45-63.
17. Salaffi F, Bastianelli P. I questionari orientati per la valutazione della qualità della vita in reumatologia. *Il Reumatologo* 1998; 19: 6-19.
18. Salaffi F, Ferraccioli GF. Discriminating ability of composite indices for measuring disease activity in rheumatoid arthritis: a comparison of the chronic arthritis systemic index, disease activity score and Thompson's articular index. *Rheumatology* 2000; 39: 90-6.
19. Yunus MB, Ahles TA, Masi AT. Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1991; 34: 15-21.
20. Ritchie DM, Boyle JA, McInnes JM et al. Clinical studies with an articular index for the assessment of joint tenderness in patients with rheumatoid arthritis. *Q J Med.* 1968;37:393-406.
21. Frederickson LW, Lynd RS, Ross J. Methodology in the measurement of pain. *Behav Ther* 1978; 9: 486-8.
22. Moricca G. La misura del dolore: limiti clinici e prospettive. In: *Elementi di Fisiopatologia Clinica e Terapia del Dolore.* Litografia Aipe's, 1980; 53-62.
23. Murrin HR, Rosen H. Measurement of pain. In "Persistent Pain ". Vol. III, Lipton S. and Miles J. (eds), New York, London, Grune & Stratton, 1981; 17-38.
24. Vaona GL. La misura del dolore: approccio biometrico. In: *Elementi di Fisiopatologia Clinica e Terapia del Dolore.* Litografia Aipe's 1980, pag. 45-51
25. Salaffi F, Nolli M, Cavaliere F, Ferraccioli GF. Confronto tra indici algometrici nella valutazione dell'esperienza algica in Reumatologia. Utilità della versione italiana del questionario algologico McGill. *Reumatismo* 1990; 42: 19-31.
26. Salaffi F, Cavaliere F, Nolli M, Ferraccioli GF. Analysis of disability in knee osteoarthritis. Relationship with age and psychological variables but not with radiographic score. *J Rheumatol* 1991; 18: 1581-6.
27. Nolli M, Salaffi F, Ferraccioli GF, Camerini S, Uleri G, Uggeri E. Analisi sulle variabili del questionario semantico di Melzack in pazienti osteoartrosici. *Min Anesthesiol* 1988; 5: 215-22.
28. Nolli M, Salaffi F, Ferraccioli GF, Uggeri E, Uleri G. Indagini algometriche nel dolore acuto postoperatorio. *Algos* 1989; 2: 26-35.
29. Scott-Huskisson EC. Graphic Representation of pain. *Pain* 1976; 2: 175-84.
30. Grossi E, Borghi C, Cerchiari EL, Della Puppa T, Francucci B. Analogue chromatic continuous scale (ACCS): a new method for pain assessment. *Clin Exp Rheumatol* 1983; 1: 337-40.
31. Pasero CL. Using the faces scale to assess pain. *Am J Nurs.* 1997 Jul;97(7):19-20.
32. Bieri D, Reeve RA, Champion GD, Addicoat L, Ziegler JB. The faces pain scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain* 1990; 41: 139-50.
33. Gracely RH. Pain measurement in man. In: Bonica JJ (ed) *Pain, discomfort and humanitarian care.* Elsevier/N-Holland, Amsterdam 1980, pag 111.
34. Melzack R. The McGill Pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1985; 1: 85-92.

35. Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. *Anesthesiology* 1971; 34: 50-9.
36. Melzack R, Katz J, Jeans ME. The role of compensation in chronic pain: Analysis using a new method of scoring the McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1985; 23: 101-12.
37. Dubuisson D, Melzack R. Classification of clinical pain description by multiple group discriminant analysis. *Exp Neurol* 1976; 51: 480-7.
38. Leavitt F, Garron DC, D'Angelo CM, McNeill TW. Low back pain in patients with and without demonstrable organic disease. *Pain* 1979; 6: 191-200.
39. Wagstaff S, Smith OV, Wood PHN. Verbal pain descriptors used by patients with arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 1985; 44: 262-5.
40. Leavitt F, Kate RS, Golden HE, Glickman PB, Layfer LF. Comparison of pain properties in fibromyalgia patients and rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 755-81.
41. Scudds RA, Rollman GB, Harth M, McCain A. Pain perception and personality measures as discriminations in the classification of fibrositis. *J Rheumatol* 1987; 14: 563-9.
42. Ferraccioli GF, Ghirelli L, Salaffi F, Nolli M. Different sensitivities of four pain indexes in the assessment of pain and aches of RA, OA and fibromyalgia syndrome (FS). *Clin. Exp. Rheumatol.* 5/S-2 (suppl.), Abstr. F.384, 1987.
43. Cavalieri F, Salaffi F, Ferraccioli GF: Relationship between physical impairment, psychological variables and pain in rheumatoid disability. An analysis of their relative impact. *Clin Exp Rheumatol* 1991; 9: 47-50.
44. Ferraccioli GF, Salaffi F, Troise-Rioda W, Bartoli E. The chronic arthritis systemic index (CASI). *Clin Exp Rheumatol* 1994; 12: 241-7.
45. Stein C, Mendl G. The German counterpart to McGill Pain Questionnaire. *Pain* 32: 251-255, 1988.
46. Lahuerta J, Smith BA, Martinez-Lage JL. An adaptation of the McGill Pain Questionnaire to the Spanish language. *Schmerz* 1982; 3: 132-4.
47. Maiani G, Sanavio E. Semantics of Pain in Italy: the Italian version of the McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1985; 22: 399-405.
48. Radvila A, Adler RH, Galeazzi RL, Vorkauf H. Development of German language (Berne) pain questionnaire and its application in a situation causing acute pain. *Pain* 1987; 28: 185-95.
49. Boureau F, Luu M, Doubrere JF, Gay C. Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparison avec le McGill Pain Questionnaire de Melzack. *Thérapie* 1984; 39: 119-39.
50. Ketovuori H, Pontinen PJ. A pain questionnaire in Finnish. The Finnish Pain Questionnaire. *Pain* 1981; 11: 247-53.
51. De Benedittis G, Massei R, Nobili R, Pieri A. The Italian pain questionnaire. *Pain* 1988; 33: 53-62.
52. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain.* 1987;30:191-7.
53. Salaffi F, Nolli M, Cavalieri F, Ferraccioli GF. Il questionario semantico reumatologico (QSR). Analisi della validità di costruito e delle variabili intrinseche: confronto con il questionario di Melzack. *Il Reumatologo* 1990; 4: 146-52.
54. Ferraccioli GF, Cavalieri F, Salaffi F, Mercadanti M. Compromissione funzionale, invalidità ed handicap nell'artrite reumatoide. Studio prospettico mediante questionari orientati. *Reumatismo* 1988; 40: 45-56.
55. Ercolani M, Trombini G, Chattat R et al. Fibromyalgic syndrome: depression and abnormal illness behaviour. Multicenter investigation. *Psychother Psychosom* 1994; 61: 178-86.
56. Salaffi F, Ferraccioli GF, Carotti M, Blasetti P, Cervini C. La disabilità nell'artrite reumatoide: valore predittivo dell'età e della depressione. *Rec Progr Med* 1992; 83: 675-9.
57. Pilowsky I. Abnormal illness behavior. *Br J Med Psychol* 1969; 42: 347-51.
58. Fordyce WE, Lansky D, Calsyn DA, Shelton JL, Stolov WC, Rock DL. Pain measurement and pain behavior. *Pain* 1984; 18: 53-69.
59. Smythe HA: Problems with the MMPI. *J Rheumatol* 1984; 11: 415-8.
60. Pincus T, Callahn LF, Bradley LA, Vaughn WK, Wolfe F. Elevated MMPI scores for hypochondriasis, depression, and hysteria in patients with rheumatoid arthritis reflect disease rather than psychological status. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 1456-66.
61. Pilowsky I, Spence N. Patterns of illness behaviour in patients with intractable pain. *J Psychosom Res* 1975; 19: 279-87.
62. Pilowsky I, Spence N. Manual for the illness behaviour questionnaire (IBQ). University of Adelaide, Adelaide, 1981.
63. Pilowsky I. Dimensions of hypochondriasis. *Br J Psychol* 1967; 113: 89-93.
64. Corson JA, Schneider MJ. The Dartmouth Pain Questionnaire: an adjunct to the McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1984; 19: 59-69.
65. Heaton RK, Getto CJ, Lehman RAW, Fordyce WE, Brauer E, Groban SE. A standardized evaluation of psychosocial factors in chronic pain. *Pain* 1982; 12: 165-74.
66. Crue BL, Pinsky JJ. An approach to chronic pain of non-malignant origin. *Postgr Med* 1984; 60: 858-64.

**Scale generiche  
di valutazione della  
qualità della vita**

# Medical Outcomes Study (MOS) 36-Items Short-Form Healthy Survey (SF-36)

Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). 1. Conceptual frame-work and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-81.

Versione Italiana

Apolone G, Mosconi P. Come usare il questionario sullo stato di salute SF-36 (versione italiana). Progetto IQOLA. Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", 1996.

**ISTRUZIONI:** Questo questionario intende valutare cosa Lei pensa della Sua salute. Le informazioni raccolte permetteranno di essere sempre aggiornati su come si sente e su come riesce a svolgere le Sue attività consuete.

Risponda a ciascuna domanda del questionario indicando la Sua risposta come mostrato di volta in volta. Se non si sente certo della risposta, effettui la scelta che comunque Le sembra migliore.

1) In generale, direbbe che la Sua salute è:

	(Indichi un numero)
Eccellente	1
Molto buona	2
Buona	3
Passabile	4
Scadente	5

2) Rispetto ad un anno fa, come giudicherebbe, ora, la Sua salute generale?

	(Indichi un numero)
Decisamente migliore adesso rispetto ad un anno fa	1
Un po' migliore adesso rispetto ad un anno fa	2
Più o meno uguale rispetto ad un anno fa	3
Un po' peggiore adesso rispetto ad un anno fa	4
Decisamente peggiore adesso rispetto ad un anno fa	5

3) Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata. La Sua salute La limita attualmente nello svolgimento di queste attività?

(indichi per ogni domanda il numero 1, 2, o 3)

	Si mi limita parecchio	Si mi limita parzialmente	No, non mi limita per nulla
a) <b>Attività fisicamente impegnative</b> , come correre, sollevare oggetti pesanti, praticare sport faticosi	1	2	3
b) <b>Attività di moderato impegno fisico</b> , come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giretto in bici	1	2	3
c) Sollevare o portare le borse della spesa	1	2	3
d) Salire <b>qualche</b> piano di scale	1	2	3
e) Salire <b>un</b> piano di scale	1	2	3
f) Piegarsi, inginocchiarsi o chinarsi	1	2	3
g) Camminare <b>per un chilometro</b>	1	2	3
h) Camminare <b>per qualche centinaia di metri</b>	1	2	3
i) Camminare <b>per circa cento metri</b>	1	2	3
l) Fare il bagno o vestirsi da soli	1	2	3

**Nelle ultime quattro settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della Sua salute fisica?**

Risponda SI o NO a ciascuna domanda.

*(indichi per ogni domanda il numero 1, o 2)*

	SI	NO
a) Ha ridotto il <b>tempo</b> dedicato al lavoro o ad altre attività	1	2
b) Ha <b>reso</b> meno di quanto avrebbe voluto	1	2
c) Ha dovuto limitare alcuni <b>tipi</b> di lavoro o di altre attività	1	2
d) Ha avuto <b>difficoltà</b> nell'eseguire il lavoro o altre attività	1	2

**Nelle ultime quattro settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del Suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?**

Risponda SI o NO a ciascuna domanda.

*(indichi per ogni domanda il numero 1, o 2)*

	SI	NO
a) Ha ridotto il <b>tempo</b> dedicato al lavoro o ad altre attività	1	2
b) Ha <b>reso</b> meno di quanto avrebbe voluto	1	2
c) Ha avuto un <b>calo di concentrazione</b> sul lavoro o in altre attività	1	2

**6) Nelle ultime quattro settimane, in che misura la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito con le normali attività sociali, con la famiglia, gli amici, i vicini di casa, i gruppi di cui fa parte?**

	(Indichi un numero)
Per nulla	1
Leggermente	2
Un po'	3
Molto	4
Moltissimo	5

**7) Quanto dolore fisico ha provato nelle ultime quattro settimane?**

	(Indichi un numero)
Nessuno	1
Molto lieve	2
Lieve	3
Moderato	4
Forte	5
Molto forte	6

8) Nelle ultime quattro settimane, in che misura il dolore L'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)?

	(Indichi un numero)
Per nulla	1
Molto poco	2
Un po'	3
Molto	4
Moltissimo	5

9) Le seguenti domande si riferiscono a come si è sentito nelle ultime quattro settimane. Risponda a ciascuna domanda scegliendo la risposta che più si avvicina al Suo caso. Per quanto tempo nelle ultime quattro settimane si è sentito...

*(indichi un numero per ogni domanda)*

	Sempre	Quasi sempre	Molto tempo	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai
a) vivace e brillante?	1	2	3	4	5	6
b) molto agitato?	1	2	3	4	5	6
c) così giù di morale che niente avrebbe potuto tirarLa su?	1	2	3	4	5	6
d) calmo e sereno?	1	2	3	4	5	6
e) pieno di energia?	1	2	3	4	5	6
f) scoraggiato e triste?	1	2	3	4	5	6
g) sfinito?	1	2	3	4	5	6
h) felice?	1	2	3	4	5	6
i) stanco?	1	2	3	4	5	6

10) Nelle ultime quattro settimane, per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle Sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

	(Indichi un numero)
Sempre	1
Quasi sempre	2
Una parte del tempo	3
Quasi mai	4
Mai	5

10) Scelga la risposta che meglio descrive quando siano VERE o FALSE le seguenti affermazioni.

*(Indichi un numero per ogni affermazione)*

	Certamente vero	In gran parte vero	Non so	In gran parte falso	Certamente falso
a) Mi pare di ammalarmi un po' più facilmente degli altri	1	2	3	4	5
b) La mia salute è come quella degli altri	1	2	3	4	5
c) Mi aspetto che la mia salute andrà peggiorando	1	2	3	4	5
d) Godo di ottima salute	1	2	3	4	5

## General Health Questionnaire (GHQ)

Sanderman R, Stewart R. The assessment of psychological distress: psychometric properties of the General Health Questionnaire. Int J Health Sciences 1990; 1: 195-202

**ISTRUZIONI:** Vorremmo sapere se ha avuto qualche problema medico e quali sono state le Sue condizioni di salute durante le ultime quattro settimane.

La preghiamo di rispondere a tutte le domande semplicemente sottolineando le risposte che meglio si adattano alla Sua situazione.

Ricordi che le domande che seguono, si riferiscono esclusivamente ai problemi presenti o relativi alle ultime quattro settimane e non ad un periodo precedente.

### 1) IN QUESTO ULTIMO PERIODO SI È SENTITO BENE E IN BUONA SALUTE?

- 1) Meglio del solito
- 2) Come al solito
- 3) Peggio del solito
- 4) Molto peggio del solito

### 2) IN QUESTO ULTIMO PERIODO HA AVVERTITO LA NECESSITÀ DI UN BUON RICOSTITUENTE?

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito

### 3) IN QUESTO ULTIMO PERIODO SI È SENTITO DEBILITATO E MALANDATO?

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito

### 4) IN QUESTO ULTIMO PERIODO SI È SENTITO MALE?

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito

### 5) IN QUESTO ULTIMO PERIODO HA SOFFERTO DI DOLORE ALLA TESTA?

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito

**6) IN QUESTO ULTIMO PERIODO HA PROVATO UNA SENSAZIONE DI TENSIONE O DI PRESSIONE ALLA TESTA?**

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito

**7) IN QUESTO ULTIMO PERIODO HA AVUTO VAMPATE DI CALORE O BRIVIDI DI FREDDO?**

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito

**8) IN QUESTO ULTIMO PERIODO HA PERSO MOLTO SONNO PERCHÉ È PREOCCUPATO?**

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito

**9) IN QUESTO ULTIMO PERIODO HA AVUTO PROBLEMI DI INSONNIA?**

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito

**10) IN QUESTO ULTIMO PERIODO SI È SENTITO COSTANTEMENTE IN TENSIONE?**

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito

**11) IN QUESTO ULTIMO PERIODO LE È CAPITATO DI IRRITARSI CON FACILITÀ?**

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito



**12) IN QUESTO ULTIMO PERIODO LE È CAPITATO DI SPAVENTARSI O DI PROVARE PANICO SENZA VALIDI MOTIVI?**

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito

**13) IN QUESTO ULTIMO PERIODO SI È SENTITO PARTICOLARMENTE ESAURITO?**

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito

**14) IN QUESTO ULTIMO PERIODO SI È SENTITO PARTICOLARMENTE NERVOSO E IRRASCIBILE?**

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito

**15) IN QUESTO ULTIMO PERIODO È RIUSCITO A CONTINUARE AD ESSERE IMPEGNATO?**

- 1) Più del solito
- 2) Come al solito
- 3) Un po' meno del solito
- 4) Molto meno del solito

**16) IN QUESTO ULTIMO PERIODO HA IMPIEGATO PIÙ TEMPO NELLE COSE CHE FA ABITUALMENTE?**

- 1) Meno del solito
- 2) Come al solito
- 3) Più del solito
- 4) Molto più del solito

**17) IN QUESTO ULTIMO PERIODO HA AVUTO L'IMPRESSIONE DI FARE IN COMPLESSO BENE LE COSE (AFFIDATELE)?**

- 1) Meglio del solito
- 2) Come al solito
- 3) Peggio del solito
- 4) Molto peggio del solito

**18) IN QUESTO ULTIMO PERIODO SI È SENTITO SODDISFATTO PER COME HA SVOLTO I SUOI COMPITI?**

- 1) Più soddisfatto
- 2) Come al solito
- 3) Meno soddisfatto del solito
- 4) Molto meno soddisfatto

**19) IN QUESTO ULTIMO PERIODO HA SENTITO DI AVERE UN RUOLO IMPORTANTE NELLE COSE CHE FA?**

- 1) Più importante del solito
- 2) Importante come al solito
- 3) Meno importante del solito
- 4) Molto meno importante

**20) IN QUESTO ULTIMO PERIODO COME È STATA LA SUA CAPACITÀ DECISIONALE?**

- 1) Più forte del solito
- 2) Come al solito
- 3) Meno forte del solito
- 4) Molto meno forte del solito

**21) IN QUESTO ULTIMO PERIODO HA CONTINUATO A PROVARE PIACERE DELLE SUE ATTIVITÀ QUOTIDIANE?**

- 1) Più del solito
- 2) Come al solito
- 3) Meno del solito
- 4) Molto meno del solito

**22) IN QUESTO ULTIMO PERIODO SI È SORPRESO A PENSARE A SÈ COME A UNA PERSONA INUTILE?**

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito

**23) IN QUESTO ULTIMO PERIODO HA AVUTO L'IMPRESSIONE CHE LA SUA VITA SIA TOTALMENTE PRIVA DI SPERANZA?**

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito

**24) N QUESTO ULTIMO PERIODO HA PENSATO MAI CHE NON VALE LA PENA VIVERE?**

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito

**25) IN QUESTO ULTIMO PERIODO HA MAI PENSATO ALLA POSSIBILITÀ DI FARLA FINITA?**

- 1) Decisamente no
- 2) Non credo
- 3) Mi è passato per la mente
- 4) Decisamente si

**26) IN QUESTO ULTIMO PERIODO HA MAI AVUTO LA SENSAZIONE DI NON POTER FARE QUALCOSA PERCHÉ I SUOI NERVI ERANO SCOSSI?**

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito

**27) IN QUESTO ULTIMO PERIODO HA MAI PROVATO IL DESIDERIO DI ESSERE MORTO E LONTANO DA TUTTO?**

- 1) Per niente
- 2) Non più del solito
- 3) Un po' più del solito
- 4) Molto più del solito

**28) IN QUESTO ULTIMO PERIODO LE È MAI VENUTO IN MENTE DI SUICIDARSI?**

- 1) Decisamente no
- 2) Non credo
- 3) Mi è passato per la mente
- 4) Decisamente si

## Nottingham Health Profile (NHP)

Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists.

J Roy Coll Gen Pract 1985; 35: 185-8.

### PARTE I

**ISTRUZIONI:** Qui sotto troverà domande che riguardano i problemi che si possono incontrare nella vita quotidiana. Legga attentamente la lista e faccia un cerchio attorno al SI oppure al NO per indicare la Sua risposta ad ogni domanda. E' importante che Lei risponda a tutte le domande.

1) Provo un continuo senso di stanchezza . . . . .	SI	NO
2) Provo dolore durante la notte . . . . .	SI	NO
3) Le cose mi abbattano . . . . .	SI	NO
4) Provo un dolore insopportabile . . . . .	SI	NO
5) Prendo farmaci per dormire . . . . .	SI	NO
6) Ho dimenticato cosa vuol dire divertirsi . . . . .	SI	NO
7) Ho i nervi a fior di pelle . . . . .	SI	NO
8) Provo dolore al cambiamento di qualsiasi posizione . . . . .	SI	NO
9) Mi sento solo . . . . .	SI	NO
10) Riesco a camminare solo dentro casa . . . . .	SI	NO
11) Trovo molto difficile piegarmi per raccogliere oggetti dal pavimento . . . . .	SI	NO
12) Qualsiasi cosa mi costa fatica . . . . .	SI	NO
13) Mi sveglio presto al mattino . . . . .	SI	NO
14) Sono completamente incapace di camminare . . . . .	SI	NO
15) Mi è difficile instaurare rapporti con la gente . . . . .	SI	NO
16) Ho l'impressione che i giorni si trascinino . . . . .	SI	NO
17) Ho problemi nel salire e scendere le scale . . . . .	SI	NO
18) Mi è difficile raggiungere le cose . . . . .	SI	NO
19) Provo dolore quando cammino . . . . .	SI	NO
20) Perdo facilmente la calma in questi giorni . . . . .	SI	NO
21) Sento che nessuno mi capisce . . . . .	SI	NO
22) Resto sveglio per la maggior parte della notte . . . . .	SI	NO
23) Sento che sto perdendo il controllo di me stesso . . . . .	SI	NO
24) Provo dolore quando sto in piedi . . . . .	SI	NO
25) Ho difficoltà a vestirmi . . . . .	SI	NO
26) Perdo molto rapidamente le forze . . . . .	SI	NO
27) Ho difficoltà a stare a lungo in piedi (per esempio davanti al lavandino, alla fermata dell'autobus) . . . . .	SI	NO
28) Provo dolore costantemente . . . . .	SI	NO
29) Ho bisogno di molto tempo per addormentarmi . . . . .	SI	NO
30) Sento di essere un peso per gli altri . . . . .	SI	NO
31) Le preoccupazioni mi tengono sveglio di notte . . . . .	SI	NO
32) Sento che non vale la pena di vivere questa vita . . . . .	SI	NO
33) Dormo male la notte . . . . .	SI	NO
34) Mi è difficile avvicinarmi agli altri . . . . .	SI	NO
35) Ho bisogno di aiuto quando cammino fuori casa ( per esempio un bastone o qualcuno a cui appoggiarmi) . . . . .	SI	NO
36) Provo dolore quando salgo e scendo per scale o gradini . . . . .	SI	NO
37) Mi sveglio al mattino depresso . . . . .	SI	NO
38) Provo dolore quando sono seduto . . . . .	SI	NO

**PARTE II**

Adesso vorremmo conoscere qualcosa riguardo le attività della Sua vita quotidiana che potrebbero essere influenzate dalla Sua malattia. Legga attentamente la lista e faccia un cerchio attorno al SI oppure al NO per indicare la Sua risposta ad ogni domanda. E' importante che Lei risponda a tutte le domande.

Il Suo stato attuale di salute Le causa problemi nel:

39) Lavoro . . . . .	SI	NO
40) Attività domestiche (pulire e cucinare, fare il bucato, fare riparazioni ecc) . . . . .	SI	NO
41) Attività sociale (incontri con amici e parenti, andare a bar, riunioni sociali). . . . .	SI	NO
42) Rapporti con la famiglia . . . . .	SI	NO
43) Attività sessuale . . . . .	SI	NO
44) Interessi e hobby (es. sport, giardinaggio, fai da te, ecc). . . . .	SI	NO
45) Vacanze (es. vacanze d'estate o di Natale, nei weekend ecc). . . . .	SI	NO

## Sickness Impact Profile (SIP)

Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19(8): 797-805

**ISTRUZIONI:** disturbi fisici causano spesso difficoltà o senso di disagio in molte delle abituali attività di tutti i giorni e, specie se presenti da più mesi o più anni determinano profonde modificazioni degli interessi e delle abitudini di vita.

Nel questionario vengono presentate diverse comuni situazioni di vita quotidiana. Nel compilarlo, legga ciascuna frase e, se a causa della malattia, Le capita ciò che vi è descritto faccia una crocetta sul SI, altrimenti segni NO.

Le sue risposte permetteranno una utile descrizione delle difficoltà causate dalla malattia nella Sua vita di tutti i giorni. Al termine del questionario, si accerti, per cortesia, di aver risposto a tutte le domande.

1) Passo la maggior parte della mia giornata restando sdraiato/a per cercare di riposarmi . . . . .	SI	NO
2) Sto seduto per la maggior parte della giornata . . . . .	SI	NO
3) Dormo o sonnecchio per la maggior parte del tempo, sia di giorno che di notte . . . . .	SI	NO
4) Mi sdraio piuttosto spesso durante il giorno per cercare di riposarmi . . . . .	SI	NO
5) Continuo a sedermi qua e là mezzo addormentato . . . . .	SI	NO
6) Dormo meno durante la notte, per es. mi sveglio troppo presto, non riesco ad addormentarmi per molto tempo, mi sveglio di frequente . . . . .	SI	NO
7) Dormo o mi appisolo di più durante il giorno . . . . .	SI	NO
8) Dico di non valere niente, di essere inutile, di essere un peso per gli altri . . . . .	SI	NO
9) Improvvisamente mi viene da piangere, oppure scoppio a ridere . . . . .	SI	NO
10) Mi lamento e brontolo spesso perché non sto bene e ho dolori . . . . .	SI	NO
11) Ho tentato il suicidio . . . . .	SI	NO
12) Mi comporto in modo nervoso o irrequieto . . . . .	SI	NO
13) Continuo a massaggiarmi o a toccarmi parti del corpo che mi fanno male e che mi danno fastidio	SI	NO
14) Sono irritabile ed insofferente con me stesso, parlo male di me, mi maledico, mi do la colpa delle cose che mi capitano . . . . .	SI	NO
15) Parlo del futuro senza speranze . . . . .	SI	NO
16) Mi prendono paure improvvise . . . . .	SI	NO
17) Devo essere aiutato a fare movimenti difficili, come per esempio salire o scendere da una macchina o entrare o uscire da una vasca da bagno. . . . .	SI	NO
18) Quando mi alzo o mi metto a letto, oppure quando mi siedo devo farmi aiutare da qualcuno, o devo aiutarmi con qualche strumento apposito . . . . .	SI	NO
19) Rimango in piedi solo per brevi periodi di tempo . . . . .	SI	NO
20) Non riesco a stare in equilibrio . . . . .	SI	NO
21) Muovo le dita o le mani con qualche difficoltà o con qualche limitazione . . . . .	SI	NO
22) Sto in piedi solo se qualcuno mi aiuta . . . . .	SI	NO
23) Devo appoggiarmi per chinarmi o per piegarmi o per inginocchiarmi . . . . .	SI	NO
24) Rimango tutto il tempo in posizione bloccata, fortemente limitata . . . . .	SI	NO
25) Sono molto impacciato nei movimenti . . . . .	SI	NO
26) Quando devo tirarmi su dal letto, o sdraiarmi, o sedermi, o alzarmi da una sedia devo afferrarmi a qualcosa per appoggio oppure devo adoperare un bastone o una stampella . . . . .	SI	NO
27) Resto sdraiato per la maggior parte del tempo . . . . .	SI	NO
28) Cambio spesso posizione . . . . .	SI	NO
29) Devo afferrarmi a qualcosa anche per muovermi dentro il letto . . . . .	SI	NO
30) Non riesco a fare completamente da solo/a il bagno, ma devo farmi lavare in parte da qualcuno.	SI	NO
31) Da solo non riesco neppure in parte a farmi il bagno, ma devo farmi lavare da qualcuno. . . . .	SI	NO
32) Qualcuno mi assiste portandomi la padella a letto. . . . .	SI	NO
33) Ho delle difficoltà a mettermi le calze, i calzini, le scarpe. . . . .	SI	NO

34) Non riesco a trattenere l'urina . . . . .	SI	NO
35) Non riesco a vestirmi bene da solo: quando devo abbottonarmi o chiudere le lampo o allacciarmi le stringhe delle scarpe ho bisogno che qualcuno mi dia una mano. . . . .	SI	NO
36) Passo la maggior parte del tempo in pigiama (in camicia da notte) o vestito solo in parte . . . . .	SI	NO
37) Non ho il pieno controllo del mio intestino . . . . .	SI	NO
38) Mi vesto da solo, ma mi occorre molto tempo . . . . .	SI	NO
39) Ho bisogno dell'aiuto di qualcuno per vestirmi. . . . .	SI	NO

**Le frasi che seguono riguardano qualsiasi lavoro che di solito Lei fa in casa o in giardino. indichi, per favore solo le frasi che descrivono la Sua situazione attuale e che sono in relazione al Suo stato di salute.**

1) Faccio i lavori di casa solo per brevi periodi di tempo fermandomi spesso per riposare . . . . .	SI	NO
2) Rispetto al solito dedico meno tempo ai normali lavori di casa . . . . .	SI	NO
3) Non sto facendo nessuno dei normali lavori di casa, che di solito facevo. . . . .	SI	NO
4) Non sto facendo nessuno dei lavori di manutenzione o di riparazione che di solito facevo in casa o in giardino . . . . .	SI	NO
5) Non mi reco a fare nessuna delle spese che faccio di solito . . . . .	SI	NO
6) Non sto facendo nessuna delle pulizie di casa che faccio di solito. . . . .	SI	NO
7) Mi riesce difficile fare i lavori manuali, come aprire rubinetti, usare attrezzi da cucina, cucire, usare attrezzi da lavoro . . . . .	SI	NO
8) Non riesco per niente a fare il bucato come di solito facevo . . . . .	SI	NO
9) Non faccio i lavori di casa pesanti . . . . .	SI	NO
10) Non mi prendo più cura dei miei affari personali, delle pratiche amministrative della casa, come per esempio pagare i conti o le bollette, andare in banca o alla posta, fare i conti . . . . .	SI	NO
11) Mi sposto soltanto all'interno di un edificio. . . . .	SI	NO
12) Rimango sempre all'interno di una sola stanza . . . . .	SI	NO
13) Rimango a letto più a lungo . . . . .	SI	NO
14) Rimango a letto quasi sempre . . . . .	SI	NO
15) Attualmente non uso mezzi pubblici di trasporto . . . . .	SI	NO
16) Sto quasi sempre a casa . . . . .	SI	NO
17) Vado solo in posti che abbiano vicino gabinetti pubblici. . . . .	SI	NO
18) Non vado in città o in centro . . . . .	SI	NO
19) Fuori casa passo solo brevi periodi di tempo. . . . .	SI	NO
20) Senza l'aiuto o la compagnia di qualcuno non vado in giro al buio in posti male illuminati . . . . .	SI	NO
21) Vado più di rado a trovare conoscenti, amici, parenti. . . . .	SI	NO
22) In questo periodo non esco mai per andare a trovare gente . . . . .	SI	NO
23) Mi interessa meno ai problemi degli altri, per esempio non do retta a quelli che mi raccontano i loro problemi, non offro aiuto. . . . .	SI	NO
24) Spesso mi comporto in modo irritabile verso quelli che mi stanno vicino, per esempio alzo la voce, rispondo in modo brusco e duro, li critico facilmente. . . . .	SI	NO
25) Sono meno affettuoso. . . . .	SI	NO
26) Sto facendo meno cose in gruppo, con altre persone . . . . .	SI	NO
27) Riduco la durata delle visite agli amici. . . . .	SI	NO
28) Evito di ricevere visite di cortesia . . . . .	SI	NO
29) La mia attività sessuale è diminuita. . . . .	SI	NO
30) Esprimo preoccupazioni su quello che potrebbe accadere alla mia salute . . . . .	SI	NO
31) Parlo meno con quelli che mi stanno vicino. . . . .	SI	NO
32) Faccio molte richieste, per esempio insisto che gli altri facciano delle cose per me, dico loro come fare le cose. . . . .	SI	NO
33) Me ne sto sempre da solo . . . . .	SI	NO

34) Mi comporto in modo sgradevole con i miei familiari, per esempio sono offensivo, intrattabile, testardo . . . . .	SI	NO
35) Ho frequenti esplosioni di rabbia verso i miei familiari . . . . .	SI	NO
36) Mi isolo il più possibile dal resto della famiglia. . . . .	SI	NO
37) Ho meno attenzioni per i bambini . . . . .	SI	NO
38) Rifiuto il contatto con i familiari, per esempio quando mi capita di essere in loro compagnia prendo e me ne vado senza motivo . . . . .	SI	NO
39) In questo periodo non faccio le cose che di solito faccio per prendermi cura della famiglia e dei bambini . . . . .	SI	NO
40) Ho meno voglia del solito di scherzare con i miei familiari . . . . .	SI	NO
41) A piedi percorro distanze più brevi o mi fermo più spesso per riposarmi . . . . .	SI	NO
42) Evito di andare a piedi in salita o in discesa . . . . .	SI	NO
43) Riesco a salire/scendere le scale solo con un appoggio, per esempio sostenendomi ad una ringhiera o con un bastone o con le stampelle . . . . .	SI	NO
44) Salgo o scendo le scale solo con l'aiuto di qualcuno . . . . .	SI	NO
45) Mi sposto con una sedia a rotelle . . . . .	SI	NO
46) Non cammino per niente. . . . .	SI	NO
47) Cammino da solo ma con qualche difficoltà, per esempio zoppico, incespico, ho una gamba rigida . . . . .	SI	NO
48) Riesco a camminare solo con l'aiuto di qualcuno . . . . .	SI	NO
49) Salgo e scendo le scale più lentamente, per esempio faccio uno scalino per volta fermandomi spesso . . . . .	SI	NO
50) Non posso fare le scale per niente . . . . .	SI	NO
51) Riesco a spostarmi solo aiutandomi con un "girello" , con le stampelle, con un bastone, oppure appoggiandomi ai muri o ai mobili . . . . .	SI	NO
52) Cammino più lentamente . . . . .	SI	NO
53) Mi sento confuso, comincio a fare nello stesso momento tante cose . . . . .	SI	NO
54) Mi capitano spesso vari piccoli incidenti, cioè mi cadono di mano le cose, inciampo e cado, urto contro le cose . . . . .	SI	NO
55) Reagisco lentamente a ciò che mi vien detto o fatto . . . . .	SI	NO
56) Non riesco a terminare ciò che ho iniziato a fare. . . . .	SI	NO
57) Trovo difficoltà a fare ragionamenti e a risolvere problemi, per esempio a fare piani, a prendere decisioni, ad imparare cose nuove . . . . .	SI	NO
58) Qualche volta mi comporto come se fossi confuso o disorientato nel tempo o nello spazio, per esempio non so dove sono, non riconosco chi mi sta attorno, non ricordo le direzioni o che giorno è . . . . .	SI	NO
59) Mi dimentico molte cose, per esempio fatti accaduti di recente o appuntamenti, non ricordo dove ripongo gli oggetti. . . . .	SI	NO
60) Non presto attenzione a niente per lungo tempo . . . . .	SI	NO
61) Faccio più errori del solito. . . . .	SI	NO
62) Faccio fatica a fare attività che richiedono concentrazione e ragionamento . . . . .	SI	NO
63) Ho difficoltà a scrivere a mano o a macchina . . . . .	SI	NO
64) Per lo più mi esprimo facendo segni o gesti, per esempio muovendo la testa, indicando con il dito o gesticolando con le mani . . . . .	SI	NO
65) Solo poche persone che mi conoscono bene, capiscono quello che dico. . . . .	SI	NO
66) Spesso, mentre parlo, perdo il controllo della mia voce che, per esempio, diventa più forte o più debole, trema o cambia all'improvviso . . . . .	SI	NO
67) A parte la mia firma non scrivo niente . . . . .	SI	NO
68) Riesco a parlare solo se sto molto vicino alla persona o la sto guardando. . . . .	SI	NO
69) Ho difficoltà a parlare, per esempio mi blocco, balbetto, le parole mi si accavallano nella testa . . . . .	SI	NO
70) Ho difficoltà a farmi capire . . . . .	SI	NO
71) Non riesco a parlare chiaramente quando sono in situazioni particolari di stress e mi sento "sotto pressione". . . . .	SI	NO



Le frasi del prossimo gruppo riguardano l'attività che Lei fa di solito ad esclusione delle faccende di casa. Ci si riferisce perciò a qualsiasi cosa che Lei considera lavoro e che fa con una certa regolarità.

Escluse le faccende di casa, lei lavora di solito? .....	SI	NO
<i>Se ha risposto sì proceda alla sezione seguente</i>		
Se ha risposto no: 1) E' in pensione?		
2) Se è in pensione, il suo pensionamento è legato a problemi di salute?		
3) Il fatto che lei non sia in pensione, ma non lavora, dipende dalla sua salute?		

***Se ha risposto alle precedenti domande non compili la sezione seguente e passi alle successive. Se Lei non lavora, ed il motivo non è la salute, passi alle sezioni successive.***

Consideriamo ora la Sua normale attività lavorativa.

Indichi, per favore, solo le frasi che descrivono la Sua situazione attuale e che sono in relazione al Suo stato di salute.

Non lavoro per niente .....	SI	NO
<i>Se l'affermazione della frase precedente corrisponde alla Sua situazione, passi alla sezione successiva</i>		
1) Svolgo a casa parte del mio lavoro .....	SI	NO
2) Non rendo quanto di solito nel mio lavoro .....	SI	NO
3) Spesso mi comporto in modo irritante con i miei compagni di lavoro, per esempio alzo la voce, rispondo loro male, li critico facilmente .....	SI	NO
4) Ho ridotto l'orario di lavoro .....	SI	NO
5) Svolgo solo lavori leggeri .....	SI	NO
6) Lavoro solo per brevi periodi di tempo e devo riposarmi spesso .....	SI	NO
7) Svolgo il mio normale lavoro ma con alcuni cambiamenti, per esempio adopero strumenti diversi o facilitati o speciali, cambio alcuni compiti con i colleghi. ....	SI	NO
8) Non svolgo il mio lavoro con la solita attenzione e precisione .....	SI	NO

Le frasi di questo gruppo riguardano quello che Lei fa di solito nel suo tempo libero. queste attività sono cose che Lei fa o per distendersi o per passare il tempo o per divertimento.

1) Mi dedico ai miei passatempi o divertimenti per periodi di tempo più brevi. ....	SI	NO
2) In questo periodo esco meno spesso per andare a divertirmi .....	SI	NO
3) Sto dedicando meno tempo ad alcuni abituali passatempi e divertimenti non impegnativi, come guardare la tv, giocare a carte, leggere .....	SI	NO
4) Non mi dedico a nessuno dei miei passatempi abituali o divertimenti non impegnativi, come guardare la tv, giocare a carte, leggere .....	SI	NO
5) Sostituisco con passatempi non impegnativi le attività abituali che svolgo nel tempo libero .....	SI	NO
6) Sto dedicando meno tempo ad attività ricreative con altre persone .....	SI	NO
7) Dedico meno tempo ad alcune delle mie abituali attività ricreativo-sportive .....	SI	NO
8) Attualmente non dedico nessun momento del mio tempo libero a quelle che erano le mie abituali attività ricreativo-sportive .....	SI	NO

Risponda, per favore, sì o no alle frasi che descrivono la Sua situazione attuale e che sono in relazione al Suo stato di salute.

1) In questo periodo mangio meno del solito . . . . .	SI	NO
2) Riesco a mangiare senza essere aiutato, ma solo cibi speciali o usando utensili particolari . . . . .	SI	NO
3) Mangio cibo speciale o cucinato appositamente per me, per esempio cibi morbidi, poco salati, senza zuccheri, con pochi grassi . . . . .	SI	NO
4) Non mangio cibi solidi ma mi limito a bere liquidi. . . . .	SI	NO
5) Mangio solo spezzettando il cibo o facendone piccoli bocconi . . . . .	SI	NO
6) Sto consumando meno liquidi . . . . .	SI	NO
7) Mi alimento con l'aiuto di qualcun altro . . . . .	SI	NO
8) Da solo non mi alimento del tutto, ma devo essere alimentato . . . . .	SI	NO
9) Non mangio nessun cibo autonomamente, ma vengo alimentato con tubi o per flebo . . . . .	SI	NO

## McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ)

Chambers LW, MacDonald LA, Tugwell P, Buchanan WW, Kraag G. The McMaster Health Index Questionnaire as a measure of quality of the life for patients with rheumatoid disease. J Rheumatol 1982; 9 (5): 780-4.

**ISTRUZIONI:** Le risposte sono seguite da lettere che vengono omesse dalla versione consegnata al paziente. Le risposte contrassegnate con la lettera "P" assegnano un punto allo "score dimensione fisica", quelle segnate con "E" assegnano un punto allo "score dimensione psico-emotiva", quelle segnate con "S" assegnano un punto allo "score dimensione sociale".

### SEZIONE A

Le domande della prima sezione sono attinenti alla Sua salute e alle Sue limitazioni nel fare alcune cose.

1) Oggi Le è possibile fisicamente correre per circa un chilometro se è di fretta?		
No	1	<input type="checkbox"/>
Si	2	<input type="checkbox"/> (P)

2) Oggi, ha (o avrebbe) difficoltà a:		
	difficoltà	nessuna difficoltà
Camminare per un chilometro circa?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> (P)
Salire due rampe di scale?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> (P)
Alzarsi e/o sedersi su una sedia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> (P)
Mangiare da solo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> (P)
Vestirsi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> (P)
Lavarsi la faccia? Farsi la barba e/o pettinarsi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> (P)
Fare la spesa?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> (P)
Cucinare?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> (P)
Spolverare e/o fare altri lavori leggeri di casa?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> (P)
Pulire i pavimenti?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> (P)

3) Oggi è fisicamente in grado di praticare uno sport o fare ginnastica?		
No	1	<input type="checkbox"/>
Si	2	<input type="checkbox"/> (P)

4) Attualmente, è in grado di passeggiare da solo se il tempo è bello?			
SI		NO	
Qual è la distanza più lunga che può percorrere da solo?		Riesce a camminare da solo...	
1) 1 Km o più	<input type="checkbox"/> (P)	4) da una stanza all'altra?	<input type="checkbox"/>
2) meno di 1 Km ma più di 10 metri	<input type="checkbox"/>	5) all'interno di una stanza?	<input type="checkbox"/>
3) meno di 10 metri	<input type="checkbox"/>	6) non riesco a camminare per nulla	<input type="checkbox"/>

5) Oggi ha (o avrebbe) delle difficoltà a viaggiare in autobus?			
No		1	<input type="checkbox"/> (P)
Si		2	<input type="checkbox"/>

6) Oggi ha (o avrebbe) delle difficoltà a viaggiare in auto?			
No		1	<input type="checkbox"/> (P)
Si		2	<input type="checkbox"/>

7) Ha delle difficoltà a guidare un'auto da solo?			
No(o non ho la patente)	—————>	vada alla domanda 8	(P)
Si	—————>	E' a causa della Sua disabilità fisica?	
		NO	1 <input type="checkbox"/>
		Si	2 <input type="checkbox"/>

8) Usa gli occhiali?			
SI (2)		NO (1)	
Ha dei problemi leggendo il giornale quando utilizza gli occhiali?		Ha dei problemi leggendo il giornale?	
Mai	1 <input type="checkbox"/> (P)	Mai	1 <input type="checkbox"/> (P)
Qualche volta	2 <input type="checkbox"/>	Qualche volta	2 <input type="checkbox"/>
Sempre	3 <input type="checkbox"/>	Sempre	3 <input type="checkbox"/>
Ha mal di testa guardando la televisione o leggendo, quando usa gli occhiali?		Ha mal di testa guardando la televisione o leggendo?	
Mai	1 <input type="checkbox"/> (P)	Mai	1 <input type="checkbox"/> (P)
Qualche volta	2 <input type="checkbox"/>	Qualche volta	2 <input type="checkbox"/>
Sempre	3 <input type="checkbox"/>	Sempre	3 <input type="checkbox"/>

9) Utilizza un apparecchio acustico?					
SI (2)			NO (1)		
Ha problemi di udito nelle normali conversazioni con più di una persona, se utilizza l'apparecchio acustico?			Ha problemi di udito nelle normali conversazioni con più di una persona?		
Mai	1	<input type="checkbox"/> (P)	Mai	1	<input type="checkbox"/> (P)
Qualche volta	2	<input type="checkbox"/>	Qualche volta	2	<input type="checkbox"/>
Sempre	3	<input type="checkbox"/>	Sempre	3	<input type="checkbox"/>
Ha problemi a sentire la radio o la televisione se utilizza l'apparecchio acustico?			Ha problemi a sentire la radio o la televisione?		
Mai	1	<input type="checkbox"/> (P)	Mai	1	<input type="checkbox"/> (P)
Qualche volta	2	<input type="checkbox"/>	Qualche volta	2	<input type="checkbox"/>
Sempre	3	<input type="checkbox"/>	Sempre	3	<input type="checkbox"/>

### SEZIONE B

Spesso lo stato di salute influenza il modo di vivere la propria vita. Per le seguenti domande, indichi la risposta che più si avvicina alla Sua opinione.

	Molto d'accordo	D'accordo	Indifferente	Non d'accordo	In completo disaccordo	
10) Talvolta sento che la mia vita non è utile	①	②	③	④	⑤	E
11) Ciascuno di noi dovrebbe avere nella vita qualcuno la cui felicità valga per noi quanto vale per lui stesso	①	②	③	④	⑤	E
12) Sono una persona utile a chi mi sta intorno	①	②	③	④	⑤	E
13) Tendo a pensare di essere un fallimento	①	②	③	④	⑤	E
14) Molta gente è infelice perché non sa cosa vuole	①	②	③	④	⑤	E
15) In una società dove ognuno pensa solo a se stesso, è facile non avere più fiducia negli altri	①	②	③	④	⑤	E
16) Il mio pensiero è veloce	①	②	③	④	⑤	E
17) Qualcuno sente di vivere la propria vita abbastanza come vorrebbe e questo è il mio caso	①	②	③	④	⑤	E
18) Molta gente non sa cosa fare della propria vita	①	②	③	④	⑤	E
19) Molti non sanno quanto le loro vite siano controllate dalle congiure tessute in segreto dagli altri	①	②	③	④	⑤	E
20) Mi sembra che la gente mi sia affezionata	①	②	③	④	⑤	E
21) Quasi sempre finisco le cose una volta che le ho iniziate	①	②	③	④	⑤	E
22) Quando faccio progetti, di solito faccio in modo che tutto vada per come è stato progettato	①	②	③	④	⑤	E
23) Penso che molta gente sposata conduca una vita infelice ed in trappola	①	②	③	④	⑤	E
24) Non è il caso di far venire al mondo bambini, date le attuali prospettive per il futuro	①	②	③	④	⑤	E
25) Alcuni si sentono presi in giro e anch'io mi sento così	①	②	③	④	⑤	E
26) Sono sempre all'erta	①	②	③	④	⑤	E
27) Al giorno d'oggi bisogna vivere soprattutto il presente e non preoccuparsi troppo del futuro	①	②	③	④	⑤	E

**SEZIONE C**

Questa sezione contiene delle domande sulla salute in generale e sulle Sue attività sociali.

<b>28) COME DESCRIVEREBBE IL SUO STATO DI SALUTE OGGI?</b>		
Molto buono	1	<input type="checkbox"/> (S)
Abbastanza buono	2	<input type="checkbox"/> (S)
Non troppo buono	3	<input type="checkbox"/>

<b>29) TUTTO CONSIDERATO, COME DIREBBE CHE LE COSE VANNO OGGI?</b>		
Molto bene	1	<input type="checkbox"/> (S)
Abbastanza bene	2	<input type="checkbox"/> (S)
Non troppo bene	3	<input type="checkbox"/>

<b>30) IN GENERALE, OGGI LE SEMBRA SODDISFACENTE IL SUO MODO DI VIVERE?</b>		
Completamente soddisfacente	1	<input type="checkbox"/> (S)
Abbastanza soddisfacente	2	<input type="checkbox"/> (S)
Non troppo soddisfacente	3	<input type="checkbox"/>

<b>31) COME VALUTEREBBE, OGGI, LA SUA CAPACITÀ FISICA? (con questo intendiamo la sua capacità di muoversi, vedere, sentire, parlare)</b>		
Buona	1	<input type="checkbox"/> (S)
Da buona a discreta	2	<input type="checkbox"/> (S)
Discreta	3	<input type="checkbox"/>
Da discreta a scadente	4	<input type="checkbox"/>
Molto scadente	5	<input type="checkbox"/>

<b>32) COME DIREBBE CHE È, OGGI, LA SUA VITA SOCIALE? (con questo intendiamo la sua capacità di lavorare, avere amici, di stare con la sua famiglia)</b>		
Buona	1	<input type="checkbox"/> (S)
Da buona a discreta	2	<input type="checkbox"/> (S)
Discreta	3	<input type="checkbox"/>
Da discreta a scadente	4	<input type="checkbox"/>
Molto scadente	5	<input type="checkbox"/>

<b>33) COME DEFINIREBBE, OGGI, IL SUO STATO EMOTIVO? (con questo intendiamo la sua capacità di restare di buonumore per la maggior parte del tempo e di essere in genere felice e soddisfatto della sua vita)</b>		
Buono	1	<input type="checkbox"/> (E)
Da buono a discreto	2	<input type="checkbox"/> (E)
Discreto	3	<input type="checkbox"/>
Da discreto a scadente	4	<input type="checkbox"/>
Molto scadente	5	<input type="checkbox"/>

<b>34) ATTUALMENTE, SVOLGE UN LAVORO DIPENDENTE, A TEMPO PIENO O PARZIALE?</b>			
Si	Vada alla domanda 35	1	<input type="checkbox"/> (S)
No		2	<input type="checkbox"/>
<b>ATTUALMENTE E'</b>			
In vacanza		1	<input type="checkbox"/> (S)
In malattia		2	<input type="checkbox"/>
Pensionato		3	<input type="checkbox"/>
Studente		4	<input type="checkbox"/> (S)
Casalinga		5	<input type="checkbox"/>
Altro (specifichi per cortesia.....)		6	<input type="checkbox"/>

<b>35) PER QUANTO TEMPO GUARDA LA TELEVISIONE, IN UNA SETTIMANA?</b>			
Mai		1	<input type="checkbox"/> (S)
Meno di tre ore alla settimana		2	<input type="checkbox"/> (S)
Meno di due ore al giorno		3	<input type="checkbox"/>
Due o più ore al giorno		4	<input type="checkbox"/>

<b>36) QUALE DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ DESCRIVE LA SUA ABITUALE VITA SOCIALE E RICREATIVA? ESSA CONSISTE NEL:</b>			
<b>...andare in chiesa?</b>			
No		1	<input type="checkbox"/>
Si		2	<input type="checkbox"/> (S)
<b>...andare a casa dei parenti?</b>			
No		1	<input type="checkbox"/>
Si		2	<input type="checkbox"/> (S)
<b>...altre attività? (per favore, specifichi)</b>			
Si			<input type="checkbox"/> (S)
.....			<input type="checkbox"/>
.....			<input type="checkbox"/>

<b>37) QUALCUNO È VENUTO A TROVARLA LA SCORSA SETTIMANA?</b>			
<b>...un parente?</b>			
No		1	<input type="checkbox"/>
Si		2	<input type="checkbox"/> (S)
<b>...un amico?</b>			
No		1	<input type="checkbox"/>
Si		2	<input type="checkbox"/> (S)
<b>...una persona della sua parrocchia, del quartiere?</b>			
No		1	<input type="checkbox"/>
Si		2	<input type="checkbox"/> (S)
<b>...un assistente sociale?</b>			
No		1	<input type="checkbox"/> (S)
Si		2	<input type="checkbox"/>

<b>38) HA IL TELEFONO?</b>		
No	Vada alla domanda 41	<input type="checkbox"/>
Si		<input type="checkbox"/> (S)

<b>39) LA SCORSA SETTIMANA HA USATO IL TELEFONO PER CHIAMARE?</b>		
<b>...un amico?</b>		
No	1	<input type="checkbox"/>
Si	2	<input type="checkbox"/> (S)
<b>...un membro della sua parrocchia?</b>		
No	1	<input type="checkbox"/>
Si	2	<input type="checkbox"/> (S)
<b>...un assistente sociale?</b>		
No	1	<input type="checkbox"/> (S)
Si	2	<input type="checkbox"/>

<b>40) È STATO CHIAMATO LA SCORSA SETTIMANA DA UN ASSISTENTE SOCIALE?</b>		
No	1	<input type="checkbox"/> (S)
Si	2	<input type="checkbox"/>

<b>41) DA QUANTO TEMPO NON VA IN VACANZA? (scriva "0" se attualmente è in vacanza)</b>		
Mesi .....		
Anni .....		S(>12 mesi)

<b>42) NELL'ULTIMO ANNO, LE È SUCCESSO QUALCUNO DEI SEGUENTI EVENTI?</b>		
<b>...separazione dal coniuge?</b>		
No	1	<input type="checkbox"/> (E,S)
Si	2	<input type="checkbox"/>
<b>...divorzio?</b>		
No	1	<input type="checkbox"/> (E,S)
Si	2	<input type="checkbox"/>
<b>...essere assistito dai servizi sociali?</b>		
No	1	<input type="checkbox"/> (E,S)
Si	2	<input type="checkbox"/>
<b>...problemi con gli amici e/o i parenti?</b>		
No	1	<input type="checkbox"/> (E,S)
Si	2	<input type="checkbox"/>
<b>...e' andato in pensione?</b>		
No	1	<input type="checkbox"/> (E,S)
Si	2	<input type="checkbox"/>
<b>qualche altro problema o cambiamento nella vita?</b>		
<b>(per favore specifici)</b>		
.....		
.....		
.....(E) (S) (Se non ci sono problemi elencati)....		



## European Quality of Life Questionnaire (EUROQoL)

Hurst NP, Jobanputra P, Hunter M, Lambert M, Lochhead A, Brown H. Validity of Euroqol -- a generic health status instrument -- in patients with rheumatoid arthritis.

Economic and Health Outcomes Research Group. Br J Rheumatol. 1994;33:655-62.

In generale, Lei direbbe che la Sua salute è:

eccezionale     
  ottima     
  buona     
  discreta     
  pessima

Indichi quale delle seguenti affermazioni descrive meglio il Suo stato di salute oggi, contrassegnando una sola casella in ciascun gruppo.

<b>Capacità di movimento</b>	
Non ho difficoltà nel camminare	<input type="checkbox"/>
Ho qualche difficoltà nel camminare	<input type="checkbox"/>
Sono costretto/a a letto	<input type="checkbox"/>
<b>Cura della persona</b>	
Non ho difficoltà nel prendermi cura di me stesso/a	<input type="checkbox"/>
Ho qualche difficoltà nel lavarmi e vestirmi	<input type="checkbox"/>
Non sono in grado di svolgere le mie attività abituali	<input type="checkbox"/>
Uso quotidiano di oppioidi	<input type="checkbox"/>
<b>Attività abituali</b> (es. lavoro, studio, lavori domestici, attività familiari e di svago)	
Non ho difficoltà nello svolgimento delle attività abituali	<input type="checkbox"/>
Ho qualche difficoltà nello svolgimento delle attività abituali	<input type="checkbox"/>
Non sono in grado di svolgere le mie attività abituali	<input type="checkbox"/>
<b>Dolore o fastidio</b>	
Non provo alcun dolore o fastidio	<input type="checkbox"/>
Provo dolore o fastidio moderati	<input type="checkbox"/>
Provo estremo dolore o fastidio	<input type="checkbox"/>
<b>Ansia o depressione</b>	
Non sono ansioso/a o depresso/a	<input type="checkbox"/>
Sono moderatamente ansioso/a o depresso/a	<input type="checkbox"/>
Sono estremamente ansioso/a o depresso/a	<input type="checkbox"/>
<b>Il mio stato di salute di oggi paragonato a quello degli ultimi 12 mesi è:</b> (contrassegnare la casella appropriata)	
Migliore	<input type="checkbox"/>
Più o meno uguale	<input type="checkbox"/>
Peggioro	<input type="checkbox"/>

Per aiutarLa ad esprimere il Suo stato di salute attuale, abbiamo disegnato una scala graduata (simile ad un termometro) sulla quale il migliore stato di salute immaginabile è contrassegnato dal numero 100 ed il peggiore dallo 0.

Vorremmo che Lei indicasse con una crocetta su questa scala quale è il livello del Suo stato di salute oggi.



## Bibliografia

1. Aleksandrova OIU, Mikhailov VA, Maliavin AG. The effect of laser therapy on the quality of life of rheumatoid arthritis patients. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult.* 1999 Sep-Oct;(5):35-7.
2. Apolone G, Mosconi P. Come usare il questionario sullo stato di salute SF-36 (versione italiana). Progetto IQOLA. Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", 1996.
3. Badia X, Alonso J. Adaptation of a measure of dysfunction-related illness: the Spanish version of Sickness Impact Profile]. *Med Clin (Barc).* 1994 Jan 29;102(3):90-5.
4. Badia X, Alonso J. Re-scaling the Spanish version of the Sickness Impact Profile: an opportunity for the assessment of cross-cultural equivalence. *J Clin Epidemiol.* 1995 Jul;48(7):949-57.
5. Badia X, Alonso J. Validity and reproducibility of the Spanish Version of the Sickness Impact Profile. *J Clin Epidemiol.* 1996 Mar;49(3):359-65.
6. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. *European Quality of Life scale. Med Clin (Barc).* 1999;112 Suppl 1:79-85.
7. Balaban DJ, Sagi PC, Goldfarb NI, Nettler S. Weights for scoring the quality of well-being instrument among rheumatoid arthritis. A comparison to general population weights. *Med Care.* 1986 Nov;24(11):973-80.
8. Bech P. Health-related quality of life. *Ann Med.* 1993 Apr;25(2):103-4.
9. Bekkelund SI, Husby G, Mellgren SI. Quality of life in rheumatoid arthritis: a case-control study in patients living in northern Norway. *Clin Exp Rheumatol.* 1995 Jul-Aug;13(4):471-5.
10. Bell MJ, Bombardier C, Tugwell P. Measurement of functional status, quality of life, and utility in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1990 Apr;33(4):591-601.
11. Bendtsen P, Akerlind I, Hornquist JO. Assessment of quality of life in rheumatoid arthritis: methods and implications. *Pharmacoeconomics.* 1994 Apr;5(4):286-98.
12. Bendtsen P, Hornquist JO. Change and status in quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Qual Life Res.* 1992 Oct;1(5):296-305.
13. Bendtsen P, Hornquist JO. Severity of rheumatoid arthritis, function and quality of life: sub-group comparisons. *Clin Exp Rheumatol.* 1993 Sep-Oct;11(5):495-502.
14. Bennett K, Torrance G, Tugwell P. Methodologic challenges in the development of utility measures of health-related quality of life in rheumatoid arthritis. *Control Clin Trials.* 1991 Aug;12(4 Suppl):118S-128S.
15. Bennett KJ, Torrance GW, Moran LA, Smith F, Goldsmith CH. Health state utilities in knee replacement surgery: the development and evaluation of McKnee. *J Rheumatol.* 1997 Sep;24(9):1796-805.
16. Benson ER, Resine ST, Lewis CG. Functional outcome of arthrodesis for failed total knee arthroplasty. *Orthopedics.* 1998 Aug;21(8):875-9.
17. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care.* 1981 Aug;19(8):787-805.
18. Bergner M, Bobbitt RA, Kressel S, Pollard WE, Gilson BS, Morris JR. The sickness impact profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *Int J Health Serv.* 1976;6(3):393-415.
19. Bergner M, Bobbitt RA, Pollard WE, Martin DP, Gilson BS. The sickness impact profile: validation of a health status measure. *Med Care.* 1976 Jan;14(1):57-67.
20. Birrell FN, Hassell AB, Jones PW, Dawes PT. Why not use OSRA? A comparison of Overall Status in Rheumatoid Arthritis (RA) with ACR core set and other indices of disease activity in RA. *J Rheumatol.* 1998 Sep;25(9):1709-15.
21. Bjork S, Norinder A. The weighting exercise for the Swedish version of the EuroQol. *Health Econ.* 1999 Mar;8(2):117-26.
22. Boardman DL, Dorey F, Thomas BJ, Lieberman JR. The accuracy of assessing total hip arthroplasty outcomes: a prospective correlation study of walking ability and 2 validated measurement devices. *J Arthroplasty.* 2000 Feb;15(2):200-4.
23. Boers M, Felson DT. Clinical measures in rheumatoid arthritis: which are most useful in assessing patients? *J Rheumatol.* 1994 Sep;21(9):1773-4.
24. Boers M. Generic measures to compare burden of disease. *Neth J Med.* 1999 Mar;54(3):83-5.
25. Boers M. International consensus on which measures to use in rheumatoid arthritis clinical trials. *Neth J Med.* 1993 Aug;43(1-2):55-8.
26. Bombardier C, Raboud J. A comparison of health-related quality-of-life measures for rheumatoid arthritis research. The Auranofin Cooperating Group. *Control Clin Trials.* 1991 Aug;12(4 Suppl):243S-256S.
27. Bombardier C, Ware J, Russell IJ, Larson M, Chalmers A, Read JL. Auranofin therapy and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Results of a multicenter trial. *Am J Med.* 1986 Oct;81(4):565-78.
28. Borstlap M, van de Laar M, Zant J, van der Korst J. Components of health: an analysis in rheumatoid arthritis using quality of life questionnaires and clinical and laboratory variables. *Ann Rheum Dis.* 1993 Sep;52(9):650-4.
29. Brandt J, Haibel H, Cornely D, Golder W, Gonzalez J, Reddig J, Thriene W, Sieper J, Braun J. Successful treatment of active ankylosing spondylitis with the anti-tumor necrosis factor alpha monoclonal antibody infliximab. *Arthritis Rheum.* 2000 Jun;43(6):1346-52.
30. Brazier J, Jones N, Kind P. Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. *Qual Life Res.* 1993 Jun;2(3):169-80.
31. Brazier JE, Harper R, Munro J, Walters SJ, Snaith ML. Generic and condition-specific outcome measures for people with osteoarthritis of the knee. *Rheumatology (Oxford).* 1999 Sep;38(9):870-7.
32. Brazier JE, Walters SJ, Nicholl JP, Kohler B. Using the SF-36 and Euroqol on an elderly population. *Qual Life Res.* 1996 Apr;5(2):195-204.
33. Briggs A, Scott E, Steele K. Impact of osteoarthritis and analgesic treatment on quality of life of an elderly population. *Ann Pharmacother.* 1999 Nov;33(11):1154-9.

34. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy*. 1996 Jul;37(1):53-72.
35. Brooks RG, Jendteg S, Lindgren B, Persson U, Bjork S. EuroQol: health-related quality of life measurement. Results of the Swedish questionnaire exercise. *Health Policy*. 1991 Jun;18(1):37-48.
36. Brooks WB, Jordan JS, Divine GW, Smith KS, Neelon FA. The impact of psychologic factors on measurement of functional status. Assessment of the sickness impact profile. *Med Care*. 1990 Sep;28(9):793-804.
37. Buchwald D, Pearlman T, Umali J, Schmaling K, Katon W. Functional status in patients with chronic fatigue syndrome, other fatiguing illnesses, and healthy individuals. *Am J Med*. 1996 Oct;101(4):364-70.
38. Busschbach JJ, McDonnell J, Essink-Bot ML, van Hout BA. Estimating parametric relationships between health description and health valuation with an application to the EuroQol EQ-5D. *J Health Econ*. 1999 Oct;18(5):551-71.
39. Busschbach JJ, McDonnell J, Tangelder MJ, Eikelboom BC, Buskens E, Algra A, Lawson JA. EuroQol values for economic modeling quality of life after infrainguinal bypass grafting surgery: a rectification. *J Vasc Surg*. 1999 Dec;30(6):1162-3.
40. Calmels P, Pereira A, Domenach M, Pallot-Prades B, Alexandre C, Minaire P. Functional ability and quality of life in rheumatoid arthritis: use of the Functional Independence Measure and the Reintegration to Normal Living Index. *Rev Rhum Ed Fr*. 1994 Dec;61(11):813-22.
41. Carter WB, Bobbitt RA, Bergner M, Gilson BS. Validation of an interval scaling: the sickness impact profile. *Health Serv Res*. 1976 Winter;11(4):516-28.
42. Chambers LW, Macdonald LA, Tugwell P, Buchanan WW, Kraag G. The McMaster Health Index Questionnaire as a measure of quality of life for patients with rheumatoid disease. *J Rheumatol*. 1982 Sep-Oct;9(5):780-4.
43. Cheah SY, Clark C, Goldberg L, Li Wan Po A, Phillips R. Outcome measures, pooled index and quality of life instruments in rheumatoid arthritis. *J Clin Pharm Ther*. 1996 Oct;21(5):297-316.
44. Cheour E, Elloumi M, Sahli H, Bouagina E, Meddeb N, Sellami S. Functional and social-professional impact of rheumatoid arthritis in Tunisia. *Tunis Med*. 1998 Dec;76(12):471-4.
45. Christie D. Quality of life. *Lancet*. 1995 Aug 12;346(8972):445.
46. Chwalow AJ, Lurie A, Bean K, Parent du Chatelet I, Venot A, Dusser D, Douot Y, Strauch G. A French version of the Sickness Impact Profile (SIP): stages in the cross cultural validation of a generic quality of life scale. *Fundam Clin Pharmacol*. 1992;6(7):319-26.
47. Clark JA, Spiro A 3rd, Fincke G, Miller DR, Kazis LE. Symptom severity of osteoarthritis of the knee: a patient-based measure developed in the veterans health study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1998 Sep;53(5):M351-60.
48. Coast J, Peters TJ, Richards SH, Gunnell DJ. Use of the EuroQoL among elderly acute care patients. *Qual Life Res*. 1998 Jan;7(1):1-10.
49. Cohen SR, Mount BM, MacDonald N. Defining quality of life. *Eur J Cancer*. 1996 May;32A(5):753-4.
50. Da Costa D, Dobkin PL, Fitzcharles MA, Fortin PR, Beaulieu A, Zummer M, Senecal JL, Goulet JR, Rich E, Choquette D, Clarke AE. Determinants of health status in fibromyalgia: a comparative study with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2000 Feb;27(2):365-72.
51. das Chagas Medeiros MM, Ferraz MB, Quaresma MR. The effect of rheumatoid arthritis on the quality of life of primary caregivers. *J Rheumatol*. 2000 Jan;27(1):76-83.
52. Davies GM, Watson DJ, Bellamy N. Comparison of the responsiveness and relative effect size of the western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index and the short-form Medical Outcomes Study Survey in a randomized, clinical trial of osteoarthritis patients. *Arthritis Care Res*. 1999 Jun;12(3):172-9.
53. Dawson J, Fitzpatrick R, Murray D, Carr A. The problem of 'noise' in monitoring patient-based outcomes: generic, disease-specific and site-specific instruments for total hip replacement. *J Health Serv Res Policy*. 1996 Oct;1(4):224-31.
54. de Bruin AF, Buys M, de Witte LP, Diederiks JP. The sickness impact profile: SIP68, a short generic version. First evaluation of the reliability and reproducibility. *J Clin Epidemiol*. 1994 Aug;47(8):863-71.
55. de Bruin AF, de Witte LP, Stevens F, Diederiks JP. Sickness Impact Profile: the state of the art of a generic functional status measure. *Soc Sci Med*. 1992 Oct;35(8):1003-14.
56. de Bruin AF, Diederiks JP, de Witte LP, Stevens FC, Philipsen H. Assessing the responsiveness of a functional status measure: the Sickness Impact Profile versus the SIP68. *J Clin Epidemiol*. 1997 May;50(5):529-40.
57. de Bruin AF, Diederiks JP, de Witte LP, Stevens FC, Philipsen H. The development of a short generic version of the Sickness Impact Profile. *J Clin Epidemiol*. 1994 Apr;47(4):407-18.
58. de Melker RA, Touw-Otten F, Jacobs HM, Luttik A. Value of the sickness impact profile as outcome measure. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1990 May 12;134(19):946-8.
59. Devlin N. Measuring health-related quality of life. *N Z Med J*. 1999 Nov 12;112(1099):434.
60. Deyo RA. Comparative validity of the sickness impact profile and shorter scales for functional assessment in low-back pain. *Spine*. 1986 Nov;11(9):951-4.
61. Deyo RA. Measuring functional outcomes in therapeutic trials for chronic disease. *Control Clin Trials*. 1984 Sep;5(3):223-40.
62. Dolan P. Modeling valuations for EuroQol health states. *Med Care*. 1997 Nov;35(11):1095-108.
63. Dolan P. Search for a critical appraisal of EuroQol: a response by the EuroQol group to Gafni and Birch. *Health Policy*. 1994 Mar;28(1):67-9.
64. Domsic RT, Saltzman CL. Ankle osteoarthritis scale. *Foot Ankle Int*. 1998 Jul;19(7):466-71.
65. Dorman P, Slattery J, Farrell B, Dennis M, Sandercock P. Qualitative comparison of the reliability of health status assessments with the EuroQol and SF-36 questionnaires after stroke. *United Kingdom Collaborators in the International Stroke Trial*. *Stroke*. 1998 Jan;29(1):63-8.
66. Dorman PJ, Dennis M, Sandercock P. How do scores on the EuroQol relate to scores on the SF-36 after stroke? *Stroke*. 1999 Oct;30(10):2146-51.
67. Dorman PJ, Slattery J, Farrell B, Dennis MS, Sandercock PA. A randomised comparison of the EuroQol and Short Form-36 after stroke. *United Kingdom collaborators in the International Stroke Trial*. *BMJ*. 1997 Aug 23;315(7106):461.
68. Dorman PJ, Waddell F, Slattery J, Dennis M, Sandercock P. Are proxy assessments of health status after stroke with

- the EuroQol questionnaire feasible, accurate, and unbiased? *Stroke*. 1997 Oct;28(10):1883-7.
69. Dorman PJ, Waddell F, Slattery J, Dennis M, Sandercock P. Is the EuroQol a valid measure of health-related quality of life after stroke? *Stroke*. 1997 Oct;28(10):1876-82.
  70. Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, Kuck J, Leslie V, Masur D, Wagner M, Waid R, Zisook S. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics*. 1999 Jan-Feb;40(1):57-63.
  71. Escalante A, del Rincon I. How much disability in rheumatoid arthritis is explained by rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum*. 1999 Aug;42(8):1712-21.
  72. Escalante A, Fischbach M. Musculoskeletal manifestations, pain, and quality of life in Persian Gulf War veterans referred for rheumatologic evaluation. *J Rheumatol*. 1998 Nov;25(11):2228-35.
  73. Escalante A. What do self-administered joint counts tell us about patients with rheumatoid arthritis? *Arthritis Care Res*. 1998 Aug;11(4):280-90.
  74. Essink-Bot ML, Krabbe PF, Bonsel GJ, Aaronson NK. An empirical comparison of four generic health status measures. The Nottingham Health Profile, the Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey, the COOP/WONCA charts, and the EuroQol instrument. *Med Care*. 1997 May;35(5):522-37.
  75. Evers AW, Taal E, Kraaijmaat FW, Jacobs JW, Abdel-Nasser A, Rasker JJ, Bijlsma JW. A comparison of two recently developed health status instruments for patients with arthritis: Dutch-AIMS2 and IRGL. *Arthritis Impact Measurement Scales. Impact of Rheumatic diseases on General health and Lifestyle*. *Br J Rheumatol*. 1998 Feb;37(2):157-64.
  76. Fallowfield L. Quality of quality-of-life data. *Lancet*. 1996 Aug 17;348(9025):421-2.
  77. Feeny DH, Torrance GW. Incorporating utility-based quality-of-life assessment measures in clinical trials. Two examples. *Med Care*. 1989 Mar;27(3 Suppl):S190-204.
  78. Ferris LE. Assessment of the impact of coexistent psychologic and medical problems on the Sickness Impact Profile (SIP) measurement of functional status. *Med Care*. 1991 Sep;29(9):813-4
  79. Finlay AY, Khan GK, Luscombe DK, Salek MS. Validation of Sickness Impact Profile and Psoriasis Disability Index in Psoriasis. *Br J Dermatol*. 1990 Dec;123(6):751-6.
  80. Fitzpatrick R, Ziebland S, Jenkinson C, Mowat A, Mowat A. A comparison of the sensitivity to change of several health status instruments in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1993 Mar;20(3):429-36.
  81. Fitzpatrick R, Ziebland S, Jenkinson C, Mowat A, Mowat A. Transition questions to assess outcomes in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*. 1993 Sep;32(9):807-11.
  82. Fitzpatrick R. The measurement of health status and quality of life in rheumatological disorders. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1993 Jun;7(2):297-317. Review.
  83. Folker H. Sickness impact profile (SIP). A method of assessing health. *Ugeskr Laeger*. 1987 Jan 12;149(3):175-8.
  84. Follick MJ, Smith TW, Ahern DK. The sickness impact profile: a global measure of disability in chronic low back pain. *Pain*. 1985 Jan;21(1):67-76.
  85. Frank A, Turner-Stokes L. Rheumatoid arthritis, impairment and mobility. *Br J Rheumatol*. 1994 Apr;33(44):408
  86. Fransen M, Edmonds J. Reliability and validity of the EuroQol in patients with osteoarthritis of the knee. *Rheumatology (Oxford)*. 1999 Sep;38(9):807-13.
  87. Fransen M, Edmonds J. Reliability and validity of the EuroQol in patients with osteoarthritis of the knee. *Rheumatology (Oxford)*. 1999 Sep;38(9):807-13.
  88. Fries JF. Measuring the quality of life in relation to arthritis therapy. *Postgrad Med*. 1983 May;Spec No:49-56.
  89. Gartsman GM, Brinker MR, Khan M, Karahan M. Self-assessment of general health status in patients with five common shoulder conditions. *J Shoulder Elbow Surg*. 1998 May-Jun;7(3):228-37.
  90. Gerety MB, Cornell JE, Mulrow CD, Tuley M, Hazuda HP, Lichtenstein M, Kanten DN, Aguilar C, Kadri AA, Rosenberg J. The Sickness Impact Profile for nursing homes (SIP-NH). *J Gerontol*. 1994 Jan;49(1):M2-8.
  91. Gerin P, Dazord A, Boissel JP, Hanauer MT, Moleur P, Chauvin F. Quality of life assessment in therapeutic trials. Conceptual aspects and presentation of a questionnaire. *Therapie*. 1989 Sep-Oct;44(5):355-64.
  92. Gilboe IM, Kvien TK, Husby G. Health status in systemic lupus erythematosus compared to rheumatoid arthritis and healthy controls. *J Rheumatol*. 1999 Aug;26(8):1694-700.
  93. Gilson BS, Erickson D, Chavez CT, Bobbitt RA, Bergner M, Carter WB. A Chicano version of the Sickness Impact Profile (SIP). A health care evaluation instrument crosses the linguistic barrier. *Cult Med Psychiatry*. 1980 Jun;4(2):137-50.
  94. Gilson BS, Gilson JS, Bergner M, Bobbit RA, Kressel S, Pollard WE, Vesselago M. The sickness impact profile. Development of an outcome measure of health care. *Am J Public Health*. 1975 Dec;65(12):1304-10.
  95. Gioiella EC. Quality of life revisited. *Nurs Sci Q*. 1995 Fall;8(3):97.
  96. Gladman DD, Urowitz MB, Gough J, MacKinnon A. Fibromyalgia is a major contributor to quality of life in lupus. *J Rheumatol*. 1997 Nov;24(11):2145-8.
  97. Glaser A, Walker D. Quality of life. *Lancet*. 1995 Aug 12;346(8972):444.
  98. Glick HA, Polsky D, Willke RJ, Schulman KA. A comparison of preference assessment instruments used in a clinical trial: responses to the visual analog scale from the EuroQol EQ-5D and the Health Utilities Index. *Med Decis Making*. 1999 Jul-Sep;19(3):265-75.
  99. Goorman SD, Watanabe TK, Miller EH, Perry C. Functional outcome in knee osteoarthritis after treatment with hylan G-F 20: a prospective study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000 Apr;81(4):479-83.
  100. Grace D, Rogers J, Skeith K, Anderson K. Topical diclofenac versus placebo: a double blind, randomized clinical trial in patients with osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol*. 1999 Dec;26(12):2659-63.
  101. Greenwood DC, Muir KR, Doherty M, Milner SA, Stevens M, Davis TR. Conservatively managed tibial shaft fractures in Nottingham, UK: are pain, osteoarthritis, and disability long-term complications? *J Epidemiol Community Health*. 1997 Dec;51(6):701-4.
  102. Greidanus J, Groenier KH, Schuling J. Functional status of the elderly measured with the Sickness Impact Profile. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 1994 Mar; 25(1) : 11-6.

103. Guccione AA, Jette AM. Multidimensional assessment of functional limitations in patients with arthritis. *Arthritis Care Res.* 1990 Mar;3(1):44-52.
104. Hadorn DC, Uebersax J. Large-scale health outcomes evaluation: how should quality of life be measured? Part I—Calibration of a brief questionnaire and a search for preference subgroups. *J Clin Epidemiol.* 1995 May;48(5):607-18.
105. Hagen KB, Smedstad LM, Uhlig T, Kvien TK. The responsiveness of health status measures in patients with rheumatoid arthritis: comparison of disease-specific and generic instruments. *J Rheumatol.* 1999 Jul;26(7):1474-80.
106. Hakim Z, Pathak DS. Modelling the EuroQol data: a comparison of discrete choice conjoint and conditional preference modelling. *Health Econ.* 1999 Mar;8(2):103-16.
107. Helewa A, Goldsmith CH, Smythe HA. Independent measurement of functional capacity in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1982 Sep-Oct;9(5):794-7.
108. Helliwell PS, O'Hara M, Holdsworth J, Hesselden A, King T, Evans P. A 12-month randomized controlled trial of patient education on radiographic changes and quality of life in early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 1999 Apr;38(4):303-8.
109. Hisashige A, Mikasa H, Katayama T. Description and valuation of health-related quality of life among the general public in Japan by the EuroQol. *J Med Invest.* 1998 Aug;45(1-4):123-9.
110. Hollingworth W, Mackenzie R, Todd CJ, Dixon AK. Measuring changes in quality of life following magnetic resonance imaging of the knee: SF-36, EuroQol or Rosser index? *Qual Life Res.* 1995 Aug;4(4):325-34.
111. Houtman PM. Impairment of quality of life: rheumatoid arthritis versus sarcoidosis. *Neth J Med.* 1999 Oct;55(4):199-200. Review.
112. Hozack WJ, Rothman RH, Albert TJ, Balderston RA, Eng K. Relationship of total hip arthroplasty outcomes to other orthopaedic procedures. *Clin Orthop.* 1997 Nov;(344):88-93.
113. Hulsebos RG, Beltman FW, dos Reis Miranda D, Spangenberg JF. Measuring quality of life with the sickness impact profile: a pilot study. *Intensive Care Med.* 1991;17(5):285-8.
114. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J Roy Coll Gen Pract* 1985; 35: 185-8.
115. Hurst NP, Jobanputra P, Hunter M, Lambert M, Lochhead A, Brown H. Validity of Euroqol—a generic health status instrument—in patients with rheumatoid arthritis. *Economic and Health Outcomes Research Group.* *Br J Rheumatol.* 1994 Jul;33(7):655-62.
116. Hurst NP, Kind P, Ruta D, Hunter M, Stubbings A. Measuring health-related quality of life in rheumatoid arthritis: validity, responsiveness and reliability of EuroQol (EQ-5D). *Br J Rheumatol.* 1997 May;36(5):551-9.
117. Huskisson EC, Sturrock RD, Tugwell P. Measurement of patient outcome. *Br J Rheumatol.* 1983 Aug;22(3 Suppl):86-9.
118. J van Essen GJ, Chipchase LS, O'Connor D, Krishnan. Primary total knee replacement: short-term outcomes in an Australian population. *J Qual Clin Pract.* 1998 Jun;18(2):135-42.
119. Jacobs HM, Luttik A, Touw-Otten FW, de Melker RA. The sickness impact profile; results of an evaluation study of the Dutch version. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1990 Oct 6;134(40):1950-4. Dutch.
120. Jacobs JW, van der Heide A, Rasker JJ, Bijlsma JW. Measurement of functional ability and health status in the arthritic patient. *Patient Educ Couns.* 1993 May;20(2-3):121-32.
121. Jaeschke R, Singer J, Guyatt GH. Measurement of health status. Ascertaining the minimal clinically important difference. *Control Clin Trials.* 1989 Dec;10(4):407-15.
122. Jannink-Nijlant JM, Diederiks JP, Brouwers MA, Metsmakers JF. Screening for mobility disorders by the Mobility Control subscale of the short version of the Sickness Impact Profile. *Clin Rehabil.* 1999 Dec;13(6):492-7.
123. Jenkinson C, Gray A, Doll H, Lawrence K, Keoghane S, Layte R. Evaluation of index and profile measures of health status in a randomized controlled trial. Comparison of the Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey, EuroQol, and disease specific measures. *Med Care.* 1997 Nov;35(11):1109-18.
124. Jensen MP, Strom SE, Turner JA, Romano JM. Validity of the Sickness Impact Profile Roland scale as a measure of dysfunction in chronic pain patients. *Pain.* 1992 Aug;50(2):157-62.
125. Jerosch J, Floren M. [Quality of life improvement (SF-36) after implantation of a knee endoprosthesis]. *Unfallchirurg.* 2000 May;103(5):371-4.
126. Johnson JA, Coons SJ, Ergo A, Szava-Kovats G. Valuation of EuroQOL (EQ-5D) health states in an adult US sample. *Pharmacoeconomics.* 1998 Apr;13(4):421-33.
127. Jurkovich G, Mock C, MacKenzie E, Burgess A, Cushing B, deLateur B, McAndrew M, Morris J, Swiontkowski M. The Sickness Impact Profile as a tool to evaluate functional outcome in trauma patients. *J Trauma.* 1995 Oct;39(4):625-31.
128. Kantz ME, Harris WJ, Levitsky K, Ware JE Jr, Davies AR. Methods for assessing condition-specific and generic functional status outcomes after total knee replacement. *Med Care.* 1992 May;30(5 Suppl):MS240-52.
129. Katz JN, Harris TM, Larson MG, Krushell RJ, Brown CH, Fossel AH, Liang MH. Predictors of functional outcomes after arthroscopic partial meniscectomy. *J Rheumatol.* 1992 Dec;19(12):1938-42.
130. Kawai S, Matsushita Y, Yoshida T, Akama H, Amano K, Yamada H. Measurement of quality of life in rheumatoid arthritis. *Ryumachi.* 1991 Oct;31(5):502-10.
131. Kawai S. Arthritis and quality of life. *Nippon Naika Gakkai Zasshi.* 1994 Nov 10;83(11):1948-53.
132. Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF. Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care.* 1989 Mar;27(3 Suppl):S178-89.
133. Kazis LE, Callahan LF, Meenan RF, Pincus T. Health status reports in the care of patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Epidemiol.* 1990;43(11):1243-53.
134. Keller SD, Ware JE Jr, Hatoum HT, Kong SX. The SF-36 Arthritis-Specific Health Index (ASHI): II. Tests of validity in four clinical trials. *Med Care.* 1999 May;37(5 Suppl):MS51-60.
135. Kessler S, Jaekel W, Cziske R. Assessing health in musculoskeletal disorders—the appropriateness of a

- German version of the Sickness Impact Profile. *Rheumatol Int.* 1997;17(3):119-25.
136. Kondo H. Disease activity measures for rheumatoid arthritis clinical trials. *Ryumachi.* 1997 Dec;37(6):825-31.
  137. Konno T, Amano A, Higa K, Saitoh K, Ishihara Y. Rehabilitation in rheumatoid arthritis (RA) patients—assessment of effects of rehabilitation based on activities of daily living. *Ryumachi.* 1995 Jun;35(3):595-9.
  138. Kosinski M, Keller SD, Hatoum HT, Kong SX, Ware JE Jr. The SF-36 Health Survey as a generic outcome measure in clinical trials of patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis: tests of data quality, scaling assumptions and score reliability. *Med Care.* 1999 May;37(5 Suppl):MS10-22.
  139. Kosinski M, Keller SD, Ware JE Jr, Hatoum HT, Kong SX. The SF-36 Health Survey as a generic outcome measure in clinical trials of patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis: relative validity of scales in relation to clinical measures of arthritis severity. *Med Care.* 1999 May;37(5 Suppl):MS23-39.
  140. Kosinski M, Zhao SZ, Dedhiya S, Osterhaus JT, Ware JE Jr. Determining minimally important changes in generic and disease-specific health-related quality of life questionnaires in clinical trials of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2000 Jul;43(7):1478-87.
  141. Krabbe PF, Stouthard ME, Essink-Bot ML, Bonsel GJ. The effect of adding a cognitive dimension to the EuroQol multiattribute health-status classification system. *J Clin Epidemiol.* 1999 Apr;52(4):293-301.
  142. Krol B, Sanderman R, Suurmeijer T, Doeglas D, van Rijswijk M, van Leeuwen M. Medical, physical and psychological status related to early rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 1995 Mar;14(2):143-50.
  143. Krol B, Sanderman R, Suurmeijer TP. Social support, rheumatoid arthritis and quality of life: concepts, measurement and research. *Patient Educ Couns.* 1993 May;20(2-3):101-20.
  144. Krupinski J. Health and quality of life. *Soc Sci Med [Med Psychol Med Sociol].* 1980 May;14A(3):203-11.
  145. Kuroda Y. Quality of life studies in nursing science (1). The descriptive study of quality of life among men in living with chronic ischemic heart disease: analysis on the aspects of daily life control and sexuality (2). *Kango Kenkyu.* 1992 Mar-Apr;25(2):158-77.
  146. Kvien TK, Kaasa S, Smedstad LM. Performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in patients with rheumatoid arthritis. II. A comparison of the SF-36 with disease-specific measures. *J Clin Epidemiol.* 1998 Nov;51(11):1077-86.
  147. Laman H, Lankhorst GJ. Subjective weighting of disability: an approach to quality of life assessment in rehabilitation. *Disabil Rehabil.* 1994 Oct-Dec;16(4):198-204.
  148. Lambert VA. Study of factors associated with psychological well-being in rheumatoid arthritic women. *Image J Nurs Sch.* 1985 Spring;17(2):50-3.
  149. Leak AM, Cooper J, Dyer S, Williams KA, Turner-Stokes L, Frank AO. The Northwick Park Neck Pain Questionnaire, devised to measure neck pain and disability. *Br J Rheumatol.* 1994 May;33(5):469-74.
  150. Liang M, Schurman DJ, Fries J. A patient-administered questionnaire for arthritis assessment. *Clin Orthop.* 1978 Mar-Apr;(131):123-9.
  151. Liang MH, Cullen K, Larson M. In search of a more perfect mousetrap (health status or quality of life instrument). *J Rheumatol.* 1982 Sep-Oct;9(5):775-9.
  152. Liang MH, Cullen KE, Larson MG. Measuring function and health status in rheumatic disease clinical trials. *Clin Rheum Dis.* 1983 Dec;9(3):531-9.
  153. Liang MH. Compliance and quality of life: confessions of a difficult patient. *Arthritis Care Res.* 1989 Sep;2(3):S71-4.
  154. Lipsett PA, Swoboda SM, Campbell KA, Cornwell E 3rd, Dorman T, Pronovost PJ. Sickness Impact Profile Score versus a Modified Short-Form survey for functional outcome assessment: acceptability, reliability, and validity in critically ill patients with prolonged intensive care unit stays. *J Trauma.* 2000 Oct;49(4):737-43.
  155. Loge JH, Kaasa S, Hjermsstad MJ, Kvien TK. Translation and performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in patients with rheumatoid arthritis. I. Data quality, scaling assumptions, reliability, and construct validity. *J Clin Epidemiol.* 1998 Nov;51(11):1069-76.
  156. Long AF, Scott DL. Measuring health status and outcomes in rheumatoid arthritis within routine clinical practice. *Br J Rheumatol.* 1994 Jul;33(7):682-5.
  157. Lubeck DP, Yelin EH. A question of value: measuring the impact of chronic disease. *Milbank Q.* 1988;66(3):444-64.
  158. MacKenzie CR, Charlson ME, DiGioia D, Kelley K. Can the Sickness Impact Profile measure change? An example of scale assessment. *J Chronic Dis.* 1986;39(6):429-38.
  159. March LM, Cross MJ, Lapsley H, Brnabic AJ, Tribe KL, Bachmeier CJ, Courtenay BG, Brooks PM. Outcomes after hip or knee replacement surgery for osteoarthritis. A prospective cohort study comparing patients' quality of life before and after surgery with age-related population norms. *Med J Aust.* 1999 Sep 6;171(5):235-8.
  160. Martin DP, Engelberg R, Agel J, Swiontkowski MF. Comparison of the Musculoskeletal Function Assessment questionnaire with the Short Form-36, the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, and the Sickness Impact Profile health-status measures. *J Bone Joint Surg Am.* 1997 Sep;79(9):1323-35.
  161. Martin DP, Gilson BS, Bergner M, Bobbitt RA, Pollard WE, Conn JR, Cole WA. The sickness impact profile: potential use of a health status instrument for physician training. *J Med Educ.* 1976 Nov;51(11):942-4.
  162. Mason JH, Weener JL, Gertman PM, Meenan RF. Health status in chronic disease: a comparative study of rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1983 Oct;10(5):763-8.
  163. Mathias SD, Colwell HH, Miller DP, Moreland LW, Buatti M, Wanke. Health-related quality of life and functional status of patients with rheumatoid arthritis randomly assigned to receive etanercept or placebo. *Clin Ther.* 2000 Jan;22(1):128-39.
  164. McGuigan FX, Hozack WJ, Moriarty L, Eng K, Rothman RH. Predicting quality-of-life outcomes following total joint arthroplasty. Limitations of the SF-36 Health Status Questionnaire. *J Arthroplasty.* 1995 Dec;10(6):742-7.
  165. McHorney CA, Ware JE, Lu JFR. The MOS 36-item short-form health status survey (SF-36). III. Tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994; 32: 40-66.
  166. Myers C, Wilks D. Comparison of Euroqol EQ-5D and SF-36 in patients with chronic fatigue syndrome. *Qual Life Res.* 1999;8(1-2):9-16.

167. Nord E. EuroQol: health-related quality of life measurement. Valuations of health states by the general public in Norway. *Health Policy*. 1991 Jun;18(1):25-36.
168. O'Reilly SC, Muir KR, Doherty M. Knee pain and disability in the Nottingham community: association with poor health status and psychological distress. *Br J Rheumatol*. 1998 Aug;37(8):870-3.
169. O'Reilly SC, Muir KR, Doherty M. Screening for pain in knee osteoarthritis: which question? *Ann Rheum Dis*. 1996 Dec;55(12):931-3.
170. Pinto Prades JL. A European measure of health: the EuroQol. *Rev Enferm*. 1993 Oct;16(182):13-6.
171. Pollard WE, Bobbitt RA, Bergner M, Martin DP, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: reliability of a health status measure. *Med Care*. 1976 Feb;14(2):146-55.
172. Price P. Defining and measuring quality of life. *J Wound Care*. 1996 Mar;5(3):139-40.
173. Ritter MA, Albohm MJ, Keating EM, Faris PM, Meding JB. Comparative outcomes of total joint arthroplasty. *J Arthroplasty*. 1995 Dec;10(6):737-41.
174. Roset M, Badia X, Mayo NE. Sample size calculations in studies using the EuroQol 5D. *Qual Life Res*. 1999 Sep;8(6):539-49.
175. Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S, Jette AM, Meenan RF, Nevins MA, Rubenstein LZ, Wasson JH, Williams ME. Health status assessment for elderly patients. Report of the Society of General Internal Medicine Task Force on Health Assessment. *J Am Geriatr Soc*. 1989 Jun;37(6):562-9.
176. Ruta DA, Hurst NP, Kind P, Hunter M, Stubbings A. Measuring health status in British patients with rheumatoid arthritis: reliability, validity and responsiveness of the short form 36-item health survey (SF-36). *Br J Rheumatol*. 1998 Apr;37(4):425-36.
177. Sanderman R, Stewart R. The assessment of psychological distress: psychometric properties of the General Health Questionnaire. *Int J Health Sciences* 1990; 1: 195-202
178. Schumacher M, Olschewski M, Schulgen G. Assessment of quality of life in clinical trials. *Stat Med*. 1991 Dec;10(12):1915-30.
179. Scott DL, Garrood T. Quality of life measures: use and abuse. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2000 Dec;14(4):663-87.
180. Scott DL. Leflunomide improves quality of life in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol Suppl*. 1999;112:23-9.
181. Selai C, Rosser R. Eliciting EuroQol descriptive data and utility scale values from inpatients. A feasibility study. *Pharmacoeconomics*. 1995 Aug;8(2):147-58.
182. Shields RK, Enloe LJ, Leo KC. Health related quality of life in patients with total hip or knee replacement. *Arch Phys Med Rehabil*. 1999 May;80(5):572-9.
183. Soderman P, Malchau H. Validity and reliability of Swedish WOMAC osteoarthritis index: a self-administered disease-specific questionnaire (WOMAC) versus generic instruments (SF-36 and NHP). *Acta Orthop Scand*. 2000 Feb;71(1):39-46.
184. Steiner WA, Fransen J, Stucki G, Aeschlimann AG. An alternative way to display SF-36 results for individual patients. *Phys Ther*. 1998 Oct;78(10):1118-9.
185. Stenstrom CH, Nisell R. Assessment of disease consequences in rheumatoid arthritis: a survey of methods classified according to the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. *Arthritis Care Res*. 1997 Apr;10(2):135-50.
186. Stolk EA, Busschbach JJ, Vogels T. Performance of the EuroQol in children with imperforate anus. *Qual Life Res*. 2000 Feb;9(1):29-38.
187. Strand V, Tugwell P, Bombardier C, Maetzel A, Crawford B, Dorrier C, Thompson A, Wells G. Function and health-related quality of life: results from a randomized controlled trial of leflunomide versus methotrexate or placebo in patients with active rheumatoid arthritis. Leflunomide Rheumatoid Arthritis Investigators Group. *Arthritis Rheum*. 1999 Sep;42(9):1870-8.
188. Stratford P, Solomon P, Binkley J, Finch E, Gill C. Sensitivity of Sickness Impact Profile items to measure change over time in a low-back pain patient group. *Spine*. 1993 Oct 1;18(13):1723-7.
189. Strombeck B, Ekdahl C, Manthorpe R, Wikstrom I, Jacobsson L. Health-related quality of life in primary Sjogren's syndrome, rheumatoid arthritis and fibromyalgia compared to normal population data using SF-36. *Scand J Rheumatol*. 2000;29(1):20-8.
190. Stucki G, Liang MH, Stucki S, Katz JN, Lew RA. Application of statistical graphics to facilitate selection of health status measures for clinical practice and evaluative research. *Clin Rheumatol*. 1999;18(2):101-5.
191. Stucki G, Stucki S, Sangha O. Patient-centered evaluation of illness outcome in musculoskeletal diseases: model of illness sequelae and definition of the concept. *Z Rheumatol*. 1997 Oct;56(5):245-54.
192. Sullivan M, Ahlmen M, Archenholtz B, Svensson G. Measuring health in rheumatic disorders by means of a Swedish version of the sickness impact profile. Results from a population study. *Scand J Rheumatol*. 1986;15(2):193-200.
193. Sullivan M, Ahlmen M, Bjelle A, Karlsson J. Health status assessment in rheumatoid arthritis. II. Evaluation of a modified Shorter Sickness Impact Profile. *J Rheumatol*. 1993 Sep;20(9):1500-7.
194. Sullivan M, Ahlmen M, Bjelle A. Health status assessment in rheumatoid arthritis. I. Further work on the validity of the sickness impact profile. *J Rheumatol*. 1990 Apr;17(4):439-47.
195. Swiontkowski MF, Engelberg R, Martin DP, Agel J. Short musculoskeletal function assessment questionnaire: validity, reliability, and responsiveness. *J Bone Joint Surg Am*. 1999 Sep;81(9):1245-60.
196. Symmons DP, Hassell AB, Gunatillaka KA, Jones PJ, Schollum J, Dawes PT. Development and preliminary assessment of a simple measure of overall status in rheumatoid arthritis (OSRA) for routine clinical use. *QJM*. 1995 Jun;88(6):429-37.
197. Takahashi R, Okugawa S. Correlation of health status, disability and hospital life and satisfaction with quality of life in elderly in-patients. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*. 1991 Jul;28(4):515-9.
198. Talamo J, Frater A., Gallivan S, Young A. Use of the Short Form 36 (SF-36) for health status measurement in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1997; 36: 463-9.
199. Temkin N, McLean A Jr, Dikmen S, Gale J, Bergner M, Almes MJ. Development and evaluation of modifications to the Sickness Impact Profile for head injury. *J Clin Epidemiol*. 1988;41(1):47-57.
200. Temkin NR, Dikmen S, Machamer J, McLean A. General versus disease-specific measures. Further work



- on the Sickness Impact Profile for head injury. *Med Care*. 1989 Mar;27(3 Suppl):S44-53.
201. Thomas E, Hay EM, Hajeer A, Silman AJ. Sjogren's syndrome: a community-based study of prevalence and impact. *Br J Rheumatol*. 1998 Oct;37(10):1069-76.
202. Thompson MS, Read JL, Hutchings HC, Paterson M, Harris ED Jr. The cost effectiveness of auranofin: results of a randomized clinical trial. *J Rheumatol*. 1988 Jan;15(1):35-42.
203. Tjihuis GJ, Jansen SJ, Stiggelbout AM, Zwinderman AH, Hazes JM, Vlieland TP. Value of the time trade off method for measuring utilities in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2000 Nov; 59(11):892-7.
204. Tugwell P, Bombardier C, Bell M, Bennett K, Bensen W, Grace E, Hart L, Goldsmith C. Current quality-of-life research challenges in arthritis relevant to the issue of clinical significance. *Control Clin Trials*. 1991 Aug;12(4 Suppl):217S-225S.
205. Tugwell P, Bombardier C, Buchanan WW, Goldsmith C, Grace E, Bennett KJ, Williams HJ, Egger M, Alarcon GS, Guttadauria M, et al. Methotrexate in rheumatoid arthritis. Impact on quality of life assessed by traditional standard-item and individualized patient preference health status questionnaires. *Arch Intern Med*. 1990 Jan;150(1):59-62.
206. Tugwell P, Wells G, Strand V, Maetzel A, Bombardier C, Crawford B, Dorrier C, Thompson A. Clinical improvement as reflected in measures of function and health-related quality of life following treatment with leflunomide compared with methotrexate in patients with rheumatoid arthritis: sensitivity and relative efficiency to detect a treatment effect in a twelve-month, placebo-controlled trial. *Leflunomide Rheumatoid Arthritis Investigators Group. Arthritis Rheum*. 2000 Mar;43(3):506-14.
207. Tuttleman M, Pillemer SR, Tilley BC, Fowler SE, Buckley LM, Alarcon GS, Trentham DE, Neuner R, Clegg DO, Leisen JC, Heyse SP. A cross sectional assessment of health status instruments in patients with rheumatoid arthritis participating in a clinical trial. *Minocycline in Rheumatoid Arthritis Trial Group. J Rheumatol*. 1997 Oct;24(10):1910-5.
208. Vaile JH, Mathers DM, Ramos-Remus C, Russell AS. Generic health instruments do not comprehensively capture patient perceived improvement in patients with carpal tunnel syndrome. *J Rheumatol*. 1999 May;26(5):1163-6.
209. van Agt HM, Essink-Bot ML, Krabbe PF, Bonsel GJ. Test-retest reliability of health state valuations collected with the EuroQol questionnaire. *Soc Sci Med*. 1994 Dec;39(11):1537-44.
210. van Der Heijde D. Impact of rheumatoid arthritis on physical function during the first five years. No longer a question mark? *Rheumatology (Oxford)*. 2000 Jun;39(6):579-80.
211. van Lankveld W, Naring G, van der Staak C, van 't Pad Bosch P, van de Putte L. Stress caused by rheumatoid arthritis: relation among subjective stressors of the disease, disease status, and well-being. *J Behav Med*. 1993 Jun;16(3):309-21.
212. Van Riel PL, Van Lankveld WG. Quality of life 3. Rheumatoid arthritis. *Pharm World Sci*. 1993 Jun 18;15(3):93-7.
213. van Straten A, de Haan RJ, Limburg M, Schuling J, Bossuyt PM, van den Bos GA. A stroke-adapted 30-item version of the Sickness Impact Profile to assess quality of life (SA-SIP30). *Stroke*. 1997 Nov;28(11):2155-61.
214. Vazquez-Barquero JL, Arias Bal MA, Pena C, Diez Manrique JF, Ayesteran Ruiz A, Miro J. The "Sickness Impact Profile" questionnaire (SIP): Spanish version of a measure of health status. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1991 Mar-Apr;19(2):127-34. Spanish.
215. Vernon H, Mior S. The Northwick Park Neck Pain Questionnaire, devised to measure neck pain and disability. *Br J Rheumatol*. 1994 Dec;33(12):1203-4.
216. Ward MM. Health-related quality of life in ankylosing spondylitis: a survey of 175 patients. *Arthritis Care Res*. 1999 Aug;12(4):247-55.
217. Ware JE Jr, Keller SD, Hatoum HT, Kong SX. The SF-36 Arthritis-Specific Health Index (ASHI): I. Development and cross-validation of scoring algorithms. *Med Care*. 1999 May;37(5 Suppl):MS40-50.
218. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). 1. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-81.
219. Ware JE, Gandek B and the IQOLA Project Group. The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *Int J Mental Health* 1994; 23: 49-73.
220. Watt-Watson JH, Graydon JE. Sickness impact profile: a measure of dysfunction with chronic pain patients. *J Pain Symptom Manage*. 1989 Sep;4(3):152-6.
221. Weinberger M, Samsa GP, Tierney WM, Belyea MJ, Hiner SL. Generic versus disease specific health status measures: comparing the sickness impact profile and the arthritis impact measurement scales. *J Rheumatol*. 1992 Apr;19(4):543-6.
222. Whalley D, McKenna SP, de Jong Z, van der Heijde D. Quality of life in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*. 1997 Aug;36(8):884-8.
223. Wolfe F, Hawley DJ, Goldenberg DL, Russell IJ, Buskila D, Neumann L. The assessment of functional impairment in fibromyalgia (FM): Rasch analyses of 5 functional scales and the development of the FM Health Assessment Questionnaire. *J Rheumatol*. 2000 Aug;27(8):1989-99.
224. Wolfe F, Hawley DJ. Measurement of the quality of life in rheumatic disorders using the EuroQol. *Br J Rheumatol*. 1997 Jul;36(7):786-93.
225. Wolfe F. Psychological distress and rheumatic disease. *Scand J Rheumatol*. 1999;28(3):131-6.
226. Wu AW, Jacobson DL, Berzon RA, Revicki DA, van der Horst C, Fichtenbaum CJ, Saag MS, Lynn L, Hardy D, Feinberg J. The effect of mode of administration on medical outcomes study health ratings and EuroQol scores in AIDS. *Life Res*. 1997 Jan;6(1):3-10.
227. Zhan L. Quality of life: conceptual and measurement issues. *J Adv Nurs*. 1992 Jul;17(7):795-800.
228. Zwillich SH. Outcome versus activity in rheumatoid arthritis: a focus blurred. *J Rheumatol*. 1997 May;24(5):826-

**Scale specifiche  
di valutazione della  
qualità della vita**

## Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS)

Meenan RF, Gertman MP, Mason JH. Measuring health status in arthritis. The Arthritis Impact Measurement Scales. Arthritis Rheum 1980; 23: 146-52.

(Versione Italiana)

Salaffi F, Ferraccioli GF et al. Validità ed affidabilità della versione italiana dell'Arthritis Impact Measurement Scales in pazienti con artrite reumatoide. Rec Prog Med 1992; 83: 7-11.

Vorremmo che Lei rispondesse alle seguenti domande. Non ci sono risposte giuste o sbagliate alle domande e Lei potrà rispondere alla maggior parte di esse ponendo una croce sulla risposta che ritiene più adeguata. Segni con una X la risposta più appropriata a ciascuna domanda

SCALE	CONDIZIONE	SI	NO
MOBILITÀ	4 E' costretto a letto o su una sedia per la maggior parte o per tutto il giorno a causa della sua malattia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 E' in grado di utilizzare i trasporti pubblici ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 Quando fa brevi spostamenti intorno a casa deve essere assistito da qualcuno ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 La malattia la costringe a rimanere in casa per buona parte del tempo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATTIVITA' FISICA	5 Per camminare deve essere assistito o fare uso di bastone, stampelle, apparecchi ortopedici ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 Camminare intorno all'isolato o salire una rampa di scale Le provoca difficoltà?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 Camminare per il quartiere, per il paese o fare più rampe di scale Le provoca difficoltà ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 Chinarsi, sedersi e alzarsi dalla sedia o dal divano Le riesce difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 La sua malattia Le consente di svolgere attività quotidiane quali correre, sollevare oggetti pesanti, fare attività sportiva ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESTREZZA	5 Riesce a scrivere facilmente con la penna o la matita ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 Le riesce facile girare la chiave nella serratura ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 Le riesce facile abbottonare gli abiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 Le riesce facile annodare i lacci delle scarpe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 Le riesce facile aprire un barattolo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RUOLO SOCIALE	7 Riesce da solo a prendere tutte le medicine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7a Ha bisogno di qualcuno che Le dica quando prenderle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 E' in grado di usare il telefono ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 Amministra personalmente il suo denaro ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 E' in grado di preparare i suoi pasti ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 E' in grado di lavare o stirare ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 E' in grado di fare acquisti in negozi di generi alimentari o di abbigliamento ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 E' in grado di fare le pulizie di casa usando, per esempio, la scopa o l'aspirapolvere ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ATTIVITA' SOCIALI	5 Nell'ultimo mese è stato al telefono con amici o parenti ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 Nell'ultimo mese ha modificato il numero dei rapporti sessuali ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4a Nell'ultimo mese è cambiato il desiderio del rapporto ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 Nell'ultimo mese ha avuto visite di amici o parenti a casa Sua ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 Nell'ultimo mese è uscito in compagnia di amici o parenti ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Nell'ultimo mese è andato a far visita ad amici o parenti ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ATTIVITA' QUOTIDIANE	4 Ha bisogno di aiuto per usare i servizi igienici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 In casa Si muove senza difficoltà ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 Le serve aiuto per vestirsi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 Le occorre aiuto per lavarsi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCALE	CONDIZIONE	SI	NO
DOLORE	4 Nell'ultimo mese ha avuto forti dolori alle articolazioni ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 Nell'ultimo mese ha avuto più o meno dolore ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 Nell'ultimo mese la rigidità mattina è durata più di 45 minuti ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 Nell'ultimo mese ha avuto dolore in due o più articolazioni contemporaneamente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPRESSIONE	6 Nell'ultimo mese ha pensato talora che gli altri starebbero meglio se lei fosse morto ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 Nell'ultimo mese si è talora sentito inutile e così giù di morale da non potersi risollevare in alcun modo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 Nell'ultimo mese le è capitato di sentirsi scoraggiato e depresso ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 Nell'ultimo mese le è capitato di provare la sensazione che ogni cosa le vada storta ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 Nell'ultimo mese le è capitato di essere di pessimo umore ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 Nell'ultimo mese ha lavorato più volentieri ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANSIETÀ	1a Nell'ultimo mese ha anche lavorato meglio ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 Nell'ultimo mese le è capitato spesso di sentirsi molto agitato ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 Nell'ultimo mese le è capitato di essere infastidito perché si sentiva nervoso ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 Nell'ultimo mese le è capitato di sentirsi ansioso ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 Nell'ultimo mese ha avuto difficoltà a rilassarsi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 Nell'ultimo mese si è sentito spesso calmo e tranquillo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 Nell'ultimo mese si è sentito rilassato completamente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUNTEGGIO TOTALE ____			

## Arthritis Impact Measurement Scales 2 (AIMS2)

Meenan RF, Mason JH, Anderson JJ, Guccione AA, Kazis LE. AIMS2. The content and properties of a revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales health status questionnaire. *Arthritis Rheum* 1992; 35: 1-10.

**(Versione italiana)**

Salaffi F, Piva S, Barreca C, on behalf of Gonarthrosis and Quality of Life (GOQUOLA) Study Grup.

Validation of an italian version of the Arthritis Impact Measurement Scales 2 (ITALIAN-AIMS2) for patients with osteoarthritis of the knee. *Rheumatology* 2000;39:720-6.

Vorremmo che Lei rispondesse alle seguenti domande. La maggior parte delle domande si riferiscono ad aspetti della Sua salute nel corso dell'ultimo mese. Non ci sono risposte giuste o sbagliate alle domande e Lei potrà rispondere alla maggior parte di esse ponendo una croce sulla risposta che ritiene più adeguata.

Segni con una X la risposta più appropriata a ciascuna domanda

Queste domande si riferiscono al **LIVELLO DI MOBILITA'**

Nel corso dell'ultimo mese...	Tutti i giorni (1)	Quasi tutti i giorni (2)	Qualche volta (3)	Quasi mai (4)	Mai (5)
1) Quante volte è stato fisicamente in grado di guidare la macchina o usare trasporti pubblici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Quante volte è potuto uscire per almeno una parte del giorno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Quante volte è stato in grado di fare commissioni nel vicinato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Quante volte ha avuto bisogno della assistenza di qualcuno per uscire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Quante volte è stato a letto o seduto per la maggior parte o tutto il giorno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Queste domande si riferiscono al **CAMMINARE E FLETTERSI**

Nel corso dell'ultimo mese...	Tutti i giorni (1)	Quasi tutti i giorni (2)	Qualche volta (3)	Quasi mai (4)	Mai (5)
6) Ha provato difficoltà nel fare attività vigorose quali correre, sollevare oggetti pesanti, o partecipare a sport intensi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Ha provato difficoltà dovendo percorrere parecchi isolati o salendo pochi piani di scale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Ha provato difficoltà a piegarsi, alzarsi o fermarsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Ha provato difficoltà a percorrere un isolato o a salire un piano di scale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) E' stato incapace di camminare senza essere assistito da un'altra persona, o da bastone, stampelle, deambulatore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Queste domande si riferiscono alla **FUNZIONALITÀ DELLE MANI E DELLE DITA**

Nel corso dell'ultimo mese...	Tutti i giorni (1)	Quasi tutti i giorni (2)	Qualche volta (3)	Quasi mai (4)	Mai (5)
11) Ha potuto facilmente scrivere con una penna o una matita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Ha potuto facilmente abbottonarsi la camicia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Ha potuto facilmente girare una chiave nella serratura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Ha potuto facilmente fare un nodo o un fiocco? (es. annodare i lacci delle scarpe o la cravatta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Ha potuto facilmente aprire un vaso nuovo di marmellata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Queste domande si riferiscono alla **FUNZIONALITÀ DELLE BRACCIA**

Nel corso dell'ultimo mese...	Tutti i giorni (1)	Quasi tutti i giorni (2)	Qualche volta (3)	Quasi mai (4)	Mai (5)
16) Ha potuto facilmente pulirsi la bocca con un tovagliolo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Ha potuto facilmente mettersi un pullover a maniche lunghe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Ha potuto facilmente pettinarsi o spazzolarsi i capelli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Ha potuto facilmente grattarsi il fondo della schiena con le mani?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Ha potuto facilmente raggiungere scaffali posti sopra la Sua testa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Queste domande si riferiscono alla **CURA DELLA PROPRIA PERSONA**

Nel corso dell'ultimo mese...	Tutti i giorni (1)	Quasi tutti i giorni (2)	Qualche volta (3)	Quasi mai (4)	Mai (5)
21) Ha avuto bisogno di aiuto per fare il bagno o la doccia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Ha avuto bisogno di aiuto per vestirsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Ha avuto bisogno di aiuto per andare alla toilette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Ha avuto bisogno di aiuto per alzarsi dal letto o coricarsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Queste domande si riferiscono alle **ATTIVITÀ DOMESTICHE**

Nel corso dell'ultimo mese...	Tutti i giorni (1)	Quasi tutti i giorni (2)	Qualche volta (3)	Quasi mai (4)	Mai (5)
25) Avendo il mezzo di trasporto necessario, sarebbe stato in grado di andare a fare la spesa senza aiuto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Avendo la cucina, sarebbe stato in grado di prepararsi i pasti senza aiuto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Avendo gli opportuni strumenti e apparecchi domestici, sarebbe stato in grado di fare i lavori domestici senza aiuto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Avendo la lavatrice, sarebbe stato in grado di fare il bucato senza aiuto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Queste domande si riferiscono alle **ATTIVITÀ SOCIALI**

Nel corso dell'ultimo mese...	Tutti i giorni (1)	Quasi tutti i giorni (2)	Qualche volta (3)	Quasi mai (4)	Mai (5)
29) Quante volte si è incontrato con amici o parenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Quante volte ha avuto in casa amici o parenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) Quante volte è andato in visita a casa di amici o parenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) Quante volte è stato al telefono con amici stretti o parenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Quante volte si è recato a incontri parrocchiali, riunioni del Suo club, della squadra o altre riunioni sociali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Queste domande si riferiscono al **SUPPORTO DELLA FAMIGLIA E DEGLI AMICI**

Nel corso dell'ultimo mese...	Tutti i giorni (1)	Quasi tutti i giorni (2)	Qualche volta (3)	Quasi mai (4)	Mai (5)
34) Ha sentito che la Sua famiglia o i Suoi amici sarebbero stati disponibili se avesse avuto bisogno di assistenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) Ha sentito che la Sua famiglia o i Suoi amici erano sensibili ai Suoi problemi personali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) Ha sentito che la Sua famiglia o i Suoi amici erano interessati ad aiutarLa a risolvere i problemi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37) Ha sentito che la Sua famiglia o i Suoi amici capivano gli effetti della Sua malattia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Queste domande si riferiscono al **DOLORE**

Nel corso dell'ultimo mese...	Grave (1)	Moderato (2)	Lieve (3)	Molto lieve (4)	Assente (5)
38) Come descriverebbe il Suo abituale dolore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tutti i giorni (1)	Quasi tutti i giorni (2)	Qualche volta (3)	Quasi mai (4)	Mai (5)
39) Quante volte ha provato un forte dolore dovuto alla Sua malattia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40) Quante volte ha provato dolore in due o più articolazioni allo stesso tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41) Quante volte la Sua rigidità mattutina è durata più di un'ora dal momento del risveglio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42) Quante volte ha fatto fatica ad addormentarsi a causa del Suo dolore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Queste domande si riferiscono al **LAVORO**

Nel corso dell'ultimo mese...	Lavoro remunerativo (1)	Lavoro domestico (2)	Lavoro scolastico (3)	Disoccupato (4)	Invalido (5)	Pensionato (6)
43) Quale è stata la Sua principale attività lavorativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se ha risposto disoccupato, disabile o pensionato, salti le prossime quattro domande e vada alla pagina successiva.

Queste domande si riferiscono al **LAVORO**

Nel corso dell'ultimo mese...	Tutti i giorni (1)	Quasi tutti i giorni (2)	Qualche volta (3)	Quasi mai (4)	Mai (5)
44) Quante volte non è stato in grado di svolgere alcun lavoro retribuito, attività domestica, lavoro scolastico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45) Nei giorni in cui ha lavorato, quante volte ha dovuto ridurre la Sua giornata lavorativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46) Nei giorni in cui ha lavorato, quante volte non è stato in grado di fare il Suo lavoro con l'attenzione e l'accuratezza voluta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47) Nei giorni in cui ha lavorato, quante volte ha dovuto cambiare il modo in cui il Suo lavoro retribuito, domestico, scolastico è usualmente svolto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Queste domande si riferiscono al **LIVELLO DI TENSIONE**

Nel corso dell'ultimo mese...	Sempre (1)	Molto spesso (2)	Qualche volta (3)	Quasi mai (4)	Mai (5)
48) Quante volte si è sentito inquieto o fortemente teso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49) Quante volte è stato afflitto da irritabilità senza nervosismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50) Quante volte è stato in grado di rilassarsi senza difficoltà?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51) Quante volte è sentito rilassato e libero da tensioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52) Quante volte si è sentito calmo e tranquillo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Queste domande si riferiscono all'**UMORE**

Nel corso dell'ultimo mese...	Sempre (1)	Molto spesso (2)	Qualche volta (3)	Quasi mai (4)	Mai (5)
53) Quante volte si è goduto le cose che fa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54) Quante volte si è sentito depresso o molto depresso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55) Quante volte ha sentito che niente andava come avrebbe voluto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56) Quante volte ha pensato che gli altri starebbero meglio se Lei fosse morto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57) Quante volte si è sentito così giù di morale che niente avrebbe potuto confortarla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Queste domande si riferiscono alla Sua soddisfazione o malcontento in ciascuna area della Sua salute

Nel corso dell'ultimo mese...					
58) Quanto è stato soddisfatto in ciascuna delle seguenti aree della Sua salute?					
	Molto soddisfatto (1)	Piuttosto soddisfatto (2)	Né soddisfatto né insoddisfatto (3)	Piuttosto insoddisfatto (4)	Molto insoddisfatto (5)
Livello di mobilità (es. fare commissioni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camminare e piegarsi (es. salire le scale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funzionalità delle mani e delle dita (es. allacciare un fiocco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funzionalità delle braccia (es. pettinarsi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cura della propria persona (es. fare il bagno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività domestiche (es. fare i lavori di casa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività sociali (es. visitare gli amici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto della famiglia (es. aiuto con i problemi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolore (es. dolore articolare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoro (es. ridurre orario di lavoro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livello di tensione (es. sentirsi tesi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umore (es. giù di corda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Queste domande si riferiscono all'impatto dell'artrite in ogni area della Sua salute

Nel corso dell'ultimo mese...						
59) Quanto è stato soddisfatto in ciascuna delle seguenti aree della Sua salute?						
	Non mi ha mai creato problemi (0)	Problemi dovuti ad altre cause (1)	Problemi dovuti soprattutto ad altre cause (2)	Problemi dovuti sia all'artrite che ad altre cause (3)	Problemi dovuti soprattutto all'artrite (4)	Problemi dovuti totalmente all'artrite (5)
Livello di mobilità (es. fare commissioni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camminare e piegarsi (es. salire le scale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funzionalità delle mani e delle dita (es. allacciare un fiocco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funzionalità delle braccia (es. pettinarsi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cura della propria persona (es. fare il bagno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività domestiche (es. fare i lavori di casa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività sociali (es. visitare gli amici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto della famiglia (es. aiuto con i problemi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolore (es. dolore articolare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoro (es. ridurre orario di lavoro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livello di tensione (es. sentirsi tesi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umore (es. giù di corda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ora ha risposto a domande relative a differenti aree della Sua salute. Queste aree sono elencate sotto. Segni con una X le tre aree in cui più vorrebbe vedere un miglioramento. Legga tutte le 12 aree prima di fare la Sua scelta.

60) Aree della salute	
Speranza di miglioramento (3 aree)	
Livello di mobilità (es. fare commissioni)	<input type="checkbox"/>
Camminare e piegarsi (es. salire le scale)	<input type="checkbox"/>
Funzionalità delle mani e delle dita (es. allacciare un fiocco)	<input type="checkbox"/>
Funzionalità delle braccia (es. pettinarsi)	<input type="checkbox"/>
Cura della propria persona (es. fare il bagno)	<input type="checkbox"/>
Attività domestiche (es. fare i lavori di casa)	<input type="checkbox"/>
Attività sociali (es. visitare gli amici)	<input type="checkbox"/>
Supporto della famiglia (es. aiuto con i problemi)	<input type="checkbox"/>
Dolore (es. dolore articolare)	<input type="checkbox"/>
Lavoro (es. ridurre orario di lavoro)	<input type="checkbox"/>
Livello di tensione (es. sentirsi tesi)	<input type="checkbox"/>
Umore (es. giù di corda)	<input type="checkbox"/>

### Controlli di non aver segnato più di tre aree per il miglioramento

Queste domande si riferiscono alla Sua salute attuale e futura

	Eccellente (1)	Buona (2)	Sufficiente (3)	Mediocre (4)
61) In generale, direbbe che attualmente la Sua salute è eccellente, buona, sufficiente o mediocre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Molto soddisfatto (1)	Piuttosto soddisfatto (2)	Né soddisfatto né insoddisfatto (3)	Piuttosto insoddisfatto (4)	Molto insoddisfatto (5)
62) Quanto è soddisfatto della Sua attuale salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Non mi ha mai creato problemi (0)	Problemi dovuti ad altre cause (1)	Problemi dovuti soprattutto ad altre cause (2)	Problemi dovuti sia all'artrite che ad altre cause (3)	Problemi dovuti soprattutto all'artrite (4)	Problemi dovuti totalmente all'artrite (5)
63) Quanti dei problemi relativi alla Sua attuale salute sono dovuti alla Sua artrite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Eccellente (1)	Buona (2)	Sufficiente (3)	Mediocre (4)
64) In generale si aspetta che la Sua salute tra 10 anni sarà eccellente, buona, sufficiente o mediocre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nessun Problema (1)	Problema minore (2)	Problema moderato (3)	Problema grave (4)
65) Si aspetta che tra 10 anni la Sua artrite sarà un grosso problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Scala delle Attività Quotidiane (SAQ)

Barberger-Gateaul P, Commenges D, Gagnon M, Latenneur D. Instrumental activities of daily living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers. J Am Geriatr Soc 1992; 40 (11): 1129-34.

<b>A) CAPACITÀ DI USARE IL TELEFONO</b>	
Usa il telefono da solo, stacca il microfono, compone il numero	1
Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	2
Risponde al telefono, ma non è capace di comporre il numero	3
Non è capace di usare il telefono	4

<b>B) FARE ACQUISTI</b>	
Fa tutte le proprie spese senza aiuto	1
Fa alcuni acquisti senza aiuto	2
Ha bisogno di essere accompagnato quando deve acquistare qualcosa	3
Completamente incapace di fare acquisti	4

<b>C) MEZZI DI TRASPORTO</b>	
Si sposta da solo sui mezzi pubblici e guida la propria auto	1
Organizza i propri spostamenti in taxi, non usa mezzi pubblici	2
Usa i mezzi pubblici se assistito e aiutato da qualcuno	3
Può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza di altri	4
Non si sposta per niente	5

<b>D) RESPONSABILITÀ NELL'USO DI MEDICINALI</b>	
Prende le medicine che Le sono state ordinate	1
Prende le medicine se sono preparate e ordinate in dosi separate	2
Non è in grado di prendere le medicine da solo	3

<b>E) CAPACITÀ DI MANEGGIARE IL DENARO</b>	
Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1
È in grado di fare piccoli acquisti ma non quelli importanti	2
È incapace di maneggiare i soldi	3

**Punteggio:** \_\_\_\_\_

## Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Fries JF, Spitz P, Kraines RG. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 1980; 23: 137-45

(Versioni Italiane)

Ranza R, Marchesoni A, Calori G et al. The italian version of the functional disability index of the Health Assessment Questionnaire. A reliable instrument for multicenter studies on rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 1993; 11: 123-8.

Salaffi F, Carotti M, Cervini C. Health Assessment Questionnaire: la versione italiana di uno strumento di valutazione della qualità della vita nel paziente con artrite reumatoide. *Adria Med* 1997; 19: 5-11.

In questa sezione ci interessa conoscere come la malattia limita la Sua capacità di adempiere alle comuni attività quotidiane.

Indichi con una crocetta **sempre** sul quadrato corrispondente alla risposta che meglio descrive la Sua reale condizione **riferita all'ultima settimana**.

È in grado di:		Senza difficoltà (0)	Con qualche difficoltà (1)	Con molta difficoltà (2)	Impossibile (3)
Tot ____	Vestirsi da solo, allacciarsi le scarpe e abbottonarsi gli abiti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lavarsi i capelli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Alzarsi da una sedia senza braccioli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Salire e scendere dal letto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Tagliare la carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aprire una confezione di latte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Portare alla bocca un bicchiere o una tazza piena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Passeggiare su un terreno in piano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Salire cinque gradini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Lavare ed asciugare tutto il corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Farsi un bagno nella vasca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Utilizzare i servizi igienici da solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Raggiungere e prendere un oggetto del peso di circa due chili? (per esempio un sacchetto di zucchero posto sopra la Sua testa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chinarsi per raccogliere un indumento caduto a terra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Aprire la portiera della macchina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aprire un barattolo (già aperto in precedenza)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aprire e chiudere un rubinetto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Fare delle commissioni e fare spesa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Salire e scendere dalla macchina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Svolgere lavori quali passare l'aspirapolvere o pulire un cortile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Totale \_\_\_\_\_

**Indichi con una crocetta il quadrato corrispondente ad una o più attività per le quali Lei necessita abitualmente dell'aiuto di un'altra persona**

Lavarsi .....	<input type="checkbox"/>
Alzarsi .....	<input type="checkbox"/>
Mangiare .....	<input type="checkbox"/>
Camminare .....	<input type="checkbox"/>
Igiene .....	<input type="checkbox"/>
Raggiungere gli oggetti .....	<input type="checkbox"/>
Afferrare utensili da cucina, aprire cassetti .....	<input type="checkbox"/>
Fare commissioni e lavori domestici .....	<input type="checkbox"/>

**Indichi con una crocetta gli ausili o attrezzi di cui ha necessità per ognuna delle precedenti attività**

Bastone .....	<input type="checkbox"/>
Passeggino .....	<input type="checkbox"/>
Stampelle .....	<input type="checkbox"/>
Sedia a rotelle .....	<input type="checkbox"/>
Utensili speciali o su misura .....	<input type="checkbox"/>
Sedie speciali o su misura .....	<input type="checkbox"/>
Attrezzi usati per vestirsi (aggancia-bottoni, chiudi-cerniera, calzascarpe con manico ecc) .....	<input type="checkbox"/>
Sedile alto per toilette .....	<input type="checkbox"/>
Sedile per vasca da bagno .....	<input type="checkbox"/>
Apribarattolo (per barattoli già aperti in precedenza) .....	<input type="checkbox"/>
Asse per vasca da bagno .....	<input type="checkbox"/>
Braccio allungabile da usarsi nel bagno .....	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare) .....	<input type="checkbox"/>

## Health Assessment Questionnaire (HAQ) modificato per le spondiloartriti

Daltroy LH, Larson MG, Roberts WN, Liang MH. A modification of the Health Assessment Questionnaire for the spondyloarthropathies. J Rheumatol 1990; 17: 946-50.

In questo test ci interessa conoscere quanto la malattia limita la Sua capacità di adempiere alle comuni attività quotidiane.

Vorremmo che Lei indicasse con una crocetta **sempre** sul quadrato corrispondente, la risposta che meglio descrive la Sua reale condizione **referita all'ultima settimana**.

Punteggio	È in grado di:	Senza	Con	Con	Impos-
		difficoltà	qualche	molta	sibile
		(0)	(1)	(2)	(3)
Tot ____	Vestirsi da solo, allacciarsi le scarpe e abbottonarsi gli abiti? Lavarsi i capelli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Alzarsi da una sedia senza braccioli? Salire e scendere dal letto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Tagliare la carne? Portare alla bocca un bicchiere o una tazza piena? Aprire una confezione di latte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Passeggiare su un terreno in piano? Salire cinque gradini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Lavare ed asciugare tutto il corpo? Farsi un bagno nella vasca? Utilizzare i servizi igienici da solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Raggiungere e prendere un oggetto del peso di circa due chili? (per esempio un sacchetto di zucchero posto sopra la Sua testa) Chinarsi per raccogliere un indumento caduto a terra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Aprire la portiera della macchina? Aprire un barattolo già aperto in precedenza? Aprire e chiudere un rubinetto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Fare delle commissioni e fare spesa? Salire e scendere dalla macchina? Svolgere lavori quali passare l'aspirapolvere o pulire un cortile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Totale 1</b> _____					
Tot ____	Trasportare borse pesanti (come quelle della spesa)? Rimanere seduto per lunghi periodi di tempo al tavolo di lavoro? Lavorare ad una scrivania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Metta una crocetta su questo quadrato solo se non è proprietario di un'automobile o se non ha la patente di guida..... Guardare nello specchietto retrovisore? Mantenere il capo nella posizione necessaria per guidare in retromarcia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Totale 2</b> _____					

Indichi con una crocetta il quadrato corrispondente ad una o più attività per le quali Lei necessita abitualmente dell'aiuto di un'altra persona

<b>NECESSITA DI UN'ALTRA PERSONA PER...</b>	
Lavarsi .....	<input type="checkbox"/>
Alzarsi .....	<input type="checkbox"/>
Mangiare .....	<input type="checkbox"/>
Camminare .....	<input type="checkbox"/>
Igiene .....	<input type="checkbox"/>
Raggiungere gli oggetti .....	<input type="checkbox"/>
Afferrare utensili da cucina, aprire cassetti .....	<input type="checkbox"/>
Fare commissioni e lavori domestici .....	<input type="checkbox"/>

Indichi con una crocetta sul quadrato corrispondente ad una o più ausili od attrezzi che utilizza di solito

<b>NECESSITA DEI SEGUENTI AUSILI OD ATTREZZI...</b>	
Bastone .....	<input type="checkbox"/>
Passeggino .....	<input type="checkbox"/>
Stampelle .....	<input type="checkbox"/>
Sedia a rotelle .....	<input type="checkbox"/>
Utensili speciali o su misura .....	<input type="checkbox"/>
Sedie speciali o su misura .....	<input type="checkbox"/>
Attrezzi usati per vestirsi (aggancia-bottoni, chiudi-cerniera, calzascarpe con manico ecc) .....	<input type="checkbox"/>
Sedile alto per toilette .....	<input type="checkbox"/>
Sedile per vasca da bagno .....	<input type="checkbox"/>
Apribarattolo (per barattoli già aperti in precedenza) .....	<input type="checkbox"/>
Asse per vasca da bagno .....	<input type="checkbox"/>
Braccio allungabile per raggiungere oggetti lontani .....	<input type="checkbox"/>
Braccio allungabile da usarsi nel bagno .....	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare) .....	<input type="checkbox"/>



## Functional Activities Questionnaire (FAQ)

Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH Jr, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol* 1982; 37(3):323-9

La seguente pagina elenca 10 attività della vita quotidiana. Per *ogni* attività, per favore, legga tutte le risposte, quindi ne scelga *una* che meglio descrive l'*attuale* Sua condizione. Per favore controlli tutte le possibili risposte per ogni attività, senza lasciarne nessuna.

1 Scrivere assegni, tenere i conti della banca, seguire le proprie finanze		
	Score	
A qualcuno ha preso in consegna questa attività completamente o quasi	0	<input type="checkbox"/>
B chiede di frequente aiuto o assistenza ad altri (es. parenti, amici, colleghi di lavoro, funzionari di banca), che prima non erano necessari	1	<input type="checkbox"/>
C lo fa senza aiuto o assistenza, ma con più difficoltà o meno bene di prima	2	<input type="checkbox"/>
D lo fa senza nessun aiuto	3	<input type="checkbox"/>
E non l' ha mai fatto e sarebbe difficile iniziare adesso	0	<input type="checkbox"/>
F non l' ha fatto in precedenza regolarmente, ma potrebbe farlo ora normalmente con un po' di fatica, se fosse necessario	1	<input type="checkbox"/>

2 Compilare moduli per l'assicurazione o per l'assistenza sociale, per i propri conti, sistemare le registrazioni per le tasse		
	Score	
A qualcuno ha preso recentemente in consegna questa attività completamente o quasi, e questo non era necessario prima	0	<input type="checkbox"/>
B chiede aiuto o più assistenza ad altri più frequentemente di prima	1	<input type="checkbox"/>
C lo fa senza aiuto o assistenza, ma con più difficoltà o meno bene di prima	2	<input type="checkbox"/>
D lo fa senza nessun aiuto	3	<input type="checkbox"/>
E non l' ha mai fatto e sarebbe difficile iniziare adesso anche facendo pratica	0	<input type="checkbox"/>
F non l' ha fatto prima routinariamente, ma lo potrebbe fare ora se dovesse	1	<input type="checkbox"/>

3 Comprarsi da solo vestiti, cose per la famiglia e alimentari		
	Score	
A qualcuno ha preso recentemente in consegna questa attività completamente o quasi	0	<input type="checkbox"/>
B chiede frequentemente aiuto o assistenza agli altri	1	<input type="checkbox"/>
C lo fa senza aiuto o assistenza, ma con più difficoltà o meno bene di prima	2	<input type="checkbox"/>
D lo fa senza nessun aiuto	3	<input type="checkbox"/>
E non l' ha mai fatto e sarebbe difficile iniziare adesso	0	<input type="checkbox"/>
F non l' ha mai fatto prima routinariamente, ma lo potrebbe fare ora se dovesse	1	<input type="checkbox"/>

4 Fare un gioco di abilità come la briscola, altri giochi di carte o agli scacchi o seguire un hobby come dipingere, fotografare, lavorare il legno, collezionare francobolli		
	Score	
A lo fa con grande difficoltà	0	<input type="checkbox"/>
B richiede aiuto ad altri	1	<input type="checkbox"/>
C lo fa senza aiuto o assistenza, ma con più difficoltà o meno bene di prima	2	<input type="checkbox"/>
D lo fa senza nessun aiuto	3	<input type="checkbox"/>
E non l' ha mai fatto e sarebbe difficile iniziare adesso	0	<input type="checkbox"/>
F non l' ha mai fatto prima routinariamente, ma lo potrebbe fare ora se dovesse	1	<input type="checkbox"/>

5. Scaldare l'acqua, fare una tazza di caffè o di the, spegnere i fornelli		
	Score	
A qualcuno ha preso recentemente in consegna questa attività completamente o quasi	0	<input type="checkbox"/>
B chiede aiuto o ha problemi di frequente (per esempio brucia le pentole, dimentica di spegnere il fuoco)	1	<input type="checkbox"/>
C lo fa senza aiuto o assistenza, ma occasionalmente con dei problemi	2	<input type="checkbox"/>
D lo fa senza nessun aiuto	3	<input type="checkbox"/>
E non l' ha mai fatto e sarebbe difficile iniziare adesso	0	<input type="checkbox"/>
F non l' ha mai fatto prima routinariamente, ma lo potrebbe fare ora se dovesse	1	<input type="checkbox"/>

6. Preparare un pasto completo (es. carne, pollo o pesce, verdure, dolce)		
	Score	
A qualcuno ha preso recentemente in consegna questa attività completamente o quasi	0	<input type="checkbox"/>
B chiede aiuto o ha problemi di frequente (per esempio brucia le pentole, dimentica come si fa un dato piatto)	1	<input type="checkbox"/>
C lo fa senza aiuto o assistenza, ma con più difficoltà per es. si è ridotto ai pasti precotti date le difficoltà	2	<input type="checkbox"/>
D lo fa senza nessun aiuto	3	<input type="checkbox"/>
E non l' ha mai fatto e sarebbe difficile iniziare adesso anche con un po' di pratica	0	<input type="checkbox"/>
F non l' ha mai fatto prima routinariamente, ma lo potrebbe fare ora se dovesse	1	<input type="checkbox"/>

7. Seguire gli eventi correnti, sia del circondario che del Paese		
	Score	
A non presta attenzione o non ricorda ciò che accade fuori	0	<input type="checkbox"/>
B ha qualche idea riguardo gli avvenimenti importanti (per es. fa commenti sulle elezioni presidenziali, sui fatti più importanti della cronaca o dello sport)	1	<input type="checkbox"/>
C un po' meno attenzione e conoscenza dei fatti correnti che nel passato	2	<input type="checkbox"/>
D è al corrente di ciò che accade come sempre	3	<input type="checkbox"/>
E non ha mai prestato molta attenzione ai fatti correnti e avrebbe difficoltà ad iniziare adesso	0	<input type="checkbox"/>
F non ha mai prestato molta attenzione ma potrebbe farlo bene come chiunque altro se cercasse di farlo	1	<input type="checkbox"/>

<b>8 Prestare attenzione, capire e discutere sulla trama o il tema di un programma televisivo di un'ora di durata, ricordare qualcosa da un libro o da una rivista</b>		
	Score	
A non ricorda, o sembra confuso riguardo quello che ha visto o letto	0	<input type="checkbox"/>
B è consapevole dell'idea generale, dei caratteri, della natura di ciò che vede o legge, ma non riesce a ricordarlo più tardi; può non afferrare il tema o avere un'opinione su quello che dicono	1	<input type="checkbox"/>
C meno attenzione o meno memoria di una volta, afferra meno lo spirito, le battute che devono essere colte in fretta, i doppi sensi	2	<input type="checkbox"/>
D afferra velocemente come prima	3	<input type="checkbox"/>
E non ha mai prestato molta attenzione o commentato la TV, non ha mai letto molto e avrebbe probabilmente molte difficoltà ad iniziare adesso	0	<input type="checkbox"/>
F non ha mai letto o guardato molto la TV, ma passa lo stesso tempo a leggere e a guardare la TV capendo tutto quello che capiva prima	1	<input type="checkbox"/>

<b>9 Ricordare appuntamenti, progetti, compiti familiari, riparazioni dell'auto, date di famiglia (come compleanni o anniversari), vacanze, cure</b>		
	Score	
A qualcuno adesso se ne fa carico	0	<input type="checkbox"/>
B gli si deve ricordare qualcosa di più rispetto al passato	1	<input type="checkbox"/>
C fa tutto senza che gli si ricordi, ma si aiuta molto con appunti, calendari, schemi	2	<input type="checkbox"/>
D ricorda appuntamenti, progetti, occasioni ecc. come sempre	3	<input type="checkbox"/>
E non ha mai preso nota degli appuntamenti, cure o occasioni di famiglia e probabilmente avrebbe difficoltà a iniziare adesso	0	<input type="checkbox"/>
F non ha mai preso nota di queste cose in passato, ma potrebbe farlo bene come chiunque altro se cercasse di farlo	1	<input type="checkbox"/>

<b>9 Viaggi nel circondario, guidare, camminare, prendere o cambiare autobus e treni, aerei</b>		
	Score	
A qualcun altro deve farsene carico completamente o quasi	0	<input type="checkbox"/>
B può andare in giro nel circondario ma si perde se deve andare più lontano	1	<input type="checkbox"/>
C ha più problemi di prima ad andare in giro (ad es. occasionalmente si perde, perde confidenza, non riesce a trovare l'auto ecc.) ma di solito va tutto bene	2	<input type="checkbox"/>
D va in giro bene come prima	3	<input type="checkbox"/>
E raramente ha guidato l'auto o è andato in giro da solo e troverebbe abbastanza difficoltà a imparare i percorsi degli autobus o a programmarli	0	<input type="checkbox"/>
F non è mai andato molto in giro da solo in passato, ma potrebbe farlo bene come sempre se dovesse farlo ora	1	<input type="checkbox"/>

## Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)

Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. J Rheumatol. 1991 May;18(5):728-33.

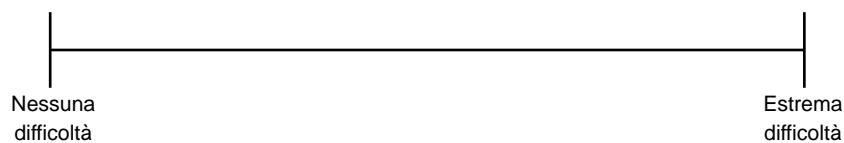
**ISTRUZIONI:** Nei quesiti dal n° 1 al n° 11 del questionario che segue, Le verranno poste delle domande riguardo alle attività che è stata in grado di svolgere **nel corso dell'ultima settimana**. Risponda a ciascuna domanda, mettendo una crocetta nella casella corrispondente (solo una risposta per ciascuna domanda). Se normalmente non svolge l'attività a cui fa riferimento la domanda, passi alla successiva senza segnare alcuna risposta.

Nel corso dell'ultima settimana è stata in grado di...	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
1) Andare a fare la spesa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Fare il bucato con la lavatrice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Preparare i pasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Lavare i piatti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Passare l'aspirapolvere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Rifare i letti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Camminare per qualche isolato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Andare a far visita a parenti o amici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Fare lavori di giardinaggio/orto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Guidare l'automobile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Salire le scale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

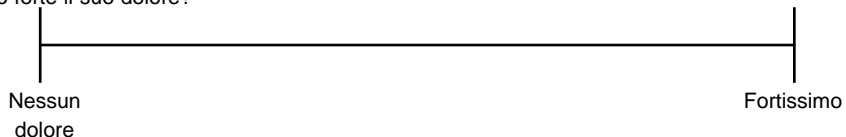
12) Quanti giorni, sui 7 dell'ultima settimana, si è sentita bene?								
0	1	2	3	4	5	6	7	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Nel corso dell'ultima settimana, quanti giorni non è andata a lavoro, o non ha potuto fare i lavori domestici a causa della fibromialgia?								
0	1	2	3	4	5	6	7	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Segni con un trattino il punto sulla linea che corrisponde a come si è sentita in generale nel corso dell'ultima settimana

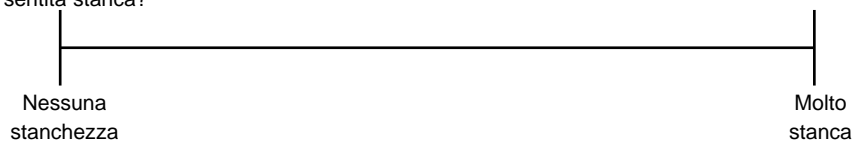
14) Sul posto di lavoro o a casa durante i lavori domestici, quanta difficoltà ha avvertito a causa del dolore o degli altri sintomi della fibromialgia?



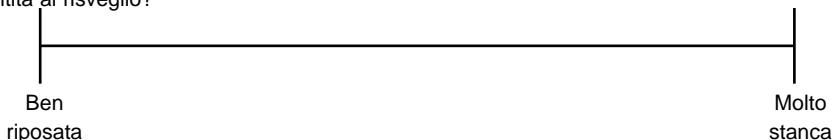
15) Quanto è stato forte il suo dolore?



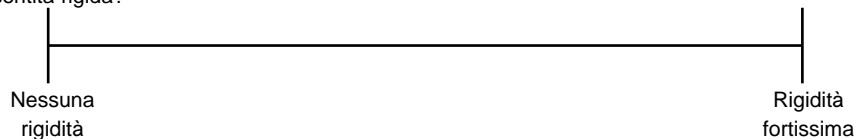
16) Quanto si è sentita stanca?



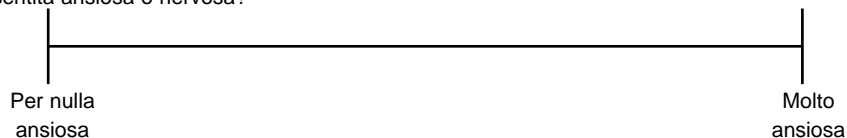
17) Come si è sentita al risveglio?



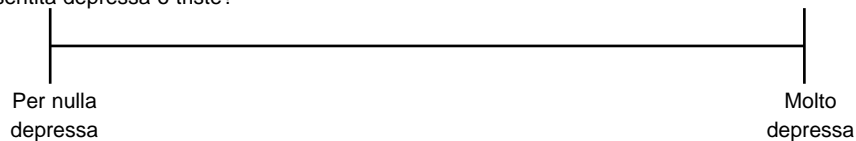
18) Quanto si è sentita rigida?



19) Quanto si è sentita ansiosa o nervosa?



20) Quanto si è sentita depressa o triste?



---

# Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis (QUALEFFO)

*Lips P, Cooper D, Agnusdei F et al. Quality of life in patients with vertebral fractures: validation of the Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis (QUALEFFO). Osteoporosis Int 1999; 10: 150-60.*

---

Vorremmo che Lei rispondesse alle seguenti domande riguardanti la Sua salute. Non ci sono risposte giuste o sbagliate alle domande e Lei potrà rispondere ponendo una croce sulla risposta che ritiene più adeguata.

Segni con una **X** la risposta più appropriata a ciascuna domanda

## A) DOLORE

1) Con quale frequenza ha avuto dolore nelle ultime settimane?

- mai
- 1 giorno alla settimana o meno
- 2-3 giorni alla settimana
- 4-6 giorni alla settimana
- ogni giorno

2) Se ha avuto mal di schiena, per quanto tempo lo ha avvertito durante la giornata?

- mai
- 1-2 ore
- 3-5 ore
- 6-10 ore
- tutto il giorno

3) Come definirebbe il Suo mal di schiena quando è nel momento peggiore?

- assente
- modesto
- fastidioso
- molto forte
- insopportabile

4) Come è il Suo mal di schiena negli altri momenti della giornata?

- assente
- modesto
- fastidioso
- molto forte
- insopportabile

5) Nelle ultime due settimane il Suo sonno è stato disturbato dal mal di schiena?

- meno di una volta alla settimana
- una volta alla settimana
- due volte alla settimana
- a notti alterne
- ogni notte

6) In media quante compresse contro il dolore ha consumato al giorno nelle ultime due settimane?

- nessuna
- meno di una
- 1-2 compresse
- 3-4 compresse
- 5 o più compresse

Quale medicina per il dolore sta prendendo? ..... A quale dose?.....

7) Quale posizione Le procura il mal di schiena più forte?

- in piedi
- seduta
- sdraiata
- curvata
- altra posizione (specificare)
- non valutabile

8) Come definirebbe il Suo mal di schiena? (sono possibili più scelte)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> trascurabile                          | <input type="checkbox"/> tormentoso      |
| <input type="checkbox"/> gravativo                             | <input type="checkbox"/> mi butta giù    |
| <input type="checkbox"/> urente                                | <input type="checkbox"/> mi fa zoppicare |
| <input type="checkbox"/> pulsante                              | <input type="checkbox"/> mi tormenta     |
| <input type="checkbox"/> pungente                              | <input type="checkbox"/> molesto         |
| <input type="checkbox"/> sensazione di scossa elettrica        | <input type="checkbox"/> mi esaurisce    |
| <input type="checkbox"/> che si irradia con ondate progressive |  |
| <input type="checkbox"/> nessuna di queste (specificare) ..... |  |

9) Sente qualche dolore o fastidio in mezzo al torace o allo stomaco? (sono possibili più scelte)

- sempre
- occasionalmente
- prima dei pasti
- dopo i pasti
- bruciore
- sensazione di peso
- nessuna di queste, specificare.....

## B) ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA

Le seguenti 4 domande riguardano le Sue condizioni attuali.

10) Ha problemi per vestirsi?

- nessuna difficoltà
- qualche difficoltà
- modeste difficoltà
- posso aver bisogno di aiuto
- impossibile senza aiuto

11) Ha problemi per fare la doccia o il bagno?

- nessuna difficoltà
- qualche difficoltà
- modeste difficoltà
- posso aver bisogno di aiuto
- impossibile senza aiuto

12) Ha problemi per recarsi alla toilette?

- nessuna difficoltà
- qualche difficoltà
- modeste difficoltà
- posso aver bisogno di aiuto
- non posso farlo senza aiuto

13) Riposa durante la notte?

- dormo tranquilla
- talvolta mi sveglio
- mi sveglio spesso
- talvolta passo la notte insonne
- di solito rimango sveglia per ore

### C) LAVORI DOMESTICI

*Le seguenti 5 domande riguardano le Sue condizioni **attuali**. Se altre persone fanno queste cose in casa Sua, risponda come se fosse Lei responsabile.*

14) Può fare le pulizie di casa?

- senza difficoltà
- con poca difficoltà
- con modesta difficoltà
- con grande difficoltà
- impossibile
- non valutabile

15) Può preparare i pasti?

- senza difficoltà
- con poca difficoltà
- con modesta difficoltà
- con grande difficoltà
- impossibile
- non valutabile

16) Può lavare i piatti e le stoviglie?

- senza difficoltà
- con poca difficoltà
- con modesta difficoltà
- con grande difficoltà
- impossibile
- non valutabile

17) Può fare la spesa tutti i giorni?

- senza difficoltà
- con poca difficoltà
- con modesta difficoltà
- con grande difficoltà
- impossibile



18) Riesce a sollevare un oggetto che pesa 10 Kg (es. 6 bottiglie d'acqua, o un bambino di un anno) e a trasportarlo per almeno 10 metri

- senza difficoltà
- con poca difficoltà
- con modesta difficoltà
- con grande difficoltà
- impossibile

## **D) DEAMBULAZIONE**

Le prossime 5 domande riguardano le Sue condizioni attuali

19) Riesce ad alzarsi da una sedia?

- senza difficoltà
- con poca difficoltà
- con modesta difficoltà
- con grande difficoltà
- solo se mi aiutano

20) Riesce a piegarsi sul tronco?

- facilmente
- abbastanza facilmente
- con qualche sforzo
- molto poco
- impossibile

21) Riesce ad inginocchiarsi

- facilmente
- abbastanza facilmente
- con qualche sforzo
- molto poco
- impossibile

22) Riesce a salire un piano di scale?

- senza difficoltà
- con poca difficoltà
- devo fermarmi almeno una volta
- solo se mi aiutano
- impossibile

Deve salire delle scale per entrare in casa?

- si
- no

23) Riesce a camminare per 100 metri?

- rapidamente senza fermarmi
- lentamente senza fermarmi
- lentamente con almeno una fermata
- solo se mi aiutano
- impossibile

Faccia una stima della massima distanza che riesce a percorrere.

- .....metri

24) Quante volte è uscita/o di casa nelle ultime due settimane?

- ogni giorno
- 5-6 giorni la settimana
- 3-4 giorni la settimana
- 1-2 giorni la settimana
- meno di una volta la settimana

25) Riesce ad usare il mezzo di trasporto pubblico?

- si
- con qualche sforzo
- con fatica
- con un aiuto
- no
- non valutabile

26) Si è accorta/o di mutamenti fisici legati all'osteoporosi (per esempio diminuzione della statura, cambiamento di forma della schiena ecc...)?

- no
- un pochino
- abbastanza
- in maniera marcata
- non valutabile

## E) TEMPO LIBERO, ATTIVITA' SOCIALI

27) Ha praticato qualche sport negli ultimi 5 anni?

- si
- no

Se si, quale sport? (specificare)  .....

28) E' in grado di fare il suo sport ora?

- si
- si, con qualche limitazione
- no
- non valutabile

29) Riesce a badare al suo giardino?

- si
- si, con qualche limitazione
- no
- non valutabile

30) Ha avuto un altro hobby durante gli ultimi 5 anni?

- si
- no

Se si quale hobby? (specificare)  .....

31) Pratica questo hobby ora?

- sì
- sì, con qualche limitazione
- no
- non valutabile

32) Riesce ad andare al cinema, al teatro ecc.?

- sì
- sì, con qualche limitazione
- no
- non a cinema, semmai al teatro se non è lontano

33) Con quale frequenza ha fatto visita a parenti ed amici negli ultimi 3 mesi?

- una o più volte la settimana
- una o due volte al mese
- meno di una volta al mese
- mai

34) Il Suo mal di schiena interferisce con la sua intimità (compreso il rapporto sessuale)?

- no
- un pò
- abbastanza
- in maniera grave
- non valutabile

---

## F) PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE

36) Come giudica la Sua salute in rapporto alla sua età?

- eccellente
- buona
- discreta
- scadente
- pessima

37) Come si sente ora rispetto all'ultimo controllo in questo ambulatorio?

- molto meglio
- un pò meglio
- invariata
- un pò peggio
- molto peggio
- non valutabile

Quando ha fatto l'ultima visita? (specificare) .....

38) Come giudica globalmente la qualità della sua vita durante le ultime 4 settimane?

- eccellente
- buona
- soddisfacente
- non tanto buona
- scadente

39) Come giudica globalmente la qualità della Sua vita rispetto a 10 anni fa?

- molto meglio
  - un pò meglio
  - invariata
  - un pò peggio
  - molto peggio
- 

### G) SCALE VISUO-ANALOGICHE

*Può indicare con una crocetta su questa linea:*

40) Come è il Suo dolore quando raggiunge il massimo di intensità?

assente |——|——|——|——|——|——|——|——| insopportabile

41) Come è il Suo dolore negli altri momenti?

assente |——|——|——|——|——|——|——|——| insopportabile

42) Come giudica globalmente la qualità della Sua vita durante le ultime 4 settimane?

molto |——|——|——|——|——|——|——|——| eccellente  
scadente

43) Come giudica la Sua salute durante le ultime 4 settimane?

molto |——|——|——|——|——|——|——|——| eccellente  
scadente

44) E' soddisfatta delle attività sociali che ha svolto nelle ultime 4 settimane?

molto |——|——|——|——|——|——|——|——| molto soddisfatta  
insoddisfatta

45) Come è la Sua attuale condizione economica?

molto |——|——|——|——|——|——|——|——| eccellente  
scadente

---

**H) UMORE**

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 46) Sono sempre stanca                             | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 47) Ogni cosa mi butta giù                         | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 48) Mi sento emarginata                            | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 49) Mi sento sola                                  | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 50) Mi pesa fare ogni cosa                         | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 51) Non riesco più a divertirmi                    | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 52) Trovo difficoltà a stare con la gente          | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 53) Tutti i giorni sembrano monotoni               | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 54) In questi giorni perdo facilmente il controllo | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 55) Ho la sensazione di perdere il controllo       | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 56) Sento che nessuno mi è vicino                  | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 57) Perdo subito le forze                          | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 58) Sento di essere di peso alla gente             | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 59) L'ansia mi tiene sveglia tutta la notte        | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 60) La vita non merita di essere vissuta           | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 61) Mi sento depressa quando mi alzo dal letto     | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 62) Trovo difficile stare con la gente             | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 63) E' fiduciosa nel futuro?                       | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 64) E' felice la maggior parte del tempo?          | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 65) Le piace alzarsi al mattino?                   | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 66) Pensa che sia meraviglioso essere vivi?        | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 67) Si sente piena di energie?                     | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 68) Molto spesso è di buon umore?                  | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

## Bibliografia

1. Abdel-Nasser AM, Abd El-Azim S, Taal E, El-Badawy SA, Rasker JJ, Valkenburg HA. Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants. *Br J Rheumatol*. 1998 Apr;37(4):391-7.
2. Abello-Banfi M, Cardiel MH, Ruiz-Mercado R, Alarcon-Segovia D. Quality of life in rheumatoid arthritis: validation of a Spanish version of the Arthritis Impact Measurement Scales (Spanish-AIMS). *J Rheumatol*. 1994 Jul;21(7):1250-5.
3. Allaire SH, Meenan RF, Anderson JJ. The impact of rheumatoid arthritis on the household work performance of women. *Arthritis Rheum*. 1991 Jun;34(6):669-78.
4. Archenholtz B, Bjelle A. Evaluation of a Swedish version of the Arthritis Impact Measurement Scales. *Scand J Rheumatol*. 1995;24(2):64-8.
5. Archenholtz B, Bjelle A. Reliability, validity, and sensitivity of a Swedish version of the revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS2). *J Rheumatol*. 1997 Jul;24(7):1370-7.
6. Arguedas O, Andersson-Gare B, Fasth A, Porras O. Development of a Costa Rican version of the Childhood Health Assessment Questionnaire. *J Rheumatol*. 1997 Nov;24(11):2233-41.
7. Arnold LM, Witzeman KA, Swank ML, McElroy SL, Keck PE Jr. Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. *J Affect Disord*. 2000 Jan-Mar;57(1-3):235-9.
8. Badia X, Prieto L, Roset M, Diez-Perez A. Development of the ECOS-16 clinical questionnaire for the assessment of the quality of life in patients with osteoporosis. *Med Clin (Barc)*. 2000;114 Suppl 3:68-75.
9. Bae SC, Cook EF, Kim SY. Psychometric evaluation of a Korean Health Assessment Questionnaire for clinical research. *J Rheumatol*. 1998 Oct;25(10):1975-9.
10. Baker PR, Groh JD, Kraag GR, Tugwell P, Wells GA, Boisvert D. Impact of patient with patient interaction on perceived rheumatoid arthritis overall disease status. *Scand J Rheumatol*. 1996;25(4):207-12.
11. Bakker C, van der Linden S, van Santen-Hoeufft M, Bolwijn P, Hidding A. Problem elicitation to assess patient priorities in ankylosing spondylitis and fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1995 Jul;22(7):1304-10.
12. Barberger-Gateaul P, Commenges D, Gagnon M, Latenneur D. Instrumental activities of daily living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40 (11): 1129-34.
13. Beaton DE, Hogg-Johnson S, Bombardier C. Evaluating changes in health status: reliability and responsiveness of five generic health status measures in workers with musculoskeletal disorders. *J Clin Epidemiol*. 1997 Jan;50(1):79-93.
14. Begerow B, Pfeifer M, Pospeschill M, Scholz M, Schlotthauer T, Lazarescu A, Pollaehne W, Minne HW. Time since vertebral fracture: an important variable concerning quality of life in patients with postmenopausal osteoporosis. *Osteoporos Int*. 1999;10(1):26-33.
15. Bell MJ, Bombardier C, Tugwell P. Measurement of functional status, quality of life, and utility in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1990 Apr;33(4):591-601.
16. Bendtsen P, Bjurulf P, Trelle E, Lindstrom F, Larsson JE. Cross-sectional assessment and subgroup comparison of functional disability in patients with rheumatoid arthritis in a Swedish health-care district. *Disabil Rehabil*. 1995 Feb-Mar;17(2):94-9.
17. Bendtsen P, Hornquist JO. Severity of rheumatoid arthritis, function and quality of life: sub-group comparisons. *Clin Exp Rheumatol*. 1993 Sep-Oct;11(5):495-502.
18. Berkanovic E, Oster P, Wong WK, Bulpitt K, Clements P, Sterz M, Paulus H. The relationship between socioeconomic status and recently diagnosed rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*. 1996 Dec;9(6):257-62.
19. Birrell FN, Hassell AB, Jones PW, Dawes PT. Why not use OSRA? A comparison of Overall Status in Rheumatoid Arthritis (RA) with ACR core set and other indices of disease activity in RA. *J Rheumatol*. 1998 Sep;25(9):1709-15.
20. Blackmore MG, Gladman DD, Husted J, Long JA, Farewell VT. Measuring health status in psoriatic arthritis: the Health Assessment Questionnaire and its modification. *J Rheumatol*. 1995 May;22(5):886-93.
21. Borstlap M, van de Laar M, Zant J, van der Korst J. Components of health: an analysis in rheumatoid arthritis using quality of life questionnaires and clinical and laboratory variables. *Ann Rheum Dis*. 1993 Sep;52(9):650-4.
22. Borstlap M, Zant JL, van Soesbergen RM, van der Korst JK. Quality of life assessment: a comparison of four questionnaires: for measuring improvements after total hip replacement. *Clin Rheumatol*. 1995 Jan;14(1):15-20.
23. Bostrom C, Harms-Ringdahl K, Nordemar R. Relationships between measurements of impairment, disability, pain, and disease activity in rheumatoid arthritis patients with shoulder problems. *Scand J Rheumatol*. 1995;24(6):352-9.
24. Bouchet C, Guillemin F, Briancon S. Comparison of 3 quality of life instruments in the longitudinal study of rheumatoid arthritis. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1995;43(3):250-8.
25. Brandao L, Ferraz MB, Zerbini CA. Health status in rheumatoid arthritis: cross cultural evaluation of a Portuguese version of the Arthritis Impact Measurement Scales 2 (BRASIL-AIMS2). *J Rheumatol*. 1998 Aug;25(8):1499-501.
26. Brazier JE, Harper R, Munro J, Walters SJ, Snaith ML. Generic and condition-specific outcome measures for people with osteoarthritis of the knee. *Rheumatology (Oxford)*. 1999 Sep;38(9):870-7.
27. Bruhlmann P, Stucki G, Michel BA. Evaluation of a German version of the physical dimensions of the Health Assessment Questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1994 Jul;21(7):1245-9.
28. Buchbinder R, Bombardier C, Yeung M, Tugwell P. Which outcome measures should be used in rheumatoid arthritis clinical trials? Clinical and quality-of-life mea-

- asures' responsiveness to treatment in a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum.* 1995 Nov;38(11):1568-80.
29. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol.* 1991 May;18(5):728-33.
  30. Buskila D, Neumann L, Alhoashle A, Abu-Shakra M. Fibromyalgia syndrome in men. *Semin Arthritis Rheum.* 2000 Aug;30(1):47-51.
  31. Buskila D, Neumann L. Assessing functional disability and health status of women with fibromyalgia: validation of a Hebrew version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *J Rheumatol.* 1996 May;23(5):903-6.
  32. Cantarelli FB, Szejnfeld VL, Oliveira LM, Ciconelli RM, Ferraz MB. Quality of life in patients with osteoporosis fractures: cultural adaptation, reliability and validity of the Osteoporosis Assessment Questionnaire. *Clin Exp Rheumatol.* 1999 Sep-Oct;17(5):547-51.
  33. Cardiel MH, Abello-Banfi M, Ruiz-Mercado R, Alarcon-Segovia D. How to measure health status in rheumatoid arthritis in non-English speaking patients: validation of a Spanish version of the Health Assessment Questionnaire Disability Index (Spanish HAQ-DI). *Clin Exp Rheumatol.* 1993 Mar-Apr;11(2):117-21.
  34. Carr AJ. Beyond disability: measuring the social and personal consequences of osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage.* 1999 Mar;7(2):230-8.
  35. Cavalieri F, Salaffi F, Ferraccioli GF. Relationship between physical impairment, psychological variable and pain in rheumatoid disability. An analysis of their relative impact. *Clin Exp Rheumatol* 1991; 9: 47-50.
  36. Chandler JM, Martin AR, Girman C, Ross PD, Love-McClung B, Lydick E, Yawn BP. Reliability of an Osteoporosis-Targeted Quality of Life Survey Instrument for use in the community: OPTQoL. *Osteoporos Int.* 1998;8(2):127-35.
  37. Cockerill W, Ismail AA, Cooper C, Matthis C, Raspe H, Silman AJ, O'Neill TW. Does location of vertebral deformity within the spine influence back pain and disability? European Vertebral Osteoporosis Study (EVOS) Group. *Ann Rheum Dis.* 2000 May;59(5):368-71.
  38. Cook DJ, Guyatt GH, Adachi JD, Clifton J, Griffith LE, Epstein RS, Juniper EF. Quality of life issues in women with vertebral fractures due to osteoporosis. *Arthritis Rheum.* 1993 Jun;36(6):750-6.
  39. Cook DJ, Guyatt GH, Adachi JD, Epstein RS, Juniper EF, Austin PA, Clifton J, Rosen CJ, Kessenich CR, Stock JL, Overdorf J, Miller PD, Erickson AL, McClung MR, McClung BL, Griffith LE, Ioannidis G. Development and validation of the mini-osteoporosis quality of life questionnaire (OQLQ) in osteoporotic women with back pain due to vertebral fractures. *Osteoporosis Quality of Life Study Group. Osteoporos Int.* 1999;10(3):207-13.
  40. Cooper C. The crippling consequences of fractures and their impact on quality of life. *Am J Med.* 1997 Aug 18;103(2A):12S-17S.
  41. Cortet B, Houvenagel E, Puisieux F, Roches E, Garnier P, Delcambre B. Spinal curvatures and quality of life in women with vertebral fractures secondary to osteoporosis. *Spine.* 1999 Sep 15;24(18):1921-5.
  42. Crotty M, McFarlane AC, Brooks PM, Hopper JL, Bieri D, Taylor SJ. The psychosocial and clinical status of younger women with early rheumatoid arthritis: a longitudinal study with frequent measures. *Br J Rheumatol.* 1994 Aug;33(8):754-60.
  43. das Chagas Medeiros MM, Ferraz MB, Quaresma MR. The effect of rheumatoid arthritis on the quality of life of primary caregivers. *J Rheumatol.* 2000 Jan;27(1):76-83.
  44. Deighton CM, Surtees D, Walker DJ. Influence of the severity of rheumatoid arthritis on sex differences in health assessment questionnaire scores. *Ann Rheum Dis.* 1992 Apr;51(4):473-5.
  45. Dellhag B, Bjelle A. A five-year followup of hand function and activities of daily living in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Care Res.* 1999 Feb;12(1):33-41.
  46. Dellhag B, Burckhardt CS. Predictors of hand function in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 1995 Mar;8(1):16-20.
  47. Devlin J, Gough A, Huissoon A, Perkins P, Holder R, Reece R, Arthur V, Emery P. The acute phase and function in early rheumatoid arthritis. C-reactive protein levels correlate with functional outcome. *J Rheumatol.* 1997 Jan;24(1):9-13.
  48. Deyo RA, Inui TS, Leininger JD, Overman SS. Measuring functional outcomes in chronic disease: a comparison of traditional scales and a self-administered health status questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. *Med Care.* 1983 Feb;21(2):180-92.
  49. Doeglas D, Krol B, Guillemin F, Suurmeijer T, Sanderman R, Smedstad LM, Briancon S, van den Heuvel W. The assessment of functional status in rheumatoid arthritis: a cross cultural, longitudinal comparison of the Health Assessment Questionnaire and the Groningen Activity Restriction Scale. *J Rheumatol.* 1995 Oct;22(10):1834-43.
  50. Doeglas D, Suurmeijer T, Krol B, Sanderman R, van Leeuwen M, van Rijswijk M. Work disability in early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 1995 Jun;54(6):455-60.
  51. Drossaers-Bakker KW, de Buck M, van Zeben D, Zwiderman AH, Breedveld FC, Hazes JM. Long-term course and outcome of functional capacity in rheumatoid arthritis: the effect of disease activity and radiologic damage over time. *Arthritis Rheum.* 1999 Sep;42(9):1854-60.
  52. Dunkl PR, Taylor AG, McConnell GG, Alfano AP, Conaway MR. Responsiveness of fibromyalgia clinical trial outcome measures. *J Rheumatol.* 2000 Nov;27(11):2683-91.
  53. Eberhardt K, Fex E. Clinical course and remission rate in patients with early rheumatoid arthritis: relationship to outcome after 5 years. *Br J Rheumatol.* 1998 Dec;37(12):1324-9.
  54. Eberhardt KB, Fex E. Functional impairment and disability in early rheumatoid arthritis—development over 5 years. *J Rheumatol.* 1995 Jun;22(6):1037-42.
  55. Edworthy SM, Devins GM, Watson MM. The arthritis knowledge questionnaire. A test for measuring patient knowledge of arthritis and its self-management. *Arthritis Rheum.* 1995 May;38(5):590-600.
  56. Ekdahl C, Eberhardt K, Andersson SI, Svensson B. Assessing disability in patients with rheumatoid arthritis. Use of a Swedish version of the Stanford Health Assessment Questionnaire. *Scand J Rheumatol.* 1988;17(4):263-71.
  57. Escalante A, del Rincon I. How much disability in rheumatoid arthritis is explained by rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum.* 1999 Aug;42(8):1712-21.

58. Escalante A. What do self-administered joint counts tell us about patients with rheumatoid arthritis? *Arthritis Care Res.* 1998 Aug;11(4):280-90.
59. Evans RL, Miller RM. Psychosocial implications of treatment of stroke. *Soc Casework. J Contemp Soc Work* 1984;65:242-57.
60. Evans RW, Rader B, Manninen DL. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med* 1985;312:553.
61. Evers AW, Taal E, Kraaijaat FW, Jacobs JW, Abdel-Nasser A, Rasker JJ, Bijlsma JW. A comparison of two recently developed health status instruments for patients with arthritis: Dutch-AIMS2 and IRGL. *Arthritis Impact Measurement Scales. Impact of Rheumatic diseases on General health and Lifestyle. Br J Rheumatol.* 1998 Feb;37(2):157-64.
62. Fallon J, Bujak DI, Guardino S, Weinstein A. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a useful tool in evaluating patients with post-Lyme disease syndrome. *Arthritis Care Res.* 1999 Feb;12(1):42-7.
63. Ferraccioli GF, Cavalieri F, Salaffi F, Mercadanti M. Compromissione funzionale, invalidità ed handicap nell'artrite reumatoide. Studio prospettico mediante questionari orientati. *Reumatismo* 1988; 40: 45-56.
64. Ferraz MB, Oliveira LM, Araujo PM, Atra E, Walter SD. EPM-ROM Scale: an evaluative instrument to be used in rheumatoid arthritis trials. *Clin Exp Rheumatol.* 1990 Sep-Oct;8(5):491-4.
65. Ferraz MB, Quaresma MR, Aquino LR, Atra E, Tugwell P, Goldsmith CH. Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1990 Aug;17(8):1022-4.
66. Fex E, Larsson BM, Nived K, Eberhardt K. Effect of rheumatoid arthritis on work status and social and leisure time activities in patients followed 8 years from onset. *J Rheumatol.* 1998 Jan;25(1):44-50.
67. Fitzpatrick R, Newman S, Lamb R, Shipley M. A comparison of measures of health status in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol.* 1989 Jun;28(3):201-6.
68. Fitzpatrick R, Ziebland S, Jenkinson C, Mowat A, Mowat A. A generic health status instrument in the assessment of rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol.* 1992 Feb;31(2):87-90.
69. Fitzpatrick R, Ziebland S, Jenkinson C, Mowat A, Mowat A. Importance of sensitivity to change as a criterion for selecting health status measures. *Qual Health Care.* 1992 Jun;1(2):89-93.
70. Fitzpatrick R, Ziebland S, Jenkinson C, Mowat A, Mowat A. The social dimension of health status measures in rheumatoid arthritis. *Int Disabil Stud.* 1991 Apr-Jun;13(2):34-7.
71. Fries JF, Ramey DR. "Arthritis specific" global health analog scales assess "generic" health related quality-of-life in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1997 Sep;24(9):1697-702.
72. Fries JF, Spitz PW, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 1980; 23: 137-45.
73. Fries JF, Williams CA, Morfeld D, Singh G, Sibley J. Reduction in long-term disability in patients with rheumatoid arthritis by disease-modifying antirheumatic drug-based treatment strategies. *Arthritis Rheum.* 1996 Apr;39(4):616-22.
74. Fries JF, Williams CA, Singh G, Ramey DR. Response to therapy in rheumatoid arthritis is influenced by immediately prior therapy. *J Rheumatol.* 1997 May;24(5):838-44.
75. Fries JF. Quality-of-life considerations with respect to arthritic and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Am J Med.* 1998 Mar 30;104(3A).
76. Fyrand L, Moum T, Wichstrom L, Finset A, Glennas A. Social network size of female patients with rheumatoid arthritis compared to healthy controls. *Scand J Rheumatol.* 2000;29(1):38-43.
77. Galindo-Ciocon D, Ciocon JO, Galindo D. Functional impairment among elderly women with osteoporotic vertebral fractures. *Rehabil Nurs.* 1995 Mar-Apr;20(2):79-83.
78. Gardiner PV, Sykes HR, Hassey GA, Walker DJ. An evaluation of the Health Assessment Questionnaire in long-term longitudinal follow-up of disability in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol.* 1993 Aug;32(8):724-8.
79. Glennas A, Kvien TK, Andrup O, Karstensen B, Munthe E. Recent onset arthritis in the elderly: a 5 year longitudinal observational study. *J Rheumatol.* 2000 Jan;27(1):101-8.
80. Gold DT. The clinical impact of vertebral fractures: quality of life in women with osteoporosis. *Bone.* 1996 Mar;18(3 Suppl):185S-189S.
81. Goldenberg DL, Mossey CJ, Schmid CH. A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *J Rheumatol.* 1995 Dec;22(12):2313-8.
82. Grogan S, Conner M, Norman P, Willits D, Porter I. Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. *Qual Health Care.* 2000 Dec;9(4):210-215.
83. Guillemin F, Braincon S, Pourel J. Measurement of the functional capacity in rheumatoid polyarthritis: a French adaptation of the Health Assessment Questionnaire. *Rev Rhum Mal Osteoartic.* 1991 Jun; 58(6):459-65.
84. Guillemin F, Briancon S, Pourel J. Validity and discriminant ability of the HAQ Functional Index in early rheumatoid arthritis. *Disabil Rehabil.* 1992 Apr-Jun;14(2):71-7.
85. Guillemin F, Challier B, Urlacher F, Vancon G, Pourel J. Quality of life in ankylosing spondylitis: validation of the ankylosing spondylitis Arthritis Impact Measurement Scales 2, a modified Arthritis Impact Measurement Scales Questionnaire. *Arthritis Care Res.* 1999 Jun;12(3):157-62.
86. Guillemin F, Coste J, Pouchot J, Ghezail M, Bregeon C, Sany J. The AIMS2-SF: a short form of the Arthritis Impact Measurement Scales 2. French Quality of Life in Rheumatology Group. *Arthritis Rheum.* 1997 Jul;40(7):1267-74.
87. Hagen KB, Smedstad LM, Uhlig T, Kvien TK. The responsiveness of health status measures in patients with rheumatoid arthritis: comparison of disease-specific and generic instruments. *J Rheumatol.* 1999 Jul; 26(7):1474-80.
88. Hakala M, Nieminen P, Manelius J. Joint impairment is strongly correlated with disability measured by self-report questionnaires. Functional status assessment of individuals with rheumatoid arthritis in a population based series. *J Rheumatol.* 1994 Jan;21(1):64-9.
89. Hakkinen A, Hakkinen K, Hannonen P. Effects of strength training on neuromuscular function and disease activity in patients with recent-onset inflammatory arthritis. *Scand J Rheumatol.* 1994;23(5):237-42.



90. Hall SE, Criddle RA, Comito TL, Prince RL. A case-control study of quality of life and functional impairment in women with long-standing vertebral osteoporotic fracture. *Osteoporos Int*. 1999;9(6):508-15.
91. Hall SE, Williams JA, Senior JA, Goldswain PR, Criddle RA. Hip fracture outcomes: quality of life and functional status in older adults living in the community. *Aust N Z J Med*. 2000 Jun;30(3):327-32.
92. Harrison BJ, Symmons DP, Brennan P, Bankhead CR, Barrett EM, Scott DG, Silman AJ. Inflammatory polyarthritis in the community is not a benign disease: predicting functional disability one year after presentation. *J Rheumatol*. 1996 Aug;23(8):1326-31.
93. Hawley DJ, Wolfe F. Sensitivity to change of the health assessment questionnaire (HAQ) and other clinical and health status measures in rheumatoid arthritis: results of short-term clinical trials and observational studies versus long-term observational studies. *Arthritis Care Res*. 1992 Sep;5(3):130-6.
94. Hedin PJ, Hamne M, Burckhardt CS, Engstrom-Laurent A. The Fibromyalgia Impact Questionnaire, a Swedish translation of a new tool for evaluation of the fibromyalgia patient. *Scand J Rheumatol*. 1995; 24(2):69-75.
95. Helliwell PS, O'Hara M, Holdsworth J, Hesselden A, King T, Evans P A 12-month randomized controlled trial of patient education on radiographic changes and quality of life in early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 1999 Apr;38(4):303-8.
96. Helmes E, Hodsman A, Lazowski D, Bhardwaj A, Crilly R, Nichol P, Drost D, Vanderburgh L, Pederson L. A questionnaire to evaluate disability in osteoporotic patients with vertebral compression fractures. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1995 Mar;50(2):M91-8.
97. Hendricson WD, Russell IJ, Prihoda TJ, Jacobson JM, Rogan A, Bishop GD, Castillo R. Development and initial validation of a dual-language English-Spanish format for the Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis Rheum*. 1989 Sep;32(9):1153-9.
98. Hidding A, van der Linden S, Gielen X, de Witte L, Dijkmans B, Moolenburgh D. Continuation of group physical therapy is necessary in ankylosing spondylitis: results of a randomized controlled trial. *Arthritis Care Res*. 1994 Jun;7(2):90-6.
99. Hill J, Bird HA, Lawton CW, Wright V. The arthritis impact measurement scales: an anglicized version to assess the outcome of British patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*. 1990 Jun;29(3):193-6.
100. Houssien DA, Stucki G, Scott DL A patient-derived disease activity score can substitute for a physician-derived disease activity score in clinical research. *Rheumatology (Oxford)*. 1999 Jan;38(1):48-52.
101. Huang C, Ross PD, Wasnich RD. Vertebral fracture and other predictors of physical impairment and health care utilization. *Arch Intern Med*. 1996 Nov 25;156(21):2469-75.
102. Hurst NP. An evaluation of the Health Assessment Questionnaire (HAQ) in a long-term longitudinal follow-up of disability in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*. 1994 Feb;33(2):196-7.
103. Husted J, Gladman DD, Farewell VT, Long JA. Validation of the revised and expanded version of the Arthritis Impact Measurement Scales for patients with psoriatic Arthritis. *J Rheumatol*. 1996 Jun; 23(6):1015-9.
104. Husted J, Gladman DD, Long JA, Farewell VT Relationship of the Arthritis Impact Measurement Scales to changes in articular status and functional performance in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 1996 Nov;23(11):1932-7.
105. Jacobs JW, Oosterveld FG, Deuxbouts N, Rasker JJ, Taal E, Dequeker J, Uytterhoeven R. Opinions of patients with rheumatoid arthritis about their own functional capacity: how valid is it? *Ann Rheum Dis*. 1992 Jun;51(6):765-8.
106. Jaeckel WH, Cziske R, Schochat T, Jacobi E. Assessing health status after inpatient rehabilitation in rheumatoid arthritis. *Int Rehabil Med*. 1986;8(2):54-9.
107. Jansen LM, van Schaardenburg D, van Der Horst-Bruinsma IE, Bezemer PD, Dijkmans BA. Predictors of functional status in patients with early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2000 Mar;59(3):223-6.
108. Jantti J, Aho K, Kaarela K, Kautiainen H. Work disability in an inception cohort of patients with seropositive rheumatoid arthritis: a 20 year study. *Rheumatology (Oxford)*. 1999 Nov;38(11):1138-41.
109. Jordan JM, Luta G, Renner JB, Linder GF, Dragomir A, Hochberg MC, Fryer JG. Self-reported functional status in osteoarthritis of the knee in a rural southern community: the role of sociodemographic factors, obesity, and knee pain. *Arthritis Care Res*. 1996 Aug;9(4):273-8.
110. Kalke S, Mukerjee D, Dasgupta B. A study of the health assessment questionnaire to evaluate functional status in polymyalgia rheumatica. *Rheumatology (Oxford)*. 2000 Aug;39(8):883-5.
111. Kanis JA, Minne WH, Meunier PJ, Ziegler R, Allender E. Quality of life and vertebral osteoporosis. *Osteoporos Int*. 1992 Jul;2(4):161-3.
112. Kazis LE, Callahan LF, Meenan RF, Pincus T. Health status reports in the care of patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Epidemiol*. 1990;43(11):1243-53.
113. Kerschman-Schindl K, Uher E, Preisinger E, Pietschmann P. Translation of the Osteoporosis Quality of Life questionnaire (OQLQ) into German]. *Wien Klin Wochenschr*. 1999 Aug 20;111(15):608-11.
114. Kessenich CR, Guyatt GH, Rosen CJ. Health-related quality of life and participation in osteoporosis clinical trials. *Calcif Tissue Int*. 1998 Mar;62(3):189-92.
115. Kessenich CR, Guyatt GH. Domains of health-related quality of life in elderly women with osteoporosis. *J Gerontol Nurs*. 1998 Nov;24(11):7-13.
116. Khostanteen I, Tunks ER, Goldsmith CH, Ennis J. Fibromyalgia: can one distinguish it from simulation? An observer-blind controlled study. *J Rheumatol*. 2000 Nov;27(11):2671-6.
117. King S, Wessel J, Bhambhani Y, Maikala R, Sholter D, Maksymowych W. Validity and reliability of the 6 minute walk in persons with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1999 Oct;26(10):2233-7.
118. Koh ET, Seow A, Pong LY, Koh WH, Chan L, Howe HS, Lim TH, Low CK. Cross cultural adaptation and validation of the Chinese Health Assessment Questionnaire for use in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1998 Sep;25(9):1705-8.
119. Komatireddy GR, Leitch RW, Cella K, Browning G, Minor M. Efficacy of low load resistive muscle training in patients with rheumatoid arthritis functional class II and III. *J Rheumatol*. 1997 Aug;24(8):1531-9.
120. Kosinski M, Keller SD, Hatoum HT, Kong SX, Ware JE Jr. The SF-36 Health Survey as a generic outcome

- measure in clinical trials of patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis: tests of data quality, scaling assumptions and score reliability. *Med Care*. 1999 May;37(5 Suppl):MS10-22.
121. Kosinski M, Zhao SZ, Dedhiya S, Osterhaus JT, Ware JE Jr. Determining minimally important changes in generic and disease-specific health-related quality of life questionnaires in clinical trials of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2000 Jul;43(7):1478-87.
  122. Kucukdeveci AA, McKenna SP, Kutlay S, Gursel Y, Whalley D, Arasil T. The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. *Int J Rehabil Res*. 2000 Mar;23(1):31-8.
  123. Kvien TK, Kaasa S, Smedstad LM. Performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in patients with rheumatoid arthritis. II. A comparison of the SF-36 with disease-specific measures. *J Clin Epidemiol*. 1998 Nov;51(11):1077-86.
  124. Lautenschlager J, Mau W, Kohlmann T, Raspe HH, Struve F, Bruckle W, Zeidler H. Comparative evaluation of a German version of the Health Assessment Questionnaire and the Hannover Functional Capacity Questionnaire. *Z Rheumatol*. 1997 May-Jun;56(3):144-55.
  125. Leidig-Bruckner G, Minne HW, Schlaich C, Wagner G, Scheidt-Nave C, Bruckner T, Gebest HJ, Ziegler R. Clinical grading of spinal osteoporosis: quality of life components and spinal deformity in women with chronic low back pain and women with vertebral osteoporosis. *J Bone Miner Res*. 1997 Apr;12(4):663-75.
  126. Leymarie F, Jolly D, Sanderman R, Briancon S, Marchand AC, Guillemin F, Eschard JP, Suurmeijer T, Poitral P, Blanchard F, van den Heuvel W. Life events and disability in rheumatoid arthritis: a European cohort. *Br J Rheumatol*. 1997 Oct;36(10):1106-12.
  127. Lieberman JR, Dorey F, Shekelle P, Schumacher L, Kilgus DJ, Thomas BJ, Finerman GA. Outcome after total hip arthroplasty. Comparison of a traditional disease-specific and a quality-of-life measurement of outcome. *J Arthroplasty*. 1997 Sep;12(6):639-45.
  128. Lips P, Agnusdei D, Caulin F, Cooper C, Johnell O, Kanis J, Liberman U, Minne H, Reeve J, Reginster JY, de Vernejoul MC, Wiklund I. The development of a European questionnaire for quality of life in patients with vertebral osteoporosis. *Scand J Rheumatol Suppl*. 1996;103:84-5.
  129. Lips P, Cooper C, Agnusdei D, Caulin F, Egger P, Johnell O, Kanis JA, Kellingray S, Leplege A, Liberman UA, McCloskey E, Minne H, Reeve J, Reginster JY, Scholz M, Todd C, de Vernejoul MC, Wiklund I. Quality of life in patients with vertebral fractures: validation of the Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis (QUALEFFO). Working Party for Quality of Life of the European Foundation for Osteoporosis. *Osteoporos Int*. 1999;10(2):150-60.
  130. Lips P, Cooper C, Agnusdei D, Caulin F, Egger P, Johnell O, Kanis JA, Liberman U, Minne H, Reeve J, Reginster JY, de Vernejoul MC, Wiklund I. Quality of life as outcome in the treatment of osteoporosis: the development of a questionnaire for quality of life by the European Foundation for Osteoporosis. *Osteoporos Int*. 1997;7(1):36-8.
  131. Lundgren S, Stenstrom CH. Muscle relaxation training and quality of life in rheumatoid arthritis. A randomized controlled clinical trial. *Scand J Rheumatol*. 1999;28(1):47-53.
  132. Lydick E, Martin A, Yawn B. Impact of fears on quality of life in patients with a silent disease: osteoporosis. *Clin Ther*. 1996 Nov-Dec;18(6):1307-15.
  133. Lydick E, Zimmerman SI, Yawn B, Love B, Kleerekoper M, Ross P, Martin A, Holmes R. Development and validation of a discriminative quality of life questionnaire for osteoporosis (the OPTQoL). *J Bone Miner Res*. 1997 Mar;12(3):456-63.
  134. Lyles KW, Gold DT, Shipp KM, Pieper CF, Martinez S, Mulhausen PL. Association of osteoporotic vertebral compression fractures with impaired functional status. *Am J Med*. 1993 Jun;94(6):595-601.
  135. Lyritis GP, Mayasis B, Tsakalacos N, Lambropoulos A, Gazi S, Karachalios T, Tsekoura M, Yiatzides A. The natural history of the osteoporotic vertebral fracture. *Clin Rheumatol*. 1989 Jun;8 Suppl 2:66-9.
  136. Maisiak R, Austin J, Heck L. Health outcomes of two telephone interventions for patients with rheumatoid arthritis or osteoarthritis. *Arthritis Rheum*. 1996 Aug;39(8):1391-9.
  137. Malmros B, Jensen MB, Charles P, Mortensen LS. Effect of specific physiotherapy on chronic pain, functional level and quality of life in osteoporosis. A prospective randomized single-blind placebo-controlled study. *Ugeskr Laeger*. 1999 Aug 16;161(33):4636-41.
  138. Malmros B, Mortensen L, Jensen MB, Charles P. Positive effects of physiotherapy on chronic pain and performance in osteoporosis. *Osteoporos Int*. 1998;8(3):215-21.
  139. Mannerkorpi K, Nyberg B, Ahlmen M, Ekdahl C. Pool exercise combined with an education program for patients with fibromyalgia syndrome. A prospective, randomized study. *J Rheumatol*. 2000 Oct;27(10):2473-81.
  140. Martinez JE, Ferraz MB, Sato EI, Atra E. Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. *J Rheumatol*. 1995 Feb;22(2):270-4.
  141. Mason JH, Anderson JJ, Meenan RF. A model of health status for rheumatoid arthritis. A factor analysis of the Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis Rheum*. 1988 Jun;31(6):714-20.
  142. Mason JH, Anderson JJ, Meenan RF. Applicability of a health status model to osteoarthritis. *Arthritis Care Res*. 1989 Sep;2(3):89-93.
  143. Mason JH, Meenan RF, Anderson JJ. Do self-reported arthritis symptom (RADAR) and health status (AIMS2) data provide duplicative or complementary information? *Arthritis Care Res*. 1992 Sep;5(3):163-72.
  144. Mathias SD, Colwell HH, Miller DP, Moreland LW, Buatti M, Wanke L. Health-related quality of life and functional status of patients with rheumatoid arthritis randomly assigned to receive etanercept or placebo. *Clin Ther*. 2000 Jan;22(1):128-39.
  145. Matsen FA 3rd, Smith KL, DeBartolo SE, Von Oesen G. A comparison of patients with late-stage rheumatoid arthritis and osteoarthritis of the shoulder using self-assessed shoulder function and health status. *Arthritis Care Res*. 1997 Feb;10(1):43-7.
  146. Mazucca SA, Brandt KD, Katz BP, Chambers M, Byrd D, Hanna M. Effects of self-care education on the health status of inner-city patients with osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum*. 1997 Aug;40(8):1466-74.

147. Meenan RF, Anderson JJ, Kazis LE, Egger MJ, Alts-Smith M, Samuelson CO Jr, Willkens RF, Solsky MA, Hayes SP, Blocka KL, et al. Outcome assessment in clinical trials. Evidence for the sensitivity of a health status measure. *Arthritis Rheum.* 1984 Dec;27(12):1344-52.
148. Meenan RF, Gertman PM, Mason JH, Dunaif R. The arthritis impact measurement scales. Further investigations of a health status measure. *Arthritis Rheum.* 1982 Sep;25(9):1048-53.
149. Meenan RF, Gertman PM, Mason JH. Measuring health status in arthritis. The arthritis impact measurement scales. *Arthritis Rheum.* 1980 Feb;23(2):146-52.
150. Meenan RF, Kazis LE, Anderson JJ. The stability of health status in rheumatoid arthritis: a five-year study of patients with established disease. *Am J Public Health.* 1988 Nov;78(11):1484-7.
151. Meenan RF, Kazis LE, Anthony JM, Wallin BA. The clinical and health status of patients with recent-onset rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1991 Jun;34(6):761-5.
152. Meenan RF, Mason JH, Anderson JJ, Guccione AA, Kazis LE. AIMS2. The content and properties of a revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales Health Status Questionnaire. *Arthritis Rheum.* 1992 Jan;35(1):1-10.
153. Millard PS, Rosen CJ, Johnson KH. Osteoporotic vertebral fractures in postmenopausal women. *Am Fam Physician.* 1997 Mar;55(4):1315-22.
154. Mottonen T, Paimela L, Leirisalo-Repo M, Kautiainen H, Ilonen J, Hannonen P. Only high disease activity and positive rheumatoid factor indicate poor prognosis in patients with early rheumatoid arthritis treated with "sawtooth" strategy. *Ann Rheum Dis.* 1998 Sep;57(9):533-9.
155. Munro R, Hampson R, McEntegart A, Thomson EA, Madhok R, Capell H. Improved functional outcome in patients with early rheumatoid arthritis treated with intramuscular gold: results of a five year prospective study. *Ann Rheum Dis.* 1998 Feb;57(2):88-93.
156. Neumann L, Berzak A, Buskila D. Measuring health status in Israeli patients with fibromyalgia syndrome and widespread pain and healthy individuals: utility of the short form 36-item health survey (SF-36). *Semin Arthritis Rheum.* 2000 Jun;29(6):400-8.
157. Neumann L, Dudnik Y, Bolotin A, Buskila D. Evaluation of a Hebrew version of the revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS2) in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 1999 Aug;26(8):1816-21.
158. Neumann L, Press J, Glibitzki M, Bolotin A, Rubinow A, Buskila D. CLINHAQ scale—validation of a Hebrew version in patients with fibromyalgia. *Clinical Health Assessment Questionnaire.* *Clin Rheumatol.* 2000;19(4):265-9.
159. Nevitt MC, Ettinger B, Black DM, Stone K, Jamal SA, Ensrud K, Segal M, Genant HK, Cummings SR. The association of radiographically detected vertebral fractures with back pain and function: a prospective study. *Ann Intern Med.* 1998 May 15;128(10):793-800.
160. Nordenskiöld U. Daily activities in women with rheumatoid arthritis. Aspects of patient education, assistive devices and methods for disability and impairment assessment. *Scand J Rehabil Med Suppl.* 1997; 37:1-72.
161. Nordstrom DC, Konttinen YT, Solovieva S, Friman C, Santavirta S. In- and out-patient rehabilitation in rheumatoid arthritis. A controlled, open, longitudinal, cost-effectiveness study. *Scand J Rheumatol.* 1996;25(4):200-6.
162. Offenbaecher M, Waltz M, Schoeps P. Validation of a German version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-G). *J Rheumatol.* 2000 Aug;27(8):1984-8.
163. Oleksik A, Lips P, Dawson A, Minshall ME, Shen W, Cooper C, Kanis J. Health-related quality of life in postmenopausal women with low BMD with or without prevalent vertebral fractures. *J Bone Miner Res.* 2000 Jul;15(7):1384-92.
164. Pankoff B, Overend T, Lucy D, White K. Validity and responsiveness of the 6 minute walk test for people with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2000 Nov;27(11):2666-70.
165. Parker JC, Callahan CD, Smarr KL, McClure KW, Stucky-Ropp RC, Anderson SK, Walker SE. Relationship of pain behavior to disease activity and health status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 1993 Jun;6(2):71-7.
166. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH Jr, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol.* 1982; 37(3):323-9.
167. Pincus T, Swearingen C, Wolfe F. Toward a multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ): assessment of advanced activities of daily living and psychological status in the patient-friendly health assessment questionnaire format. *Arthritis Rheum.* 1999 Oct;42(10):2220-30.
168. Poiradeau S, Dougados M, Ait-Hadad H, Pion-Graff J, Ayrat X, Listrat V, Courpied JP, Amor B. [Evaluation of a quality of life scale (AIMS2) in rheumatology]. *Rev Rhum Ed Fr.* 1993 Oct;60(9):561-7.
169. Ponzer S, Nasell H, Bergman B, Tornkvist H. Functional outcome and quality of life in patients with Type B ankle fractures: a two-year follow-up study. *J Orthop Trauma.* 1999 Jun-Jul;13(5):363-8.
170. Potts MK, Brandt KD. Evidence of the validity of the Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis Rheum.* 1987; 30:93-96.
171. Pouchot J, Guillemin F, Coste J, Bregeon C, Sany J. Validation of the French version of the arthritis impact measurement scales 2 and comparison with the french version of the Nottingham Health Profile. "Quality of Life in Rheumatology" Task Force. *Rev Rhum Engl Ed.* 1996 Jun;63(6):389-404.
172. Pouchot J, Guillemin F, Coste J, Bregeon C, Sany J. Validity, reliability, and sensitivity to change of a French version of the arthritis impact measurement scales 2 (AIMS2) in patients with rheumatoid arthritis treated with methotrexate. *J Rheumatol.* 1996 Jan;23(1):52-60.
173. Radanov BP, Schwarz HA, Frost SA, Augustiny KF. Relationship between self-rated functional status and psychosocial stress in patients suffering from rheumatoid arthritis. *Psychother Psychosom.* 1997;66(5):252-7.
174. Ramey DR, Raynauld JP, Fries JF. The health assessment questionnaire 1992: status and review. *Arthritis Care Res.* 1992 Sep;5(3):119-29.
175. Ramsay J, Campbell JL, Schroter S, Green J, Roland M. The general practice assessment survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Fam Pract.* 2000 Oct;17(5):372-9.
176. Randell AG, Bhalerao N, Nguyen TV, Sambrook PN, Eisman JA, Silverman SL. Quality of life in osteoporosis.

- sis: reliability, consistency, and validity of the Osteoporosis Assessment Questionnaire. *J Rheumatol.* 1998 Jun;25(6):1171-9.
177. Randell AG, Nguyen TV, Bhalerao N, Silverman SL, Sambrook PN, Eisman JA. Deterioration in quality of life following hip fracture: a prospective study. *Osteoporos Int.* 2000;11(5):460-6.
  178. Ranza R, Marchesoni A, Calori G, Bianchi G, Braga M, Canazza S, Canesi B, Fumagalli M, Mastaglio C, Mathieu A, et al. The Italian version of the Functional Disability Index of the Health Assessment Questionnaire. A reliable instrument for multicenter studies on rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 1993 Mar-Apr;11(2):123-8.
  179. Ren XS, Kazis L, Meenan RF. Short-form Arthritis Impact Measurement Scales 2: tests of reliability and validity among patients with osteoarthritis. *Arthritis Care Res.* 1999 Jun;12(3):163-71.
  180. Riemsma RP, Taal E, Rasker JJ, Houtman PM, Van Paassen HC, Wiegman O. Evaluation of a Dutch version of the AIMS2 for patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol.* 1996 Aug;35(8):755-60.
  181. Ross PD, Ettinger B, Davis JW, Melton LJ 3d, Wasnich RD. Evaluation of adverse health outcomes associated with vertebral fractures. *Osteoporos Int.* 1991 Jun;1(3):134-40.
  182. Ross PD. Clinical consequences of vertebral fractures. *Am J Med.* 1997 Aug 18;103(2A):30S-42S;
  183. Ruof J, Sangha O, Stucki G. Comparative responsiveness of 3 functional indices in ankylosing spondylitis. *J Rheumatol.* 1999 Sep;26(9):1959-63.
  184. Ruta DA, Hurst NP, Kind P, Hunter M, Stubbings A. Measuring health status in British patients with rheumatoid arthritis: reliability, validity and responsiveness of the short form 36-item health survey (SF-36). *Br J Rheumatol.* 1998 Apr;37(4):425-36.
  185. Saag KG, Kolluri S, Koehnke RK, Georgou TA, Rachow JW, Hunninghake GW, Schwartz DA. Rheumatoid arthritis lung disease. Determinants of radiographic and physiologic abnormalities. *Arthritis Rheum.* 1996 Oct;39(10):1711-9.
  186. Sackett DL, Torrance GW. The utility of different health states as perceived by the general public. *J Chron Dis* 1978;31:697.
  187. Salaffi F, Bastianelli P. I questionari orientati per la valutazione della qualità della vita in reumatologia. *Il Reumatologo* 1998; 19: 6-19.
  188. Salaffi F, Carotti M, Cervini C. Combination therapy of cyclosporine A with methotrexate or hydroxychloroquine in refractory rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1996; 25: 16-23.
  189. Salaffi F, Carotti M, Cervini C. Health Assessment Questionnaire: la versione italiana di uno strumento di valutazione della qualità della vita nel paziente con artrite reumatoide. *Adria Med* 1997; 19: 5-11.
  190. Salaffi F, Carotti M, Sartini A, Cervini C. A prospective study of the long-term efficacy and toxicity of low-dose methotrexate in rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 1995; 13: 23-28.
  191. Salaffi F, Ferraccioli GF, Carotti M, Blasetti P, Cervini C. Disability in rheumatoid arthritis: the predictive value of age and depression. *Recenti Prog Med.* 1992 Dec;83(12):675-9.
  192. Salaffi F, Ferraccioli GF, Troise Rioda W, Carotti M, Sacchini G, Cervini C. The validity and reliability of the Italian version of the Arthritis Impact Measurement Scales in patients with rheumatoid arthritis. *Recenti Prog Med.* 1992 Jan;83(1):7-11.
  193. Salaffi F, Peroni M, Ferraccioli GF. Discriminating ability of composite indices for measuring disease activity in rheumatoid arthritis: a comparison of the Chronic Arthritis Systemic Index, Disease Activity Score and Thompson's articular index. *Rheumatology (Oxford).* 2000 Jan;39(1):90-6.
  194. Salaffi F, Piva S, Barreca C, Cacace E, Ciancio G, Leardini G, Mannoni A, Minari C, Occhi P, Pianon M, Punzi L, Re KA, Scarpa R, Sulli A, Troise-Rioda W. Validation of an Italian version of the arthritis impact measurement knee. Gonarthrosis and Quality of Life Assessment (GOQOLA) Study Group. *Rheumatology (Oxford).* 2000 Jul;39(7):720-7.
  195. Sampalis JS, Pouchot J, Beaudet F, Carette S, Gutkowski A, Harth M, Myhal D, Senecal JL, Yeadon C, Williams JJ, et al. Arthritis impact measurement scales: reliability of a French version and validity in adult Still's disease. *J Rheumatol.* 1990 Dec;17(12):1657-61.
  196. Sato H, Araki S, Hashimoto A, Kondo H, Ishihara Y, Akizuki M, Kutsuna T, Shiina Y, Hoshino K, Torikai K, et al. The validity and reliability of a Japanese version of Arthritis Impact Measurement Scales in patients with rheumatoid arthritis. *Ryumachi.* 1995 Jun;35(3):566-74.
  197. Sauer P, Leidig G, Minne HW, Duceck G, Schwarz W, Siromachkostov L, Ziegler R. Spine deformity index (SDI) versus other objective procedures of vertebral fracture identification in patients with osteoporosis: a comparative study. *J Bone Miner Res.* 1991 Mar;6(3):227-38.
  198. Scott DL. Leflunomide improves quality of life in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol Suppl.* 1999;112:23-9.
  199. Scott DL, Houssien DA. Clinical and laboratory assessments in rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Br J Rheumatol.* 1996 Dec;35 Suppl 3:6-9.
  200. Scott DL, Pugner K, Kaarela K, Doyle DV, Woolf A, Holmes J, Hieke K. The links between joint damage and disability in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2000 Feb;39(2):122-32.
  201. Senerdem N, Gul A, Konice M, Aral O, Ocal L, Inanc M, Yuzbasioglu N. The use of two different Health Assessment Questionnaires in Turkish rheumatoid arthritis population and assessment of the associations with disability. *Clin Rheumatol.* 1999;18(1):33-7.
  202. Shehab D, al-Jarallah K, Moussa MA. Validation of the Arabic version of the Health Assessment Questionnaire (HAQ) in patients with rheumatoid arthritis. *Rev Rhum Engl Ed.* 1998 Jun;65(6):387-92.
  203. Singer F, Kolarz G, Mayrhofer F, Scherak O, Thumb N. The use of questionnaires in the evaluation of the functional capacity in rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 1982 Dec;1(4):251-61.
  204. Smedstad LM, Kvien TK, Moum T, Vaglum P. Life events, psychosocial factors, and demographic variables in early rheumatoid arthritis: relations to one-year changes in functional disability. *J Rheumatol.* 1995 Dec;22(12):2218-25.
  205. Smolen JS. Efficacy and safety of the new DMARD leflunomide: comparison to placebo and sulfasalazine in active rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol Suppl.* 1999;112:15-21.
  206. Soderlin MK, Hakala M, Nieminen P. Anxiety and depression in a community-based rheumatoid arthritis population. *Scand J Rheumatol.* 2000;29(3):177-83.

207. Soderlin MK, Nieminen P, Hakala M. Arthritis impact measurement scales in a community-based rheumatoid arthritis population. *Clin Rheumatol*. 2000;19(1):30-4.
208. Sokka T, Kankainen A, Hannonen P. Scores for functional disability in patients with rheumatoid arthritis are correlated at higher levels with pain scores than with radiographic scores. *Arthritis Rheum*. 2000 Feb;43(2):386-9.
209. Sokka T, Mottonen T, Hannonen P. Disease-modifying anti-rheumatic drug use according to the 'sawtooth' treatment strategy improves the functional outcome in rheumatoid arthritis: results of a long-term follow-up study with review of the literature. *Rheumatology (Oxford)*. 2000 Jan;39(1):34-42.
210. Steultjens MP, Dekker J, van Baar ME, Oostendorp RA, Bijlsma JW. Internal consistency and validity of an observational method for assessing disability in mobility in patients with osteoarthritis. *Arthritis Care Res*. 1999 Feb;12(1):19-25.
211. Strand V, Tugwell P, Bombardier C, Maetzel A, Crawford B, Dorrier C, Thompson A, Wells G. Function and health-related quality of life: results from a randomized controlled trial of leflunomide versus methotrexate or placebo in patients with active rheumatoid arthritis. *Leflunomide Rheumatoid Arthritis Investigators Group. Arthritis Rheum*. 1999 Sep;42(9):1870-8.
212. Stucki G, Stucki S, Bruhlmann P, Michel BA. Ceiling effects of the Health Assessment Questionnaire and its modified version in some ambulatory rheumatoid arthritis patients. *Ann Rheum Dis*. 1995 Jun;54(6):461-5.
213. Sutcliffe A. Impact of osteoporosis on quality of life. *Community Nurse*. 1998 Aug;4(7):11-2.
214. Taal E, Jacobs JW, Seydel ER, Wiegman O, Rasker JJ. Evaluation of the Dutch Arthritis Impact Measurement Scales (DUTCH-AIMS) in patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*. 1989 Dec;28(6):487-91.
215. Taccari E, Spadaro A, Rinaldi T, Riccieri V, Sensi F. Comparison of the Health Assessment Questionnaire and Arthritis Impact Measurement Scale in patients with psoriatic arthritis. *Rev Rhum Engl Ed*. 1998 Dec;65(12):751-8.
216. Tamayo-Orozco J, Arzac-Palumbo P, Peon-Vidales H, Mota-Bolfeta R, Fuentes F. Vertebral fractures associated with osteoporosis: patient management. *Am J Med*. 1997 Aug 18;103(2A):44S-48S.
217. Tennant A, Hillman M, Fear J, Pickering A, Chamberlain MA. Are we making the most of the Stanford Health Assessment Questionnaire? *Br J Rheumatol*. 1996 Jun;35(6):574-8.
218. Thompson PW, Pegley FS. A comparison of disability measured by the Stanford Health Assessment Questionnaire disability scales (HAQ) in male and female rheumatoid outpatients. *Br J Rheumatol*. 1991 Aug;30(4):298-300.
219. Tsakonas E, Fitzgerald AA, Fitzcharles MA, Cividino A, Thorne JC, M'Seffar A, Joseph L, Bombardier C, Esdaile JM. Consequences of delayed therapy with second-line agents in rheumatoid arthritis: a 3 year followup on the hydroxychloroquine in early rheumatoid arthritis (HERA) study. *J Rheumatol*. 2000 Mar;27(3):623-9.
220. Tugwell P, Wells G, Strand V, Maetzel A, Bombardier C, Crawford B, Dorrier C, Thompson A. Clinical improvement as reflected in measures of function and compared with methotrexate in patients with rheumatoid arthritis: sensitivity and relative efficiency to detect a treatment effect in a twelve-month, placebo-controlled trial. *Leflunomide Rheumatoid Arthritis Investigators Group. Arthritis Rheum*. 2000 Mar;43(3):506-14.
221. Tunks E, McCain GA, Hart LE, Teasell RW, Goldsmith CH, Rollman GB, McDermid AJ, DeShane PJ. The reliability of examination for tenderness in patients with myofascial pain, chronic fibromyalgia and controls. *J Rheumatol*. 1995 May;22(5):944-52.
222. Tuttleman M, Pillemer SR, Tilley BC, Fowler SE, Buckley LM, Alarcon GS, Trentham DE, Neuner R, Clegg DO, Leisen JC, Heyse SP. A cross sectional assessment of health status instruments in patients with rheumatoid arthritis participating in a clinical trial. *Minocycline in Rheumatoid Arthritis Trial Group. J Rheumatol*. 1997 Oct;24(10):1910-5.
223. Uitz E, Fransen J, Langenegger T, Stucki G. Clinical quality management in rheumatoid arthritis: putting theory into practice. *Swiss Clinical Quality Management in Rheumatoid Arthritis. Rheumatology (Oxford)*. 2000 May;39(5):542-9.
224. van den Ende CH, Breedveld FC, Dijkmans BA, Hazes JM. The limited value of the Health Assessment Questionnaire as an outcome measure in short term exercise trials. *J Rheumatol*. 1997 Oct;24(10):1972-7.
225. van den Ende CH, Hazes JM, Le Cessie S, Breedveld FC, Dijkmans BA. Discordance between objective and subjective assessment of functional ability of patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*. 1995 Oct;34(10):951-5.
226. van den Ende CH, Hazes JM, le Cessie S, Mulder WJ, Belfor DG, Breedveld FC, Dijkmans BA. Comparison of high and low intensity training in well controlled rheumatoid arthritis. Results of a randomised clinical trial. *Ann Rheum Dis*. 1996 Nov;55(11):798-805.
227. van der Heide A, Jacobs JW, Bijlsma JW. An evaluation of the Health Assessment Questionnaire (HAQ) in a long-term longitudinal follow-up of disability in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*. 1994 Feb;33(2):195-6.
228. van der Heijde DM, van Riel PL, van de Putte LB. Sensitivity of a Dutch Health Assessment Questionnaire in a trial comparing hydroxychloroquine vs. sulphasalazine. *Scand J Rheumatol*. 1990;19(6):407-12.
229. van Leeuwen MA, van der Heijde DM, van Rijswijk MH, Houtman PM, van Riel PL, van de Putte LB, Limburg PC. Interrelationship of outcome measures and process variables in early rheumatoid arthritis. A comparison of radiologic damage, physical disability, joint counts, and acute phase reactants. *J Rheumatol*. 1994 Mar;21(3):425-9.
230. Vega E, Ghiringhelli G, Mautalen C, Rey Valzacchi G, Scaglia H, Zylberstein C. Bone mineral density and bone size in men with primary osteoporosis and vertebral fractures. *Calcif Tissue Int*. 1998 May;62(5):465-9.
231. Vittecoq O, Jouen-Beades F, Krzanowska K, Bichon-Tauvel I, Menard JF, Daragon A, Gilbert D, Tron F, Le Loet X. Prospective evaluation of the frequency and clinical significance of antineutrophil cytoplasmic and anticardiolipin antibodies in community cases of patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2000 May;39(5):481-9.

232. Vliet Vlieland TP, Breedveld FC, Hazes JM. The two-year follow-up of a randomized comparison of inpatient multidisciplinary team care and routine outpatient care for active rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol.* 1997 Jan;36(1):82-5.
233. Vliet Vlieland TP, Buitenhuis NA, van Zeben D, Vandenbroucke JP, Breedveld FC, Hazes JM. Sociodemographic factors and the outcome of rheumatoid arthritis in young women. *Ann Rheum Dis.* 1994 Dec;53(12):803-6.
234. Ward MM, Kuzis S. Validity and sensitivity to change of spondylitis-specific measures of functional disability. *Rheumatol.* 1999 Jan;26(1):121-7.
235. Ward MM. Rheumatology visit frequency and changes in functional disability and pain in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1997 Jan;24(1):35-42.
236. Waters E, Salmon L, Wake M. The parent-form child health questionnaire in Australia: comparison of reliability, validity, structure, and norms. *J Pediatr Psychol.* 2000 Sep;25(6):381-91.
237. Wells GA, Tugwell P, Kraag GR, Baker PR, Groh J, Redelmeier DA. Minimum important difference between patients with rheumatoid arthritis: the patient's perspective. *J Rheumatol.* 1993 Mar;20(3):557-60.
238. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the London Fibromyalgia Epidemiology Study. *Arthritis Rheum.* 1999 Jan;42(1):76-83.
239. Wiles N, Barrett J, Barrett E, Silman A, Symmons D. Disability in patients with early inflammatory polyarthritis cannot be "tracked" from year to year: an examination of the hypothesis underlying percentile reference charts. *J Rheumatol.* 1999 Apr;26(4):800-4.
240. Wolfe F, Hawley DJ, Goldenberg DL, Russell IJ, Buskila D, Neumann L. The assessment of functional impairment in fibromyalgia (FM): Rasch analyses of 5 functional scales and the development of the FM Health Assessment Questionnaire. *J Rheumatol.* 2000 Aug;27(8):1989-99.
241. Wolfe F, Hawley DJ. The longterm outcomes of rheumatoid arthritis: Work disability: a prospective 18 year study of 823 patients. *J Rheumatol.* 1998 Nov;25(11):2108-17.
242. Wolfe F. Clinical, laboratory, and radiographic assessments. *Curr Opin Rheumatol.* 1993 Mar;5(2):138-45.
243. Young A, Dixey J, Cox N, Davies P, Devlin J, Emery P, Gallivan S, Gough A, James D, Prouse P, Williams P, Winfield J. How does functional disability in early rheumatoid arthritis (RA) affect patients and their lives? Results of 5 years of follow-up in 732 patients from the Early RA Study. *Rheumatology (Oxford).* 2000 Jun;39(6):603-11.
244. Zetterberg C, Mannius S, Mellstrom D, Rundgren A, Astrand K. Osteoporosis and back pain in the elderly. A controlled epidemiologic and radiographic study. *Spine.* 1990 Aug;15(8):783-6.
245. Ziebland S, Fitzpatrick R, Jenkinson C, Mowat A, Mowat A. Comparison of two approaches to measuring change in health status in rheumatoid arthritis: the Health Assessment Questionnaire (HAQ) and modified HAQ. *Ann Rheum Dis.* 1992 Nov;51(11):1202-5.

# **Scale di valutazione del rachide**

## Neck Pain Questionnaire (NPQ)

Leak AM, Cooper J, Dyer S, Williams KA, Turner-Stokes L, Frank AO. The Northwick Park Neck Pain Questionnaire, devised to measure neck pain and disability. Br J Rheumatol. 1994; 33(5): 469-74.

Questo questionario Le viene proposto per informarci di come il dolore cervicale la limita nelle attività della Sua vita quotidiana.

La preghiamo di rispondere ad ogni sezione collocando una crocetta in corrispondenza di una sola voce. Comprendiamo che talvolta potrebbe individuare anche due o più voci, in tal caso metta la crocetta sulla peggiore.

### Ricordi di segnare soltanto una voce per sezione

#### 1) INTENSITA' DEL DOLORE CERVICALE

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| In questo momento non ho dolore                        | <input type="checkbox"/> |
| In questo momento il dolore è lieve                    | <input type="checkbox"/> |
| In questo momento il dolore è medio                    | <input type="checkbox"/> |
| In questo momento il dolore è grave                    | <input type="checkbox"/> |
| In questo momento il dolore è il peggiore immaginabile | <input type="checkbox"/> |

#### 2) DOLORE CERVICALE E SONNO

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Il dolore cervicale non ha mai disturbato il mio sonno                | <input type="checkbox"/> |
| Il dolore cervicale occasionalmente mi disturba il sonno              | <input type="checkbox"/> |
| Il dolore cervicale regolarmente mi disturba il sonno                 | <input type="checkbox"/> |
| Per colpa del dolore cervicale dormo meno di 5 ore per notte          | <input type="checkbox"/> |
| Per colpa del dolore cervicale dormo in tutto meno di 2 ore per notte | <input type="checkbox"/> |

#### 3) FORMICOLIO O INDOLENZIMENTO ALLE BRACCIA DI NOTTE

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Di notte non ho mai formicolio o indolenzimento alle braccia                   | <input type="checkbox"/> |
| Di notte ho occasionalmente formicolio o indolenzimento alle braccia           | <input type="checkbox"/> |
| Il mio sonno è regolarmente disturbato da formicolio o indolenzimento          | <input type="checkbox"/> |
| A causa del formicolio o indolenzimento dormo in tutto meno di 5 ore per notte | <input type="checkbox"/> |
| A causa del formicolio o indolenzimento dormo in tutto meno di 2 ore per notte | <input type="checkbox"/> |

#### 4) DURATA DEI SINTOMI

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Durante il giorno braccia e collo non hanno problemi                       | <input type="checkbox"/> |
| Quando cammino ho sintomi al collo e alle braccia che durano meno di 1 ora | <input type="checkbox"/> |
| I sintomi vanno e vengono per un totale di 1-4 ore al giorno               | <input type="checkbox"/> |
| I sintomi vanno e vengono per più di 4 ore al giorno                       | <input type="checkbox"/> |
| I sintomi sono continui per tutto il giorno                                | <input type="checkbox"/> |



**5) TRASPORTARE PESI**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Posso portare oggetti pesanti senza che aumenti il dolore           | <input type="checkbox"/> |
| Posso portare oggetti pesanti, ma questo mi fa aumentare il dolore  | <input type="checkbox"/> |
| Il dolore mi impedisce di portare oggetti pesanti, ma non pesi medi | <input type="checkbox"/> |
| Posso sollevare solamente oggetti leggeri                           | <input type="checkbox"/> |
| Non posso sollevare assolutamente nulla                             | <input type="checkbox"/> |

**6) LEGGERE E GUARDARE LA TV**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Posso farlo per tutto il tempo che voglio senza avere problemi          | <input type="checkbox"/> |
| Posso farlo tutto il tempo che voglio se sono in una posizione comoda   | <input type="checkbox"/> |
| Posso farlo tutto il tempo che voglio, ma ciò mi fa aumentare il dolore | <input type="checkbox"/> |
| Il dolore mi costringe a smettere prima di quanto vorrei                | <input type="checkbox"/> |
| Il dolore mi impedisce di farlo   | <input type="checkbox"/> |

**7) LAVORARE/LAVORI DOMESTICI ECC...**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Svolgo la mia abituale occupazione senza che aumenti il dolore                         | <input type="checkbox"/> |
| Svolgo la mia abituale occupazione, ma ciò mi fa aumentare il dolore                   | <input type="checkbox"/> |
| Il dolore mi impedisce di svolgere il mio lavoro per più di metà del solito tempo      | <input type="checkbox"/> |
| Il dolore mi impedisce di svolgere il mio lavoro per più di un quarto del solito tempo | <input type="checkbox"/> |
| Il dolore mi impedisce completamente di lavorare                                       | <input type="checkbox"/> |

**8) ATTIVITÀ SOCIALI**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| La mia vita sociale è normale e non mi fa aumentare il dolore                | <input type="checkbox"/> |
| La mia vita sociale è normale, ma mi fa aumentare il dolore                  | <input type="checkbox"/> |
| Il dolore ha limitato la mia vita sociale, ma sono ancora in grado di uscire | <input type="checkbox"/> |
| Il dolore ha limitato la mia vita sociale in casa                            | <input type="checkbox"/> |
| A causa del dolore non ho più vita sociale                                   | <input type="checkbox"/> |

**9) GUIDARE (omettere se non guidava neppure quando stava bene)**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Posso guidare senza disagio quando necessario                 | <input type="checkbox"/> |
| Posso guidare quando necessario, ma con disagio               | <input type="checkbox"/> |
| Dolore cervicale e rigidità occasionalmente limitano la guida | <input type="checkbox"/> |
| Dolore cervicale e rigidità frequentemente limitano la guida  | <input type="checkbox"/> |
| A causa dei sintomi cervicali non posso più guidare           | <input type="checkbox"/> |

**10) IN CONFRONTO ALL'ULTIMA VOLTA IN CUI HA COMPILATO IL QUESTIONARIO IL DOLORE AL COLLO È**

- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| Molto migliorato       | <input type="checkbox"/> |
| Leggermente migliorato | <input type="checkbox"/> |
| Lo stesso              | <input type="checkbox"/> |
| Lievemente peggiorato  | <input type="checkbox"/> |
| Molto peggiorato       | <input type="checkbox"/> |

Punteggio totale \_\_\_\_\_

## Indice funzionale di Dougados per la spondilite anchilosante

Dougados M, Gueguen A, Nakache JP, Nguyen M, Mery C, Amor B. Evaluation of a functional index and an articular index in ankylosing spondylitis. J Rheumatol 1988; 15: 302-7.

Vorremmo che Lei indicasse con una crocetta sul quadrato corrispondente alla risposta che meglio descrive la Sua reale condizione

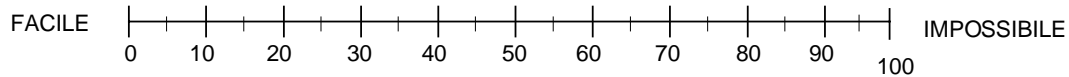
	Si senza difficoltà	Si ma con qualche difficoltà	NO
	(0)	(1)	(2)
1. E' in grado di mettersi le scarpe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. E' in grado di tirar su i pantaloni ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. E' in grado di indossare un maglione ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. E' in grado di entrare nella vasca da bagno ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. E' in grado di rimanere in piedi per 10 minuti ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. E' in grado di salire una rampa di scale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. E' in grado di correre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. E' in grado di sedersi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. E' in grado di alzarsi da una sedia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. E' in grado di entrare in auto ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. E' in grado di piegarsi per prendere un oggetto ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. E' in grado di abbassarsi sulle gambe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. E' in grado di sdraiarsi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. E' in grado di girarsi nel letto ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. E' in grado di alzarsi dal letto ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. E' in grado di dormire supino (a pancia in su) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. E' in grado do dormire prono (a pancia sotto) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. E' in grado di fare il suo lavoro ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. E' in grado di tossire o starnutire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. E' in grado di respirare profondamente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punteggio totale _____			

## Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI)

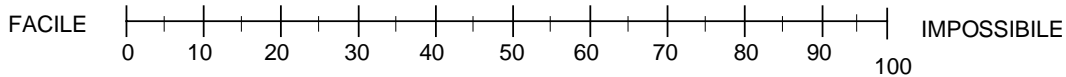
Calin A, Garrett S, Whitelock H et al. A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *J Rheumatol* 1994; 21: 2281-5.

Risponda a ciascuna domanda indicando la risposta con una crocetta sulla linea graduata da 0 a 100. Tutte le domande si riferiscono al grado di limitazione che la malattia Le ha provocato nell'ultima settimana

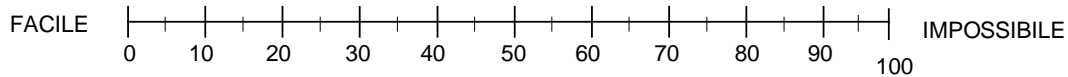
1. E' in grado di mettere i calzini o i collant senza l'aiuto di un'altra persona o di attrezzi particolari?



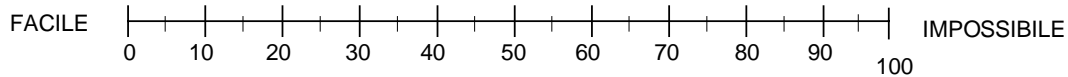
2. E' in grado di piegarsi per raccogliere una matita o un oggetto dal pavimento senza l'impiego di attrezzi particolari?



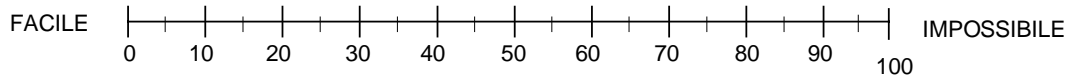
3. E' in grado di raggiungere o prendere un oggetto su una mensola posta al di sopra della testa senza l'aiuto di un'altra persona o di attrezzi particolari?



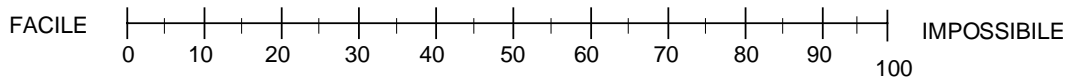
4. E' in grado di alzarsi da una sedia senza braccioli senza aiutarsi con le braccia o senza l'aiuto di un'altra persona?



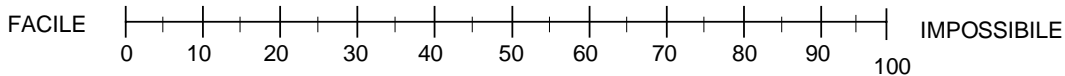
5. E' in grado di alzarsi in piedi dalla posizione coricata senza l'aiuto di un'altra persona?



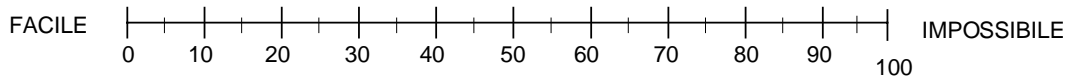
6. E' in grado di stare in piedi per 10 minuti senza l'aiuto di un'altra persona e senza avvertire difficoltà?



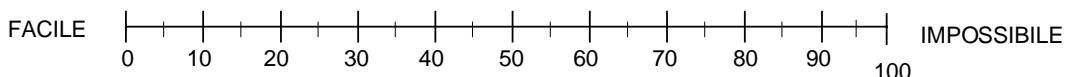
7. E' in grado di salire 12-15 gradini senza l'utilizzo del corrimano o di un bastone, mettendo un piede su ciascun gradino?



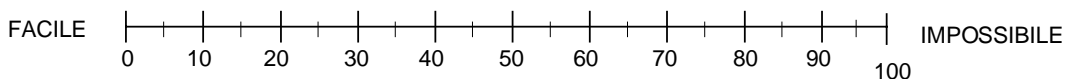
8. E' in grado di guardarsi alle spalle girando il collo, senza dover girare l'intero corpo?



9. E' in grado di effettuare esercizi fisici (es. esercizi nell'ambito della fisioterapia, attività sportiva, tempo libero)?



10. E' in grado di svolgere le comuni attività della vita quotidiana al proprio domicilio o nel posto di lavoro?



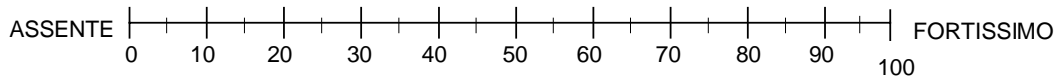
## Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI)

Garrett S, Jenkinson T, Kennedy G, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index. J Rheumatol 1994; 21: 2286-91.

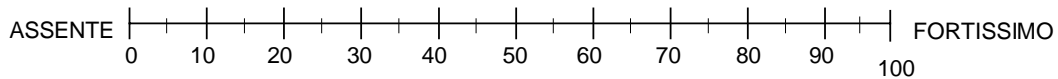
**Vorremmo che Lei rispondesse a ciascuna domanda indicando la risposta con una crocetta sulla linea graduata da 0 a 100.**

Tutte le domande si riferiscono a come si è sentito nell'ultima settimana

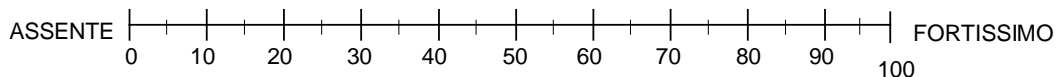
1. Come indicherebbe il grado di stanchezza e/o di affaticamento



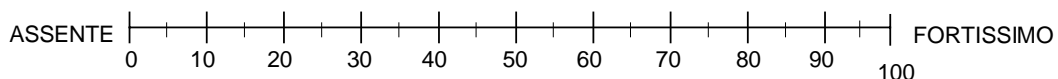
2. Come indicherebbe il grado di dolore che ha provato a livello del collo, della schiena e delle anche



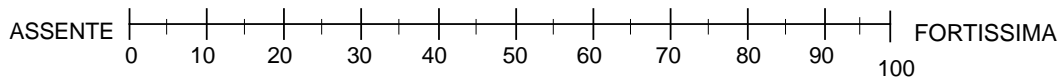
3. Come indicherebbe il grado di dolore che ha provato a livello delle altre articolazioni (escluse il collo, la schiena e le anche)



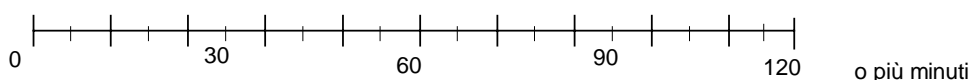
4. Come indicherebbe il fastidio che lei prova nei punti che risultano dolorosi al contatto o alla pressione



5. Come indicherebbe l'intensità della rigidità che Lei prova al risveglio



6. Qual è la durata della rigidità che Lei prova al risveglio (espressa in minuti)



---

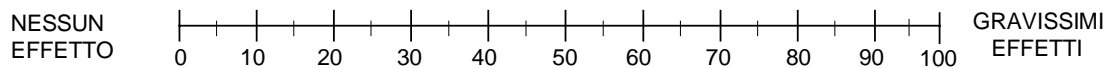
## Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score (BAS-G)

Jones SD, Steiner A. Garrett, Calin A. The Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score (BAS-G).  
Br J Rheumatol 1996; 35: 66-71.

---

Vorremmo che Lei rispondesse a ciascuna delle due domande, indicando la Sua risposta con una crocetta sulla linea graduata da 0 a 100.

1. Come indicherebbe l'effetto che la malattia ha avuto sul Suo stato generale di salute nel corso dell'ultima settimana?



2. Come indicherebbe l'effetto che la malattia ha avuto sul Suo stato generale di salute nel corso degli ultimi sei mesi?



## Revised Leeds Disability Questionnaire (LDQ)

Abbott CA, Helliwell PS, Chamberlain MA. Functional assessment in ankylosing spondylitis: evaluation of a new self-administered questionnaire and correlation with antropometric variables.

J Rheumatol 1994;33:1060-6

**ISTRUZIONI:** Nel questionario che segue, Le verranno poste delle domande riguardanti il grado di difficoltà che ha riscontrato **nel corso dell'ultima settimana** durante lo svolgimento di alcune attività. Metta una crocetta (solo una per ciascuna domanda) nella casella corrispondente alla risposta che meglio descrive la Sua condizione.

Nell'ultima settimana è stato in grado di...

	Senza difficoltà	Con qualche difficoltà	Solo con particolari movimenti, o aiutandosi con degli strumenti	Non è stato in grado
<b>1. Mobilità</b>				
a. Entrare/uscire dalla vasca da bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Salire/scendere da una automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Scendere dal letto dopo il riposo notturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Girarsi nel letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Flettersi</b>				
a. Lavarsi/asciugarsi tutto il corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Infilarsi/togliersi le calze o i calzini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Infilarsi ed allacciarsi le scarpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tagliarsi le unghie dei piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Movimenti del collo</b>				
a. Aprire una finestra posta in alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Guardare a destra e a sinistra attraversando la strada (senza spostare i piedi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Prendere un oggetto posto in alto guardandolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Bere da un bicchiere o da una lattina (es. ha dovuto flettere le ginocchia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Postura</b>				
a. Camminare sui talloni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tossire o starnutire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dormire a pancia in su	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dormire a pancia in giù	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punteggio totale _____				

# Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire

Fairbank JC, Couper J, Davies JB, O'Brien JP: The Oswestry low back pain disability questionnaire. Physiotherapy 1980; 66: 271-3.

Questo questionario Le viene proposto per informarci di come il Suo mal di schiena la limita nelle attività della vita quotidiana.

La preghiamo di rispondere ad ogni sezione collocando una crocetta in corrispondenza di una sola voce. Comprendiamo che talvolta potrebbe individuare anche due o più voci, in tal caso metta la crocetta sulla peggiore.

## 1) INTENSITÀ DEL DOLORE

- Non avverto dolore
- Il dolore è forte ma riesco a non assumere farmaci
- I farmaci mi danno un completo sollievo dal dolore
- I farmaci mi danno un moderato sollievo dal dolore
- I farmaci mi danno un modestissimo sollievo dal dolore
- I farmaci non hanno alcun effetto sul mio dolore per cui non ne faccio uso

## 2) IGIENE PERSONALE (lavarsi le mani, faccia e denti, pettinarsi, truccarsi)

- Posso curare la mia persona senza che questo aumenti il dolore
- Posso curare la mia persona ma questo mi aumenta il dolore
- La cura della mia persona provoca dolore e sono obbligato a farlo lentamente e con molta attenzione
- Ho bisogno ogni giorno di qualche aiuto in gran parte per curare la mia persona
- Ho bisogno ogni giorno di aiuto in gran parte delle attività
- Non riesco a vestirmi autonomamente, mi lavo con difficoltà e sono obbligato a letto

## 3) ATTIVITÀ MANUALI

- Posso sollevare pesi senza avvertire dolore
- Posso sollevare pesi ma avverto dolore
- Il dolore mi impedisce di sollevare pesi dal pavimento ma posso sorreggerli se questi si trovano ad altezze adeguate, ad esempio sul tavolo
- Il dolore mi impedisce di sollevare grossi pesi ma posso sorreggere pesi leggeri se questi si trovano ad altezze adeguate
- Posso sollevare solo pesi leggeri
- Non posso sollevare o trasportare alcun peso

## 4) DEAMBULAZIONE

- Non ho mai dolore quando cammino
- Il dolore mi impedisce di camminare per più di 2 Km
- Il dolore mi impedisce di camminare per più di 1 Km
- Il dolore mi impedisce di camminare per più di 500 metri
- Posso camminare solo usando un bastone o le stampelle
- Passo a letto la maggior parte del tempo e riesco a recarmi in toilette solo molto lentamente

**5) STARE SEDUTO**

- Posso stare seduto tanto tempo, quanto voglio su qualsiasi sedia
- Posso stare seduto tanto tempo, quanto voglio ma solo sulla mia sedia preferita
- Il dolore mi impedisce di stare seduto per più di un'ora
- Il dolore mi impedisce di stare seduto per più di mezz'ora
- Il dolore mi impedisce di stare seduto per più di 10 minuti
- Il dolore mi impedisce di sedermi

**6) STARE IN PIEDI**

- Posso stare in piedi per un periodo illimitato
- Posso stare in piedi per un periodo illimitato, però avverto dolore
- Il dolore mi impedisce di stare in piedi per più di un'ora
- Il dolore mi impedisce di stare in piedi per più di mezz'ora
- Il dolore mi impedisce di stare in piedi per più di 10 minuti
- Non riesco a stare in piedi senza avvertire dolore

**7) SONNO**

- Dormo senza avvertire alcun dolore
- Avverto dolore durante il sonno soltanto occasionalmente
- Nonostante l'assunzione di farmaci riesco a dormire meno di 6 ore
- Nonostante l'assunzione di farmaci riesco a dormire meno di 4 ore
- Nonostante l'assunzione di farmaci riesco a dormire meno di 2 ore
- Il dolore mi impedisce costantemente di dormire

**8) ATTIVITÀ SESSUALE**

- Non provo alcun dolore durante l'attività sessuale
- La mia attività sessuale si svolge normalmente però avverto un lieve dolore
- La mia attività sessuale si svolge pressoché normalmente però avverto un forte dolore
- La mia attività sessuale è molto limitata a causa del dolore
- La mia attività sessuale è pressoché assente a causa del dolore
- Il dolore mi impedisce di avere rapporti sessuali



**9) VITA SOCIALE**

- La mia vita sociale è normale e non ho nessun dolore
- La mia vita sociale è normale, però avverto un lieve dolore
- Il dolore non influenza la mia vita sociale, se si eccettua l'attività fisica più impegnativa quale ad esempio le attività sportive
- Il dolore limita la mia vita sociale e non esco spesso di casa
- Il dolore mi costringe a stare in casa
- Non ho vita sociale a causa del dolore

**10) SPOSTARSI E VIAGGIARE**

- Posso viaggiare ovunque senza avvertire dolore
- Posso viaggiare ovunque ma avverto un lieve dolore
- Nonostante io abbia dolore posso viaggiare oltre 2 ore al giorno
- Il dolore mi impedisce di viaggiare oltre 2 ore al giorno
- Il dolore mi impedisce di viaggiare oltre i 30 minuti al giorno
- Il dolore mi impedisce di uscire anche solo per andare dal medico

## Dallas Pain Questionnaire (DPQ)

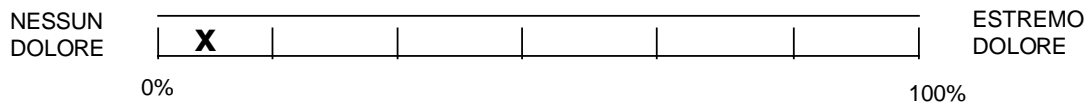
Marty M, Blotman F, Avouac B, Rozenberg S, Valat JP. Validation of the French version of the Dallas Pain Questionnaire in chronic low back pain patients. Rev Rhum Eng Ed 1988; 65: 126-34

### Istruzioni per il paziente:

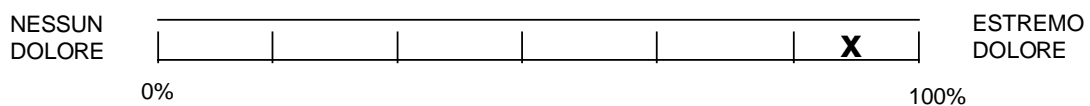
Nelle sezioni del seguente questionario, le domande Le verranno poste come nel formato qui sotto illustrato. La preghiamo di fornire le Sue risposte collocando una crocetta sui segmenti indicati in questa scala orizzontale a più livelli.

### ESEMPI:

Collocando una "X" sull'ultimo segmento, Lei indica che il dolore provato è estremo (0%)



Collocando una "X" sull'ultimo segmento, Lei indica che il dolore provato è estremo (100%)

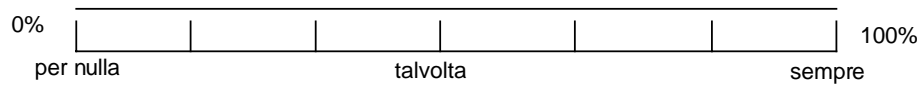


Le sarà richiesto di indicare su questo tipo di scala intervallare numerica la ripercussione del dolore da Lei provato nel corso delle ultime 4 settimane, in ciascuno dei vari aspetti concernenti la Sua qualità della vita.

Per favore, indichi le Sue risposte collocando una crocetta su uno dei segmenti orizzontali

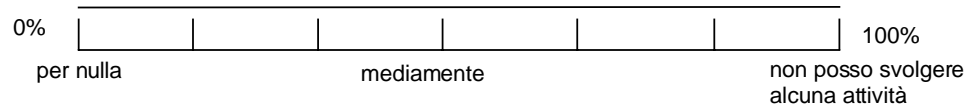
1. Il dolore e la sua intensità:

In quale misura Lei ha necessità di trattamenti antidolorifici per sentirsi bene?



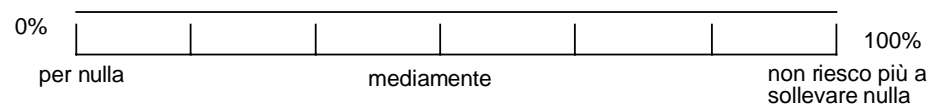
2. Le attività della vita quotidiana:

In quale misura il dolore incide sulle Sue attività della vita quotidiana (alzarsi da letto, igiene personale, vestirsi)?



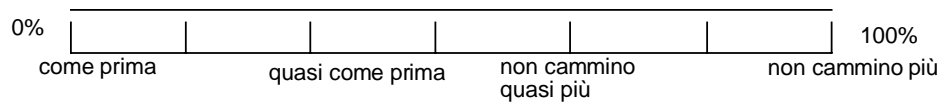
3. Possibilità di sollevare oggetti:

In quale misura Lei è limitato/a nel sollevare qualcosa?



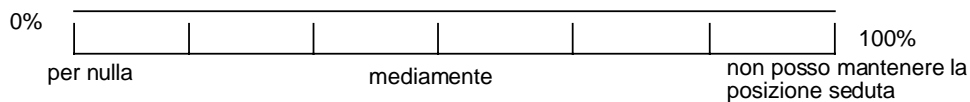
4. Camminare:

In quale misura il dolore limita attualmente il Suo cammino rispetto a quando non aveva il dolore?



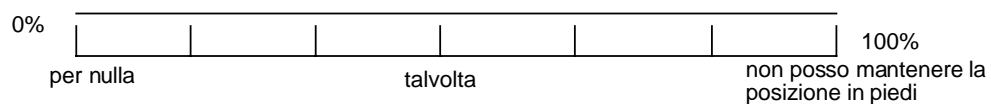
5. Posizione seduta:

In quale misura il dolore le impedisce di stare seduto/a?



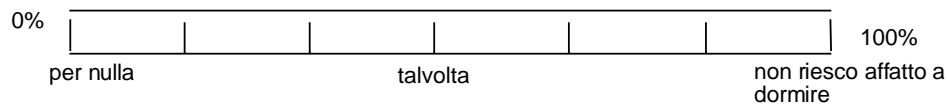
6. Posizione in piedi:

In quale misura il dolore la limita nel restare in piedi a lungo?



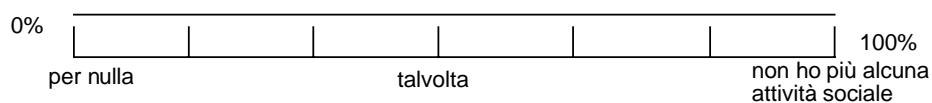
7. Qualità del sonno:

In quale misura il dolore disturba il Suo sonno?



8. Attività sociali:

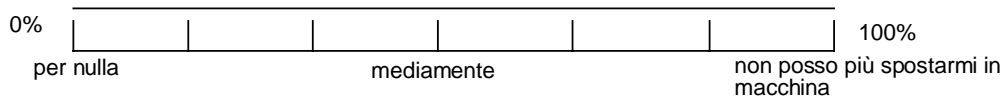
In quale misura il dolore influenza la Sua vita sociale (ballare, hobby e divertimenti, cene e serate con gli amici, uscite?)



Per favore, indichi le Sue risposte collocando una crocetta su uno dei segmenti orizzontali

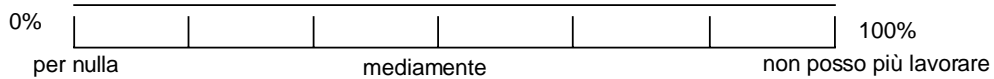
9. Spostamenti in macchina:

In quale misura il dolore limita i Suoi spostamenti in macchina?



10. Attività professionali:

In quale misura il dolore limita la Sua attività lavorativa?



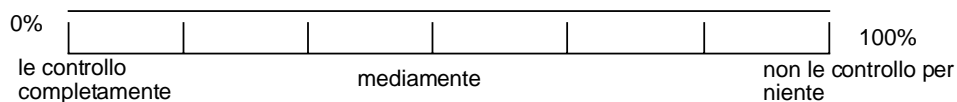
11. Ansia:

In quale misura pensa di riuscire a far fronte a ciò che Le viene richiesto?



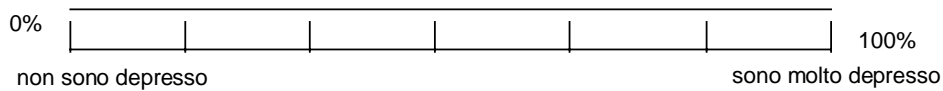
12. Controllo di sé:

In quale misura pensa di riuscire a controllare le Sue reazioni emotive?



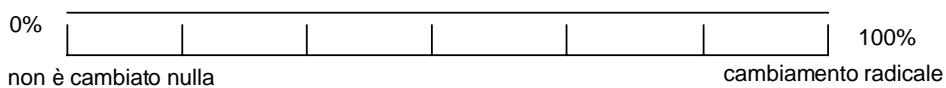
13. Depressione:

In quale misura si sente depresso/a da quando è cominciato il Suo dolore?



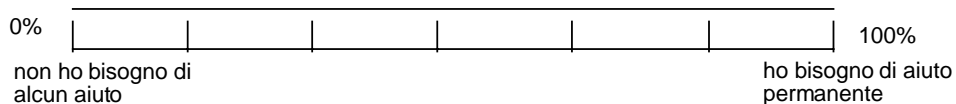
14. Relazione con gli altri:

In quale misura pensa che il dolore abbia modificato il Suo rapporto con gli altri?



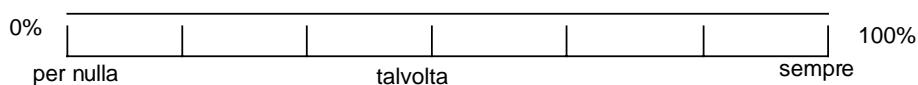
15. Aiuto nella vita quotidiana:

In quale misura ha bisogno di aiuto dagli altri da quando è iniziato il Suo dolore (lavoro domestico, preparazione dei pasti ecc.)?



16. Reazioni negative di coloro che Le sono vicini:

In quale misura pensa che il Suo dolore provochi in coloro che Le sono vicini irritazione, fastidio, collera nei Suoi confronti?



## Aberdeen Back Pain Scale (ABPS)

Ruta DA, Garratt AM, Wardlaw D, Russell IT. Developing a valid and reliable measure of health outcome for patients with low back pain. Spine 1994; 19 (17): 1887-96.

**ISTRUZIONI:** Nel questionario che segue, Le verranno poste delle domande riguardo alla Sua lombalgia. Queste informazioni saranno utili per comprendere il dolore che Lei prova a livello della schiena, e quanto questo La limiti nelle abituali attività della vita quotidiana.

1) Nelle <u>ultime due settimane</u> , per quanti giorni ha provato dolore a livello della schiena o delle gambe? ( <i>una sola risposta</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Mai	1-5 giorni	6-10 giorni	Più di 10 giorni		
2) Nel giorno peggiore delle ultime due settimane, quante compresse di analgesico ha dovuto assumere? ( <i>una sola risposta</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Nessuna	Meno di 4	4-8	9-12	Più di 12	
3) Il dolore peggiora nel corso di qualcuna delle seguenti attività ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tossire	Starnutire	Stare seduto	Stare in piedi	Piegarsi	Camminare
4) Sdraiato a letto il dolore diminuisce?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			Si	No		
5) A livello della gamba destra, avverte dolore in qualcuna delle seguenti regioni ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Gluteo	Coscia	Tibia/polpaccio	Piede/caviglia		
6) A livello della gamba sinistra, avverte dolore in qualcuna delle seguenti regioni ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Gluteo	Coscia	Tibia/polpaccio	Piede/caviglia		
7) Avverte una perdita di sensibilità a livello delle gambe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	No	Si, solo ad una gamba	Si, ad entrambe le gambe			
8) A livello della gamba destra, avverte instabilità o perdita di forza, in qualcuna delle seguenti regioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Anca	Ginocchio	Caviglia	Piede		
9) A livello della gamba sinistra, avverte instabilità o perdita di forza, in qualcuna delle seguenti regioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Anca	Ginocchio	Caviglia	Piede		
10) Se ha dolore, quanto riesce a piegarsi in avanti, <u>senza flettere le ginocchia</u> , prima che il dolore la blocchi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Può toccare il pavimento con le mani	Può toccarsi le caviglie con la punta delle dita	Può toccarsi le ginocchia con la punta delle dita	Può toccarsi le cosce con la punta delle dita	Non si può piegare assolutamente	
11) Durante la notte peggiore delle ultime due settimane, il dolore ha interferito col suo sonno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	No	No, ma ha assunto dei farmaci per dormire	Si, ma ha dormito più di 4 ore	Si, ha dormito solo 2-4 ore	Si, ha dormito meno di 2 ore	
12) Durante il giorno peggiore delle ultime due settimane, il dolore l'ha limitata nella capacità di stare seduto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No	Ha potuto stare seduto solo sulla sua poltrona preferita, ma senza limiti di tempo	Non ha potuto stare seduto per più di 1 ora	Non ha potuto stare seduto per più di 30 min	Non ha potuto stare seduto per più di 15 min	Non ha potuto mai stare seduto

13) Durante il giorno peggiore delle ultime due settimane, il dolore l'ha limitata nella capacità di stare in piedi?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ha potuto stare in piedi senza limiti di tempo, ma con dolore	<input type="checkbox"/> Non ha potuto stare in piedi per più di 1 ora	<input type="checkbox"/> Non ha potuto stare in piedi per più di 30 min	<input type="checkbox"/> Non ha potuto stare in piedi per più di 15 min	<input type="checkbox"/> Non ha potuto mai stare in piedi
14) Durante il giorno peggiore delle ultime due settimane, quale è stata la distanza massima che è riuscito (o sarebbe riuscito) a percorrere a piedi senza provare dolore?	<input type="checkbox"/> Illimitata	<input type="checkbox"/> Più di un chilometro	<input type="checkbox"/> Da 500 metri a un chilometro	<input type="checkbox"/> Fino a 300 metri	<input type="checkbox"/> Meno di 300 metri	<input type="checkbox"/> Non poteva camminare
15) Nelle ultime due settimane, il dolore le ha impedito di svolgere le sue abituali attività a casa o sul posto di lavoro?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ha svolto le sue attività comunque, ma con dolore	<input type="checkbox"/> Sì, per 1 giorno	<input type="checkbox"/> Sì, per 2-6 giorni	<input type="checkbox"/> Sì, per più di 7 giorni	
16) Nelle ultime due settimane, per quanti giorni è dovuto stare a letto a causa del suo dolore?	<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> 1-5 giorni	<input type="checkbox"/> 6-10 giorni	<input type="checkbox"/> Più di 10 giorni		
17) Nelle ultime due settimane, il dolore ha interferito con la sua vita sessuale?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Un po'	<input type="checkbox"/> Moderatamente	<input type="checkbox"/> Molto	<input type="checkbox"/> Non sa	
18) Nelle ultime due settimane, il dolore ha interferito con le sue attività ricreative e del tempo libero (sport, hobbies, vita sociale)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Un po'	<input type="checkbox"/> Moderatamente	<input type="checkbox"/> Molto	<input type="checkbox"/> Completamente	
19) Nelle ultime due settimane, il dolore ha interferito con la sua capacità di badare a se stesso (lavarsi, vestirsi, etc)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Talvolta ha avuto bisogno di aiuto	<input type="checkbox"/> Spesso ha avuto bisogno di aiuto	<input type="checkbox"/> Non è autosufficiente		

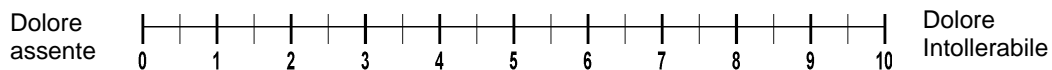
**Grazie per aver completato il questionario**

# Million Instrument (Back Pain Questionnaire)

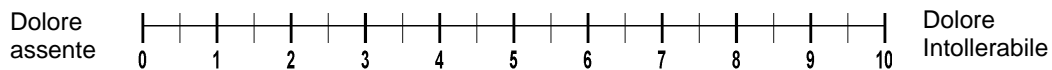
Million R, Hall W, Nilsen KH, Baker RD, Jayson MI. Assessment of the progress of the back-pain patient  
1981 Volvo Award in clinical science. Spine 1982; 7 (3): 204-12.

La preghiamo di fornire le Sue risposte collocando una crocetta sulle 15 scale numeriche poste orizzontalmente

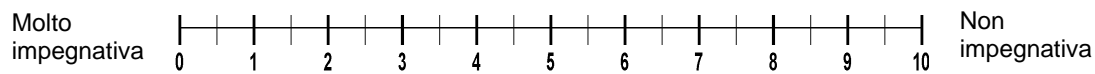
**1.** *Avverte dolore alla schiena? Di quale intensità?*



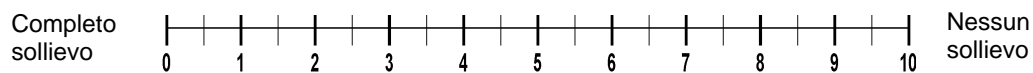
**2.** *Avverte dolore alla schiena di notte? Di quale intensità?*



**3.** *Se esiste un'attività che Le causa dolore, quanto deve essere impegnativa per scatenarLe il mal di schiena?*



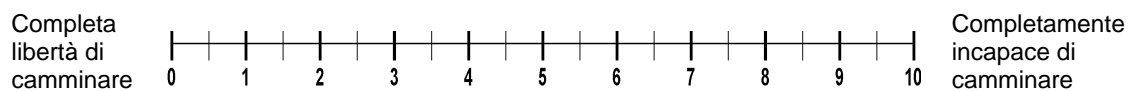
**4.** *Prova sollievo dall'assunzione degli antidolorifici?*



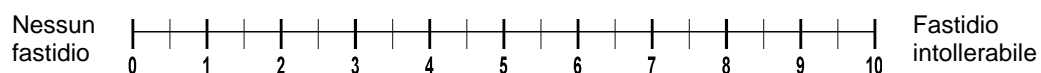
**5.** *Avverte rigidità alla schiena?*



**6.** *Il dolore alla schiena interferisce con la Sua capacità di camminare?*



**7.** *Prova fastidio quando cammina?*



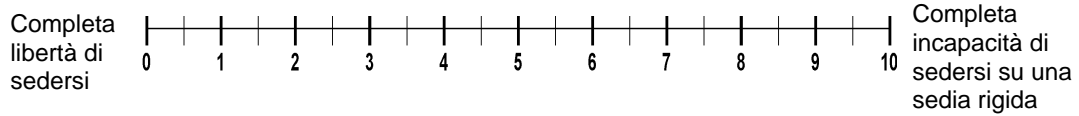
**8.** *Il Suo dolore interferisce con la Sua capacità di stare in piedi fermo?*



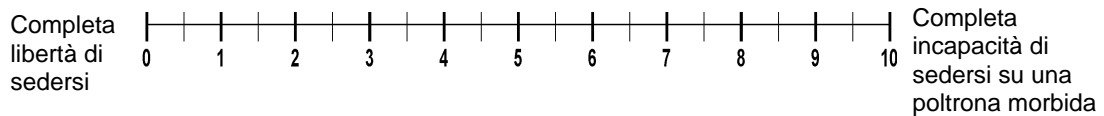
**9.** *Il dolore Le impedisce di ruotare il busto?*



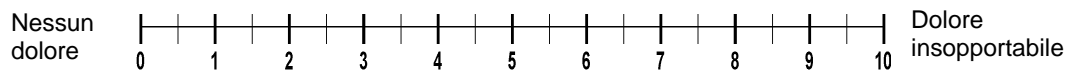
**10.** *Il dolore alla schiena Le permette di sedersi su una sedia rigida?*



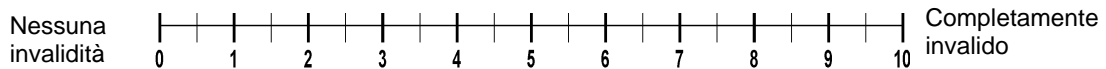
**11.** *Il dolore alla schiena Le permette di sedersi su una poltrona morbida?*



**12.** *Avverte dolore alla schiena quando è disteso a letto ?*



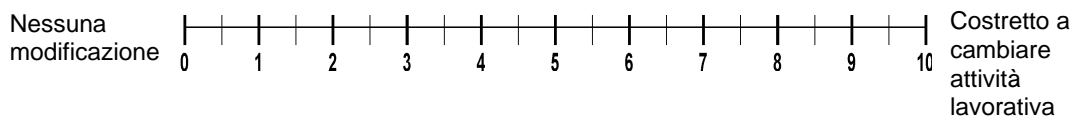
**13.** *Come indicherebbe il Suo grado di invalidità causato dal dolore alla schiena?*



**14.** *In quale entità il dolore interferisce con la Sua attività lavorativa?*



**15.** *Quanto ha dovuto modificare la Sua attività lavorativa a causa del dolore alla schiena?*





**VALUTAZIONE OBIETTIVA:**

Straight leg raising – destro (gradi)	_____
Straight leg raising – sinistro (gradi)	_____
Estensione lombare (gradi)	_____
Estensione lombare (cm)	_____
Flessione laterale lombare – destra (gradi)	_____
Flessione laterale lombare – destra (cm)	_____
Flessione laterale lombare – sinistra (gradi)	_____
Flessione laterale lombare – sinistra (cm)	_____
Flessione lombare (gradi)	_____
Flessione lombare (cm)	_____

## Roland and Morris Disability Questionnaire

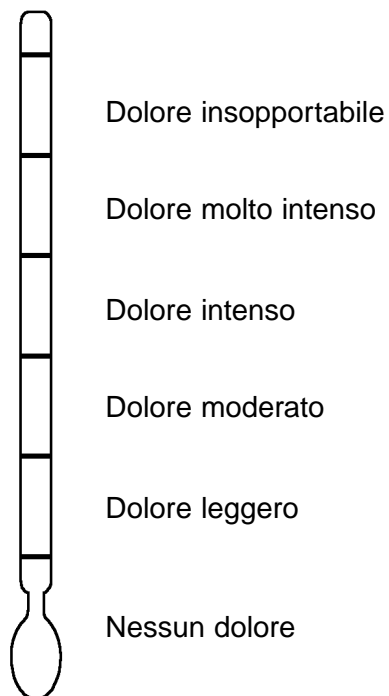
Roland M., Morris R. A study of the natural history of back pain. Part I. Development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. *Spine*, 1983; 8(2):141-4

Quando la schiena Le fa male, ha difficoltà ad attendere alle normali attività della vita quotidiana. Questa lista contiene alcune affermazioni che altri hanno utilizzato per descrivere la propria condizione quando hanno dolore alla schiena. Quando legge la lista, pensi a **Se stesso oggi**. Se non trova un'affermazione che descrive la Sua condizione di oggi, vada alla successiva.

A causa del dolore alla schiena ...	
1) Resto a casa per la maggior parte del tempo	<input type="checkbox"/>
2) Cambio posizione di frequente per cercare di togliere il fastidio	<input type="checkbox"/>
3) Cammino più lentamente del solito	<input type="checkbox"/>
4) Non svolgo attività che di solito svolgo in casa	<input type="checkbox"/>
5) Uso il corrimano per salire le scale	<input type="checkbox"/>
6) Resto coricato per riposare più spesso	<input type="checkbox"/>
7) Devo appoggiarmi per alzarmi dalla sedia	<input type="checkbox"/>
8) Cerco di fare in modo che gli altri facciano le cose per me	<input type="checkbox"/>
9) Mi vesto più lentamente	<input type="checkbox"/>
10) Riesco a stare in piedi solo per brevi periodi	<input type="checkbox"/>
11) Cerco di non piegarmi e di non inginocchiarmi	<input type="checkbox"/>
12) Ho difficoltà ad alzarmi da una sedia	<input type="checkbox"/>
13) Ho dolore per la maggior parte del tempo	<input type="checkbox"/>
14) Ho difficoltà a girarmi nel letto	<input type="checkbox"/>
15) Il mio appetito non è buono	<input type="checkbox"/>
16) Ho problemi a mettermi le calze o i calzini	<input type="checkbox"/>
17) Cammino solo per brevi distanze	<input type="checkbox"/>
18) Dormo meno bene	<input type="checkbox"/>
19) Mi vesto con l'aiuto di qualcun altro	<input type="checkbox"/>
20) Resto seduto per la maggior parte del giorno	<input type="checkbox"/>
21) Evito lavori pesanti in casa	<input type="checkbox"/>
22) Sono più irritabile e di cattivo umore del solito con gli altri	<input type="checkbox"/>
23) Salgo le scale più lentamente del solito	<input type="checkbox"/>
24) Sto a letto la maggior parte del tempo	<input type="checkbox"/>

### SCALA DEL DOLORE - Pain Rating Scale

Ora Le chiediamo di descrivere l'intensità del dolore alla schiena che prova adesso. Qui viene rappresentato un termometro con vari gradi di intensità di dolore: da "non dolore" a "dolore insopportabile". Vorremmo che Lei indicasse, per cortesia, con una crocetta sulla parola che indica l'intensità del Suo dolore.



## Questionario algologico in soggetti con osteoporosi

Malmros B, Mortensen L, Jensen MB, Charles P. Positive effects of physiotherapy on chronic pain and performance in osteoporosis. *Osteoporosis Int* 1998; 8: 215-221

**ISTRUZIONI:** Questo questionario Le viene proposto per informarci di come il dolore lombare la limita nelle attività della vita quotidiana.

La preghiamo di rispondere ad ogni sezione collocando una crocetta in corrispondenza di una sola voce. Comprendiamo che talvolta potrebbe individuare anche due o più voci, in tal caso metta la crocetta sulla peggiore. Ricordi di segnare soltanto una voce per sezione.

	SCORE
<b>1) Attività della vita quotidiana</b>	
<input type="checkbox"/> Sono del tutto indipendente, in assenza di difficoltà	20
<input type="checkbox"/> Sono indipendente, ma con qualche problema	15
<input type="checkbox"/> Ho bisogno di aiuto solo qualche volta	10
<input type="checkbox"/> Ho spesso bisogno di aiuto	5
<input type="checkbox"/> Ho sempre bisogno di aiuto	0
<b>2) Tempo trascorso a letto</b>	
<input type="checkbox"/> Meno di 10 ore al giorno	20
<input type="checkbox"/> Da 10 a 12 ore al giorno	15
<input type="checkbox"/> Da 12 a 16 ore al giorno	5
<input type="checkbox"/> Più di 16 ore al giorno	0
<b>3) Uso di analgesici</b>	
<input type="checkbox"/> Uso saltuario	20
<input type="checkbox"/> Uso quotidiano	10
<input type="checkbox"/> Saltuario uso di oppioidi	5
<input type="checkbox"/> Uso quotidiano di oppioidi	0
<b>4) Dolori alla schiena</b>	
<input type="checkbox"/> Non provo nessun dolore o non sento nessuna necessità di analgesici	20
<input type="checkbox"/> Provo dolore ma non faccio uso di analgesici	15
<input type="checkbox"/> Non provo dolore con l'uso di analgesici	10
<input type="checkbox"/> L'uso degli analgesici mi attenua solo parzialmente il dolore	5
<input type="checkbox"/> Praticamente non ho nessun effetto degli analgesici sul dolore	0
<b>5) Capacità di attendere alla propria persona</b>	
<input type="checkbox"/> Posso cavarmela senza peggioramento del dolore	20
<input type="checkbox"/> Posso cavarmela con cautela ma accuso maggior dolore	15
<input type="checkbox"/> Posso cavarmela ma ho bisogno di aiuto	10
<input type="checkbox"/> Ho bisogno di aiuto per la maggior parte delle attività della cura personale	5
<input type="checkbox"/> Sono obbligato a letto e non posso occuparmi di me stesso	0
<b>6) Camminare</b>	
<input type="checkbox"/> Posso camminare per una lunga distanza	20
<input type="checkbox"/> Non posso camminare più di 1000 metri per il dolore	15
<input type="checkbox"/> Non posso camminare più di 200-300 metri per il dolore	10
<input type="checkbox"/> Posso camminare soltanto con un bastone	5
<input type="checkbox"/> Sto a letto per la maggior parte del mio tempo e ho difficoltà per andare in bagno	0

<b>7) Stare seduto</b>	
<input type="checkbox"/> Posso stare seduto in qualsiasi sedia per un lungo periodo di tempo	20
<input type="checkbox"/> Posso stare seduto nella mia sedia preferita per un lungo periodo di tempo	15
<input type="checkbox"/> Non posso stare seduto per più di 1 ora a causa del dolore	10
<input type="checkbox"/> Non posso stare seduto per più di 10 minuti a causa del dolore	5
<input type="checkbox"/> Non posso sedermi mai a causa del dolore	0
<b>8) Stare in piedi</b>	
<input type="checkbox"/> Posso stare in piedi quanto voglio	20
<input type="checkbox"/> Posso stare in piedi quanto voglio ma ciò mi causa dolore	15
<input type="checkbox"/> Non posso stare in piedi per più di 1 ora a causa del dolore	10
<input type="checkbox"/> Non posso stare in piedi per più di 10 minuti a causa del dolore	5
<input type="checkbox"/> Non posso mai stare in piedi a causa del dolore	0
<b>9) Dormire</b>	
<input type="checkbox"/> Il dolore non influenza il mio sonno	20
<input type="checkbox"/> Posso dormire soltanto se assumo analgesici	15
<input type="checkbox"/> Riesco a dormire meno di 6 ore anche se assumo analgesici	10
<input type="checkbox"/> Riesco a dormire meno di 2 ore anche se assumo analgesici	5
<input type="checkbox"/> Non dormo per il dolore	0
<b>10) Attività sociali</b>	
<input type="checkbox"/> La mia vita sociale è normale e non è influenzata dalla malattia	20
<input type="checkbox"/> La mia vita sociale è normale ma è influenzata dalla malattia	15
<input type="checkbox"/> La mia vita sociale è normale con l'eccezione di alcune attività fisiche (danza, sport)	10
<input type="checkbox"/> La malattia ha costretto la mia vita sociale limitatamente alla mia casa	5
<input type="checkbox"/> Non ho attività sociale a causa della mia malattia	0
PUNTEGGIO TOTALE _____	

## Bibliografia

1. Abbott CA, Helliwell PS, Chamberlain MA. Functional assessment in ankylosing spondylitis: evaluation of a new self-administered questionnaire and correlation with anthropometric variables. *Br J Rheumatol*. 1994 Nov;33(11):1060-6.
2. Abenham L, Rossignol M, Valat JP, Nordin M, Avouac B, Blotman F, Charlot J, Dreiser RL, Legrand E, Rozenberg S, Vautravers P. The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine*. 2000 Feb 15;25(4 Suppl):1S-33S.
3. Aberger EW, Adams A, Ahern DK, Follick MJ. Clinical assessment of chronic low back pain. *Adv Clin Rehabil*. 1987;1:19-46.
4. Agius RM, Lloyd MH, Campbell S, Hutchison P, Seaton A, Soutar CA. Questionnaire for the identification of back pain for epidemiological purposes. *Occup Environ Med*. 1994 Nov;51(11):756-60.
5. Alaranta H, Rytokoski U, Rissanen A, Talo S, Ronnema T, Puukka P, Karppi SL, Videman T, Kallio V, Slati P. Intensive physical and psychosocial training program for patients with chronic low back pain. A controlled clinical trial. *Spine*. 1994 Jun 15;19(12):1339-49.
6. Andersson GB, Weinstein JN. Health outcomes related to low back pain. *Spine*. 1994 Sep 15;19(18 Suppl):2026S-2027S.
7. Aronoff GM, Evans WO, Enders PL. A review of follow-up studies of multidisciplinary pain units. *Pain*. 1983 May;16(1):1-11.
8. Aaverns HL, Oxtoby J, Taylor HG, Jones PW, Dziedzic K, Dawes PT. Radiological outcome in ankylosing spondylitis: use of the Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score (SASSS). *Br J Rheumatol*. 1996 Apr;35(4):373-6.
9. Aaverns HL, Oxtoby J, Taylor HG, Jones PW, Dziedzic K, Dawes PT. Smoking and outcome in ankylosing spondylitis. *Scand J Rheumatol*. 1996;25(3):138-42.
10. Bakker C, Boers M, van der Linden S. Measures to assess ankylosing spondylitis: taxonomy, review and recommendations. *J Rheumatol*. 1993 Oct;20(10):1724-30.
11. Bakker C, Hidding A, van der Linden S, van Doorslaer E. Cost effectiveness of group physical therapy compared to individualized therapy for ankylosing spondylitis. A randomized controlled trial. *J Rheumatol*. 1994 Feb;21(2):264-8.
12. Bakker C, Rutten M, van Doorslaer E, Bennett K, van der Linden S. Feasibility of utility assessment by rating scale and standard gamble in patients with ankylosing spondylitis or fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1994 Feb;21(2):269-74.
13. Bakker C, Rutten-van Molken M, Hidding A, van Doorslaer E, Bennett K, van der Linden S. Patient utilities in ankylosing spondylitis and the association with other outcome measures. *J Rheumatol*. 1994 Jul;21(7):1298-304.
14. Band DA, Jones SD, Kennedy LG, Garrett SL, Porter J, Gay L, Richardson J, Whitelock HC, Calin A. Which patients with ankylosing spondylitis derive most benefit from an inpatient management program? *J Rheumatol*. 1997 Dec;24(12):2381-4.
15. BenDebba M, Torgerson WS, Long DM. Personality traits, pain duration and severity, functional impairment, and psychological distress in patients with persistent low back pain. *Pain*. 1997 Aug;72(1-2):115-25.
16. Benn RT, Wood PH. Pain in the back: An attempt to estimate the size of the problem. *Rheumatol Rehabil*. 1975 Aug;14(3):121-8.
17. Bennett GJ. Ankylosing spondylitis. *Clin Neurosurg*. 1991;37:622-35.
18. Beurskens AJ, de Vet HC, Koke AJ, van der Heijden GJ, Knipschild PG. Measuring the functional status of patients with low back pain. Assessment of the quality of four disease-specific questionnaires. *Spine*. 1995 May 1;20(9):1017-28.
19. Beurskens AJ, de Vet HC, Koke AJ. Responsiveness of functional status in low back pain: a comparison of different instruments. *Pain*. 1996 Apr;65(1):71-6.
20. Biasi D, Carletto A, Caramaschi P, Zeminian S, Bezzi D, Baracchino F, Bambara ML. Current views on the pathogenesis and therapy of ankylosing spondylitis. *Clin Ter*. 1993 Dec;143(6):511-8.
21. Boachie-Adjei O. Evaluation of the patient with low back pain. *Postgrad Med*. 1988 Sep 1;84(3):110-9.
22. Boers M. Predicting outcome of ankylosing spondylitis: prognosis or hindsight? *J Rheumatol*. 1994 Oct;21(10):1789-90.
23. Boissonnault W, Fabio RP. Pain profile of patients with low back pain referred to physical therapy. *J Orthop Sports Phys Ther*. 1996 Oct;24(4):180-91.
24. Bolton JE, Breen AC. The Bournemouth Questionnaire: a short-form comprehensive outcome measure. I. Psychometric properties in back pain patients. *J Manipulative Physiol Ther*. 1999 Oct;22(8):503-10.
25. Bolton JE, Christensen MN. Back pain distribution patterns: relationship to subjective measures of pain severity and disability. *J Manipulative Physiol Ther*. 1994 May;17(4):211-8.
26. Bombardier C. Outcome Assessments in the Evaluation of Treatment of Spinal Disorders: Summary and General Recommendations. *Spine*. 2000 Dec 15; 25(24):3100-3103.
27. Bonaiuti D, Fontanella G. The affective dimension of low-back pain: its influence on the outcome of back school. *Arch Phys Med Rehabil*. 1996 Dec;77(12):1239-42.
28. Brandt J, Haibel H, Cornely D, Golder W, Gonzalez J, Reddig J, Thriene W, Sieper J, Braun J. Successful treatment of active ankylosing spondylitis with the anti-tumor necrosis factor alpha monoclonal antibody infliximab. *Arthritis Rheum*. 2000 Jun;43(6):1346-52.
29. Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*. 1992 Jul 18;305(6846):160-4.
30. Bruett TL, Overs RP. A critical review of 12 ADL scales. *Phys Ther*. 1969 Aug;49(8):857-62.
31. Bryner P. A comparison of outcome measures for use with back pain patients results of a feasibility study. *J Manipulative Physiol Ther*. 1993 Nov-Dec;16(9):617-8.
32. Brzezinska B. Variants of the course of ankylosing spondylitis. *Pol Tyg Lek*. 1970 Apr 13;25(15):527-9.

33. Bucsi L, Sullivan GO, Gotfried Y, Eisenstein SM. The Oswestry peduncular screw system used in 108 patients. Oswestry experiences. *Magy Traumatol Ortop Kezseb Plasztikai Seb.* 1994;37(2):135-41.
34. Burgos-Vargas R, Castelazo-Duarte G, Orozco JA, Garduno-Espinosa J, Clark P, Sanabria L. Chest expansion in healthy adolescents and patients with the seronegative enthesopathy and arthropathy syndrome or juvenile ankylosing spondylitis. *J Rheumatol.* 1993 Nov;20(11):1957-60.
35. Burgos-Vargas R, Vazquez-Mellado J. The early clinical recognition of juvenile-onset ankylosing spondylitis and its differentiation from juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1995 Jun;38(6):835-44.
36. Calin A, Garrett S, Whitelock H, Kennedy LG, O'Hea J, Mallorie P, Jenkinson T. A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *J Rheumatol.* 1994 Dec;21(12):2281-5.
37. Calin A, Kennedy LG, Edmunds L, Will R. Familiar versus sporadic ankylosing spondylitis. Two different diseases? *Arthritis Rheum.* 1993 May;36(5):676-81.
38. Calin A, Mackay K, Santos H, Brophy S. A new dimension to outcome: application of the Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index. *J Rheumatol.* 1999 Apr;26(4):988-92.
39. Calin A, Nakache JP, Gueguen A, Zeidler H, Mielants H, Dougados M. Defining disease activity in ankylosing spondylitis: is a combination of variables (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) an appropriate instrument? *Rheumatology (Oxford).* 1999 Sep;38(9):878-82.
40. Calin A, Nakache JP, Gueguen A, Zeidler H, Mielants H, Dougados M. Outcome variables in ankylosing spondylitis: evaluation of their relevance and discriminant capacity. *J Rheumatol.* 1999 Apr;26(4):975-9.
41. Calin A. Can we define the outcome of ankylosing spondylitis and the effect of physiotherapy management? *J Rheumatol.* 1994 Feb;21(2):184-5.
42. Calin A. The Dunlop-Dottridge Lecture. Ankylosing spondylitis: defining disease status and the relationship between radiology, metrology, disease activity, function, and outcome. *J Rheumatol.* 1995 Apr;22(4):740-4.
43. Calin A. The individual with ankylosing spondylitis: defining disease status and the impact of the illness. *Br J Rheumatol.* 1995 Jul;34(7):663-72.
44. Carbon RJ, Macey MG, McCarthy DA, Pereira FP, Perry JD, Wade AJ. The effect of 30 min cycle ergometry on ankylosing spondylitis. *Br J Rheumatol.* 1996 Feb;35(2):167-77.
45. Carson ME. Assessing improvement of low back pain. *Br Med J.* 1980 Jan 12;280(6207):111.
46. Caruso LA, Chan DE. Evaluation and management of the patient with acute back pain. *Am J Occup Ther.* 1986 May;40(5):347-51.
47. Cassidy JD, Carroll LJ, Cote P. The Saskatchewan health and back pain survey. The prevalence of low back pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine.* 1998 Sep 1;23(17):1860-6;
48. Cedraschi C, Robert J, Perrin E, Fischer W, Goerg D, Vischer TL. The role of congruence between patient and therapist in chronic low back pain patients. *J Manipulative Physiol Ther.* 1996 May;19(4):244-9.
49. Chalmers IM. Ankylosing spondylitis in African Blacks. *Arthritis Rheum.* 1980 Dec;23(12):1366-70.
50. Christiansen F, Zilko P, Dawkins RL. Ankylosing spondylitis in HLA-B27-positive individuals: use in diagnosis. *Br Med J.* 1979 Jan 13;1(6156):125.
51. Claudepierre P, Sibilia J, Goupille P, Flipo RM, Wendling D, Eulry F, Clerc D, Berthelot JM, Vergne P, Roudot-Thoraval F, Larget-Piet B, Chevalier X. Evaluation of a French version of the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index in patients with spondyloarthropathy. *J Rheumatol.* 1997 Oct;24(10):1954-8.
52. Co YY, Eaton S, Maxwell MW. The relationship between the St. Thomas and Oswestry disability scores and the severity of low back pain. *J Manipulative Physiol Ther.* 1993 Jan;16(1):14-8.
53. Coste J, Le Parc JM, Berge E, Delecoeuillerie G, Paolaggi JB. French validation of a disability rating scale for the evaluation of low back pain. *Rev Rhum Ed Fr.* 1993 May;60(5):335-41.
54. Creemers MC, Franssen MJ, van de Putte LB, Gribnau FW, van Riel PL. Methotrexate in severe ankylosing spondylitis: an open study. *J Rheumatol.* 1995 Jun;22(6):1104-7.
55. Creemers MC, Van 't Hof MA, Franssen MJ, Van de Putte LB, Gribnau FW, Van Riel PL. A Dutch version of the functional index for ankylosing spondylitis: development and validation in a long-term study. *Br J Rheumatol.* 1994 Sep;33(9):842-6.
56. Creemers MC, van 't Hof MA, Franssen MJ, van de Putte LB, Gribnau FW, van Riel PL. Disease activity in ankylosing spondylitis: selection of a core set of variables and a first set in the development of a disease activity score. *Br J Rheumatol.* 1996 Sep;35(9):867-73.
57. Croft PR, Papageorgiou AC, Ferry S, Thomas E, Jayson MI, Silman AJ. Psychologic distress and low back pain. Evidence from a prospective study in the general population. *Spine.* 1995 Dec 15;20(24):2731-7.
58. Cronstedt H, Waldner A, Stenstrom CH. The Swedish version of the Bath ankylosing spondylitis functional index. Reliability and validity. *Scand J Rheumatol Suppl.* 1999;111:1-9.
59. Cury SE, Ferraz MB, dos Santos JQ, Miranda C, Redko C, Vilar MJ, Atra E. The use of focus group interview in the evaluation of patients with ankylosing spondylitis. *Br J Rheumatol.* 1995 Feb;34(2):150-5.
60. Deyo RA, Andersson G, Bombardier C, Cherkin DC, Keller RB, Lee CK, Liang MH, Lipscomb B, Shekelle P, Spratt KF, et al. Outcome measures for studying patients with low back pain. *Spine.* 1994 Sep 15;19(18 Suppl):2032S-2036S.
61. Deyo RA, Battie M, Beurskens AJ, Bombardier C, Croft P, Koes B, Malmivaara A, Roland M, Von Korff M, Waddell G. Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use. *Spine.* 1998 Sep 15;23(18):2003-13.
62. Deyo RA, Diehl AK. Psychosocial predictors of disability in patients with low back pain. *J Rheumatol.* 1988 Oct;15(10):1557-64.
63. Deyo RA, Diehr P, Patrick DL. Reproducibility and responsiveness of health status measures. Statistics and strategies for evaluation. *Control Clin Trials.* 1991 Aug;12(4 Suppl):142S-158S.
64. Deyo RA, Tsui-Wu YJ. Functional disability due to back pain. A population-based study indicating the importance of socioeconomic factors. *Arthritis Rheum.* 1987 Nov;30(11):1247-53.

65. Deyo RA. Comparative validity of the sickness impact profile and shorter scales for functional assessment in low-back pain. *Spine*. 1986 Nov;11(9):951-4.
66. Deyo RA. Measuring the functional status of patients with low back pain. *Arch Phys Med Rehabil*. 1988 Dec;69(12):1044-53.
67. Dionne CE, Von Korff M, Koepsell TD, Deyo RA, Barlow WE, Checkoway H. A comparison of pain, functional limitations, and work status indices as outcome measures in back pain research. *Spine*. 1999 Nov 15;24(22):2339-45.
68. Dougados M, Nguyen M, Caporal R, Legeais J, Bouxin-Sauzet A, Pellegrini-Guegnault B, Gomeni C. Ximoprofen in ankylosing spondylitis. A double blind placebo controlled dose ranging study. *Scand J Rheumatol*. 1994;23(5):243-8.
69. Dougados M. Diagnostic features of ankylosing spondylitis. *Br J Rheumatol*. 1995 Apr;34(4):301-3.
70. Elliott AM, Smith BH, Smith WC, Chambers WA. Changes in chronic pain severity over time: the Chronic Pain Grade as a valid measure. *Pain*. 2000 Dec 1;88(3):303-308.
71. Fairbank J. Revised Oswestry disability questionnaire. *Spine*. 2000 Oct 1;25(19):2549-53.
72. Fairbank J. Use of Oswestry Disability Index. *Spine*. 1995 Jul 1;20(13):1535-7.
73. Fairbank JC, Couper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy*. 1980 Aug;66(8):271-3.
74. Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. *Spine*. 2000 Nov 15;25(22):2940-2953.
75. Feinstein AR, Josephy BR, Wells CK. Scientific and clinical problems in indexes of functional disability. *Ann Intern Med*. 1986 Sep;105(3):413-20.
76. Feller ER. Images and patterns in medicine. Ankylosing spondylitis. *R I Med*. 1993 Nov;76(11):575, 577.
77. Ferdoutsis M, Bouros D, Meletis G, Patsourakis G, Siafakas NM. Diffuse interstitial lung disease as an early manifestation of ankylosing spondylitis. *Respiration*. 1995;62(5):286-9.
78. Finckh A, Morabia A, Deluze C, Vischer T. Validation of questionnaire-based response criteria of treatment efficacy in the fibromyalgia syndrome. *Arthritis Care Res*. 1998 Apr;11(2):116-23.
79. Fiske DN, Bush CH, Edwards NL. Axial skeletal changes in paralysed patients may mimic ankylosing spondylitis. *Br J Rheumatol*. 1995 Feb;34(2):174-7.
80. Fitzpatrick RM, Bury M, Frank AO, Donnelly T. Problems in the assessment of outcome in a back pain clinic. *Int Disabil Stud*. 1987;9(4):161-5.
81. Follick MJ, Smith TW, Ahern DK. The sickness impact profile: a global measure of disability in chronic low back pain. *Pain*. 1985 Jan;21(1):67-76.
82. Frank A. Low back pain. *BMJ*. 1993 Jul 31;307(6899):323-4.
83. Fritz JM, Delitto A, Vignovic M, Busse RG. Interrater reliability of judgments of the centralization phenomenon and status change during movement testing in patients with low back pain. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000 Jan;81(1):57-61.
84. Fritz JM, George S. The use of a classification approach to identify subgroups of patients with acute low back pain. Interrater reliability and short-term treatment outcomes. *Spine*. 2000 Jan;25(1):106-14.
85. Frost H, Klaber Moffett JA, Moser JS, Fairbank JC. Randomised controlled trial for evaluation of fitness programme for patients with chronic low back pain. *BMJ*. 1995 Jan 21;310(6973):151-4.
86. Garratt AM, Ruta DA, Abdalla MI, Russell IT. SF 36 health survey questionnaire: II. Responsiveness to changes in health status in four common clinical conditions. *Qual Health Care*. 1994 Dec;3(4):186-92.
87. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol*. 1994 Dec;21(12):2286-91.
88. Gatchel RJ, Mayer TG, Capra P, Barnett J, Diamond P. Million Behavioral Health Inventory: its utility in predicting physical function in patients with low back pain. *Arch Phys Med Rehabil*. 1986 Dec;67(12):878-82.
89. Glogowski G. Early diagnosis of ankylosing spondylitis. *Z Allgemeinmed*. 1970 Mar 10;46(7):340-1.
90. Goldberg HM, Kohn HS. Diagnosis and management of low back pain. *Occup Health Saf*. 1980 Jun;49(6):14-5, 24-5, passim
91. Gonzalez Viejo MA, Condon Huerta MJ. Disability from low back pain in Spain. *Med Clin (Barc)*. 2000 Apr 8;114(13):491-2.
92. Gran JT, Husby G, Hordvik M. Spinal ankylosing spondylitis: a variant form of ankylosing spondylitis or a distinct disease entity? *Ann Rheum Dis*. 1985 Jun;44(6):368-71.
93. Gran JT, Husby G. Ankylosing spondylitis in women. *Semin Arthritis Rheum*. 1990 Apr;19(5):303-12.
94. Gran JT, Husby G. The epidemiology of ankylosing spondylitis. *Semin Arthritis Rheum*. 1993 Apr;22(5):319-34.
95. Gratacós J, Collado A, Filella X, et al. Serum cytokines (IL-6; TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$  and IFN- $\gamma$ ) in ankylosing spondylitis: a close correlation between serum IL-6 and disease activity and severity. *Br J Rheumatol* 1994;33:927-31.
96. Greenough CG, Fraser RD. Assessment of outcome in patients with low-back pain. *Spine*. 1992 Jan;17(1):36-41.
97. Grevitt M, Khazim R, Webb J, Mulholland R, Shepperd J. The short form-36 health survey questionnaire in spine surgery. *J Bone Joint Surg Br*. 1997 Jan;79(1):48-52.
98. Gronblad M, Hupli M, Wennerstrand P, Jarvinen E, Lukinmaa A, Kouri JP, Karaharju EO. Intercorrelation and test-retest reliability of the Pain Disability Index (PDI) and the Oswestry Disability Questionnaire (ODQ) and their correlation with pain intensity in low back pain patients. *Clin J Pain*. 1993 Sep;9(3):189-95.
99. Gronblad M, Jarvinen E, Airaksinen O, Ruuskanen M, Hamalainen H, Kouri JP. Relationship of subjective disability with pain intensity, pain duration, pain location, and work-related factors in nonoperated patients with chronic low back pain. *Clin J Pain*. 1996 Sep;12(3):194-200.
100. Gronblad M, Jarvinen E, Hurri H, Hupli M, Karaharju EO. Relationship of the Pain Disability Index (PDI) and the Oswestry Disability Questionnaire (ODQ) with three dynamic physical tests in a group of patients with chronic low-back and leg pain. *Clin J Pain*. 1994 Sep;10(3):197-203.
101. Gumpel JM. Ankylosing spondylitis. *Nurs Times*. 1974 Aug 22;70(34):1308-10.
102. Guyatt GH, Deyo RA, Charlson M, Levine MN, Mitchell A. Responsiveness and validity in health status measurement: a clarification. *J Clin Epidemiol*. 1989;42(5):403-8.



103. Haas M, Nyiendo J. Diagnostic utility of the McGill Pain Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire for classification of low back pain syndromes. *J Manipulative Physiol Ther.* 1992 Feb;15(2):90-8.
104. Hall J, Hall N, Fisher E, Killer D. Measurement of outcomes of general practice: comparison of three health status measures. *Fam Pract.* 1987 Jun;4(2):117-22.
105. Hampton JE. Outcomes and costs of care for acute low back pain. *N Engl J Med.* 1996 Feb 1;334(5):330.
106. Harley JB, Scofield RH. The spectrum of ankylosing spondylitis. *Hosp Pract.* 1995 Jul 15;30(7):37-43.
107. Harper AC, Harper DA, Lambert LJ, Andrews HB, Lo SK, Ross FM, Straker LM. Symptoms of impairment, disability and handicap in low back pain: a taxonomy. *Pain.* 1992 Aug;50(2):189-95.
108. Hart FD. Ankylosing spondylitis. *Nurs Mirror Midwives J.* 1971 Jul 2;133(1):23-6.
109. Hawley DJ, Wolfe F. Pain, disability, and pain/disability relationships in seven rheumatic disorders: a study of 1,522 patients. *J Rheumatol.* 1991 Oct;18(10):1552-7.
110. Hazard RG, Bendix A, Fenwick JW. Disability exaggeration as a predictor of functional restoration outcomes for patients with chronic low-back pain. *Spine.* 1991 Sep;16(9):1062-7.
111. Hazard RG, Haugh LD, Green PA, Jones PL. Chronic low back pain: The relationship between patient satisfaction and pain, impairment, and disability outcomes. *Spine.* 1994 Apr 15;19(8):881-7.
112. Heikkilä S, Viitanen JV, Kautiainen H, Kauppi M. Sensitivity to change of mobility tests; effect of short term intensive physiotherapy and exercise on spinal, hip, and shoulder measurements in spondyloarthropathy. *J Rheumatol.* 2000 May;27(5):1251-6.
113. Hidding A, de Witte L, van der Linden S. Determinants of self-reported health status in ankylosing spondylitis. *J Rheumatol.* 1994 Feb;21(2):275-8.
114. Hidding A, van der Linden S, Boers M, Gielen X, de Witte L, Kester A, Dijkmans B, Moolenburgh D. Is group physical therapy superior to individualized therapy in ankylosing spondylitis? A randomized controlled trial. *Arthritis Care Res.* 1993 Sep;6(3):117-25.
115. Hidding A, van der Linden S, de Witte L. Therapeutic effects of individual physical therapy in ankylosing spondylitis related to duration of disease. *Clin Rheumatol.* 1993 Sep;12(3):334-40.
116. Hidding A, van der Linden S, Gielen X, de Witte L, Dijkmans B, Moolenburgh D. Continuation of group physical therapy is necessary in ankylosing spondylitis: results of a randomized controlled trial. *Arthritis Care Res.* 1994 Jun;7(2):90-6.
117. Hidding A, van der Linden S. Factors related to change in global health after group physical therapy in ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol.* 1995 May;14(3):347-51.
118. Hidding A, van Santen M, De Klerk E, Gielen X, Boers M, Geenen R, Vlaeyen J, Kester A, van der Linden S. Comparison between self-report measures and clinical observations of functional disability in ankylosing spondylitis, rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *J Rheumatol.* 1994 May;21(5):818-23.
119. Hunter PS. Managing low back pain. *N Z Med J.* 1996 Jun 28;109(1024):243.
120. Hurley DA, Dusoir TE, McDonough SM, Moore AP, Linton SJ, Baxter GD. Biopsychosocial screening questionnaire for patients with low back pain: preliminary report of utility in physiotherapy practice in Northern Ireland. *Clin J Pain.* 2000 Sep;16(3):214-28.
121. Hutchinson PJ, Laing RJ, Waran V, Hutchinson E, Hollingworth W. Assessing outcome in lumbar disc surgery using patient completed measures. *Br J Neurosurg.* 2000 Jun;14(3):195-9.
122. Jackel WH, Cziske R, Gerdes N, Jacobi E. Assessment of the effectiveness of inpatient rehabilitation measures in patients with chronic low back pain: a prospective, randomized, controlled study. *Rehabilitation (Stuttg).* 1990 May;29(2):129-33.
123. Jefferson JR, McGrath PJ. Back pain and peripheral joint pain in an industrial setting. *Arch Phys Med Rehabil.* 1996 Apr;77(4):385-90.
124. Jenkinson TR, Mallorie PA, Whitelock HC, Kennedy LG, Garrett SL, Calin A. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS Metrology Index. *J Rheumatol.* 1994 Sep;21(9):1694-8.
125. Jensen MP, McFarland CA. Increasing the reliability and validity of pain intensity measurement in chronic pain patients. *Pain.* 1993 Nov;55(2):195-203.
126. Johansson E, Lindberg P. Subacute and chronic low back pain. Reliability and validity of a Swedish version of the Roland and Morris Disability Questionnaire. *Scand J Rehabil Med.* 1998 Sep;30(3):139-43.
127. Jones SD, Steiner A, Garrett SL, Calin A. The Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score (BAS-G). *Br J Rheumatol.* 1996 Jan;35(1):66-71.
128. Keefe FJ, Dolan E. Pain behavior and pain coping strategies in low back pain and myofascial pain dysfunction syndrome patients. *Pain.* 1986 Jan;24(1):49-56.
129. Kennedy LG, Edmunds L, Calin A. The natural history of ankylosing spondylitis. Does it burn out? *J Rheumatol.* 1993 Apr;20(4):688-92.
130. Kerns RD, Jacob MC. Psychological aspects of back pain. *Baillieres Clin Rheumatol.* 1993 Jun;7(2):37-56.
131. Kirwan J, Edwards A, Huitfeldt B, Thompson P, Currey H. The course of established ankylosing spondylitis and the effects of sulphasalazine over 3 years. *Br J Rheumatol.* 1993 Aug;32(8):729-33.
132. Klapow JC, Slater MA, Patterson TL, Doctor JN, Atkinson JH, Garfin SR. An empirical evaluation of multidimensional clinical outcome in chronic low back pain patients. *Pain.* 1993 Oct;55(1):107-18.
133. Knapp ME. Ankylosing spondylitis. *Postgrad Med.* 1968 Feb;43(2):231-3.
134. Koh WH, Howe HS, Boey ML. Ankylosing spondylitis in Singaporean Chinese: a clinical profile. *Singapore Med J.* 1993 Dec;34(6):518-20.
135. Kopec JA, Esdaile JM. Functional disability scales for back pain. *Spine.* 1995 Sep 1;20(17):1943-9.
136. Kopec JA. Measuring Functional Outcomes in Persons With Back Pain: A Review of Back-Specific Questionnaires. *Spine.* 2000 Dec 15;25(24):3110-3114.
137. Kraag G, Stokes B, Groh J, Helewa A, Goldsmith CH. The effects of comprehensive home physiotherapy and supervision on patients with ankylosing spondylitis—an 8-month follow-up. *J Rheumatol.* 1994 Feb; 21(2):261-3.
140. Lankhorst GJ, van de Stadt RJ, Vogelaar TW, van der Korst JK, Prevo AJ. Objectivity and repeatability of measurements in low back pain. *Scand J Rehabil Med.* 1982;14(1):21-6.

141. Lawlis GF, Cuencas R, Selby D, McCoy CE. The development of the Dallas Pain Questionnaire. An assessment of the impact of spinal pain on behavior. *Spine*. 1989 May;14(5):511-6.
142. Leak AM, Cooper J, Dyer S, Williams KA, Turner-Stokes L, Frank AO. The Northwick Park Neck Pain Questionnaire, devised to measure neck pain and disability. *Br J Rheumatol*. 1994 May;33(5):469-74.
143. Leavitt F. Predicting disability time using formal low back pain measurement: the Low Back Pain Simulation Scale. *J Psychosom Res*. 1991;35(4-5):599-607.
144. Leboeuf C, Love A, Crisp TC. Chiropractic chronic low back pain sufferers and self-report assessment methods. Part II. A reliability study of the Middlesex Hospital Questionnaire and the VAS Disability Scales Questionnaire. *J Manipulative Physiol Ther*. 1989 Apr;12(2):109-12.
145. Leboeuf-Yde C, Lauritsen JM. The prevalence of low back pain in the literature. A structured review of 26 Nordic studies from 1954 to 1993. *Spine*. 1995 Oct 1;20(19):2112-8.
146. Leclaire R, Blier F, Fortin L, Proulx R. A cross-sectional study comparing the Oswestry and Roland-Morris Functional Disability scales in two populations of patients with low back pain of different levels of severity. *Spine*. 1997 Jan 1;22(1):68-71.
147. Lehmann TR, Brand RA. Disability in the patient with low back pain. *Orthop Clin North Am*. 1982 Jul;13(3):559-68.
148. Lehmann TR, Spratt KF, Lehmann KK. Predicting long-term disability in low back injured workers presenting to a spine consultant. *Spine*. 1993 Jun 15;18(8):1103-12.
149. Lehtinen K. Mortality and causes of death in 398 patients admitted to hospital with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 1993 Mar;52(3):174-6.
150. Leveille SG, Guralnik JM, Hochberg M, Hirsch R, Ferrucci L, Langlois J, Rantanen T, Ling S. Low back pain and disability in older women: independent association with difficulty but not inability to perform daily activities. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1999 Oct;54(10):M487-93.
151. Lindstrom I, Ohlund C, Nachemson A. Physical performance, pain, pain behavior and subjective disability in patients with subacute low back pain. *Scand J Rehabil Med*. 1995 Sep;27(3):153-60.
152. Linton SJ, Hallden K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *Clin J Pain*. 1998 Sep;14(3):209-15.
153. Linton SJ. Memory for chronic pain intensity: correlates of accuracy. *Percept Mot Skills*. 1991 Jun;72(3 Pt 2):1091-5.
154. Little DG, MacDonald D. The use of the percentage change in Oswestry Disability Index score as an outcome measure in lumbar spinal surgery. *Spine*. 1994 Oct 1;19(19):2139-43.
155. Love A, Leboeuf C, Crisp TC. Chiropractic chronic low back pain sufferers and self-report assessment methods. Part I. A reliability study of the Visual Analogue Scale, the Pain Drawing and the McGill Pain Questionnaire. *J Manipulative Physiol Ther*. 1989 Feb;12(1):21-5.
156. Lubrano E, Butterworth M, Hesselden A, Wells S, Helliwell P. An audit of anthropometric measurements by medical and physiotherapy staff in patients with ankylosing spondylitis. *Clin Rehabil*. 1998 Jun;12(3):216-20.
157. Luoto S, Taimela S, Alaranta H, Hurri H. Psychomotor speed in chronic low-back pain patients and healthy controls: construct validity and clinical significance of the measure. *Percept Mot Skills*. 1998 Dec;87(3 Pt 2):1283-96.
158. MacKay K, Mack C, Brophy S, Calin A. The Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index (BASRI): a new, validated approach to disease assessment. *Arthritis Rheum*. 1998 Dec;41(12):2263-70.
159. Main CJ, Waddell G. Psychometric construction and validity of the Pilowsky Illness Behaviour Questionnaire in British patients with chronic low back pain. *Pain*. 1987 Jan;28(1):13-25.
160. Maksymowych WP, Jhangri GS, Leclercq S, Skeith K, Yan A, Russell AS. An open study of pamidronate in the treatment of refractory ankylosing spondylitis. *J Rheumatol*. 1998 Apr;25(4):714-7.
161. Malmros B, Jensen MB, Charles P, Mortensen LS. Effect of specific physiotherapy on chronic pain, functional level and quality of life in osteoporosis. A prospective randomized single-blind placebo-controlled study. *Ugeskr Laeger*. 1999 Aug 16;161(33):4636-41.
162. Malmros B, Mortensen L, Jensen MB, Charles P. Positive effects of physiotherapy on chronic pain and performance in osteoporosis. *Osteoporos Int*. 1998;8(3):215-21.
163. Mander M, Simpson JM, McLellan A, Walker D, Goodacre JA, Dick WC. Studies with an enthesitis index as a method of clinical assessment in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 1987 Mar;46(3):197-202.
164. Maniadas N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain*. 2000 Jan;84(1):95-103.
165. Manniche C, Asmussen K, Lauritsen B, Vinterberg H, Kreiner S, Jordan A. Low Back Pain Rating scale: validation of a tool for assessment of low back pain. *Pain*. 1994 Jun;57(3):317-26.
166. Marras WS, Ferguson SA, Gupta P, Bose S, Parnianpour M, Kim JY, Crowell RR. The quantification of low back disorder using motion measures. Methodology and validation. *Spine*. 1999 Oct 15;24(20):2091-100.
167. Marty M, Blotman F, Avouac B, Rozenberg S, Valat JP. Validation of the French version of the Dallas Pain Questionnaire in chronic low back pain patients. *Rev Rhum Engl Ed*. 1998 Feb;65(2):126-34.
168. Marzo J, Gutierrez Moreno F, Guillen Galve M, Domingo Moreno JA, Yoldi N. Childhood and juvenile ankylosing spondylitis? *Aten Primaria*. 1993 Nov 30;12(9):620-1.
169. Mau W, Zeidler H, Mau R, Majewski A, Freyschmidt J, Deicher H. Outcome of possible ankylosing spondylitis in a 10 years' follow-up study. *Clin Rheumatol*. 1987 Sep;6 Suppl 2:60-6.
170. McArthur DL, Cohen MJ, Schandler SL. Rasch analysis of functional assessment scales: an example using pain behaviors. *Arch Phys Med Rehabil*. 1991 Apr;72(5):296-304.
171. McClelland M, Andrews BJ, Patrick JH, Freeman PA, el Masri WS. Augmentation of the Oswestry Parawalker orthosis by means of surface electrical stimulation: gait analysis of three patients. *Paraplegia*. 1987 Feb;25(1):32-8.

172. McCracken LM, Gross RT, Sorg PJ, Edmands TA. Prediction of pain in patients with chronic low back pain: effects of inaccurate prediction and pain-related anxiety. *Behav Res Ther.* 1993 Sep;31(7):647-52.
173. McGorry RW, Webster BS, Snook SH, Hsiang SM. The relation between pain intensity, disability, and the episodic nature of chronic and recurrent low back pain. *Spine.* 2000 Apr 1;25(7):834-41.
174. McKinnon ME, Vickers MR, Ruddock VM, Townsend J, Meade TW. Community studies of the health service implications of low back pain. *Spine.* 1997 Sep 15;22(18):2161-6.
175. McLean IP, Gillan MG, Ross JC, Aspden RM, Porter RW. A comparison of methods for measuring trunk list. A simple plumbline is the best. *Spine.* 1996 Jul 15;21(14):1667-70.
176. Mellin G. Physical measurements and their reliability in low back pain patients. *Spine.* 1993 Jun 1;18(7):938-9.
177. Mientjes MI, Frank JS. Balance in chronic low back pain patients compared to healthy people under various conditions in upright standing. *Clin Biomech (Bristol, Avon).* 1999 Dec;14(10):710-6.
178. Millard RW, Jones RH. Construct validity of practical questionnaires for assessing disability of low-back pain. *Spine.* 1991 Jul;16(7):835-8.
179. Million R, Hall W, Nilsen KH, Baker RD, Jayson MI. Assessment of the progress of the back-pain patient 1981 Volvo Award in Clinical Science. *Spine.* 1982 May-Jun;7(3):204-12.
180. Million R, Nilsen KH, Jayson MI, Baker RD. Evaluation of low back pain and assessment of lumbar corsets with and without back supports. *Ann Rheum Dis.* 1981 Oct;40(5):449-54.
181. Moll JM, Liyanage SP, Wright V. An objective clinical method to measure lateral spinal flexion. *Rheumatol Phys Med.* 1972 Feb;11(5):225-39.
182. Moll JM, Wright V. Chest and spinal movement in ankylosing spondylitis. *Rheumatol Rehabil.* 1974 Feb;13(1):30-1.
183. Moll JM, Wright V. The pattern of chest and spinal mobility in ankylosing spondylitis. An objective clinical study of 106 patients. *Rheumatol Rehabil.* 1973 Aug;12(3):115-34.
184. Moll JM. Ankylosing spondylitis. *Nurs Times.* 1973 Aug 2;69(31):985-8.
185. Moncur C, Cannon GW, Shaw M, Willardson D, Clegg DO. Inter-observer reliability of the Spondylitis Functional Index Instrument for assessing spondylarthropathies. *Arthritis Care Res.* 1996 Jun;9(3):182-8.
186. Morgan-Jones RL, Wade R, Richardson JB. The motivation to learn: efficacy and relevance of the Oswestry postgraduate orthopaedic training programme. *Ann R Coll Surg Engl.* 1998 Jul;80(4):271-3.
187. Murata H, Inoue T. Ankylosing spondylitis. *Nippon Rinsho.* 1993 Jan;51 Suppl:938-45.
188. Murphy MA, Tosi DJ. Typological description of the chronic low back-pain syndrome using the Million Behavioral Health Inventory. *Psychol Rep.* 1995 Jun;76(3 Pt 2):1227-34.
189. Murtagh J. Tests for non organic low back pain. *Aust Fam Physician.* 1984 Aug;13(8):596
190. Nachemson A. Physiotherapy for low back pain patients. A critical look. *Scand J Rehabil Med.* 1969;1(2):85-90.
191. Nachemson AL, Andersson GB. Classification of low-back pain. *Scand J Work Environ Health.* 1982 Jun;8(2):134-6.
192. Naliboff BD, Cohen MJ, Swanson GA, Bonebakker AD, McArthur DL. Comprehensive assessment of chronic low back pain patients and controls: physical abilities, level of activity, psychological adjustment and pain perception. *Pain.* 1985 Oct;23(2):121-34.
193. Ohlund C, Eek C, Palmblad S, Areskoug B, Nachemson A. Quantified pain drawing in subacute low back pain. Validation in a nonselected outpatient industrial sample. *Spine.* 1996 May 1;21(9):1021-30.
194. Ohlund C, Lindstrom I, Areskoug B, Eek C, Peterson LE, Nachemson A. Pain behavior in industrial subacute low back pain. Part I. Reliability: concurrent and predictive validity of pain behavior assessments. *Pain.* 1994 Aug;58(2):201-9.
195. Ohnmeiss DD, Vanharanta H, Estlander AM, Jamsen. The relationship of disability (Oswestry) and pain drawings to functional testing. *Eur Spine J.* 2000 Jun;9(3):208-12.
196. Oldale B. Case study: ankylosing spondylitis. *Dist Nurs.* 1972 May;15(2):43-4.
197. Papageorgiou AC, Croft PR, Ferry S, Jayson MI, Silman AJ. Estimating the prevalence of low back pain in the general population. Evidence from the South Manchester Back Pain Survey. *Spine.* 1995 Sep 1;20(17):1889-94.
198. Pile KD, Laurent MR, Salmond CE, Best MJ, Pyle EA, Moloney RO. Clinical assessment of ankylosing spondylitis: a study of observer variation in spinal measurements. *Br J Rheumatol.* 1991 Feb;30(1):29-34.
199. Poitras S, Loisel P, Prince F, Lemaire J. Disability measurement in persons with back pain: a validity study of spinal range of motion and velocity. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000 Oct;81(10):1394-400.
200. Pollard CA. Preliminary validity study of the pain disability index. *Percept Mot Skills.* 1984 Dec;59(3):974.
201. Ramos-Remus C, Russell AS. Clinical features and management of ankylosing spondylitis. *Curr Opin Rheumatol.* 1993 Jul;5(4):408-13.
202. Riddle DL, Stratford PW, Binkley JM. Sensitivity to change of the Roland-Morris Back Pain Questionnaire: part 2. *Phys Ther.* 1998 Nov;78(11):1197-207.
203. Rigby AS, Wood PH. Observations on diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol.* 1993 Jan-Feb;11(1):5-12.
204. Rissanen A, Alaranta H, Sainio P, Harkonen H. Isokinetic and non-dynamometric tests in low back pain patients related to pain and disability index. *Spine.* 1994 Sep 1;19(17):1963-7.
205. Roach KE, Brown MD, Dunigan KM, Kusek CL, Walas M. Test-retest reliability of patient reports of low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther.* 1997 Nov;26(5):253-9.
206. Roberts WN, Larson MG, Liang MH, Harrison RA, Barefoot J, Clarke AK. Sensitivity of anthropometric techniques for clinical trials in ankylosing spondylitis. *Br J Rheumatol.* 1989 Feb;28(1):40-5.
207. Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine.* 2000 Dec 15;25(24):3115-3124.
208. Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. *Spine.* 1983 Mar;8(2):141-4.

209. Romera M, Mateo L. Childhood and juvenile ankylosing spondylitis. *Aten Primaria*. 1993 Nov 30;12(9):620.
210. Rosen JC, Grubman JA, Bevins T, Frymoyer JW. Musculoskeletal status and disability of MMPI profile subgroups among patients with low back pain. *Health Psychol*. 1987;6(6):581-98.
211. Roslawski A. Clinical aspects and diagnostic difficulties in early ankylosing spondylitis. *Wiad Lek*. 1966 Aug 15;19(16):1217-20.
212. Roslawski A. Painless ankylosing spondylitis. *Wiad Lek*. 1966 May 15;19(10):817-9.
213. Russell P, Unsworth A, Haslock I. The effect of exercise on ankylosing spondylitis—a preliminary study. *Br J Rheumatol*. 1993 Jun;32(6):498-506.
214. Ruta DA, Abdalla MI, Garratt AM, Coutts A, Russell IT. SF 36 health survey questionnaire: I. Reliability in two patient based studies. *Qual Health Care*. 1994 Dec;3(4):180-5.
215. Ruta DA, Garratt AM, Leng M, Russell IT, MacDonald LM. A new approach to the measurement of quality of life. The Patient-Generated Index. *Med Care*. 1994 Nov;32(11):1109-26.
216. Ruta DA, Garratt AM, Wardlaw D, Russell IT. Developing a valid and reliable measure of health outcome for patients with low back pain. *Spine* 1994; 19 (17): 1887-96.
217. Sadowska-Wroblewska M. Clinical analysis of 50 cases of ankylosing spondylitis. *Pol Tyg Lek*. 1970 Apr 13;25(15):529-31.
218. Schuppers HA, Plasmans CM. Ankylosing spondylitis, a roundabout diagnosis. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1994 Oct 1;138(40):1985-8.
219. Selim AJ, Ren XS, Fincke G, Deyo RA, Rogers W, Miller D, Linzer M, Kazis L. The importance of radiating leg pain in assessing health outcomes among patients with low back pain. Results from the Veterans Health Study. *Spine*. 1998 Feb 15;23(4):470-4.
220. Shebar ET. Outcomes and costs of care for acute low back pain. *N Engl J Med*. 1996 Feb 1;334(5):330.
221. Sikorski JM, Stampfer HG, Cole RM, Wheatley AE. Psychological aspects of chronic low back pain. *Aust N Z J Surg*. 1996 May;66(5):294-7.
222. Simmonds MJ, Olson SL, Jones S, Hussein T, Lee CE, Novy D, Radwan H. Psychometric characteristics and clinical usefulness of physical performance tests in patients with low back pain. *Spine*. 1998 Nov 15;23(22):2412-21.
223. Skargren EI, Oberg BE, Carlsson PG, Gade M. Cost and effectiveness analysis of chiropractic and physiotherapy treatment for low back and neck pain. Six-month follow-up. *Spine*. 1997 Sep 15;22(18):2167-77.
224. Slater MA, Hall HF, Atkinson JH, Garfin SR. Pain and impairment beliefs in chronic low back pain: validation of the Pain and Impairment Relationship Scale (PAIRS). *Pain*. 1991 Jan;44(1):51-6.
225. Smith BH, Penny KI, Purves AM, Munro C, Wilson B, Grimshaw J, Chambers WA, Smith WC. The Chronic Pain Grade questionnaire: validation and reliability in postal research. *Pain*. 1997 Jun;71(2):141-7.
226. Smith S. Index of suspicion. Case 2. Ankylosing spondylitis. *Pediatr Rev*. 1993 Mar;14(3):117-8.
227. Soderback I, Schult ML, Nordemar R. Assessment of patients with chronic back pain using the "Functional Status Questionnaire". *Scand J Rehabil Med*. 1993 Sep;25(3):139-43.
228. Sokolowski A. Our observations on the relationship between the clinical picture and patient's age in ankylosing spondylitis. *Reumatologia*. 1965;3(2):103-9.
229. Stenstrom CH, Hellstrom S, Hultgren M, Wikstrom M. Reliability and validity of a Swedish version of the Revised Leeds Disability Questionnaire for patients with ankylosing spondylitis. *Scand J Rheumatol*. 2000;29(4):243-8.
230. Stratford P, Solomon P, Binkley J, Finch E, Gill C. Sensitivity of Sickness Impact Profile items to measure change over time in a low-back pain patient group. *Spine*. 1993 Oct 1;18(13):1723-7.
231. Stratford PW, Binkley J, Solomon P, Finch E, Gill C, Moreland J. Defining the minimum level of detectable change for the Roland-Morris questionnaire. *Phys Ther*. 1996 Apr;76(4):359-65.
232. Stratford PW, Binkley J, Solomon P, Gill C, Finch E. Assessing change over time in patients with low back pain. *Phys Ther*. 1994 Jun;74(6):528-33.
233. Stratford PW, Binkley JM, Riddle DL, Guyatt GH. Sensitivity to change of the Roland-Morris Back Pain Questionnaire: part 1. *Phys Ther*. 1998 Nov;78(11):1186-96.
234. Stratford PW, Binkley JM, Riddle DL. Development and initial validation of the back pain functional scale. *Spine*. 2000 Aug 15;25(16):2095-102.
235. Stratford PW, Binkley JM. A comparison study of the back pain functional scale and Roland Morris Questionnaire. North American Orthopaedic Rehabilitation Research Network. *J Rheumatol*. 2000 Aug;27(8):1928-36.
236. Stratford PW, Binkley JM. Applying the results of self-report measures to individual patients: an example using the Roland-Morris Questionnaire. *J Orthop Sports Phys Ther*. 1999 Apr;29(4):232-9.
237. Strender LE, Sjoblom A, Sundell K, Ludwig R, Taube A. Interexaminer reliability in physical examination of patients with low back pain. *Spine*. 1997 Apr 1;22(7):814-20.
238. Strong J, Ashton R, Large RG. Function and the patient with chronic low back pain. *Clin J Pain*. 1994 Sep;10(3):191-6.
239. Sturrock RD, Wojtulewski JA, Hart FD. Spondylometry in a normal population and in ankylosing spondylitis. *Rheumatol Rehabil*. 1973 Aug;12(3):135-42.
240. Suarez-Almazor ME, Kendall C, Johnson JA, Skeith K, Vincent D. Use of health status measures in patients with low back pain in clinical settings. Comparison of specific, generic and preference-based instruments. *Rheumatology (Oxford)*. 2000 Jul;39(7):783-90.
241. Takata K, Hirotsu H. Pain drawing in the evaluation of low back pain. *Int Orthop*. 1995;19(6):361-6.
242. Talo S, Puukka P, Rytokoski U, Ronnema T, Kallio V. Can treatment outcome of chronic low back pain be predicted? Psychological disease consequences clarifying the issue. *Clin J Pain*. 1994 Jun;10(2):107-21.
243. Taylor AL, Balakrishnan C, Calin A. Reference centile charts for measures of disease activity, functional impairment, and metrology in ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*. 1998 Jun;41(6):1119-25.
244. Taylor SJ, Taylor AE, Foy MA, Fogg AJ. Responsiveness of common outcome measures for patients with low back pain. *Spine*. 1999 Sep 1;24(17):1805-12.

245. Tishler M, Brostovski Y, Yaron M. Effect of spa therapy in Tiberias on patients with ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol*. 1995 Jan;14(1):21-5.
246. Toomey TC, Seville JL, Mann JD, Abashian SW, Grant JR. Relationship of sexual and physical abuse to pain description, coping, psychological distress, and health-care utilization in a chronic pain sample. *Clin J Pain*. 1995 Dec;11(4):307-15.
247. Treiber W. The clinical course of ankylosing spondylitis. *Verh Dtsch Ges Rheumatol*. 1969;1:101-4.
248. Triano JJ, McGregor M, Cramer GD, Emde DL. A comparison of outcome measures for J Manipulative Physiol Ther. 1993 Feb;16(2):67-73.
249. Troev T. The effect of kinesitherapy on spinal mobility in patients with Bechterew's disease. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult*. 1995 Mar-Apr;(2):18-9.
250. Underwood MR, Barnett AG, Vickers MR. Evaluation of two time-specific back pain outcome measures. *Spine*. 1999 Jun 1;24(11):1104-12.
251. van den Hoogen HJ, Koes BW, van Eijk JT, Bouter LM, Deville W. Pain and health status of primary care patients with low back pain. *J Fam Pract*. 1997 Feb;44(2):187-92.
252. van der Linden S, van der Heijde DM. Ankylosing spondylitis and other B27 related spondylarthropathies. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1995 May;9(2):355-73. Review.
253. Vernon H, Mior S. The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. *J Manipulative Physiol Ther*. 1991 Sep;14(7):409-15.
254. Viitanen JV, Heikkila S, Kokko ML, Kautiainen H. Clinical assessment of spinal mobility measurements in ankylosing spondylitis: a compact set for follow-up and trials? *Clin Rheumatol*. 2000;19(2):131-7.
255. Viitanen JV, Kautiainen H, Kokko ML, Ala-Peijari S. Age and spinal mobility in ankylosing spondylitis. *Scand J Rheumatol*. 1995;24(5):314-5.
256. Viitanen JV, Kautiainen H, Suni J, Kokko ML, Lehtinen K. The relative value of spinal and thoracic mobility measurements in ankylosing spondylitis. *Scand J Rheumatol*. 1995;24(2):94-7.
257. Viitanen JV, Kokko ML, Heikkila S, Kautiainen H. Neck mobility assessment in ankylosing spondylitis: a clinical study of nine measurements including new tape methods for cervical rotation and lateral flexion. *Br J Rheumatol*. 1998 Apr;37(4):377-81.
258. Viitanen JV, Kokko ML, Lehtinen K, Suni J, Kautiainen H. Correlation between mobility restrictions and radiologic changes in ankylosing spondylitis. *Spine*. 1995 Feb 15;20(4):492-6.
259. Viitanen JV. Thoracolumbar rotation in ankylosing spondylitis. A new noninvasive measurement method. *Spine*. 1993 Jun 1;18(7):880-3.
260. Waddell G, Main CJ. Assessment of severity in low-back disorders. *Spine*. 1984 Mar;9(2):204-8.
261. Waddell G, Main CJ. Assessment of severity of low back disorders. *Acta Orthop Belg*. 1987;53(2):269-71.
262. Waddell G, Somerville D, Henderson I, Newton M. Objective clinical evaluation of physical impairment in chronic low back pain. *Spine*. 1992 Jun;17(6):617-28.
263. Waldner A, Cronstedt H, Stenstrom CH. The Swedish version of the Bath ankylosing spondylitis disease activity index. Reliability and validity. *Scand J Rheumatol Suppl*. 1999;111:10-6.
264. Weiner D, Pieper C, McConnell E, Martinez S, Keefe F. Pain measurement in elders with chronic low back pain: traditional and alternative approaches. *Pain*. 1996 Oct;67(2-3):461-7.
265. Werneke MW, Harris DE, Lichter RL. Clinical effectiveness of behavioral signs for screening chronic low-back pain patients in a work-oriented physical rehabilitation program. *Spine*. 1993 Dec;18(16):2412-8.
266. Wiesinger GF, Nuhr M, Quittan M, Ebenbichler G, Wolf G, Fialka-Moser V. Cross-cultural adaptation of the Roland-Morris questionnaire for German-speaking patients with low back pain. *Spine*. 1999 Jun 1;24(11):1099-103.
267. Will R, Edmunds L, Elswood J, Calin A. Is there sexual inequality in ankylosing spondylitis? A study of 498 women and 1202 men. *J Rheumatol*. 1990 Dec;17(12):1649-52.
268. Williams KA. Ankylosing spondylitis. *Br J Clin Pract*. 1965 Nov;19(11):647-54.
269. Wing PC. The use of psychological tests in the evaluation of low-back pain. *J Bone Joint Surg Am*. 1983 Dec;65(9):1356.
270. Wolfe F, Hawley DJ, Peloso PM, Wilson K, Anderson J. Back pain in osteoarthritis of the knee. *Arthritis Care Res*. 1996 Oct;9(5):376-83.
271. Ziebland S, Fitzpatrick R, Jenkinson C, Mowat A, Mowat A. Comparison of two approaches to measuring change in health status in rheumatoid arthritis: the Health Assessment Questionnaire (HAQ) and modified HAQ. *Ann Rheum Dis*. 1992 Nov; 51(11):1202-5.

# **Scale di valutazione del ginocchio e dell'anca**

## WOMAC Osteoarthritis Index

Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. J Rheumatol. 1988 Dec;15(12):1833-40.

### Versione Italiana

Salaffi F, Blasetti P, Del Medico P, Stancati A, Carotti M. Affidabilità e validità della versione italiana del WOMAC nella valutazione della gonartrosi sintomatica. Reumatismo 52 (Suppl 2); abstr. pag 602, 2000.

Istruzioni per il paziente. Nelle sezioni A, B e C del seguente questionario, le domande Le verranno poste nel formato qui sotto illustrato. La preghiamo di fornire le Sue risposte collocando una crocetta sulla linea orizzontale.

Esempi:

Collocando una "X" sull'estremità sinistra della linea, Lei indica che non prova nessun dolore (punteggio 0)

NESSUN DOLORE **X** 0 100 ESTREMO DOLORE

Collocando una "X" sull'estremità destra della linea, Lei indica che il dolore provato è estremo (punteggio 100)

NESSUN DOLORE 0 100 ESTREMO DOLORE

Le sarà richiesto di indicare su questo tipo di scala l'intensità del dolore, la rigidità o l'invalidità da Lei provati nel corso delle ultime 48 ore.

Nel fornire le risposte alle nostre domande, dovrà pensare al Suo ginocchio (o anca). Indichi l'intensità del dolore, della rigidità e dell'invalidità fisica che imputa all'artrosi che affligge il Suo ginocchio (o anca).

## DOLORE

**Pensi al dolore imputabile all'artrosi accusato in corrispondenza del Suo ginocchio (o anca) durante le ultime 48 ore.**

(Per favore, indichi le Sue risposte collocando una crocetta sulla linea orizzontale)

DOMANDA: <b>Che intensità di dolore prova.....</b>		
1. Camminando su una superficie piana?		
<b>NESSUN DOLORE</b>		<b>ESTREMO DOLORE</b>
2. Salendo o scendendo le scale?		
<b>NESSUN DOLORE</b>		<b>ESTREMO DOLORE</b>
3. A letto, durante il sonno notturno (interferisce con il sonno)?		
<b>NESSUN DOLORE</b>		<b>ESTREMO DOLORE</b>
4. Da seduto o in posizione supina?		
<b>NESSUN DOLORE</b>		<b>ESTREMO DOLORE</b>
5. Stando in piedi, in posizione eretta?		
<b>NESSUN DOLORE</b>		<b>ESTREMO DOLORE</b>



## RIGIDITÀ

**Pensi alla rigidità (non al dolore) imputabile all'artrosi accusato in corrispondenza del Suo ginocchio (o anca) durante le ultime 48 ore. La rigidità è una sensazione di riduzione della facilità di movimento dell'articolazione.**

(Per favore, indichi le Sue risposte collocando una crocetta sulla linea orizzontale)

6. Quanto è intensa la Sua rigidità subito dopo il risveglio del mattino?
<b>NESSUNA RIGIDITA'</b>  -----  <b>ESTREMA RIGIDITA'</b> 0 100
7. Quanto è intensa la Sua rigidità dopo essere stato seduto, sdraiato oppure dopo aver riposato, più tardi nel corso della giornata ?
<b>NESSUNA RIGIDITA'</b>  -----  <b>ESTREMA RIGIDITA'</b> 0 100

**DIFFICOLTA' NELLA CONDUZIONE DELLE NORMALI ATTIVITA' FISICHE**

Pensi alla difficoltà che ha riscontrato nella conduzione delle seguenti attività fisiche quotidiane imputabile all'artrosi accusata in corrispondenza del Suo ginocchio (o anca) durante le ultime 48 ore. Con ciò intendiamo la Sua capacità di muoversi e prendersi cura di se stesso.  
(Per favore, indichi le Sue risposte collocando una crocetta sulla linea orizzontale)

DOMANDA: Qual è il grado di difficoltà che avverte nel.....		
8. Scendere le scale?		
NESSUNA DIFFICOLTA'	0 _____ 100	ESTREMA DIFFICOLTA'
9. Salire le scale?		
NESSUNA DIFFICOLTA'	0 _____ 100	ESTREMA DIFFICOLTA'
10. Alzarsi da seduto?		
NESSUNA DIFFICOLTA'	0 _____ 100	ESTREMA DIFFICOLTA'
11. Stare in piedi?		
NESSUNA DIFFICOLTA'	0 _____ 100	ESTREMA DIFFICOLTA'
12. Piegarsi verso il pavimento (per raccogliere un oggetto)?		
NESSUNA DIFFICOLTA'	0 _____ 100	ESTREMA DIFFICOLTA'
13. Camminare su una superficie piana?		
NESSUNA DIFFICOLTA'	0 _____ 100	ESTREMA DIFFICOLTA'

## DIFFICOLTA' NELLA CONDUZIONE DELLE NORMALI ATTIVITA' FISICHE

Pensi alla difficoltà che ha riscontrato nella conduzione delle seguenti attività fisiche quotidiane imputabile all'artrosi accusata in corrispondenza del Suo ginocchio (o anca) durante le ultime 48 ore. Con ciò intendiamo la Sua capacità di muoversi e prendersi cura di se stesso.  
(Per favore, indichi le Sue risposte collocando una crocetta sulla linea orizzontale)

DOMANDA: Qual è il grado di difficoltà che avverte nel.....		
14. Entrare ed uscire da una autovettura o salire e scendere da un autobus?		
NESSUNA DIFFICOLTA'		ESTREMA DIFFICOLTA'
15. Andare a far spese?		
NESSUNA DIFFICOLTA'		ESTREMA DIFFICOLTA'
16. Mettersi i calzini o le calze?		
NESSUNA DIFFICOLTA'		ESTREMA DIFFICOLTA'
17. Alzarsi da letto?		
NESSUNA DIFFICOLTA'		ESTREMA DIFFICOLTA'
18. Togliersi i calzini o le calze?		
NESSUNA DIFFICOLTA'		ESTREMA DIFFICOLTA'
19. Stare sdraiato a letto?		
NESSUNA DIFFICOLTA'		ESTREMA DIFFICOLTA'

**DIFFICOLTA' NELLA CONDUZIONE DELLE NORMALI ATTIVITA' FISICHE**

Pensi alla difficoltà che ha riscontrato nella conduzione delle seguenti attività fisiche quotidiane imputabile all'artrosi accusata in corrispondenza del Suo ginocchio (o anca) durante le ultime 48 ore. Con ciò intendiamo la Sua capacità di muoversi e prendersi cura di se stesso.  
(Per favore, indichi le Sue risposte collocando una crocetta sulla linea orizzontale)

DOMANDA: Qual è il grado di difficoltà che avverte nel.....		
20. Entrare ed uscire dalla vasca da bagno?		
NESSUNA DIFFICOLTA'		ESTREMA DIFFICOLTA'
21. Stare seduto?		
NESSUNA DIFFICOLTA'		ESTREMA DIFFICOLTA'
22. Sedersi o alzarsi dal water?		
NESSUNA DIFFICOLTA'		ESTREMA DIFFICOLTA'
23. Fare lavori domestici pesanti?		
NESSUNA DIFFICOLTA'		ESTREMA DIFFICOLTA'
24. Fare lavori domestici leggeri?		
NESSUNA DIFFICOLTA'		ESTREMA DIFFICOLTA'

## Indice algo-funzionale di Lequesne per la coxartrosi

Lequesne MG, Mery C, Samson M, Gerard P. Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee. Validation--value in comparison with other assessment tests. Scand J Rheumatol 1987;65:85-9.

### 1) Dolore o fastidio

A) Riposo notturno			
- Nessuno o insignificante	0	<input type="checkbox"/>	
- Solo al movimento o in alcune posizioni	1	<input type="checkbox"/>	
- Anche senza movimento	2	<input type="checkbox"/>	
B) Rigidità mattutina			
- Meno di un minuto	0	<input type="checkbox"/>	
- Minore di 15 minuti	1	<input type="checkbox"/>	
- 15 minuti o più	2	<input type="checkbox"/>	
C) Aumento del dolore rimanendo in piedi più di 30 minuti	0	<input type="checkbox"/> NO	1 <input type="checkbox"/> SI
D) Dolore al movimento			
- Nessuno	0	<input type="checkbox"/>	
- Solo dopo aver percorso una certa distanza	1	<input type="checkbox"/>	
- Subito dopo aver iniziato a camminare	2	<input type="checkbox"/>	
E) Dolore o fastidio nella posizione seduta prolungata (2 ore)	0	<input type="checkbox"/> NO	1 <input type="checkbox"/> SI

### 2) Massima distanza percorsa

- Illimitata	0	<input type="checkbox"/>
- Poco più di un chilometro, ma con limitazioni	1	<input type="checkbox"/>
- Circa un chilometro (circa 15 minuti)	2	<input type="checkbox"/>
- Da 500 a 900 metri (circa 8-15 minuti)	3	<input type="checkbox"/>
- Da 300 a 500 metri	4	<input type="checkbox"/>
- Da 100 a 300 metri	5	<input type="checkbox"/>
- Meno di 100 metri	6	<input type="checkbox"/>
- Con l'aiuto di un bastone o stampella	+1	<input type="checkbox"/>
- Con l'aiuto di due bastoni o stampelle	+2	<input type="checkbox"/>

### 3) Attività della vita quotidiana

	Facilmente	Con difficoltà			Impossibile
- Può infilarsi i calzini piegandosi in avanti?	0 <input type="checkbox"/>	0,5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1,5 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Può raccogliere un oggetto dal pavimento?	0 <input type="checkbox"/>	0,5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1,5 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Può salire e scendere una rampa di scale?	0 <input type="checkbox"/>	0,5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1,5 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Può salire e scendere dall'automobile?	0 <input type="checkbox"/>	0,5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1,5 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

## Indice algo-funzionale di Lequesne per la gonartrosi

Lequesne MG, Mery C, Samson M, Gerard P. Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee. Validation--value in comparison with other assessment tests. Scand J Rheumatol 1987;65:85-9.

### 1) Dolore o fastidio

A) Riposo notturno			
- Nessuno o insignificante	0	<input type="checkbox"/>	
- Solo al movimento o in alcune posizioni	1	<input type="checkbox"/>	
- Anche senza movimento	2	<input type="checkbox"/>	
B) Rigidità mattutina			
- Meno di un minuto	0	<input type="checkbox"/>	
- Minore di 15 minuti	1	<input type="checkbox"/>	
- 15 minuti o più	2	<input type="checkbox"/>	
C) Aumento del dolore rimanendo in piedi più di 30 minuti	0	<input type="checkbox"/> NO	1 <input type="checkbox"/> SI
D) Dolore al movimento			
- Nessuno	0	<input type="checkbox"/>	
- Solo dopo aver percorso una certa distanza	1	<input type="checkbox"/>	
- Subito dopo aver iniziato a camminare	2	<input type="checkbox"/>	
E) Dolore o fastidio alzandosi dalla posizione seduta senza l'aiuto delle braccia	0	<input type="checkbox"/> NO	1 <input type="checkbox"/> SI

### 2) Massima distanza percorsa

- Illimitata	0	<input type="checkbox"/>
- Poco più di un chilometro, ma con limitazioni	1	<input type="checkbox"/>
- Circa un chilometro (circa 15 minuti)	2	<input type="checkbox"/>
- Da 500 a 900 metri (circa 8-15 minuti)	3	<input type="checkbox"/>
- Da 300 a 500 metri	4	<input type="checkbox"/>
- Da 100 a 300 metri	5	<input type="checkbox"/>
- Meno di 100 metri	6	<input type="checkbox"/>
- Con l'aiuto di un bastone o stampella	+1	<input type="checkbox"/>
- Con l'aiuto di due bastoni o stampelle	+2	<input type="checkbox"/>

### 3) Attività della vita quotidiana

	Facilmente	Con difficoltà			Impossibile
- Può salire una normale rampa di scale?	0 <input type="checkbox"/>	0,5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1,5 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Può scendere una normale rampa di scale?	0 <input type="checkbox"/>	0,5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1,5 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Può accovacciarsi?	0 <input type="checkbox"/>	0,5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1,5 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Può camminare su terreno irregolare?	0 <input type="checkbox"/>	0,5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1,5 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

## Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)

Roos EM, Roos HP, Lohmander LS, Ekdahl C, Beynnon BD. Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) development of a self-administered outcome measure.

J Orthop Sports Phys Ther. 1998 Aug;28(2):88-96

**ISTRUZIONI:** Nel questionario che segue, Le verranno poste delle domande riguardo al Suo ginocchio. Queste informazioni saranno utili per comprendere il dolore che Lei prova e quanto questo la limiti nelle abituali attività della vita quotidiana.

Risponda a ciascuna domanda, mettendo una crocetta nella casella corrispondente (solo una risposta per ciascuna domanda). Se nessuna delle possibili risposte dovesse sembrarLe appropriata, scelga quella **che più si avvicina** alla Sua situazione.

### SINTOMI

Risponda alle seguenti domande pensando ai sintomi riferibili al Suo ginocchio **nel corso dell'ultima settimana**.

S1) Ha avuto gonfiore a carico del ginocchio?	Mai <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Qualche volta <input type="checkbox"/>	Spesso <input type="checkbox"/>	Sempre <input type="checkbox"/>
S2) Quando muove il ginocchio, ha la sensazione che qualcosa "gratti dentro", o le sembra di udire scrosci o altri rumori?	Sempre <input type="checkbox"/>	Spesso <input type="checkbox"/>	Qualche volta <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Mai <input type="checkbox"/>
S3) Quando muove il ginocchio, Le si blocca o Le cede?	Sempre <input type="checkbox"/>	Spesso <input type="checkbox"/>	Qualche volta <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Mai <input type="checkbox"/>
S4) Può estendere completamente il ginocchio?	Sempre <input type="checkbox"/>	Spesso <input type="checkbox"/>	Qualche volta <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Mai <input type="checkbox"/>
S5) Può flettere completamente il ginocchio?	Sempre <input type="checkbox"/>	Spesso <input type="checkbox"/>	Qualche volta <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Mai <input type="checkbox"/>

### RIGIDITÀ

Le domande che seguono, riguardano il grado di rigidità articolare che ha provato **nel corso dell'ultima settimana**. La rigidità è una sensazione di impaccio o di perdita di scioltezza nei movimenti.

S6) Quanta rigidità prova al risveglio, dopo il riposo notturno, a livello del ginocchio?	Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
S7) Quanta rigidità prova nel corso della giornata dopo essere stato seduto, sdraiato, o dopo essere stato a riposo?	Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>

**DOLORE**

P1) Con quale frequenza avverte dolore a livello del ginocchio?				
Mai	Una volta al mese	Una volta alla settimana	Una volta al giorno	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto dolore ha provato nel corso dell'ultima settimana durante lo svolgimento delle seguenti attività?				
P2) Girarsi o fare perno sul ginocchio				
Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P3) Estendere il ginocchio completamente				
Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4) Flettere il ginocchio completamente				
Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P5) Camminare su un terreno piano				
Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P6) Salire o scendere le scale				
Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P7) A letto durante il riposo notturno				
Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P8) In posizione seduta o supina				
Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P9) Durante la stazione eretta				
Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**FUNZIONE FISICA, VITA QUOTIDIANA**

Le domande che seguono, riguardano la Sua funzione fisica. Indichi il grado di difficoltà che ha provato nel corso dell'ultima settimana nello svolgimento delle seguenti attività a causa del Suo ginocchio

A1) Scendere le scale	Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
A2) Salire le scale	Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
A3) Alzarsi da una sedia	Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
A4) Stare in piedi	Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
A5) Piegarsi verso il pavimento per raccogliere un oggetto	Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
A6) Camminare su una superficie piana	Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
A7) Entrare o uscire dall'automobile	Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
A8) Andare a fare spese	Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
A9) Infilarsi le calze o i calzini	Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
A10) Alzarsi dal letto	Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
A11) Togliere le calze o i calzini	Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
A12) Stare sdraiato nel letto (girandosi o tenendo il ginocchio fermo)	Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>

A13) Entrare o uscire dalla vasca da bagno				
Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
A14) Stare seduto				
Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
A15) Sedersi o alzarsi dal water				
Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
A16) Fare lavori domestici pesanti (spostare pesi, lavare il pavimento, etc)				
Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
A17) Fare lavori domestici leggeri (cucinare, passare uno straccio, etc)				
Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>

## FUNZIONE FISICA, SPORT E TEMPO LIBERO

Le domande seguenti riguardano la Sua funzione fisica quando si dedica ad attività maggiormente impegnative. Risponda pensando al grado di difficoltà che ha riscontrato nello svolgimento di queste attività **nel corso dell'ultima settimana** a causa del Suo ginocchio.

SP1) Accovacciarsi				
Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
SP2) Correre				
Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
SP3) Saltare				
Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
SP4) Ruotare facendo perno sul ginocchio malato				
Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>
SP5) Inginocchiarsi				
Nessuna <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Moderata <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Estrema <input type="checkbox"/>

**QUALITÀ DELLA VITA**

Q1) Con quale frequenza pensa al Suo problema al ginocchio?				
Mai	Una volta al mese	Una volta alla settimana	Una volta al giorno	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2) Ha modificato il Suo stile di vita per evitare attività che potessero risultare dannose per il suo ginocchio?				
No	Poco	In parte	Molto	Completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3) Quanto la preoccupa la perdita di sicurezza nel Suo ginocchio?				
Per niente	Poco	In parte	Molto	Moltissimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4) In generale, quanta limitazione avverte a livello del ginocchio?				
Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Hip Score of the Mayo Clinic (Mayo)

Kavanagh BF, Fitzgerald RH Jr. Clinical and roentgenographic assessment of total hip arthroplasty. A new hip score. Clin Orthop Rel Res 1985; 193: 133-40

### PARTE I – Valutazione Clinica

DOLORE	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> Nessuno	40
<input type="checkbox"/> Lieve o occasionale	35
<input type="checkbox"/> Moderato	20
<input type="checkbox"/> Severo	0

DEAMBULAZIONE	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> ≥ 1000 metri	15
<input type="checkbox"/> ≥ 600 metri	12
<input type="checkbox"/> 100-300 metri	7
<input type="checkbox"/> In casa	2
<input type="checkbox"/> Incapace di camminare	0

AUSILI	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> Nessuno	5
<input type="checkbox"/> Occasionalmente bastone	4
<input type="checkbox"/> Bastone o canadese per tutto il tempo	3
<input type="checkbox"/> Due bastoni, canadesi	2
<input type="checkbox"/> Deambulatore	1
<input type="checkbox"/> Incapace di camminare	0

<b>MOBILITÀ E FORZA MUSCOLARE</b>	
	Punteggio
<u>Entrare/uscire dall'auto</u>	
<input type="checkbox"/> Con facilità	5
<input type="checkbox"/> Con difficoltà	3
<input type="checkbox"/> Impossibile	0
<u>Cura del piede</u>	
<input type="checkbox"/> Con facilità	5
<input type="checkbox"/> Con difficoltà	3
<input type="checkbox"/> Impossibile	0
<u>Zoppia</u>	
<input type="checkbox"/> Nessuna	5
<input type="checkbox"/> Lieve	3
<input type="checkbox"/> Severa	0
<u>Scale</u>	
<input type="checkbox"/> Normale	5
<input type="checkbox"/> Con appoggio al corrimano	4
<input type="checkbox"/> Uno scalino alla volta	2
<input type="checkbox"/> Impossibile	0

## PARTE II – Valutazione Radiologica

<b>ACETABOLO</b>	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> Linea incompleta di radiotrasparenza nell'interfaccia osso-cemento	10 *
<input type="checkbox"/> Linea completa, da dopo l'intervento, $\leq 1$ mm	8 *
<input type="checkbox"/> Linea progressiva, da dopo l'intervento, $\leq 1$ mm	7 *
<input type="checkbox"/> Linea completa o progressiva $> 1$ mm in qualsiasi zona **	4 **
<input type="checkbox"/> Componente di migrazione	0 *

<b>FEMORE</b>	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> Linea incompleta di radiotrasparenza nell'interfaccia osso-cemento *	10 *
<input type="checkbox"/> Linea completa, da dopo l'intervento, $\leq 1$ mm *	8 *
<input type="checkbox"/> Linea progressiva, da dopo l'intervento, $\leq 1$ mm *	7 *
<input type="checkbox"/> Linea completa o progressiva $> 1$ mm in qualsiasi zona ***	4 ***
<input type="checkbox"/> Cedimento: $\leq 2$ mm	4
<input type="checkbox"/> Cedimento: $> 2$ mm	0
Linea radiotrasparente protesi-cemento:	
<input type="checkbox"/> $\leq 1$ mm	4
<input type="checkbox"/> 1-2 mm	2
<input type="checkbox"/> $> 2$ mm	0
* Ridotto di 2 punti se è visibile una frattura nel cemento	
** Zona 1-3 secondo De Lee and Charnley	
*** Zone 1-7 secondo Gruen et al.	

## PARTE III – Punteggio di crescita ossea radiologica

ACETABOLO	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> Non linea trasparente protesi-osso	10
<input type="checkbox"/> Parziale linea radiotrasparente protesi-osso $\leq 1$ mm	8
<input type="checkbox"/> Progressione in estensione della linea radiotrasp. ma $\leq 1$ mm in tutte le zone *	6 *
<input type="checkbox"/> Linea completa $> 1$ mm in tutte le zone *	6 *
<input type="checkbox"/> Linea radiotrasparente completa $> 1$ mm in tutte le zone *	4 *
<input type="checkbox"/> Spostamento della componente acetabolare	0

FEMORE	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> Non linea trasparente protesi-osso *	10
<input type="checkbox"/> Parziale linea radiotrasparente protesi-osso $\leq 1$ mm *	8
<input type="checkbox"/> Progressione in estensione della linea radiotrasparente ma $\leq$ mm in tutte le zone **	6 **
<input type="checkbox"/> Linea radiotrasparente completa $\leq$ mm in tutte le zone **	6 **
<input type="checkbox"/> Linea radiotrasparente $> 1$ mm in qualche zona **	4
<input type="checkbox"/> Cedimento della componente femorale $\leq 2$ mm	4
<input type="checkbox"/> Cedimento della componente femorale $> 2$ mm	0
* Zone 1-3 secondo DeLee and Chernley	
** Zona 1-7 secondo Gruen et al.	

## Bibliografia

1. Altman RD, Moskowitz R. Intraarticular sodium hyaluronate (Hyalgan) in the treatment of patients with osteoarthritis of the knee: a randomized clinical trial. Hyalgan Study Group. *J Rheumatol*. 1998 Nov;25(11):2203-12.
2. Anderson JG, Wixson RL, Tsai D, Stulberg SD, Chang RW. Functional outcome and patient satisfaction in total knee patients over the age of 75. *J Arthroplasty*. 1996 Oct;11(7):831-40.
3. Barr S, Bellamy N, Buchanan WW, Chalmers A, Ford PM, Kean WF, Kraag GR, Gercz-Simon E, Campbell J. A comparative study of signal versus aggregate methods of outcome measurement based on the WOMAC Osteoarthritis Index. Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index. *J Rheumatol*. 1994 Nov;21(11):2106-12.
4. Bellamy N, Buchanan WW, Chalmers A, Ford PM, Kean WF, Kraag GR, Gercz-Simon E, Campbell J. A multicenter study of tenoxicam and diclofenac in patients with osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol*. 1993 Jun;20(6):999-1004.
5. Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol*. 1988 Dec;15(12):1833-40.
6. Bellamy N, Campbell J, Stevens J, Pilch L, Stewart C, Mahmood Z. Validation study of a computerized version of the Western Ontario and McMaster Universities VA3.0 Osteoarthritis Index. *J Rheumatol*. 1997 Dec;24(12):2413-5.
7. Bellamy N, Goldsmith CH, Buchanan WW, Campbell J, Duku E. Prior score availability: observations using the WOMAC osteoarthritis index. *Br J Rheumatol*. 1991 Apr;30(2):150-1.
8. Bellamy N, Kean WF, Buchanan WW, Gercz-Simon E, Campbell J. Double blind randomized controlled trial of sodium meclofenamate (Meclomen) and diclofenac sodium (Voltaren): post validation reapplication of the WOMAC Osteoarthritis Index. *J Rheumatol*. 1992 Jan;19(1):153-9.
9. Bellamy N, Wells G, Campbell J. Relationship between severity and clinical importance of symptoms in osteoarthritis. *Clin Rheumatol*. 1991 Jun;10(2):138-43.
10. Bellamy N. Outcome measurement in osteoarthritis clinical trials. *J Rheumatol Suppl*. 1995 Feb;43:49-51.
11. Bellamy N. Pain assessment in osteoarthritis: experience with the WOMAC osteoarthritis index. *Semin Arthritis Rheum*. 1989 May;18(4 Suppl 2):14-7
12. Berman BM, Singh BB, Lao L, Langenberg P, Li H, Hadhazy V, Baretta J, Hochberg M. A randomized trial of acupuncture as an adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee. *Rheumatology (Oxford)*. 1999 Apr;38(4):346-54.
13. Boardman DL, Dorey F, Thomas BJ, Lieberman JR. The accuracy of assessing total hip arthroplasty outcomes: a prospective correlation study of walking ability and 2 validated measurement devices. *J Arthroplasty*. 2000 Feb;15(2):200-4.
14. Bombardier C, Melfi CA, Paul J, Green R, Hawker G, Wright J, Coyte P. Comparison of a generic and a disease-specific measure of pain and physical function after knee replacement surgery. *Med Care*. 1995 Apr;33(4 Suppl):AS131-44.
15. Braeken AM, Lochhaas-Gerlach JA, Gollish JD, Myles JD, Mackenzie TA. Determinants of 6-12 month postoperative functional status and pain after elective total hip replacement. *Int J Qual Health Care*. 1997 Dec;9(6):413-8.
16. Brazier JE, Harper R, Munro J, Walters SJ, Snaith ML. Generic and condition-specific outcome measures for people with osteoarthritis of the knee. *Rheumatology (Oxford)*. 1999 Sep;38(9):870-7.
17. Clark DI, Downing N, Mitchell J, Coulson L, Syzpryt EP, Doherty M. Physiotherapy for anterior knee pain: a randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis*. 2000 Sep;59(9):700-4.
18. Clark JA, Spiro A 3rd, Fincke G, Miller DR, Kazis LE. Symptom severity of osteoarthritis of the knee: a patient-based measure developed in the veterans health study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1998 Sep;53(5):M351-60.
19. Creamer P, Lethbridge-Cejku M, Hochberg MC. Determinants of pain severity in knee osteoarthritis: effect of demographic and psychosocial variables using 3 pain measures. *J Rheumatol*. 1999 Aug;26(8):1785-92.
20. Creamer P, Lethbridge-Cejku M, Hochberg MC. Factors associated with functional impairment in symptomatic knee osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2000 May;39(5):490-6.
21. Creamer P, Lethbridge-Cejku M, Hochberg MC. Where does it hurt? Pain localization in osteoarthritis of the knee. *Osteoarthritis Cartilage*. 1998 Sep;6(5):318-23.
22. Cross MJ, March LM, Lapsley HM, Tribe KL, Brnabic AJ, Courtenay BG, Brooks PM. Determinants of willingness to pay for hip and knee joint replacement surgery for osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2000 Nov;39(11):1242-8.
23. Davies GM, Watson DJ, Bellamy N. Comparison of the responsiveness and relative effect size of the western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index and the short-form Medical Outcomes Study Survey in a randomized, clinical trial of osteoarthritis patients. *Arthritis Care Res*. 1999 Jun;12(3):172-9.
24. de Bock GH, van Marwijk HW, Kaptein AA, Mulder JD. Osteoarthritis pain assessment in family practice. *Arthritis Care Res*. 1994 Mar;7(1):40-5.
25. Deyle GD, Henderson NE, Matekel RL, Ryder MG, Garber MB, Allison SC. Effectiveness of manual physical therapy and exercise in osteoarthritis of the knee. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2000 Feb 1;132(3):173-81.
26. Dieppe P, Cushnaghan J, Jasani MK, McCrae F, Watt I. A two-year, placebo-controlled trial of non-steroidal anti-inflammatory therapy in osteoarthritis of the knee joint. *Br J Rheumatol*. 1993 Jul;32(7):595-600.
27. Dieppe P. Management of osteoarthritis of the hip and knee joints. *Curr Opin Rheumatol*. 1993 Jul;5(4):487-93.

28. Dougados M, Villers C, Amor B. Sensitivity to change of various roentgenological severity scoring systems for osteoarthritis of the hip. *Rev Rhum Engl Ed*. 1995 Mar;62(3):169-73.
29. Dougados M. Clinical assessment of osteoarthritis in clinical trials. *Curr Opin Rheumatol*. 1995 Mar;7(2):87-91.
30. Ehrich EW, Davies GM, Watson DJ, Bolognese JA, Seidenberg BC, Bellamy N. Minimal perceptible clinical improvement with the Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index questionnaire and global assessments in patients with osteoarthritis. *J Rheumatol*. 2000 Nov;27(11):2635-41.
31. Ehrich EW, Schnitzer TJ, McIlwain H, Levy R, Wolfe F, Weisman M, Zeng Q, Morrison B, Bolognese J, Seidenberg B, Gertz BJ. Effect of specific COX-2 inhibition in osteoarthritis of the knee: a 6 week double blind, placebo controlled pilot study of rofecoxib. *Rofecoxib Osteoarthritis Pilot Study Group. J Rheumatol*. 1999 Nov;26(11):2438-47.
32. Finch E, Walsh M, Thomas SG, Woodhouse LJ. Functional ability perceived by individuals following total knee arthroplasty compared to age-matched individuals without knee disability. *J Orthop Sports Phys Ther*. 1998 Apr;27(4):255-63.
33. Grace D, Rogers J, Skeith K, Anderson K. Topical diclofenac versus placebo: a double blind, randomized clinical trial in patients with osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol*. 1999 Dec;26(12):2659-63.
34. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg Am* 1969; 51 (4): 737-55.
35. Hart DJ, Spector TD. The classification and assessment of osteoarthritis. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1995 May;9(2):407-32.
36. Hawker G, Melfi C, Paul J, Green R, Bombardier C. Comparison of a generic (SF-36) and a disease specific (WOMAC)(Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index)instrument in the measurement of outcomes after knee replacement surgery. *J Rheumatol*. 1995 Jun;22(6):1193-6.
37. Houpt JB, McMillan R, Wein C, Paget-Dellio SD. Effect of glucosamine hydrochloride in the treatment of pain of osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol*. 1999 Nov;26(11):2423-30.
38. Jones CA, Voaklander DC, Johnston DW, Suarez-Almazor ME. Health related quality of life outcomes after total hip and knee arthroplasties in a community based population. *J Rheumatol*. 2000 Jul;27(7):1745-52.
39. Jorring K. Osteoarthritis of the hip. *Epidemiology and clinical role. Acta Orthop Scand*. 1980 Jun;51(3):523-30.
40. Kalunian KC, Moreland LW, Klashman DJ, Brion PH, Concoff AL, Myers S, Singh R, Ike section sign RW, Seeger LL, Rich E, Skovron ML. Visually-guided irrigation in patients with early knee osteoarthritis: a multicenter randomized, controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage*. 2000 Nov;8(6):412-418.
41. Kavanagh BF, Fitzgerald RH Jr. Clinical and roentgenographic assessment of total hip arthroplasty. A new hip score. *Clin Orthop Rel Res* 1985; 193: 133-40.
42. Keating EM, Ranawat CS, Cats-Baril W. Assessment of postoperative vigor in patients undergoing elective total joint arthroplasty: a concise patient- and caregiver-based instrument. *Orthopedics*. 1999 Jan;22(1 Suppl):s119-28.
43. Kelly KD, Voaklander D, Kramer G, Johnston DW, Redfern L, Suarez-Almazor ME. The impact of health status on waiting time for major joint arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2000 Oct;15(7):877-83.
44. Kirkley A, Rampersaud R, Griffin S, Amendola A, Litchfield R, Fowler P. Tourniquet versus no tourniquet use in routine knee arthroscopy: a prospective, double-blind, randomized clinical trial. *Arthroscopy*. 2000 Mar;16(2):121-6.
45. Kirkley A, Webster-Bogaert S, Litchfield R, Amendola A, MacDonald S, McCalden R, Fowler P. The effect of bracing on varus gonarthrosis. *J Bone Joint Surg Am*. 1999 Apr;81(4):539-48.
46. Laupacis A, Bourne R, Rorabeck C, Feeny D, Wong C, Tugwell P, Leslie K, Bullas R. The effect of elective total hip replacement on health-related quality of life. *J Bone Joint Surg Am*. 1993 Nov;75(11):1619-26.
47. Ledingham J, Regan M, Jones A, Doherty M. Radiographic patterns and associations of osteoarthritis of the knee in patients referred to hospital. *Ann Rheum Dis*. 1993 Jul;52(7):520-6.
48. Lequesne M, Dougados M, Abiteboul M, Bontoux D, Bouvenot G, Chicheportiche V, Dreiser RL, Dropsy R, Maheu E, Mazieres B, et al. How to evaluate the long-term course of osteoarthritis. Tests for trials of fundamental treatments. *Rev Rhum Mal Osteoartic*. 1990 Oct 30;57(9 ( Pt 2)):24S-31S.
49. Lequesne M, Lamotte J, Samson M. Quality of life and functional indices in osteoarthritis. *Rev Rhum Ed Fr*. 1993 May;60(5 Pt 2):23S-29S.
50. Lequesne M, Samson M, Gerard P, Mery C. Pain-function indices for the follow-up of osteoarthritis of the hip and the knee. *Rev Rhum Mal Osteoartic*. 1990 Oct 30;57(9 ( Pt 2)):32S-36S.
51. Lequesne M. La coxarthrose: critères de diagnostic; étiologie sur 200 cas; rôle de la dysplasie congénitale, *Epidemiology of Osteoarthritis*. Edited by JG Peyron, Paris, Ciba-Geicy, 1980.
52. Lequesne M. Indices of severity and disease activity for osteoarthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 1991 Jun;20(6 Suppl 2):48-54.
53. Lequesne MG, Mery C, Samson M, Gerard P. Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee. Validation—value in comparison with other assessment tests. *Scand J Rheumatol Suppl*. 1987;65:85-9.
54. Lequesne MG, Mery C, Samson M, Marty M. Comparison between the WOMAC and the Lequesne indices in patients with knee and hip osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 1998 Nov;6(6):441-2.
55. Lequesne MG, Samson M. Indices of severity in osteoarthritis for weight bearing joints. *J Rheumatol Suppl*. 1991 Feb;27:16-8.
56. Lequesne MG. The algofunctional indices for hip and knee osteoarthritis. *J Rheumatol*. 1997 Apr;24(4):779-81.
57. Lohmander LS, Dalen N, Englund G, Hamalainen M, Jensen EM, Karlsson K, Odensten M, Ryd L, Sernbo I, Suomalainen O, Tegnander A. Intra-articular hyaluronan injections in the treatment of osteoarthritis of the knee: a randomised, double blind, placebo controlled multicentre trial. *Hyaluronan Multicentre Trial Group. Ann Rheum Dis*. 1996 Jul;55(7):424-31.
58. Maheu E, Dreiser RL, Lequesne M. Methodology of clinical trials in hand osteoarthritis. *Issues and proposals. Rev Rhum Engl Ed*. 1995 Jun;62(6 Suppl 1): 55S-62S.



59. Mahomed NN, Koo Seen Lin MJ, Levesque J, Lan S, Bogoch ER. Determinants and outcomes of inpatient versus home based rehabilitation following elective hip and knee replacement. *J Rheumatol.* 2000 Jul;27(7):1753-8.
60. Marks R. Correlations between measurements of the sense of knee position and the severity of joint lesions in knee osteoarthritis. *Rev Rhum Ed Fr.* 1994 Jun;61(6):423-30.
61. Martin DP, Engelberg R, Agel J, Swiontkowski MF. Comparison of the Musculoskeletal Function Assessment questionnaire with the Short Form-36, the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, and the Sickness Impact Profile health-status measures. *J Bone Joint Surg Am.* 1997 Sep;79(9):1323-35.
62. McAlindon TE, Cooper C, Kirwan JR, Dieppe PA. Determinants of disability in osteoarthritis of the knee. *Ann Rheum Dis.* 1993 Apr;52(4):258-62.
63. McCormack DR, Heisser AI, Smith LJ. Intraoperative vecuronium anaphylaxis compounded by latex hypersensitivity. *Ann Allergy.* 1994 Nov;73(5):405-8.
64. McGrory BJ, Freiberg AA, Shinar AA, Harris WH. Correlation of measured range of hip motion following total hip arthroplasty and responses to a questionnaire. *J Arthroplasty.* 1996 Aug;11(5):565-71.
65. McGrory BJ, Harris WH. Can the western Ontario and McMaster Universities (WOMAC) osteoarthritis index be used to evaluate different hip joints in the same patient? *J Arthroplasty.* 1996 Oct;11(7):841-4.
66. McGrory BJ, Shinar AA, Freiberg AA, Harris WH. Enhancement of the value of hip questionnaires by telephone follow-up evaluation. *J Arthroplasty.* 1997 Apr;12(3):340-3.
67. O'Reilly SC, Jones A, Muir KR, Doherty M. Quadriceps weakness in knee osteoarthritis: the effect on pain and disability. *Ann Rheum Dis.* 1998 Oct;57(10):588-94.
68. O'Reilly SC, Muir KR, Doherty M. Effectiveness of home exercise on pain and disability from osteoarthritis of the knee: a randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis.* 1999 Jan;58(1):15-9.
69. Pelletier JP, Yaron M, Haraoui B, Cohen P, Nahir MA, Choquette D, Wigler I, Rosner IA, Beaulieu AD. Efficacy and safety of diacerein in osteoarthritis of the knee: a double-blind, placebo-controlled trial. The Diacerein Study Group. *Arthritis Rheum.* 2000 Oct;43(10):2339-48.
70. Peloso PM, Bellamy N, Bensen W, Thomson GT, Harsanyi Z, Babul N, Darke AC. Double blind randomized placebo control trial of controlled release codeine in the treatment of osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol.* 2000 Mar;27(3):764-71.
71. Price JS, Till SH, Bickerstaff DR, Bayliss MT, Hollander AP. Degradation of cartilage type II collagen precedes the onset of osteoarthritis following anterior cruciate ligament rupture. *Arthritis Rheum.* 1999 Nov;42(11):2390-8.
72. Rejeski WJ, Ettinger WH Jr, Shumaker S, Heuser MD, James P, Monu J, Burns R. The evaluation of pain in patients with knee osteoarthritis: the knee pain scale. *J Rheumatol.* 1995 Jun;22(6):1124-9.
73. Roos EM, Klassbo M, Lohmander LS. WOMAC osteoarthritis index. Reliability, validity, and responsiveness in patients with arthroscopically assessed osteoarthritis. Western Ontario and McMaster Universities. *Scand J Rheumatol.* 1999;28(4):210-5.
74. Roos EM, Roos HP, Ekdahl C, Lohmander LS. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)—validation of a Swedish version. *Scand J Med Sci Sports.* 1998 Dec;8(6):439-48.
75. Roos EM, Roos HP, Lohmander LS, Ekdahl C, Beynon BD. Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)—development of a self-administered outcome measure. *J Orthop Sports Phys Ther.* 1998 Aug;28(2):88-96.
76. Roos EM, Roos HP, Lohmander LS. WOMAC Osteoarthritis Index—additional dimensions for use in subjects with post-traumatic osteoarthritis of the knee. Western Ontario and MacMaster Universities. *Osteoarthritis Cartilage.* 1999 Mar;7(2):216-21.
77. Rowles TK, Womac C, Bratton GR, Tiffany-Castiglioni E. Interaction of lead and zinc in cultured astroglia. *Metab Brain Dis.* 1989 Sep;4(3):187-201.
78. Ryser L, Wright BD, Aeschlimann A, Mariacher-Gehler S, Stucki G. A new look at the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index using Rasch analysis. *Arthritis Care Res.* 1999 Oct;12(5):331-5.
79. Salaffi F, Blasetti P, Del Medico P, Stancati A, Carotti M. Affidabilità e validità della versione italiana del WOMAC nella valutazione della gonartrosi sintomatica. *Reumatismo* 52 (Suppl 2); abstr. pag 602, 2000.
80. Salaffi F, Cavalieri F, Nolli M, Ferraccioli GF. Analysis of disability in knee osteoarthritis. Relationship with age and psychological variables but not with radiographic score. *J Rheumatol* 1991; 18: 1581-6.
81. Sangha O, Liang MH. Assessment outcomes of clinical drug trials in osteoarthritis. *Curr Opin Rheumatol.* 1995 Jul;7(4):352-5.
82. Sharma L, Hayes KW, Felson DT, Buchanan TS, Kirwan-Mellis G, Lou C, Pai YC, Dunlop DD. Does laxity alter the relationship between strength and physical function in knee osteoarthritis? *Arthritis Rheum.* 1999 Jan;42(1):25-32.
83. Singer F, Mayrhofer F, Klein G, Hawel R, Kollenz CJ. Evaluation of the efficacy and dose-response relationship of dexibuprofen (S(+)-ibuprofen) in patients with osteoarthritis of the hip and comparison with racemic ibuprofen using the WOMAC osteoarthritis index. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2000 Jan;38(1):15-24.
84. Soderman P, Malchau H. Validity and reliability of Swedish WOMAC osteoarthritis index: a self-administered disease-specific questionnaire (WOMAC) versus generic instruments (SF-36 and NHP). *Acta Orthop Scand.* 2000 Feb;71(1):39-46.
85. Spector TD, Hart DJ, Byrne J, Harris PA, Dacre JE, Doyle DV. Definition of osteoarthritis of the knee for epidemiological studies. *Ann Rheum Dis.* 1993 Nov;52(11):790-4.
86. Stucki G, Meier D, Stucki S, Michel BA, Tyndall AG, Dick W, Theiler R. Evaluation of a German version of WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) Arthrosis Index. *Z Rheumatol.* 1996 Jan-Feb;55(1):40-9.
87. Stucki G, Sangha O, Stucki S, Michel BA, Tyndall A, Dick W, Theiler R. Comparison of the WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) osteoarthritis index and a self-report format of the self-administered Lequesne-Algofunctional index in patients with knee and hip osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage.* 1998 Mar;6(2):79-86.

88. Sun Y, Sturmer T, Gunther KP, Brenner H. Reliability and validity of clinical outcome measurements of osteoarthritis of the hip and knee—a review of the literature. *Clin Rheumatol*. 1997 Mar;16(2):185-98.
89. Takeda W, Wessel J. Acupuncture for the treatment of pain of osteoarthritic knees. *Arthritis Care Res*. 1994 Sep;7(3):118-22.
90. Theiler R, Sangha O, Schaeren S, Michel BA, Tyndall A, Dick W, Stucki G. Superior responsiveness of the pain and function sections of the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) as compared to the Lequesne-Algofunctional Index in patients with osteoarthritis of the lower extremities. *Osteoarthritis Cartilage*. 1999 Nov;7(6):515-9.
91. Theiler R, Stucki G, Schutz R, Hofer H, Seifert B, Tyndall A, Michel BA. Parametric and non-parametric measures in the assessment of knee and hip osteoarthritis: interobserver reliability and correlation with radiology. *Osteoarthritis Cartilage*. 1996 Mar;4(1):35-42.
92. Wessel J. The reliability and validity of pain threshold measurements in osteoarthritis of the knee. *Scand J Rheumatol*. 1995;24(4):238-42.
93. Wigler I, Neumann L, Yaron M. Validation study of a Hebrew version of WOMAC in patients with osteoarthritis of the knee. *Clin Rheumatol*. 1999;18(5):402-5.
94. Williams JI, Llewellyn Thomas H, Arshinoff R, Young N, Naylor CD. The burden of waiting for hip and knee replacements in Ontario. Ontario Hip and Knee Replacement Project Team. *J Eval Clin Pract*. 1997 Feb;3(1):59-68.
95. Wolfe F, Kong SX. Rasch analysis of the Western Ontario MacMaster questionnaire (WOMAC) in 2205 patients with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 1999 Sep;58(9):563-8.
96. Wolfe F. Determinants of WOMAC function, pain and stiffness scores: evidence for the role of low back pain, symptom counts, fatigue and depression in osteoarthritis, rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *Rheumatology (Oxford)*. 1999 Apr;38(4):355-61.
97. Wolfe F. Psychological distress and rheumatic disease. *Scand J Rheumatol*. 1999;28(3):131-6.
98. Wright JG, Young NL. A comparison of different indices of responsiveness. *J Clin Epidemiol*. 1997 Mar;50(3):239-46.
99. Wright JG, Young NL. The patient-specific index: asking patients what they want. *J Bone Joint Surg Am*. 1997 Jul;79(7):974-83.
100. Yocum D, Fleischmann R, Dalgin P, Caldwell J, Hall D, Roszko P. Safety and efficacy of meloxicam in the treatment of osteoarthritis: A 12-week, double-blind, multiple-dose, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med*. 2000 Oct 23;160(19):2947-54.



# **Scale di valutazione della mano e della spalla**

## Indice algo-funzionale della mano di Dreiser

Dreiser RL, Maheu E, Guillou GB, Caspard H, Grouin JM. Validation of an algofunctional index for osteoarthritis of the hand. Rev Rhum Engl Ed. 1995;62(6 Suppl 1):43S-53S.

**ISTRUZIONI:** In questo test ci interessa conoscere quanto la malattia limita la Sua capacità di adempiere alle comuni attività quotidiane e relazionali.

Vorremmo che Lei indicasse con una crocetta sul quadrato corrispondente, la risposta che meglio descrive la Sua reale condizione riferita all'ultima settimana.

Punteggio	È in grado di:	Senza difficoltà	Con qualche difficoltà	Con molta difficoltà	No
Tot ____	Girare una chiave nella serratura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Tagliare la carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Tagliare della stoffa o della carta con le forbici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Solleverare una bottiglia piena con una sola mano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Chiudere completamente la mano a pugno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Fare un nodo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Cucire? Avvitare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Abbottonarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Scrivere per un lungo periodo di tempo senza interruzioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Accettare una stretta di mano senza esitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Totale** \_\_\_\_\_

## Shoulder Pain and Disability Index (SPADI)

Roach E, Budiman-Mark E, Songsiridej Y, Lertratanakul. Development of a shoulder pain and disability index. Arthritis Care Research 1991; 4: 143-9

**ISTRUZIONI PER IL PAZIENTE:** Nelle sezioni A e B del seguente questionario, le domande Le verranno poste come nel formato qui sotto illustrato. La preghiamo di fornire le Sue risposte collocando una crocetta su una delle 12 caselle costituenti la scala.

Esempi:

Collocando una "X" sull'estremità sinistra della scala, Lei indica che non prova nessun dolore (punteggio 0)

NESSUN  
DOLORE

<b>X</b>											
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IL PEGGIOR  
DOLORE  
IMMAGINABILE

Collocando una "X" sull'estremità destra della scala, Lei indica che il dolore provato è estremo (punteggio 11)

NESSUN  
DOLORE

											<b>X</b>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------

IL PEGGIOR  
DOLORE  
IMMAGINABILE

Le sarà richiesto di indicare su questo tipo di scala l'intensità del dolore o l'invalidità da Lei provate nel corso delle ultime 48 ore.

## DOLORE

**Pensi al dolore accusato in corrispondenza della Sua spalla durante le ultime 48 ore.**  
 (Per favore, indichi le Sue risposte collocando una crocetta sulla linea orizzontale)

DOMANDA: Quanto è grave il Suo dolore .....		
1. Nel momento peggiore		
NESSUN DOLORE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IL PEGGIOR DOLORE IMMAGINABILE
2. Quando è coricato/a sul lato che le fa male		
NESSUN DOLORE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IL PEGGIOR DOLORE IMMAGINABILE
3. Quando deve prendere qualcosa su uno scaffale in alto		
NESSUN DOLORE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IL PEGGIOR DOLORE IMMAGINABILE
4. Quando deve toccarsi la nuca		
NESSUN DOLORE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IL PEGGIOR DOLORE IMMAGINABILE
5. Quando deve spingere con il braccio (dallo stesso lato)		
NESSUN DOLORE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IL PEGGIOR DOLORE IMMAGINABILE

## **DIFFICOLTA' NELLA CONDUZIONE DELLE NORMALI ATTIVITA' FISICHE**

**Pensi alla difficoltà che ha riscontrato nella conduzione delle seguenti attività fisiche quotidiane imputabile al dolore in corrispondenza della Sua spalla durante le ultime 48 ore.**

**(Per favore, indichi le Sue risposte collocando una crocetta sulla linea orizzontale)**

DOMANDA: Qual è il grado di difficoltà che avverte nel.....																			
1. Lavarsi i capelli																			
NESSUNA DIFFICOLTA'	<table border="1" style="width: 100%; height: 1.2em;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																		DIFFICOLTA' TALE DA RICHIEDERE AIUTO
2. Lavarsi la schiena																			
NESSUNA DIFFICOLTA'	<table border="1" style="width: 100%; height: 1.2em;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																		DIFFICOLTA' TALE DA RICHIEDERE AIUTO
3. Infilarsi una maglietta o un pullover																			
NESSUNA DIFFICOLTA'	<table border="1" style="width: 100%; height: 1.2em;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																		DIFFICOLTA' TALE DA RICHIEDERE AIUTO
4. Infilarsi una maglietta con i bottoni																			
NESSUNA DIFFICOLTA'	<table border="1" style="width: 100%; height: 1.2em;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																		DIFFICOLTA' TALE DA RICHIEDERE AIUTO
5. Mettersi i pantaloni o una gonna																			
NESSUNA DIFFICOLTA'	<table border="1" style="width: 100%; height: 1.2em;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																		DIFFICOLTA' TALE DA RICHIEDERE AIUTO



DOMANDA: Qual è il grado di difficoltà che avverte nel.....

6. Depositare un oggetto su uno scaffale in alto

NESSUNA  
DIFFICOLTA'

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIFFICOLTA' TALE  
DA RICHIEDERE  
AIUTO

7. Portare un oggetto che pesa circa 4 kg

NESSUNA  
DIFFICOLTA'

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIFFICOLTA' TALE  
DA RICHIEDERE  
AIUTO

8. Prendere qualcosa dalla tasca posteriore

NESSUNA  
DIFFICOLTA'

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIFFICOLTA' TALE  
DA RICHIEDERE  
AIUTO

## Shoulder Rating Questionnaire (SRQ)

L'Insalata JC, Warren RF, Cohen SB, Altchek DW, Peterson MG: A self-administered questionnaire for assessment of symptoms and function of the shoulder. J Bone Joint Surg Am 1997, 79(5): 738-48

**Qual è il braccio dominante?**

- Destro  
 Sinistro

**Per quale spalla è stato esaminato o curato?**

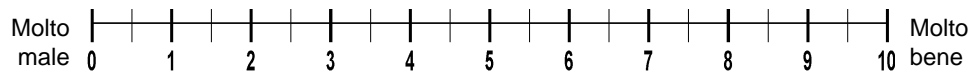
- Destra  
 Sinistra  
 Entrambe

Per favore risponda alle seguenti domande riguardanti la spalla per la quale è stato visitato o curato. Se la domanda non si addice al Suo caso, la lasci in bianco.

Se ha segnato che è stato visitato o curato a entrambe le spalle, completi un questionario per ogni spalla e segni il lato corrispondente (destra o sinistra) all'inizio di ogni questionario.

- Spalla destra     Spalla sinistra

1) Come si sente riguardo alla spalla. La preghiamo di fornire la Sua risposta collocando una crocetta sulla scala numerica posta orizzontalmente



Le seguenti domande riguardano il dolore

**2) Nell'ultimo mese, come descriverebbe il Suo dolore alla spalla a riposo?**

	Punteggio
<input type="checkbox"/> Molto intenso	1
<input type="checkbox"/> Intenso	2
<input type="checkbox"/> Moderato	3
<input type="checkbox"/> Leggero	4
<input type="checkbox"/> Nessun dolore	5

**3) Nell'ultimo mese, come descriverebbe il Suo dolore durante le attività?**

	Punteggio
<input type="checkbox"/> Molto intenso	1
<input type="checkbox"/> Intenso	2
<input type="checkbox"/> Moderato	3
<input type="checkbox"/> Leggero	4
<input type="checkbox"/> Nessun dolore	5

<b>4) Nell'ultimo mese, quanto spesso il dolore alla spalla Le ha impedito di dormire di notte?</b>	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> Ogni notte	1
<input type="checkbox"/> Diverse notti alla settimana	2
<input type="checkbox"/> Una notte alla settimana	3
<input type="checkbox"/> Meno di una notte alla settimana	4
<input type="checkbox"/> Mai	5

<b>5) Nell'ultimo mese, quanto spesso ha avuto dolore intenso alla spalla?</b>	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> Ogni giorno	1
<input type="checkbox"/> Diversi giorni alla settimana	2
<input type="checkbox"/> Un giorno alla settimana	3
<input type="checkbox"/> Meno di un giorno alla settimana	4
<input type="checkbox"/> Mai	5

Le seguenti domande riguardano le attività quotidiane

<b>6) In merito all'utilizzo della spalla nelle normali attività quotidiane per la cura della persona o della casa (esempio: vestirsi, lavarsi, guidare, fare lavori di casa) come descriverebbe la Sua capacità di utilizzare la spalla malata?</b>	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> Impossibile	1
<input type="checkbox"/> Molto limitata	2
<input type="checkbox"/> Moderatamente limitata	3
<input type="checkbox"/> Lievemente limitata	4
<input type="checkbox"/> Non limitata	5

<b>7-11) Nell'ultimo mese quanta difficoltà ha avuto in ognuna delle seguenti attività a causa della Sua spalla?</b>	
<b>7) <i>Mettendo o togliendo un pullover o una maglia:</i></b>	Punteggio
<input type="checkbox"/> Impossibile	1
<input type="checkbox"/> Grande difficoltà	2
<input type="checkbox"/> Difficoltà discreta	3
<input type="checkbox"/> Lieve difficoltà	4
<input type="checkbox"/> Nessuna difficoltà	5
<b>8) <i>Pettinandosi o spazzolando i capelli:</i></b>	Punteggio
<input type="checkbox"/> Impossibile	1
<input type="checkbox"/> Grande difficoltà	2
<input type="checkbox"/> Difficoltà discreta	3
<input type="checkbox"/> Lieve difficoltà	4
<input type="checkbox"/> Nessuna difficoltà	5

<b>9) Raggiungendo una mensola posta al di sopra della testa:</b>	<b>Punteggio</b>
<input type="checkbox"/> Impossibile	1
<input type="checkbox"/> Grande difficoltà	2
<input type="checkbox"/> Difficoltà discreta	3
<input type="checkbox"/> Lieve difficoltà	4
<input type="checkbox"/> Nessuna difficoltà	5
<b>10) Grattandosi o lavandosi la parte bassa della schiena con la mano:</b>	<b>Punteggio</b>
<input type="checkbox"/> Impossibile	1
<input type="checkbox"/> Grande difficoltà	2
<input type="checkbox"/> Difficoltà discreta	3
<input type="checkbox"/> Lieve difficoltà	4
<input type="checkbox"/> Nessuna difficoltà	5
<b>11) Sollevando o portando una borsa piena della spesa (4-5 kg):</b>	<b>Punteggio</b>
<input type="checkbox"/> Impossibile	1
<input type="checkbox"/> Grande difficoltà	2
<input type="checkbox"/> Difficoltà discreta	3
<input type="checkbox"/> Lieve difficoltà	4
<input type="checkbox"/> Nessuna difficoltà	5

Le seguenti domande si riferiscono alle attività sportive o del tempo libero

<b>12) In relazione all'utilizzo della spalla nelle attività sportive o del tempo libero (esempio: baseball, golf, aerobica, giardinaggio ecc.) come descrive la funzionalità della Sua spalla?</b>	
	<b>Punteggio</b>
<input type="checkbox"/> Impossibile	1
<input type="checkbox"/> Molto limitata	2
<input type="checkbox"/> Moderatamente limitata	3
<input type="checkbox"/> Lievemente limitata	4
<input type="checkbox"/> Non limitata	5

<b>13) Nell'ultimo mese quale difficoltà ha avuto a causa della Sua spalla nel lanciare una palla da sopra la testa o facendo il "servizio" a tennis?</b>	
	<b>Punteggio</b>
<input type="checkbox"/> Impossibile	1
<input type="checkbox"/> Molto limitata	2
<input type="checkbox"/> Moderatamente limitata	3
<input type="checkbox"/> Lievemente limitata	4
<input type="checkbox"/> Non limitata	5

<b>13) Descriva una attività (del tempo libero o sportiva) che gradisce in modo particolare e selezioni i gradi di limitazione che ha, se li ha, a causa della Sua spalla:</b>	
	Punteggio
<i>Attività:</i> ..... .....	
<input type="checkbox"/> Impossibile	1
<input type="checkbox"/> Molto limitata	2
<input type="checkbox"/> Moderatamente limitata	3
<input type="checkbox"/> Lievemente limitata	4
<input type="checkbox"/> Non limitata	5

Le seguenti domande si riferiscono al lavoro

<b>15) Nell'ultimo mese, qual è stato il Suo lavoro principale?</b>	
	Punteggio
a) Lavoro dipendente (lo descriva per cortesia).....	<input type="checkbox"/>
b) Casalinga	<input type="checkbox"/>
c) Studente	<input type="checkbox"/>
d) Disoccupato	<input type="checkbox"/>
e) Disabile a causa della spalla	<input type="checkbox"/>
f) Disabile per altre cause	<input type="checkbox"/>
g) Pensionato	<input type="checkbox"/>

Se ha risposto con le risposte d, e, f oppure g alla domanda sopra, salti le domande 16-19 e vada alla domanda 20.

<b>16) Nell'ultimo mese, quanto spesso è stato incapace di fare il Suo lavoro a causa della spalla?</b>	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> Tutti i giorni	1
<input type="checkbox"/> Diversi giorni alla settimana	2
<input type="checkbox"/> Un giorno alla settimana	3
<input type="checkbox"/> Meno di un giorno alla settimana	4
<input type="checkbox"/> Mai	5

<b>17) Nell'ultimo mese, nei giorni che ha lavorato, quanto spesso è stato incapace di fare il Suo lavoro con la stessa cura o efficienza del solito a causa della spalla?</b>	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> Tutti i giorni	1
<input type="checkbox"/> Diversi giorni alla settimana	2
<input type="checkbox"/> Un giorno alla settimana	3
<input type="checkbox"/> Meno di un giorno alla settimana	4
<input type="checkbox"/> Mai	5

<b>18) Nell'ultimo mese, nei giorni che ha lavorato, quanto spesso è uscito prima dal lavoro (ha fatto una giornata più corta) a causa della Sua spalla?</b>	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> Tutti i giorni	1
<input type="checkbox"/> Diversi giorni alla settimana	2
<input type="checkbox"/> Un giorno alla settimana	3
<input type="checkbox"/> Meno di un giorno alla settimana	4
<input type="checkbox"/> Mai	5

<b>19) Nell'ultimo mese, nei giorni che ha lavorato, quanto spesso ha dovuto modificare il Suo modo di lavorare a causa della spalla?</b>	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> Tutti i giorni	1
<input type="checkbox"/> Diversi giorni alla settimana	2
<input type="checkbox"/> Un giorno alla settimana	3
<input type="checkbox"/> Meno di un giorno alla settimana	4
<input type="checkbox"/> Mai	5

Le seguenti domande si riferiscono alla soddisfazione e alle aree di salute in cui vorrebbe vedere un miglioramento.

<b>20) Che punteggio darebbe al grado di soddisfazione sullo stato della Sua spalla, nell'ultima settimana?</b>
<input type="checkbox"/> Scarso <input type="checkbox"/> Discreto <input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/> Molto buono <input type="checkbox"/> Eccellente

<b>21) Per favore, indichi due aree di salute nelle quali vorrebbe vedere miglioramento (segna 1 dove vorrebbe il più importante, 2 nel secondo per importanza)</b>
Dolore ..... Cura della persona e attività di casa ..... Attività sportive e del tempo libero ..... Lavoro .....

## UCLA Shoulder Rating Scale (USRS)

Ellman H, Hanker G, Bayer M. Repair of the rotator cuff. End-result study of factors influencing reconstruction. J Bone Joint Surg Am 1986, 68(8): 1136-44

<b>DOLORE</b>	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> Costante, insopportabile, frequente necessità di assumere farmaci anti-infiammatori	1
<input type="checkbox"/> Costante ma sopportabile, occasionale necessità di assumere farmaci anti-infiammatori	2
<input type="checkbox"/> Nessuno o leggero a riposo, con attività leggere, frequente necessità di assumere farmaci analgesici	4
<input type="checkbox"/> Solamente con attività pesanti o particolari, occasionale necessità di assumere farmaci analgesici	6
<input type="checkbox"/> Occasionale e leggero	8
<input type="checkbox"/> Non dolore	10

<b>FUNZIONALITÀ</b>	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> Incapace di usare il braccio	1
<input type="checkbox"/> Solamente attività leggere	2
<input type="checkbox"/> Lavori di casa leggeri e la maggior parte delle attività quotidiane	4
<input type="checkbox"/> La maggior parte dei lavori di casa, fare la spesa, guidare, capace di pettinarsi, lavarsi i capelli, vestirsi e svestirsi, incluso l'allacciarsi il reggiseno	6
<input type="checkbox"/> Solo limitate restrizioni, capace di lavorare al di sopra del livello della spalla	8
<input type="checkbox"/> Attività normali	10

<b>FLESSIONE ANTERIORE ATTIVA</b>	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> 150° o più	5
<input type="checkbox"/> Da 120° a 150°	4
<input type="checkbox"/> Da 90° a 120°	3
<input type="checkbox"/> Da 45° a 90°	2
<input type="checkbox"/> Da 30° a 45°	1
<input type="checkbox"/> Meno di 30°	0

<b>FORZA NELLA FLESSIONE ANTERIORE (test manuale)</b>	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> Grado 5 (normale)	5
<input type="checkbox"/> Grado 4 (buono)	4
<input type="checkbox"/> Grado 3 (discreto)	3
<input type="checkbox"/> Grado 2 (scarso)	2
<input type="checkbox"/> Grado 1 (solo contrazione muscolare)	1
<input type="checkbox"/> Grado 0 (niente)	0

<b>SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE</b>	
	Punteggio
<input type="checkbox"/> Soddisfatto e migliorato	5
<input type="checkbox"/> Non soddisfatto e peggiorato	0

## Simple Shoulder Test (SST)

Matsen FA, Smith KL, DeBartolo SE, Von Oesen G. A comparison of patient with late-stage rheumatoid arthritis and osteoarthritis of the shoulder using self-assessed shoulder function and health status. *Arthritis Care Res* 1997; 10(1): 43-7

**ISTRUZIONI:** Questo questionario Le viene proposto per informarci di come il dolore alla spalla la limita nelle attività della vita quotidiana. Per favore, faccia un cerchio intorno al SI oppure al NO per indicare la Sua risposta ad ogni domanda. E' importante che Lei risponda a tutte le domande.

1) La spalla le causa qualche problema quando l'arto si trova in posizione di riposo lungo il fianco?	SI	NO
2) Il dolore alla spalla è tale da disturbarle il sonno?	SI	NO
3) E' in grado di infilare dentro i pantaloni la parte posteriore della camicia con la mano dello stesso lato della spalla che fa male?	SI	NO
4) E' in grado di toccarsi la nuca con il palmo della mano tenendo il gomito ben in alto?	SI	NO
5) E' in grado, senza piegare il gomito, di infilare una moneta in una fessura che si trovi all'altezza della spalla?	SI	NO
6) E' in grado di sollevare un peso di circa 0,5 kg a livello della spalla senza piegare il gomito?	SI	NO
7) E' in grado di sollevare un peso di circa 4 kg a livello della testa senza piegare il gomito?	SI	NO
8) E' in grado di trasportare un peso di circa 10 kg con il braccio lungo il fianco?	SI	NO
9) Sarebbe in grado di lanciare in avanti ad una distanza di circa 10 m una palla da biliardo partendo con la mano al fianco?	SI	NO
10) Sarebbe in grado di lanciare la stessa palla in avanti per una distanza di 20 m partendo con la mano dietro la testa?	SI	NO
11) E' in grado di lavarsi la parte posteriore della spalla "sana" con la mano del lato che fa male?	SI	NO
12) Riesce a svolgere le sue normali attività lavorative a tempo pieno?	SI	NO



## Bibliografia

- 1) Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K, Brown C, Cooke TD, Daniel W, Gray R, et al.. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. *Arthritis Rheum*. 1990 Nov;33(11):1601-10.
- 2) Aspelund G, Gunnarsdottir S, Jonsson P, Jonsson H. Hand osteoarthritis in the elderly. Application of clinical criteria. *Scand J Rheumatol*. 1996;25(1):34-6.
- 3) Backman C, Mackie H; Arthritis hand function test: inter-rater reliability among self-trained raters. *Arthritis Care Res*. 1995 Mar;8(1):10-5.
- 4) Balblanc JC, Mathieu P, Mathieu L, Tron AM, Conrozier T, Piperno M, Tournadre P, Vignon E. Progression of digital osteoarthritis: a sequential scintigraphic and radiographic study. *Osteoarthritis Cartilage*. 1995 Sep;3(3):181-6.
- 5) Baron M, Dutil E, Berkson L, Lander P, Becker R. Hand function in the elderly: relation to osteoarthritis. *J Rheumatol*. 1987 Aug;14(4):815-9.
- 6) Bellamy N, Wells G, Campbell J. Relationship between severity and clinical importance of symptoms in osteoarthritis. *Clin Rheumatol*. 1991 Jun;10(2):138-43.
- 7) Bellamy N. Outcome measurement in osteoarthritis clinical trials. *J Rheumatol Suppl*. 1995 Feb;43:49-51.
- 8) Buckland-Wright JC, Macfarlane DG, Lynch JA. Sensitivity of radiographic features and specificity of scintigraphic imaging in hand osteoarthritis. *Rev Rhum Engl Ed*. 1995 Jun;62(6 Suppl 1):14S-26S.
- 9) Cicuttini FM, Spector TD. The epidemiology of osteoarthritis of the hand. *Rev Rhum Engl Ed*. 1995 Jun;62(6 Suppl 1):3S-8S.
- 10) Clark JA, Spiro A 3<sup>rd</sup>, Fincke G, Miller DR, Kazis LE. Symptom severity of osteoarthritis of the knee: a patient-based measure developed in the veterans health study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1998 Sep;53(5):M351-60.
- 11) Cobby M, Cushnaghan J, Creamer P, Dieppe P, Watt I. Erosive osteoarthritis: is it a separate disease entity? *Clin Radiol*. 1990 Oct;42(4):258-63.
- 12) Curtis KA, Roach KE, Applegate EB, Amar T, Benbow CS, Genocco TD, Gualano J. Reliability and validity of the Wheelchair User's Shoulder Pain Index (WUSPI). *Paraplegia*. 1995 Oct;33(10):595-601.
- 13) Dougados M, Gueguen A, Nguyen M, Berdah L, Lequesne M, Mazieres B, Vignon E. Radiological progression of hip osteoarthritis: definition, risk factors and correlations with clinical status. *Ann Rheum Dis*. 1996 Jun;55(6):356-62.
- 14) Dougados M, Villers C, Amor B. Sensitivity to change of various roentgenological severity scoring systems for osteoarthritis of the hip. *Rev Rhum Engl Ed*. 1995 Mar;62(3):169-73.
- 15) Dougados M. Clinical assessment of osteoarthritis in clinical trials. *Curr Opin Rheumatol*. 1995 Mar;7(2):87-91.
- 16) Dray GJ, Jablon M. Clinical and radiologic features of primary osteoarthritis of the hand. *Hand Clin*. 1987 Aug;3(3):351-69.
- 17) Dreiser RL, Gersberg M, Thomas F, Courcier S. Ibuprofen 800 mg in the treatment of arthrosis of the fingers or rhizarthrosis. *Rev Rhum Ed Fr*. 1993 Nov 30;60(11):836-41.
- 18) Dreiser RL, Maheu E, Guillou GB, Caspard H, Grouin JM. Validation of an algofunctional index for osteoarthritis of the hand. *Rev Rhum Engl Ed*. 1995 Jun;62(6 Suppl 1):43S-53S.
- 19) Ellman H, Hanker G, Bayer M. Repair of the rotator cuff. End-result study of factors influencing reconstruction. *J Bone Joint Surg Am* 1986, 68(8): 1136-44.
- 20) Garfinkel MS, Schumacher HR Jr, Husain A, Levy M, Reshetar RA. Evaluation of a yoga based regimen for treatment of osteoarthritis of the hands. *J Rheumatol*. 1994 Dec;21(12):2341-3.
- 21) Hart D, Spector T, Egger P, Coggon D, Cooper C. Defining osteoarthritis of the hand for epidemiological studies: the Chingford Study. *Ann Rheum Dis*. 1994 Apr;53(4):220-3.
- 22) Hart DJ, Spector TD, Brown P, Wilson P, Doyle DV, Silman AJ. Clinical signs of early osteoarthritis: reproducibility and relation to x ray changes in 541 women in the general population. *Ann Rheum Dis*. 1991 Jul;50(7):467-70.
- 23) Hart DJ, Spector TD; The classification and assessment of osteoarthritis. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1995 May;9(2):407-32.
- 24) Heald SL, Riddle DL, Lamb RL. The shoulder pain and disability index: the construct validity and responsiveness of a region-specific disability measure. *Phys Ther*. 1997 Oct;77(10):1079-89.
- 25) Hirsch R, Guralnik JM, Leveille SG, Simonsick EM, Ling S, Bandeen-Roche K, Rantanen T, Pahor M, Fried LP, Hochberg MC. Severity of hand osteoarthritis and its association with upper extremity impairment in a population of disabled older women: the Women's Health and Aging Study. *Aging (Milano)*. 1999 Aug;11(4):253-61.
- 26) Howe T, Oldham J. Functional tests in elderly osteoarthritic subjects: variability of performance. *Nurs Stand*. 1995 Apr 12-18;9(29):35-8.
- 27) Kallman DA, Wigley FM, Scott WW Jr, Hochberg MC, Tobin JD; New radiographic grading scales for osteoarthritis of the hand. Reliability for determining prevalence and progression. *Arthritis Rheum*. 1989 Dec;32(12):1584-91.
- 28) Kessler S, Dieppe P, Fuchs J, Sturmer T, Gunther KP; Assessing the prevalence of hand osteoarthritis in epidemiological studies. The reliability of a radiological hand scale. *Ann Rheum Dis*. 2000 Apr;59(4):289-92.
- 29) Lane NE, Bloch DA, Jones HH, Simpson U, Fries JF. Osteoarthritis in the hand: a comparison of handedness and hand use. *J Rheumatol*. 1989 May;16(5):637-42.
- 30) Lane NE, Nevitt MC, Genant HK, Hochberg MC. Reliability of new indices of radiographic osteoarthritis of the hand and hip and lumbar disc degeneration. *J Rheumatol*. 1993 Nov;20(11):1911-8.
- 31) Lequesne M, Altman R; Osteoarthritis of the hand. New methods. New data. *Rev Rhum Engl Ed*. 1995 Jun;62(6 Suppl 1):1S-2S.

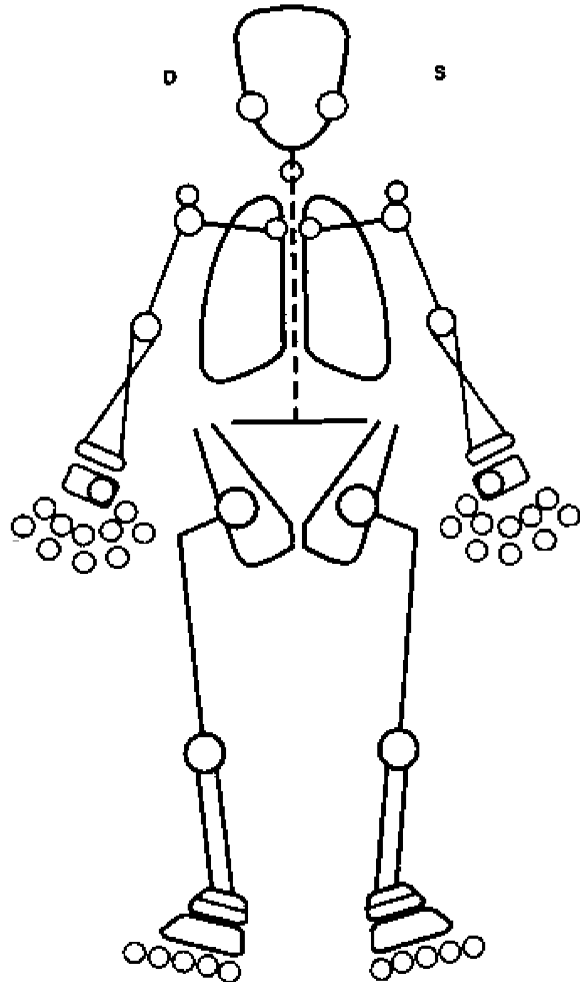
- 32) Lequesne M, Dougados M, Abiteboul M, Bontoux D, Bouvenot G, Chicheportiche V, Dreiser RL, Dropsy R, Maheu E, Mazieres B, et al. How to evaluate the long-term course of osteoarthritis. Tests for trials of fundamental treatments]. *Rev Rhum Mal Osteoartic*. 1990 Oct 30;57(9):24S-31S.
- 33) Lequesne M, Lamotte J, Samson M. Quality of life and functional indices in osteoarthritis. *Rev Rhum Ed Fr*. 1993 May;60(5 Pt 2):23S-29S.
- 34) Lequesne M. Indices of severity and disease activity for osteoarthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 1991 Jun;20(6 Suppl 2):48-54.
- 35) Levine DW, Simmons BP, Koris MJ, Daltroy LH, Hohl GG, Fossel AH, Katz JN. A self-administered questionnaire for the assessment of severity of symptoms and functional status in carpal tunnel syndrome. *J Bone Joint Surg Am*. 1993 Nov;75(11):1585-92.
- 36) Lim K, Dieppe P. Osteoarthritis of the scapho-trapezial joint. *Br J Rheumatol*. 1994 Dec;33(12):1142-4.
- 37) L'Insalata JC, Warren RF, Cohen SB, Altchek DW, Peterson MG: A self-administered questionnaire for assessment of symptoms and function of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am*. 1997; 79(5): 738-48.
- 38) Maheu E, Dreiser RL, Lequesne M. Methodology of clinical trials in hand osteoarthritis. Issues and proposals. *Rhum Engl Ed*. 1995 Jun;62(6 Suppl 1):55S-62S.
- 39) Matsen FA 3<sup>rd</sup>, Smith KL, DeBartolo SE, Von Oesen G. A comparison of patients with late-stage rheumatoid arthritis and osteoarthritis of the shoulder using self-assessed shoulder function and health status. *Arthritis Care Res*. 1997 Feb;10(1):43-7.
- 40) Matsen FA 3<sup>rd</sup>. Early effectiveness of shoulder arthroplasty for patients who have primary glenohumeral degenerative joint disease. *J Bone Joint Surg Am*. 1996 Feb;78(2):260-4.
- 41) Metcalf MH, Duckworth DG, Lee SB, Sidles JA, Smith KL, Harryman DT 2<sup>nd</sup>, Matsen FA 3<sup>rd</sup>. Posteroinferior glenoplasty can change glenoid shape and increase the mechanical stability of the shoulder. *J Shoulder Elbow Surg*. 1999 May-Jun;8(3):205-13.
- 42) O'Kane JW, Jackins S, Sidles JA, Smith KL, Matsen FA 3<sup>rd</sup>. Simple home program for frozen shoulder to improve patients' assessment of shoulder function and health status. *J Am Board Fam Pract*. 1999 Jul-Aug;12(4):270-7.
- 43) Olejarova M, Kupka K, Pavelka K, Gatterova J, Stofa J. Comparison of clinical, laboratory, radiographic, and scintigraphic findings in erosive and nonerosive hand osteoarthritis. Results of a two-year study. *Joint Bone Spine*. 2000;67(2):107-12.
- 44) Oliveria SA, Felson DT, Reed JI, Cirillo PA, Walker AM. Incidence of symptomatic hand, hip, and knee osteoarthritis among patients in a health maintenance organization. *Arthritis Rheum*. 1995 Aug;38(8):1134-41.
- 45) O'Reilly S, Johnson S, Doherty S, Muir K, Doherty M. Screening for hand osteoarthritis (OA) using a postal survey. *Osteoarthritis Cartilage*. 1999 Sep;7(5):461-5.
- 46) Patrick M, Aldridge S, Hamilton E, Manhire A, Doherty M. A controlled study of hand function in nodal and erosive osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 1989 Dec; 48(12):978-82.
- 47) Pavelka K, Gatterova J, Pavelka K Sr, Pelitskova Z, Svarcova Z, Janousek J, Fencel F, Urbanova Z, Gollerova V, Sedlackova M, et al. Correlation between knee roentgenogram changes and clinical symptoms in osteoarthritis. *Rev Rhum Mal Osteoartic*. 1992 Oct;59(9):553-9.
- 48) Roach E, Budiman-Mark E, Songsiridej Y, Lertratanakul. Development of a shoulder pain and disability index. *Arthritis Care Research* 1991; 4: 143-9.
- 49) Roddey TS, Olson SL, Cook KF, Gartsman GM, Hanten W. Comparison of the University of California-Los Angeles Shoulder Scale and the Simple Shoulder Test with the shoulder pain and disability index: single-administration reliability and validity. *Phys Ther*. 2000 Aug;80(8):759-68.
- 50) Rozencaiw R, van Noort A, Moskal MJ, Smith KL, Sidles JA, Matsen FA 3<sup>rd</sup>. The correlation of comorbidity with function of the shoulder and health status of patients who have glenohumeral degenerative joint disease. *J Bone Joint Surg Am*. 1998 Aug;80(8): 1146-53.
- 51) Sangha O, Liang MH; Assessment outcomes of clinical drug trials in osteoarthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 1995 Jul;7(4):352-5.
- 52) Smith KL, Harryman DT 2<sup>nd</sup>, Antoniou J, Campbell B, Sidles JA, Matsen FA 3<sup>rd</sup>. A prospective, multipractice study of shoulder function and health status in patients with documented rotator cuff tears. *J Shoulder Elbow Surg*. 2000 Sep-Oct;9(5):395-402.
- 53) Smith KL, Matsen FA 3<sup>rd</sup>. Total shoulder arthroplasty versus hemiarthroplasty. Current trends. *Orthop Clin North Am*. 1998 Jul;29(3):491-506.
- 54) Verbruggen G, Veys EM. Numerical scoring systems for the progression of osteoarthritis of the finger joints. *Rev Rhum Engl Ed*. 1995 Jun;62(6 Suppl 1):27S-32S.
- 55) Verrouil E, Mazieres B. Etiologic factors in finger osteoarthritis. *Rev Rhum Engl Ed*. 1995 Jun;62(6 Suppl 1):9S-13S.
- 56) Viola RW, Boatright KC, Smith KL, Sidles JA, Matsen FA 3<sup>rd</sup>. Do shoulder patients insured by workers' compensation present with worse self-assessed function and health status? *J Shoulder Elbow Surg*. 2000 Sep-Oct;9(5):368-72.
- 57) Williams JW Jr, Holleman DR Jr, Simel DL. Measuring shoulder function with the Shoulder Pain and Disability Index. *J Rheumatol*. 1995 Apr;22(4):727-32.

## **Indici articolari**

## Indice articolare di Ritchie

Ritchie DM, Boyle JA, McInnes JM, Jasani MK, Dalakos TG, Grieveson P, Buchanan WW. Clinical studies with an articular index for the assessment of joint tenderness in patients with rheumatoid arthritis. Q J Med. 1968 Jul;37(147):393-406.

Temporomandibolari	<input type="checkbox"/>	
Colonna cervicale	<input type="checkbox"/>	
Spalla	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Sternoclaveare	<input type="checkbox"/>	
Acromioclaveare	<input type="checkbox"/>	
Gomito	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Polso	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Metacarpofalangee	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Interfalangee prossimali	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Anca	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Ginocchio	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Tibiotarsica	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Talocalcaneale	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Mediotarsica	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Metatarsofalangee	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn



**(\*) INDICE DI RITCHIE (0-78)**

0= non dolente

1= dolente

2= dolente e reattivo alla palpazione

3= dolente, reattivo e ritratto alla palpazione

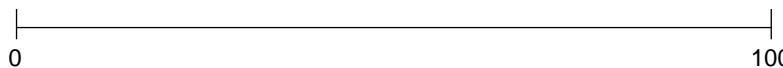
Totale \_\_\_\_\_

**SCALA ANALOGICA VISIVA (VAS) DEL DOLORE**

Vorremmo che Lei indicasse con una crocetta su questa scala da 0 a 100 quanto è forte il suo dolore

**ASSENTE**

|  
0

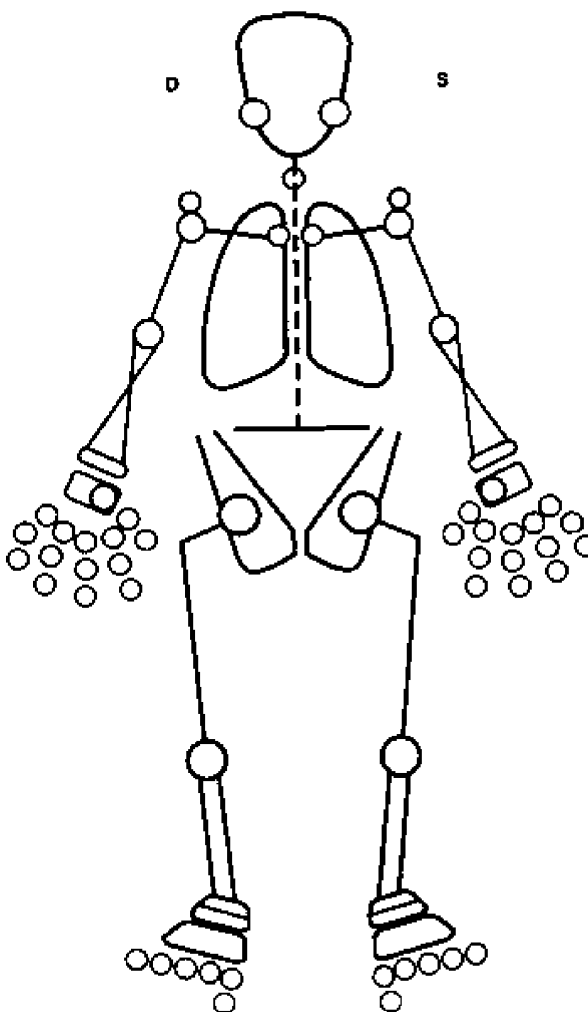


100

**IL PIÙ FORTE DOLORE**

## Indice articolare di Ritchie modificato per le spondiloartriti

Temporomandibolari	<input type="checkbox"/>	
Colonna cervicale	<input type="checkbox"/>	
Spalla	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Sternoclaveare	<input type="checkbox"/>	
Acromioclaveare	<input type="checkbox"/>	
Gomito	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Polso	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Metacarpofalangee	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Interfalangee prossimali	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Interfalangee distali	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Anca	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Ginocchio	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Tibiotarsica	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Talocalcaneale	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Mediotarsica	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Metatarsofalangee	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn
Interfalangea prossimale I°	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sn



Totale \_\_\_\_\_

**(\*) INDICE DI RITCHIE (0-90) MODIFICATO**

0= non dolente

1= dolente

2= dolente e reattivo alla palpazione

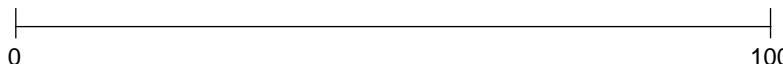
3= dolente, reattivo e ritratto alla palpazione

**SCALA ANALOGICA VISIVA (VAS) DEL DOLORE**

Vorremmo che Lei indicasse con una crocetta su questa scala da 0 a 100 quanto è forte il suo dolore

**ASSENTE**

0



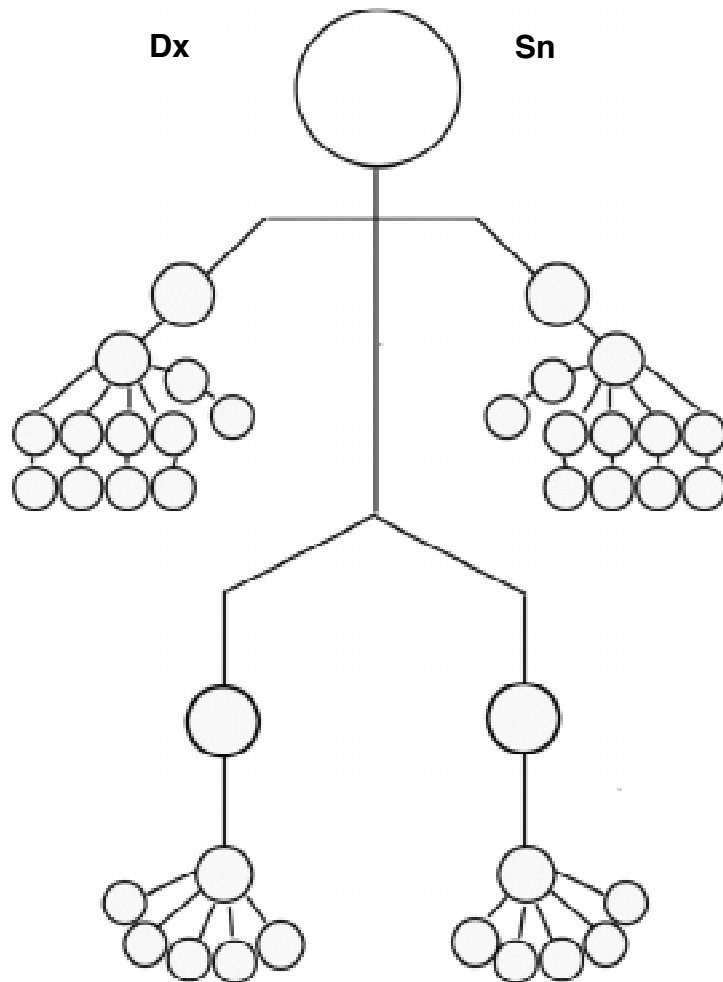
100

**IL PIÙ FORTE  
DOLORE**

## Indice articolare di Thompson

Thompson PW, Silman AJ, Kirwan JR, Currey LF. Articular indices of joint inflammation in rheumatoid arthritis. Correlation with the acute-phase response. *Arthritis Rheum* 1987; 30: 618-23.

Gomito = <b>48</b>
Polso = <b>32</b>
MCF (cad) = <b>5</b>
IFP (cad) = <b>3</b>
Ginocchio = <b>95</b>
Caviglia = <b>32</b>
MTF (cad) = <b>3</b>
MTF Alluce = <b>8</b>



**SOMMA:**

## Indice articolare di Dougados

Dougados M, Gueguen A, Nakache JP, Nguyen M, Mery C, Amor B. Evaluation of a functional index and an articular index in ankylosing spondylitis. J Rheumatol 1988; 15: 302-7.

	Senza dolore (0)	Con dolore (1)	Con dolore e reazione a pressione o movimento (2)	Con dolore, reazione e ritrazione a pressione o movimento (3)
1) Pressione sul torace anteriore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Pressione sul torace laterale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Pressione sulla natica destra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Pressione sulla natica sinistra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Rotazione a destra della colonna cervicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Rotazione a sinistra della colonna cervicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Rotazione a destra della colonna dorso-lombare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Rotazione a sinistra della colonna dorso-lombare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Totale \_\_\_\_\_

## Valutazione Articolare (Complete Joint Assessment – 28 Joints)

N° articolazioni dolenti			N° articolazioni tumefatte	
dx	sin		dx	sin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	scapolo-omeroale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	polso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		metacarpo-falangee		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		interfalangee prossimali		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ginocchio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>TOTALE</b>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

**(\*) GRADO DI TUMEFUZIONE/DOLORE**

- 0= assente
- 1= lieve
- 2= moderato
- 3= severo

Come indicherebbe l'intensità della rigidità che Lei prova al risveglio	
<b>ASSENTE</b>	<b>FORTISSIMA</b>



## Valutazione Articolare

N° articolazioni dolenti			N° articolazioni tumefatte	
dx	sin		dx	sin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	temporomandibolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	colonna cervicale		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	scapolo-omerale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sterno-claveare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	polso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		metacarpo-falangee		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		interfalangee prossimali		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anca		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ginocchio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tibio-tarsica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	talo-calcaneale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mediotarsica		
		metatarso-falangee		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	TOTALE	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI)

Jenkinson TR, Mallorie PA, Whitelock HC, Kennedy LG, Garrett SL, Calin A. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS Metrology Index. J Rheumatol. 1994 Sep;21(9):1694-8.

	Punteggio		
	0	1	2
<b>1) Distanza trago-parete</b> (Paziente in posizione eretta appoggiato alla parete)	<15 cm <input type="checkbox"/>	15-30 cm <input type="checkbox"/>	>30 cm <input type="checkbox"/>
<b>2) Flessione lombare</b> (Indice di Schöber modificato)	>4 cm <input type="checkbox"/>	2-4 cm <input type="checkbox"/>	<2 cm <input type="checkbox"/>
<b>3) Rotazione rachide cervicale</b> (media rotazione dx e sn con paziente supino)	>70° <input type="checkbox"/>	20-70° <input type="checkbox"/>	<20° <input type="checkbox"/>
<b>4) Latero-flessione rachide lombare</b> (paziente in posizione eretta)	>10 cm <input type="checkbox"/>	5-10 cm <input type="checkbox"/>	<5 cm <input type="checkbox"/>
<b>5) Distanza intramalleolare</b> (paziente in posizione supina)	>100 cm <input type="checkbox"/>	70-100 cm <input type="checkbox"/>	>70 cm <input type="checkbox"/>
<b>BASMI totale</b> _____			

## Bibliografia

1. Anderson JJ, Felson DT, Meenan RF, Williams HJ. Which traditional measures should be used in rheumatoid arthritis clinical trials? *Arthritis Rheum* 1989; 32: 1093-99.
2. Archenholtz B, Ahlmen M, Bengtsson C, Bjelle A, Hansson G, Lurie M, Sullivan M, Svensson G. Reliability of articular indices and function tests in a population study of rheumatic disorders. *Clin Rheumatol*. 1989 Jun;8(2):215-24.
3. Archer CO, Messick JM. A simple approach to interrater agreement. *J Psychiatr Nurs Ment Health Serv*. 1976 Jun;14(6):20-3.
4. Atwater SW, Crowe TK, Deitz JC, Richardson PK. Interrater and test-retest reliability of two pediatric balance tests. *Phys Ther*. 1990 Feb;70(2):79-87.
5. Bologna C, Anaya JM, Bressolle F, Jorgensen C, Alric R, Sany J. Correlation between methotrexate pharmacokinetic parameters, and clinical and biological status in rheumatoid arthritis patients. *Clin Exp Rheumatol*. 1995 Jul-Aug;13(4):465-70.
6. Bombardier C, Raboud J, and the Auranofin Cooperating Group: a comparison of health-related quality of life measures for rheumatoid arthritis research. *Control Clin Trials* 1991; 12: 243S-56S.
7. Brink van den HR, Heide van der A, Jacobs JWG, veen van der MJ, Bijlsma JWJ. Evaluation of the thompson aticular index. *J Rheumatol* 1993; 20: 28-32.
8. Burt S, Punnett L. Evaluation of interrater reliability for posture observations in a field study. *Appl Ergon*. 1999 Apr;30(2):121-35.
9. Cavalieri F, Salaffi F, Ferraccioli GF. Relationships between physical impairment, psychological variables and pain in rheumatoid disability. An analysis of their relative impact. *Clin Exp Rheumatol* 1991; 9: 47-50.
10. Cott A, Parkinson W, Bell MJ, Adachi J, Bedard M, Cividino A, Bensen W. Interrater reliability of the tender point criterion for fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1992 Dec;19(12):1955-9.
11. Davis MJ, Dawes PT, Fowler PD et al. Comparison and evaluation of a disease activity index for use in patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1990; 29:111-5.
12. Dequeker J, Wuestenraed L. The effect of biometeorological factors on Ritchie articular index and pain in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol*. 1986;15(3):280-4.
13. Deyo RA, Diehr P, Patrick DL. Reproducibility and responsiveness of health status measures. Statistics and strategies for evaluation. *Control Clin Trials* 1991; 12: 142S-158S.
14. Dixon JS. Relationship between plasma viscosity or ESR and the Ritchie articular index. *Br J Rheumatol*. 1984 Aug;23(3):233-5.
15. Duggan C, Refat M, Hashem M, Fayad I, Santosham M. Interrater agreement in the assessment of dehydration in infants. *J Trop Pediatr*. 1997 Apr;43(2):119-21.
16. Embleton AJ, Spencer KC. Interrater reliability of the Technology Team Assessment Process. *Am J Occup Ther*. 1997 Apr;51(4):297-302.
17. Felson DT, Anderson JJ, Boers M et al. The American College of Rheumatology preliminary core set of disease activity measures for rheumatoid arthritis clinical trials. *Arthritis Rheum* 1993; 36: 729-40.
18. Ferraccioli GF, Salaffi F, Bartoli E, Peroni M. The Chronic Arthritis Systemic Index: a nomogram to assess the activity and severity of chronic arthritis. *Arthritis Rheum*. 1993; 36: 1180-81.
19. Ferraccioli GF, Salaffi F, Troise-Rioda W, Bartoli E. The Chronic Arthritis Systemic Index (CASI). *Clin Exp Rheumatol*. 1994 May-Jun;12(3):241-7.
20. Fuchs HA, Brooks RH, Callahan LF, Pincus T. A simplified twenty-eight joint quantitative articular index in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1989;32:531-7.
21. Fuchs HA, Pincus T. Reduced joint counts in controlled clinical trials in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1994 Apr;37(4):470-5.
22. Goldsmith CH, Boers M, Bombardier C, Tugwell P. Criteria for clinically important changes in outcomes: development, scoring and evaluation of rheumatoid arthritis patient and trial profiles. OMERACT Committee. *J Rheumatol*. 1993 Mar;20(3):561-5.
23. Goldstein LB, Bertels C, Davis JN. Interrater reliability of the NIH stroke scale. *Arch Neurol*. 1989 Jun;46(6):660-2.
24. Guzman J, Burgos-Vargas R, Duarte-Salazar C, Gomez-Mora P. Reliability of the articular examination in children with juvenile rheumatoid arthritis: interobserver agreement and sources of disagreement. *J Rheumatol*. 1995 Dec;22(12):2331-6.
25. Hamilton BB, Laughlin JA, Fiedler RC, Granger CV. Interrater reliability of the 7-level functional independence measure. *Scand J Rehabil Med*. 1994 Sep;26(3):115-9.
26. Hanly JG, Mosher D, Sutton E, Weerasinghe S, Theriault D. Self-assessment of disease activity by patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1996 Sep;23(9):1531-8.
27. Hart LE, Tugwell P, Buchanan WW, Norman GR, Grace EM, Southwell D. Grading of tenderness as a source of interrater error in the Ritchie articular index. *J Rheumatol*. 1985 Aug;12(4):716-7.
28. Heijde van de DMFM, Hof van't MA, Riel van PLCM, Putte van de LBA: Disease activity score (letter). *Ann Rheum Dis* 1992; 51:14.
29. Heijde van de DMFM, van 't Hof MA, van Riel PLCM et al. Judging disease activity in clinical practice in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1990; 49:919-20.
30. Hernandez-Cruz B, Cardiel MH. Intra-observer reliability of commonly used outcome measures in rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 1998 Jul-Aug;16(4):459-62.
31. Hewlett SE, Haynes J, Shepstone L, Kirwan JR. Rheumatoid arthritis patients cannot accurately report signs of inflammatory activity. *Br J Rheumatol*. 1995 Jun;34(6):547-53.
32. Hirji KF, Rosove MH. A note on interrater agreement. *Stat Med*. 1990 Jul;9(7):835-9.
33. Houssien DA, Stucki G, Scott DL. A patient-derived disease activity score can substitute for a physician-derived disease activity score in clinical research. *Rheumatology (Oxford)*. 1999 Jan;38(1):48-52.
34. Hunt RJ. Percent agreement, Pearson's correlation, and kappa as measures of inter-examiner reliability. *J Dent Res*. 1986 Feb;65(2):128-30.
35. Jacobs JW, Geenen R, van der Heide A, Rasker JJ, Bijlsma JW. Are tender point scores assessed by manual palpation in fibromyalgia reliable? An investigation into the variance of tender point scores. *Scand J Rheumatol*. 1995;24(4):243-7.

36. Jannarone RJ, Macera CA, Garrison CZ. Evaluating interrater agreement through "case-control" sampling. *Biometrics*. 1987 Jun;43(2):433-7.
37. Kirwan JR. A theoretical framework for process, outcome and prognosis in rheumatoid arthritis (Editorial). *J Rheumatol* 1992; 19:333-6.
38. Kuny S, Maurer M, Dittrich A, Woggon B. Interrater reliability of the German version of the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Int Pharmacopsychiatry*. 1982;17(4):354-69.
39. Lane NE, Nevitt MC, Genant HK, Hochberg MC. Reliability of new indices of radiographic osteoarthritis of the hand and hip and lumbar disc degeneration. *J Rheumatol*. 1993 Nov;20(11):1911-8.
40. Langley GB, Fowles M, Sheppard H, Wigley RD. A simple pressure dolorimeter for the quantification of joint tenderness in inflammatory arthritis. *Rheumatol Int*. 1983;3(3):109-12.
41. Lansbury J, Haut DD. Quantitation of the manifestations of rheumatoid arthritis. Area of joint surfaces as an index to total joint inflammation and deformity. *Am J Med Sci* 1956; 232: 150-5.
42. Lewis PA, O'Sullivan MM, Rumpf WR, Coles EC, Jessop JD. Significant changes in Ritchie scores. *Br J Rheumatol*. 1988 Feb;27(1):32-6.
43. Mallya RK, Mace BEW. The assessment of disease activity in rheumatoid arthritis using a multivariate analysis. *Rheumatol Rheabil* 1981; 20:14-7.
44. McKenzie DA. A proposed prototype for identifying and correcting sources of measurement error in classification systems. *Med Care*. 1991 Jun;29(6):521-30.
45. Ottenbacher KJ. Interrater agreement of visual analysis in single-subject decisions: quantitative review and analysis. *Am J Ment Retard*. 1993 Jul;98(1):135-42.
46. Philipp T. Interrater reliability. *J Nurs Adm*. 1985 Dec;15(12):6-7.
47. Prevoo ML, van Riel PL, van 't Hof MA, van Rijswijk MH, van Leeuwen MA, Kuper HH, van de Putte LB. Validity and reliability of joint indices. A longitudinal study in patients with recent onset rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*. 1993 Jul;32(7):589-94.
48. Riel van PLCM. Provisional guidelines for measuring disease activity in clinical trials on rheumatoid arthritis (Editorial). *Br J Rheumatol* 1992; 31:793-6.
49. Ritchie DA, Boyle JA, McInnes JM, Jasani MK, Dalakos TG, Grieveon P, Buchanan WW. Evaluation of a simple articular index for joint tenderness in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 1969 Mar;28(2):196.
50. Ritchie DM, Boyle JA, McInnes JM, Jasani MK, Dalakos TG, Grieveon P, Buchanan WW. Clinical studies with an articular index for the assessment of joint tenderness in patients with rheumatoid arthritis. *Q J Med*. 1968 Jul;37(147):393-406.
51. Salaffi F, Ferraccioli GF, Carotti M, Blasetti P, Cervini C. Disability in rheumatoid arthritis: predictive role of age and depression. *Rec Progr Med* 1992; 83: 675-9.
52. Salaffi F, Peroni M, Ferraccioli GF. Discriminating ability of composite indices for measuring disease activity in rheumatoid arthritis: a comparison of the chronic arthritis systemic index, disease activity score and Tompson's articular index. *Rheumatology* 39; 90-6, 2000.
53. Schaible HG. Why does an inflammation in the joint hurt? *Br J Rheumatol*. 1996 May;35(5):405-6.
54. Scott DL, Panayi GS, Riel van PLCM, Smolen J, Putte van de LBA and the Consensus Study group of the European Workshop for Rheumatology: Disease activity in rheumatoid arthritis: preliminary report of the Consensus Study group of the European Workshop for Rheumatology Research. *Clin Exp Rheumatol* 1992;10:521-5.
55. Scott DL. A simple index to assess disease activity in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1993 Mar;20(3):582-4.
56. Sinacore JM, Connell KJ, Olthoff AJ, Friedman MH, Gecht MR. A method for measuring interrater agreement on checklists. *Eval Health Prof*. 1999 Jun;22(2):221-34.
57. Smythe HA, Buskila D, Gladman D. Performance of scored palpation, a point count, and dolorimetry in assessing unsuspected nonarticular tenderness. *J Rheumatol*. 1993 Feb;20(2):352-7.
58. Stewart MW, Palmer DG, Knight RG, Highton J. A self-report articular index: relationship to variations in mood and disease activity measures. *Br J Rheumatol*. 1993 Jul;32(7):631-2.
59. Stockstill JW, Gross AJ, McCall WD Jr. Interrater reliability in masticatory muscle palpation. *J Craniomandib Disord*. 1989 Summer;3(3):143-6.
60. Stucki G, Sangha O, Bruhlmann P, Stucki S, Michel BA. Weighting for joint surface area improves the information provided by a reduced 28-joint articular index of swollen joints. *Scand J Rheumatol*. 1998;27(2):125-9.
61. Stucki G, Stucki S, Bruhlmann P, Maus S, Michel BA. Comparison of the validity and reliability of self-reported articular indices. *Br J Rheumatol*. 1995 Aug;34(8):760-6.
62. Thompson PW, Hart LE, Goldsmith CH, Spector TD, Bell MJ, Ramsden MF. Comparison of four articular indices for use in clinical trials in rheumatoid arthritis: patient, order and observer variation. *J Rheumatol*. 1991 May;18(5):661-5.
63. Thompson PW, Kirwan JR. Observer variation and the Ritchie articular index. *J Rheumatol*. 1986 Aug;13(4): 836-7.
64. Thompson PW, Kirwan LR, Currey LF. A comparison of the ability of 28 articular indices to detect an induced flare of joint inflammation in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1988; 27: 375-80.
65. Thompson PW, Silman AJ, Kirwan JR, Currey LF. Articular indices of joint inflammation in rheumatoid arthritis. Correlation with the acute-phase response. *Arthritis Rheum* 1987; 30: 618-23.
66. Tugwell P, Boers M. OMERACT conference on outcome measures in rheumatoid arthritis clinical trials: conclusion. *J Rheumatol* 1993; 20:590.
67. van den Brink HR, van der Heide A, Jacobs JW, van der Veen MJ, Bijlsma JW. Evaluation of the Thompson articular index. *J Rheumatol*. 1993 Jan;20(1):28-32.
68. van der Heijde DM, van 't Hof M, van Riel PL, van de Putte LB. Development of a disease activity score based on judgment in clinical practice by rheumatologists. *J Rheumatol*. 1993 Mar;20(3):579-81.
69. van der Heijde DM, van 't Hof M, van Riel PL, van de Putte LB. Validity of single variables and indices to measure disease activity in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1993 Mar;20(3):538-41.
70. Ward MM. Clinical measures in rheumatoid arthritis: which are most useful in assessing patients? *J Rheumatol*. 1994 Jan;21(1):17-27.
71. Williamson JM, Manatunga AK. Assessing interrater agreement from dependent data. *Biometrics*. 1997 Jun;53(2):707-14.
72. Wolfe F. The prognosis of rheumatoid arthritis: assessment of disease activity and disease severity in the clinic. *Am J Med* 1997; 103: 12S-18S.

## **Scale algebriche**

## McGill Pain Questionnaire (MPQ)

Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain 1985;1:85-92

Versione italiana

Maiani G, Sanavio E. Semantics of pain in Italy: the Italian version of the McGill Pain Questionnaire. Pain. 1985 Aug;22(4):399-405.

**ISTRUZIONI:** Metta una crocetta nella casella grigia corrispondente all'aggettivo che meglio descrive il Suo dolore (solamente un aggettivo per ciascun gruppo). Se non trova un aggettivo adatto, vada pure avanti senza barrare alcuna casella.

1°gruppo	2°gruppo	3°gruppo	4°gruppo	5°gruppo
1) Tremolante <input type="checkbox"/>	1) Salta qua e là <input type="checkbox"/>	1) Punge come uno spillo <input type="checkbox"/>	1) Tagliente come una lametta <input type="checkbox"/>	1) È forte come un pizzicotto <input type="checkbox"/>
2) Vibrante <input type="checkbox"/>	2) Fulmineo <input type="checkbox"/>	2) Buca come un ago <input type="checkbox"/>	2) Tagliente come un coltello <input type="checkbox"/>	2) Stringe <input type="checkbox"/>
3) Pulsante <input type="checkbox"/>	3) È come una molla che scatta <input type="checkbox"/>	3) Buca come un chiodo <input type="checkbox"/>	3) Lacerante <input type="checkbox"/>	3) È come un crampo <input type="checkbox"/>
4) Che picchia <input type="checkbox"/>		4) E' come una pugnolata <input type="checkbox"/>		4) Rode <input type="checkbox"/>
5) Battente <input type="checkbox"/>		5) Lancinante <input type="checkbox"/>		5) Schiacciante <input type="checkbox"/>
6) Martellante <input type="checkbox"/>				

6°gruppo	7°gruppo	8°gruppo	9°gruppo	10°gruppo
1) Stira <input type="checkbox"/>	1) Caldo <input type="checkbox"/>	1) Dà formicolio <input type="checkbox"/>	1) Sordo <input type="checkbox"/>	1) Sensibile al tocco <input type="checkbox"/>
2) Tira <input type="checkbox"/>	2) Scotta <input type="checkbox"/>	2) Pizzica e irrita <input type="checkbox"/>	2) Dà indolenzimento <input type="checkbox"/>	2) Teso <input type="checkbox"/>
3) Contorce <input type="checkbox"/>	3) Brucia <input type="checkbox"/>	3) Vivo <input type="checkbox"/>	3) Fa male <input type="checkbox"/>	3) Raschia <input type="checkbox"/>
	4) Rovente <input type="checkbox"/>	4) Acuto <input type="checkbox"/>	4) Dà sofferenza <input type="checkbox"/>	4) Spezza <input type="checkbox"/>
			5) Gravoso <input type="checkbox"/>	

11°gruppo	12°gruppo	13°gruppo	14°gruppo	15°gruppo
1) Stancante <input type="checkbox"/>	1) Nauseante <input type="checkbox"/>	1) Allarmante <input type="checkbox"/>	1) Affligge <input type="checkbox"/>	1) Grave <input type="checkbox"/>
2) Spossante <input type="checkbox"/>	2) Soffocante <input type="checkbox"/>	2) Spaventoso <input type="checkbox"/>	2) Prostrante <input type="checkbox"/>	2) Accecante <input type="checkbox"/>
		3) Terrificante <input type="checkbox"/>	3) Crudelmente <input type="checkbox"/>	
		4) Acuto <input type="checkbox"/>	4) Feroce <input type="checkbox"/>	
			5) Mortale <input type="checkbox"/>	

11°gruppo	12°gruppo	13°gruppo	14°gruppo	15°gruppo
1) Noioso <input type="checkbox"/>	1) Si propaga <input type="checkbox"/>	1) Fasciante <input type="checkbox"/>	1) Fresco <input type="checkbox"/>	1) Seccante <input type="checkbox"/>
2) Disturbante <input type="checkbox"/>	2) Si diffonde a raggiera <input type="checkbox"/>	2) Intorpidisce <input type="checkbox"/>	2) Freddo <input type="checkbox"/>	2) Dà disgusto <input type="checkbox"/>
3) Penoso <input type="checkbox"/>	3) Penetrante <input type="checkbox"/>	3) Tirante <input type="checkbox"/>	3) Mortale <input type="checkbox"/>	3) Dà tormento <input type="checkbox"/>
4) Intenso <input type="checkbox"/>	4) Perforante <input type="checkbox"/>	4) Strizza <input type="checkbox"/>		4) Terribile <input type="checkbox"/>
5) Insopportabile <input type="checkbox"/>		5) Strappa <input type="checkbox"/>		5) Torturante <input type="checkbox"/>

### Spazio riservato all'intervistatore

PRI-S	PRI-A	PRI-V	PRI-TOT	N° Parole Utilizzate

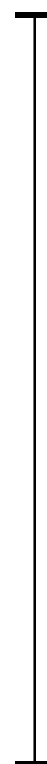
Come cambia il Suo dolore nel tempo?

Come cambia il Suo dolore nel tempo			
	1	2	3
Quale parola (o parole) userebbe per descrivere come cambia nel tempo il Suo dolore?	a) Continuo b) Stabile c) Costante	a) Ritmico b) Periodico c) Intermittente	a) Breve b) Passeggero c) Fugace

Scala di valutazione verbale (PPI)					
Indichi con una crocetta la parola che meglio definisce il Suo dolore					
0	1	2	3	4	5
Dolore assente	Dolore leggero	Dolore che mette a disagio	Dolore che angoscia	Dolore orribile	Dolore atroce

Segni con un tratto di penna sulla linea qui accanto, quanto è forte il Suo dolore

Dolore estremo,  
insopportabile



Nessun dolore

## Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)

(Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. Pain 1987; 30: 191-97)

**ISTRUZIONI:** Legga attentamente ciascuno dei 15 aggettivi elencati qui sotto che descrivono il Suo dolore. Indichi con una crocetta sul quadrato corrispondente all'aggettivo che le sembra più appropriato a descrivere il Suo dolore. Se non trova un aggettivo adatto, passi oltre.

	Non dolore (0)	Lieve (1)	Moderato (2)	Forte (3)
1) Che picchia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Come una molla che scatta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Come una pugnolata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Tagliente come una lama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Come un crampo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Rode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Caldo, scotta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Dà sofferenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Gravoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Sensibile al tocco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Che spezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Stancante, spossante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Nauseante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Allarmante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Affligge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

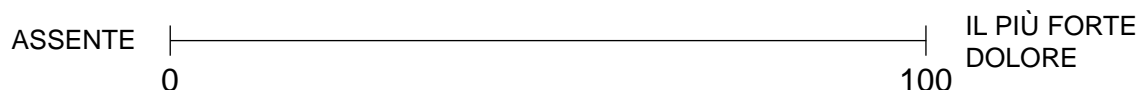
### PRESENT PAIN INTENSITY INDEX (PPI)

Alle varie classi qui sotto indicate si associano termini che rappresentano livelli di dolore sempre più elevati. Indichi con una crocetta la parola che meglio esprime il Suo dolore

- |                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| 1) Dolore assente             | <input type="checkbox"/> |
| 2) Dolore leggero             | <input type="checkbox"/> |
| 3) Dolore che mette a disagio | <input type="checkbox"/> |
| 4) Dolore che angoscia        | <input type="checkbox"/> |
| 5) Dolore orribile            | <input type="checkbox"/> |
| 6) Dolore atroce              | <input type="checkbox"/> |

### SCALA ANALOGICA VISIVA (VAS) DEL DOLORE

Vorremmo che Lei indicasse con una crocetta su questa scala da 0 a 100 quanto è forte il Suo dolore





## Questionario Semantico Reumatologico (QSR)

Salaffi F, Nolli M, Cavalieri F, Ferraccioli GF. Il questionario semantico reumatologico (QSR). Analisi della validità di costruito e delle variabili intrinseche: confronto con il questionario di Melzack. *Il Reumatologo* 1990; 4: 146-52.

### Come sente il Suo dolore?

Indichi con una crocetta la parola che descrive meglio il Suo dolore. Se non trova la parola adatta passi avanti.

(3-S) 2.6 - E' COME UN CRAMPO	(4-S) 3.3 - ACUTO
(1-A) 2.8 - STANCANTE	(2-S) 2.7 - FREDDO
(1-S) 2.4 - SI PROPAGA	(1-A) 3.1 - AFFLIGGE
(1-A) 2.7 - CHE PICCHIA	(5-A) 4.7 - TORTURANTE
(1-A) 2.4 - SECCANTE	(1-A) 4.2 - GRAVE
(2-A) 3.2 - SPOSSANTE	(3-A) 3.7 - DA' TORMENTO
(1-S) 2.2 - SENSIBILE AL TOCCO	(1-S) 1.6 - SALTA QUA' E LA'
(1-A) 2.9 - NAUSEANTE	(3-S) 3.9 - CONTORCE
(1-V) 2.0 - NOIOSO	(4-S) 3.3 - DA' SOFFERENZA
(1-S) 2.3 - CALDO	(4-S) 3.0 - RODE
(5-V) 4.6 - INSOPPORTABILE	(1-A) 3.6 - ALLARMANTE
(1-S) 1.3 - DA' FORMICOLIO	

QSR-PRI S= QSR-PRI A= QSR-PRI V= QSR-PRI Tot=

Nel riquadro a lato sono indicate le rispettive appartenenze alle dimensioni (s= sensoriale, A=affettiva, V=valutativa) con il rispettivo valore di rango fra parentesi (1-S, 3-A, 5-V ecc.) e di scala (es. Caldo=2.3).

### SCALA ANALOGICA VISIVA (VAS) DEL DOLORE

Vorremmo che Lei indicasse con una crocetta su questa scala da 0 a 100 quanto è forte il Suo dolore



## Brief Pain Inventory (BPI)

Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. Ann Acad Med. 1994; 23: 129-138.

Versione italiana

Caraceni A, Mendoza TR, Mencaglia E et al. A validation study of an Italian version of the Brief Pain Inventory (Breve Questionario per la Valutazione del Dolore). Pain 1996; 65: 87-92.

**ISTRUZIONI:** Metta una crocetta nella casella grigia corrispondente all'aggettivo che meglio descrive il Suo dolore (solamente un aggettivo per ciascun gruppo). Se non trova un aggettivo adatto, vada pure avanti senza barrare alcuna casella.

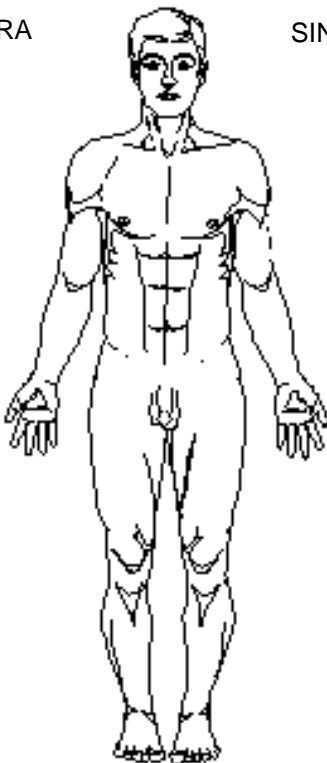
1) Nel corso della nostra vita, abbiamo modo di provare dolore ogni tanto (come ad esempio un mal di testa, una distorsione o un dolore ai denti). Durante l'ultima settimana, ha provato un dolore diverso da questi?

SI

No

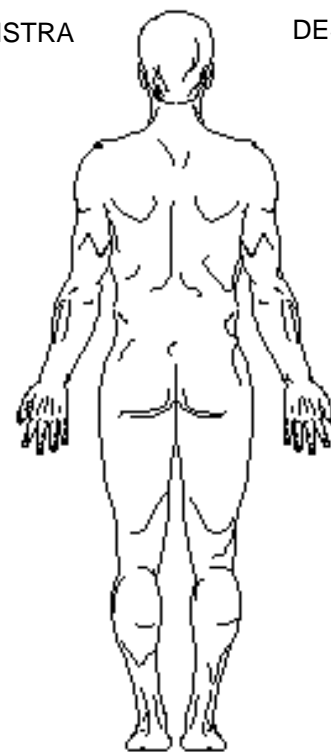
2) Tratteggi sul disegno le zone del corpo dove Lei sente dolore. Collochi una "X" dove Le fa più male.

DESTRA



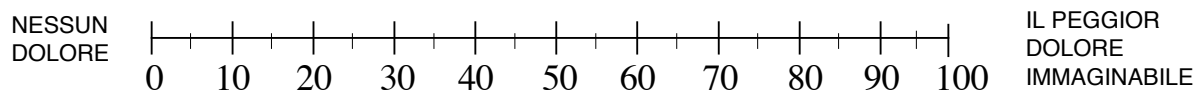
SINISTRA

SINISTRA

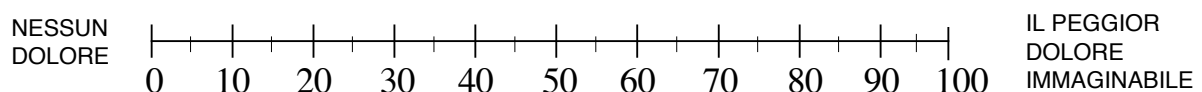


DESTRA

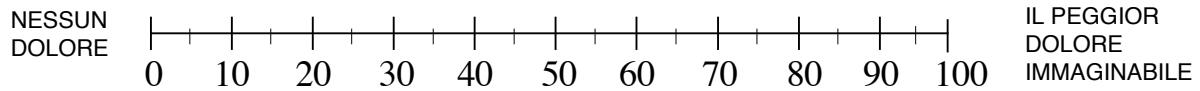
3) Valuti il suo dolore collocando una "X" in corrispondenza del numero che meglio descrive l'intensità del Suo **peggiore** dolore delle ultime 24 ore.



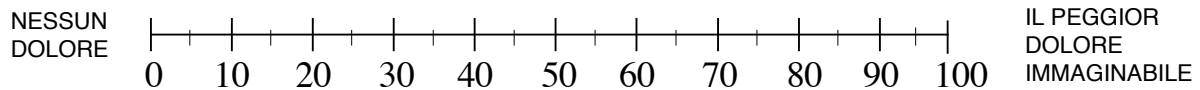
4) Valuti il suo dolore collocando una "X" in corrispondenza del numero che meglio descrive l'intensità del Suo dolore **più lieve** delle ultime 24 ore.



5) Valuti il suo dolore collocando una "X" in corrispondenza del numero che meglio descrive l'intensità del Suo dolore in media delle ultime 24 ore.



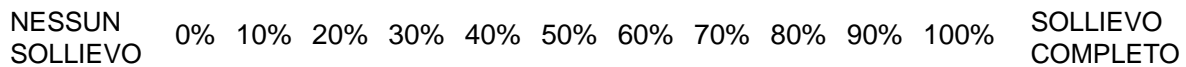
6) Valuti il suo dolore collocando una "X" in corrispondenza del numero che meglio descrive l'intensità del Suo dolore in questo momento.



7) Che terapie o medicine sta assumendo per il Suo dolore?

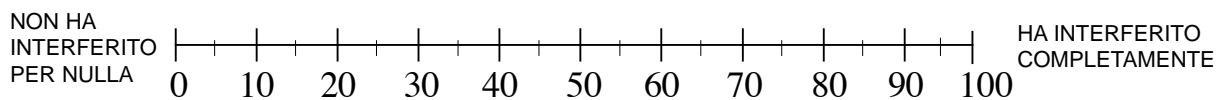
.....  
 .....  
 .....  
 .....

8) Nelle ultime 24 ore quanto sollievo Lei ha ricevuto dalle terapie o dalle medicine? Collochi una "X" sopra la percentuale che meglio descrive quanto sollievo del dolore ha avuto.

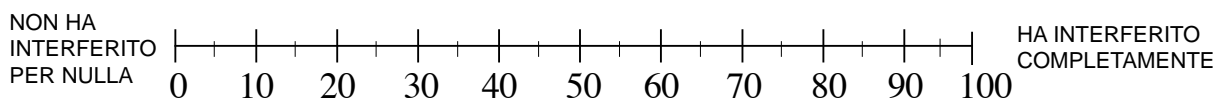


9) Indichi con una "X" il numero che meglio descrive quanto il dolore ha interferito con la Sua vita nelle ultime 24 ore.

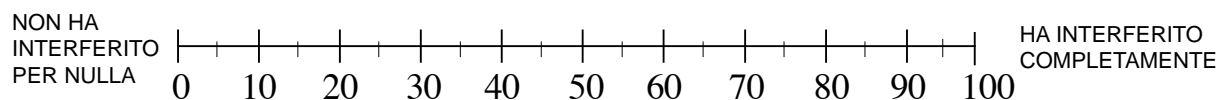
a. La Sua attività generale



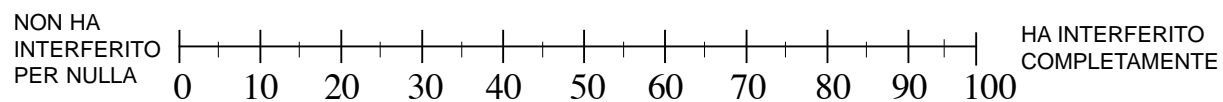
b. Il Suo umore



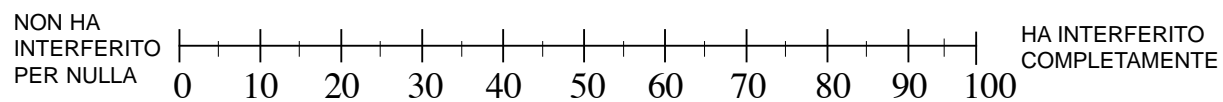
c. La Sua capacità di camminare



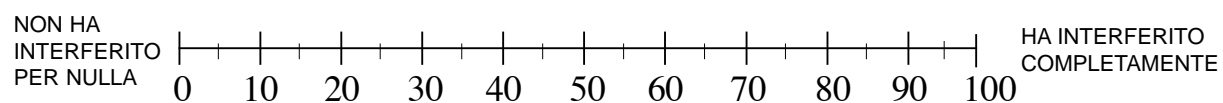
**d. La Sua normale attività lavorativa (sia in casa che fuori casa)**



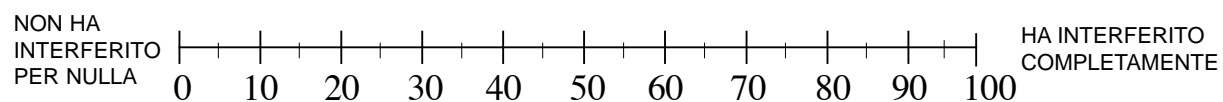
**e. Le relazioni con gli altri**



**f. Il sonno**



**g. La gioia di vivere**



## Bibliografia

1. Acello B. Assessing pain at face value. *Am J Nurs*. 1999 Jun;99(6):16.
2. Alla MA. Methods of pain evaluation. *Soins*. 1997 Apr;(614):16-21.
3. Bacon NM, Bacon SF, Atkinson JH, Slater MA, Patterson TL, Grant I, Garfin SR. Somatization symptoms in chronic low back pain patients. *Psychosom Med*. 1994 Mar-Apr;56(2):118-27.
4. Baker JG, Granger CV, Ottenbacher KJ. Validity of a brief outpatient functional assessment measure. *Am J Phys Med Rehabil*. 1996 Sep-Oct;75(5):356-63.
5. Bang MD, Deyle GD. Comparison of supervised exercise with and without manual physical therapy for patients with shoulder impingement syndrome. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2000 Mar;30(3):126-37.
6. Baumstark KE, Buckelew SP, Sher KJ, Beck N, Buescher KL, Hewett J, Crews TM. Pain behavior predictors among fibromyalgia patients. *Pain*. 1993 Dec;55(3):339-46.
7. Beltrutti D, Lamberto A, Obertino E. Persistent pain and personality evaluation. A report of seven multi-operated patients for chronic pain complaints of non malignant origin. *Panminerva Med*. 1992 Oct-Dec;34(4):197-203.
8. Birch S, Jamison RN. Controlled trial of Japanese acupuncture for chronic myofascial neck pain: assessment of specific and nonspecific effects of treatment. *Clin J Pain*. 1998 Sep;14(3):248-55.
9. Bird HA, Dixon JS. The measurement of pain. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1987 Apr;1(1):71-89.
10. Boureau F, Luu M, Doubrere JF. Comparative study of the validity of four French McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions. *Pain*. 1992 Jul;50(1):59-65.
11. Brennan AF, Barrett CL, Garretson HD. The prediction of chronic pain outcome by psychological variables. *Int J Psychiatry Med*. 1986-87;16(4):373-87.
12. Burckhardt CS, Bjelle A. A Swedish version of the short-form McGill Pain Questionnaire. *Scand J Rheumatol*. 1994;23(2):77-81.
13. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. A comparison of pain perceptions in women with fibromyalgia and rheumatoid arthritis: relationship to depression and pain extent. *Arthritis Care Res*. 1992 Dec;5(4):216-22.
14. Burckhardt CS. The use of the McGill Pain Questionnaire in assessing arthritis pain. *Pain*. 1984 Jul;19(3):305-14.
15. Byrne M, Troy A, Bradley LA, Marchisello PJ, Geisinger KF, Van der Heide LH, Prieto EJ. Cross-validation of the factor structure of the McGill Pain Questionnaire. *Pain*. 1982 Jun;13(2):193-201.
16. Caraceni A, Mendoza TR, Mencaglia E, Baratella C, Edwards K, Forjaz MJ, Martini C, Serlin RC, de Conno F, Cleeland CS. A validation study of an Italian version of the Brief Pain Inventory (Breve Questionario per la Valutazione del Dolore). *Pain*. 1996 Apr; 65(1):87-92.
17. Caraceni A, Portenoy RK. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. IASP Task Force on Cancer Pain. International Association for the Study of Pain. *Pain*. 1999 Sep;82(3):263-74.
18. Cavalieri F, Salaffi F, Ferraccioli GF. Relationship between physical impairment, psychological variables and pain in rheumatoid disability. An analysis of their relative impact. *Clin Exp Rheumatol* 1991; 9: 47-50.
19. Chen AC, Treede RD. The McGill Pain Questionnaire in the assessment of phasic and tonic experimental pain: behavioral evaluation of the 'pain inhibiting pain' effect. *Pain*. 1985 May;22(1):67-79.
20. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore*. 1994 Mar;23(2):129-38.
21. Cohen MJ, McArthur DL, Vulpe M, Schandler SL, Gerber KE. Comparing chronic pain from spinal cord injury to chronic pain of other origins. *Pain*. 1988 Oct;35(1):57-63.
22. Creamer P, Lethbridge-Cejku M, Hochberg MC. Determinants of pain severity in knee osteoarthritis: effect of demographic and psychosocial variables using 3 pain measures. *J Rheumatol*. 1999 Aug;26(8):1785-92.
23. Crockett DJ, Prkachin KM, Craig KD, Greenstein H. Social influences on factored dimensions of the McGill Pain Questionnaire. *J Psychosom Res*. 1986;30(4):461-9.
24. Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain*. 1983 Oct;17(2):197-210.
25. Davidoff G, Morey K, Amann M, Stamps J. Pain measurement in reflex sympathetic dystrophy syndrome. *Pain*. 1988 Jan;32(1):27-34.
26. Davis GC. The clinical assessment of chronic pain in rheumatic disease: evaluating the use of two instruments. *J Adv Nurs*. 1989 May;14(5):397-402.
27. De Benedittis G, Massei R, Nobili R, Pieri A. The Italian Pain Questionnaire. *Pain*. 1988 Apr;33(1):53-62.
28. De Gagne TA, Mikail SF, D'Eon JL. Confirmatory factor analysis of a 4-factor model of chronic pain evaluation. *Pain*. 1995 Feb;60(2):195-202.
29. Deltito JA. The evaluation of pain. *Clin Exp Rheumatol*. 1984 Jul-Sep;2(3):203-4.
30. Deyo RA, Battie M, Beurskens AJ, Bombardier C, Croft P, Koes B, Malmivaara A, Roland M, Von Korff M, Waddell G. Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use. *Spine*. 1998 Sep 15;23(18):2003-13.
31. Deyo RA, Centor RM. Assessing the responsiveness of functional scales to clinical change: an analogy to diagnostic test performance. *J Chronic Dis*. 1986;39(11):897-906.
32. Doan BD, Wadden NP. Relationships between depressive symptoms and descriptions of chronic pain. *Pain*. 1989 Jan;36(1):75-84.
33. Donaldson GW. The factorial structure and stability of the McGill Pain Questionnaire in patients experiencing oral mucositis following bone marrow transplantation. *Pain*. 1995 Jul;62(1):101-9.
34. Drewes AM, Helweg-Larsen S, Petersen P, Brennum J, Andreasen A, Poulsen LH, Jensen TS. McGill Pain Questionnaire translated into Danish: experimental and clinical findings. *Clin J Pain*. 1993 Jun;9(2):80-7.
35. Dubuisson D, Melzack R. Classification of clinical pain description by multiple group discriminant analysis. *Exp Neurol* 1976; 51: 480-7.

36. Dudgeon D, Raubertas RF, Rosenthal SN. The short-form McGill Pain Questionnaire in chronic cancer pain. *J Pain Symptom Manage.* 1993 May;8(4):191-5.
37. Escalante A, Galarza-Delgado D, Beardmore TD, Baethge BA, Esquivel-Valerio J, Marines AL, Mingrone M. Cross-cultural adaptation of a brief outcome questionnaire for Spanish-speaking arthritis patients. *Arthritis Rheum.* 1996 Jan;39(1):93-100.
38. Escalante A, Lichtenstein MJ, Rios N, Hazuda HP. Measuring chronic rheumatic pain in Mexican Americans: cross-cultural adaptation of the McGill Pain Questionnaire. *J Clin Epidemiol.* 1996 Dec;49(12):1389-99.
39. Fernandez E, Towery S. A parsimonious set of verbal descriptors of pain sensation derived from the McGill Pain Questionnaire. *Pain.* 1996 Jul;66(1):31-7.
40. Ferraccioli GF, Ghirelli L, Salaffi F, Nolli M. Different sensitivities of four pain indexes in the assessment of pain and aches of RA, OA and fibromyalgia syndrome (FS). *Clin. Exp. Rheumatol.* 5/S-2 (suppl.), Abstr. F.384, 1987.
41. Ferraccioli GF, Salaffi F, Troise-Rioda W, Bartoli E. The chronic arthritis systemic index (CASI). *Clin Exp Rheumatol* 1994; 12: 241-7.
42. Gaskin ME, Greene AF, Robinson ME, Geisser ME. Negative affect and the experience of chronic pain. *J Psychosom Res.* 1992 Dec;36(8):707-13.
43. Gaston-Johansson F. Measurement of pain: the psychometric properties of the Pain-O-Meter, a simple, inexpensive pain assessment tool that could change health care practices. *J Pain Symptom Manage.* 1996 Sep;12(3):172-81.
44. Gaston-Johansson F. Pain assessment: differences in quality and intensity of the words pain, ache and hurt. *Pain.* 1984 Sep;20(1):69-76.
45. Gerstner GE, Clark GT, Goulet JP. Validity of a brief questionnaire in screening asymptomatic subjects from subjects with tension-type headaches or temporomandibular disorders. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994 Aug;22(4):235-42.
46. Grabis M, Blacker HM. Chronic pain: measurement and assessment. *Int J Rehabil Res.* 1987;10(4 Suppl 5):266-70.
47. Graham C, Bond SS, Gerkovich MM, Cook MR. Use of the McGill pain questionnaire in the assessment of cancer pain: replicability and consistency. *Pain.* 1980 Jun;8(3):377-87.
48. Granger CV, Ottenbacher KJ, Baker JG, Sehgal A. Reliability of a brief outpatient functional outcome assessment measure. *Am J Phys Med Rehabil.* 1995 Nov-Dec;74(6):469-75.
49. Gronblad M, Lukinmaa A, Konttinen YT. Chronic low-back pain: intercorrelation of repeated measures for pain and disability. *Scand J Rehabil Med.* 1990;22(2):73-7.
50. Grushka M, Sessle BJ. Applicability of the McGill Pain Questionnaire to the differentiation of 'toothache' pain. *Pain.* 1984 May;19(1):49-57.
51. Haas M, Nyiendo J. Diagnostic utility of the McGill Pain Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire for classification of low back pain syndromes. *J Manipulative Physiol Ther.* 1992 Feb;15(2):90-8.
52. Harrison A. Arabic pain words. *Pain.* 1988 Feb;32(2):239-50.
53. Hartmannsgruber MW, Silverman DG. Applying parametric tests to visual analog scores. *Anesth Analg.* 2000 Jul;91(1):248-9.
54. Ho K, Spence J, Murphy MF. Review of pain-measurement tools. *Ann Emerg Med.* 1996 Apr;27(4):427-32.
55. Ishoy T, Guldager B, Appleyard M, Suadicani P, Hein HO, Gyntelberg F. Health status after serving in the Gulf war area. *The Danish Gulf War Study.* *Ugeskr Laeger.* 1999 Sep 27;161(39):5423-8.
56. Ishoy T, Suadicani P, Guldager B, Appleyard M, Hein HO, Gyntelberg F. State of health after deployment in the Persian Gulf. *The Danish Gulf War Study.* *Dan Med Bull.* 1999 Nov;46(5):416-9.
57. Janal MN, Clark WC, Carroll JD. Multidimensional scaling of painful electrocutaneous stimulation: IND-SCAL dimensions, signal detection theory indices, and the McGill Pain Questionnaire. *Somatosens Mot Res.* 1993;10(1):31-9.
58. Jenkinson C, Carroll D, Egerton M, Frankland T, McQuay H, Nagle C. Comparison of the sensitivity to change of long and short form pain measures. *Qual Life Res.* 1995 Aug;4(4):353-7.
59. Jerome A, Holroyd KA, Theofanous AG, Pingel JD, Lake AE, Saper JR. Cluster headache pain vs. other vascular headache pain: differences revealed with two approaches to the McGill Pain Questionnaire. *Pain.* 1988 Jul;34(1):35-42.
60. Kaasalainen SJ, Robinson LK, Hartley T, Middleton J, Knezacek S, Ife C. The assessment of pain in the cognitively impaired elderly: a literature review. *Perspectives.* 1998 Summer;22(2):2-8.
61. Ketovuori H, Pontinen PJ. A pain vocabulary in Finnish-The Finnish pain questionnaire. *Pain.* 1981 Oct;11(2):247-53.
62. Kim HS, Schwartz-Barcott D, Holter IM, Lorensen M. Developing a translation of the McGill pain questionnaire for cross-cultural comparison: an example from Norway. *J Adv Nurs.* 1995 Mar;21(3):421-6.
63. Klepac RK, Dowling J, Hauge G. Sensitivity of the McGill Pain Questionnaire to intensity and quality of laboratory pain. *Pain.* 1981 Apr;10(2):199-207.
64. Kremer EF, Atkinson JH Jr, Ignelzi RJ. Pain measurement: the affective dimensional measure of the McGill pain questionnaire with a cancer pain population. *Pain.* 1982 Feb;12(2):153-63.
65. Krivo S, Reidenberg MM. Assessment of patients' pain. *N Engl J Med.* 1996 Jan 4;334(1):59.
66. Lawler K. Pain assessment. *Prof Nurse.* 1997 Oct;13(1 Suppl):S5-8.
67. Lilley CM, Craig KD, Grunau RE. The expression of pain in infants and toddlers: developmental changes in facial action. *Pain.* 1997 Aug;72(1-2):161-70.
68. Lin CC. Comparison of the effects of perceived self-efficacy on coping with chronic cancer pain and coping with chronic low back pain. *Clin J Pain.* 1998 Dec;14(4):303-10.
69. Lowe NK, Walker SN, MacCallum RC. Confirming the theoretical structure of the McGill Pain Questionnaire in acute clinical pain. *Pain.* 1991 Jul;46(1):53-60.
70. MacDermid JC, Turgeon T, Richards RS, Beadle M, Roth JH. Patient rating of wrist pain and disability: a reliable and valid measurement tool. *J Orthop Trauma.* 1998 Nov-Dec;12(8):577-86.
71. Maiani G, Sanavio E. Semantics of pain in Italy: the Italian version of the McGill Pain Questionnaire. *Pain.* 1985 Aug;22(4):399-405.
72. Marvin JA. Pain assessment versus measurement. *J Burn Care Rehabil.* 1995 May-Jun;16(3 Pt 2):348-57.

73. Masedo AI, Esteve R. Some empirical evidence regarding the validity of the Spanish version of the McGill Pain Questionnaire (MPQ-SV). *Pain*. 2000 Apr;85(3):451-6.
74. Maunsell E, Allard P, Dorval M, Labbe J. A brief pain diary for ambulatory patients with advanced cancer: acceptability and validity. *Cancer*. 2000 May 15;88(10):2387-97.
75. Mazzuca SA, Brandt KD, Katz BP, Chambers M, Byrd D, Hanna M. Effects of self-care education on the health status of inner-city patients with osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum*. 1997 Aug;40(8):1466-74.
76. McCaffery M, Pasero C. Teaching patients to use a numerical pain-rating scale. *Am J Nurs*. 1999 Dec;99(12):22.
77. McCreary C, Turner J, Dawson E. Principal dimensions of the pain experience and psychological disturbance in chronic low back pain patients. *Pain*. 1981 Aug;11(1):85-92.
78. McFadden II, Woitalla VF. Differing reports of pain perception by different personalities in a patient with chronic pain and multiple personality disorder. *Pain*. 1993 Dec;55(3):379-82.
79. McGrath PA. The measurement of human pain. *Endod Dent Traumatol*. 1986 Aug;2(4):124-9.
80. Melzack R, Katz J, Jeans ME. The role of compensation in chronic pain: analysis using a new method of scoring the McGill Pain Questionnaire. *Pain*. 1985 Oct;23(2):101-12.
81. Melzack R, Terrence C, Fromm G, Amsel R. Trigeminal neuralgia and atypical facial pain: use of the McGill Pain Questionnaire for discrimination and diagnosis. *Pain*. 1986 Dec;27(3):297-302.
82. Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. *Anesthesiology* 1971; 34: 50-9.
83. Melzack R. Prolonged relief of pain by brief, intense transcutaneous somatic stimulation. *Pain*. 1975 Dec;1(4):357-73.
84. Melzack R. The McGill Pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1985; 1: 85-92.
85. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*. 1987 Aug;30(2):191-7.
86. Miro J, Raich RM. Effects of a brief and economical intervention in preparing patients for surgery: does coping style matter? *Pain*. 1999 Dec;83(3):471-5.
87. Moffett JK, Torgerson D, Bell-Syer S, Jackson D, Llewlyn-Phillips H, Farrin A, Barber J. Randomised controlled trial of exercise for low back pain: clinical outcomes, costs, and preferences. *BMJ*. 1999 Jul 31;319(7205):279-83.
88. Naughton MJ, Wiklund I. A critical review of dimension-specific measures of health-related quality of life in cross-cultural research. *Qual Life Res*. 1993 Dec;2(6):397-432.
89. Nichols DS, Glenn TM. Effects of aerobic exercise on pain perception, affect, and level of disability in individuals with fibromyalgia. *Phys Ther*. 1994 Apr;74(4):327-32.
90. Nolli M, Salaffi F, Ferraccioli GF, Camerini S, Uleri G, Uggeri E. Analisi sulle variabili del questionario semantico di Melzack in pazienti osteoartrosici. *Min Anestesiol* 1988; 5: 215-22.
91. Nolli M, Salaffi F, Ferraccioli GF, Uggeri E, Uleri G. Indagini algometriche nel dolore acuto postoperatorio. *Algos* 1989; 2: 26-35.
92. Nyiendo J. comparison of low back pain profiles of chiropractic teaching clinic patients with patients attending private clinicians. *J Manipulative Physiol Ther*. 1990 Oct;13(8):437-47.
93. Papageorgiou AC, Badley EM. The quality of pain in arthritis: the words patients use to describe overall pain and pain in individual joints at rest and on movement. *J Rheumatol*. 1989 Jan;16(1):106-12.
94. Pasero CL. Using the Faces scale to assess pain. *Am J Nurs*. 1997 Jul;97(7):19-20.
95. Pearce J, Morley S. An experimental investigation of the construct validity of the McGill Pain Questionnaire. *Pain*. 1989 Oct;39(1):115-21.
96. Perry F, Heller PH, Levine JD. A possible indicator of functional pain: poor pain scale correlation. *Pain*. 1991 Aug;46(2):191-3.
97. Philip J, Smith WB, Craft P, Lickiss N. Concurrent validity of the modified Edmonton Symptom Assessment System with the Rotterdam Symptom Checklist and the Brief Pain Inventory. *Support Care Cancer*. 1998 Nov;6(6):539-41.
98. Phillips B. Pain assessment. *Nurs RSA*. 1993 Apr;8(4):20-1.
99. Radbruch L, Loick G, Kiencke P, Lindena G, Sabatowski R, Grond S, Lehmann KA, Cleeland CS. Validation of the German version of the Brief Pain Inventory. *J Pain Symptom Manage*. 1999 Sep;18(3):180-7.
100. Radvila A, Adler RH, Galeazzi RL, Vorkauf H. The development of a German language (Berne) pain questionnaire and its application in a situation causing acute pain. *Pain*. 1987 Feb;28(2):185-95.
101. Raghavan R, Sharma PS, Kumar P. Abacus VAS in burn pain assessment. *Clin J Pain*. 1999 Sep;15(3):238.
102. Reading AE, Everitt BS, Sledmere CM. The McGill Pain Questionnaire: a replication of its construction. *Br J Clin Psychol*. 1982 Nov;21 (Pt 4):339-49.
103. Reading AE, Hand DJ, Sledmere CM. A comparison of response profiles obtained on the McGill Pain Questionnaire and an adjective checklist. *Pain*. 1983 Aug;16(4):375-83.
104. Reading AE. A comparison of the McGill Pain Questionnaire in chronic and acute pain. *Pain*. 1982 Jun;13(2):185-92.
105. Reading AE. The internal structure of the McGill pain questionnaire in dysmenorrhoea patients. *Pain*. 1979 Dec;7(3):353-8.
106. Remerie SC, Zant JL. Pain measurement in clinical practice. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1991 Jun 1;135(22):1006.
107. Romano JM, Turner JA, Jensen MP. The Chronic Illness Problem Inventory as a measure of dysfunction in chronic pain patients. *Pain*. 1992 Apr;49(1):71-5.
108. Salaffi F, Nolli M, Albani A, Ferraccioli GF. Semantica degli stati algici acuti e cronici. *Seminari sul dolore* 1989; 2: 45-63.
109. Salaffi F, Cavaliere F, Nolli M, Ferraccioli GF. Analysis of disability in knee osteoarthritis. Relationship with age and psychological variables but not with radiographic score. *J Rheumatol* 1991; 18: 1581-6.
110. Salaffi F, Ferraccioli GF, Troise Rioda W, Carotti M, Sacchini G, Cervini C. The validity and reliability of the Italian version of the Arthritis Impact. *Recenti Prog Med*. 1992 Jan;83(1):7-11.
111. Salaffi F, Nolli M, Cavaliere F, Ferraccioli GF. Confronto tra indici algometrici nella valutazione del-

- l'esperienza algica in Reumatologia. Utilità della versione italiana del questionario algologico McGill. *Reumatismo* 1990; 42: 19-31.
112. Salaffi F, Nolli M, Cavalieri F, Ferraccioli GF. Il questionario semantico reumatologico (QSR). Analisi della validità di costruito e delle variabili intrinseche: confronto con il questionario di Melzack. *Il Reumatologo* 1990; 4: 146-52.
  113. Satow A, Nakatani K, Taniguchi S. Japanese version of the MPQ and pentagon profile illustrated perceptual characteristics of pain. *Pain*. 1989 Apr;37(1):125-6.
  114. Serrie A, Cunin G, Langlade A, Payen D, Thurel C, Echter E. Evaluation and assessment of pain in the acutely painful patient: methodological problems. *Agressologie*. 1987 May;28(6):619-27.
  115. Seymour RA, Charlton JE, Phillips ME. An evaluation of dental pain using visual analogue scales and the McGill Pain Questionnaire. *J Oral Maxillofac Surg*. 1983 Oct;41(10):643-8.
  116. Sist TC, Florio GA, Miner MF, Lema MJ, Zevon MA. The relationship between depression and pain language in cancer and chronic non-cancer pain patients. *J Pain Symptom Manage*. 1998 Jun;15(6):350-8.
  117. Skevington SM. Activities as indices of illness behaviour in chronic pain. *Pain*. 1983 Mar;15(3):295-307.
  118. Spens H, Pugh GC. Measurement of VAS pain scores with a 'magic screen'. *Anaesthesia*. 1992 Apr;47(4):359-60.
  119. Stein C, Mendl G. The German counterpart to McGill Pain Questionnaire. *Pain*. 1988 Feb;32(2):251-5.
  120. Strand LI, Ljunggren AE. Different approximations of the McGill Pain Questionnaire in the Norwegian language: a discussion of content validity. *J Adv Nurs*. 1997 Oct;26(4):772-9.
  121. Strand LI, Wisnes AR. Development of a Norwegian pain questionnaire for pain measurement. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1990 Jan 10;110(1):45-9.
  122. Strand LI, Wisnes AR. The development of a Norwegian pain questionnaire. *Pain*. 1991 Jul;46(1):61-6.
  123. Swanston M, Abraham C, Macrae WA, Walker A, Rushmer R, Elder L, Methven H. Pain assessment with interactive computer animation. *Pain*. 1993 Jun;53(3):347-51.
  124. Tait RC, Pollard CA, Margolis RB, Duckro PN, Krause SJ. The Pain Disability Index: psychometric and validity data. *Arch Phys Med Rehabil*. 1987 Jul;68(7):438-41.
  125. Toomey TC, Gover VF, Jones BN. Site of pain: relationship to measures of pain description, behavior and personality. *Pain*. 1984 Aug;19(4):389-97.
  126. Toomey TC, Gover VF, Jones BN. Spatial distribution of pain: a descriptive characteristic of chronic pain. *Pain*. 1983 Nov;17(3):289-300.
  127. Toomey TC, Mann JD, Hernandez JT, Abashian SW. Psychometric characteristics of a brief measure of pain-related functional impairment. *Arch Phys Med Rehabil*. 1993 Dec;74(12):1305-8.
  128. Towery S, Fernandez E. Reclassification and rescaling of McGill Pain Questionnaire verbal descriptors of pain sensation: a replication. *Clin J Pain*. 1996 Dec;12(4):270-6.
  129. Turk DC, Marcus DA. Assessment of chronic pain patients. *Semin Neurol*. 1994 Sep;14(3):206-12.
  130. Turk DC, Rudy TE. Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behav Res Ther*. 1987;25(4):237-49.
  131. van der Kloot WA, Oostendorp RA, van der Meij J, van den Heuvel J. The Dutch version of the McGill pain questionnaire: a reliable pain questionnaire. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1995 Apr 1;139(13):669-73.
  132. van Lankveld W, van 't Pad Bosch P, van de Putte L, van der Staak C, Naring G. Pain in rheumatoid arthritis measured with the visual analogue scale and the Dutch version of the McGill Pain Questionnaire. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1992 Jun 13;136(24):1166-70.
  133. Vanderiet K, Adriaensen H, Carton H, Vertommen H. The McGill Pain Questionnaire constructed for the Dutch language (MPQ-DV). Preliminary data concerning reliability and validity. *Pain*. 1987 Sep;30(3):395-408.
  134. Verkes RJ, Van der Kloot WA, Van der Meij J. The perceived structure of 176 pain descriptive words. *Pain*. 1989 Aug;38(2):219-29.
  135. Von Korff M, Moore JE, Lorig K, Cherkin DC, Saunders K, Gonzalez VM, Laurent D, Rutter C, Comite F. A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine*. 1998 Dec 1;23(23):2608-15.
  136. Ware JE Jr, Bjorner JB, Kosinski M. Practical implications of item response theory and computerized adaptive testing: a brief summary of ongoing studies of widely used headache impact scales. *Med Care*. 2000 Sep;38(9 Suppl):II73-82.
  137. Wilkie DJ, Savedra MC, Holzemer WL, Tesler MD, Paul SM. Use of the McGill Pain Questionnaire to measure pain: a meta-analysis. *Nurs Res*. 1990 Jan-Feb;39(1):36-41.
  138. Wong DL. Assessing pain at face value. *Am J Nurs*. 1999 Jun;99(6):16
  139. Zalon ML. Comparison of pain measures in surgical patients. *J Nurs Meas*. 1999 Winter;7(2):135-52.
  140. Zimmerman L, Story KT, Gaston-Johansson F, Rowles JR. Psychological variables and cancer pain. *Cancer Nurs*. 1996 Feb;19(1):44-53.



**Scale di valutazione  
psico-affettiva**

## Illness Behaviour Questionnaire (IBQ)

Pilowsky I. Dimensions of abnormal illness behaviour. Aust N Z J Psychiatry. 1975 Sep;9(3):141-7.

Versione italiana

Fava GA, Pilowsky I, Pierfederici A, Bernardi M, Pathak D. Depressive symptoms and abnormal illness behaviour in general hospital patients. Gen Hosp Psychiatry. 1982 Sep;4(3):171-8.

**ISTRUZIONI:** Troverà alcune domande che riguardano Lei e la Sua malattia.  
Per favore, faccia un cerchio attorno al SI oppure al NO per indicare la Sua risposta ad ogni domanda.  
E' importante che Lei risponda a tutte le domande.

1) Si preoccupa molto per la Sua salute? .....	SI	NO
2) Pensa che ci sia qualcosa di grave che non va nel Suo corpo? .....	SI	NO
3. La Sua malattia interferisce molto con la Sua vita? .....	SI	NO
4) Lei è una persona con cui è facile andare d'accordo quando è malato? .....	SI	NO
5) Nella Sua famiglia ci sono state molte malattie? .....	SI	NO
6) Pensa di essere più soggetto a malattie che non le altre persone? .....	SI	NO
7) Se il medico Le dicesse che Lei non ha alcun disturbo, Lei ci crederebbe? .....	SI	NO
8) E' facile per Lei dimenticare i Suoi problemi personali e pensare a qualsiasi altra cosa? .....	SI	NO
9) Si secca se Lei si sente male e qualcuno Le dice che ha una bella cera? .....	SI	NO
10) Si accorge spesso di cose che succedono nel Suo corpo? .....	SI	NO
11) Pensa mai alla Sua malattia come ad una punizione per qualcosa che Lei ha fatto in passato? .....	SI	NO
12) Ha problemi con i Suoi nervi? .....	SI	NO
13) Se Lei si sente poco bene o preoccupato, può essere facilmente ritirato su di morale dal Suo medico? .....	SI	NO
14) Pensa che la gente capisca cosa vuol dire essere malati? .....	SI	NO
15) Le da fastidio parlare con il medico della Sua malattia? .....	SI	NO
16) E' afflitto da molti mali e dolori? .....	SI	NO
17) La Sua malattia influenza molto il Suo modo di comportarsi nei confronti della famiglia o degli amici? .....	SI	NO
18) Lei va facilmente in ansia? .....	SI	NO
19) Conosce nessuno che abbia avuto la Sua stessa malattia? .....	SI	NO
20) Lei è più sensibile degli altri al dolore? .....	SI	NO
21) Ha paura della Sua malattia? .....	SI	NO
22) Riesce ad esprimere facilmente agli altri i Suoi sentimenti? .....	SI	NO
23) Agli altri spiace quando Lei è malato? .....	SI	NO
24) Pensa di preoccuparsi per la Sua salute più di quanto non faccia la maggior parte della gente? .....	SI	NO
25) Trova che la Sua malattia influenzi le Sue relazioni sessuali? .....	SI	NO
26. Prova molto dolore con la Sua malattia? .....	SI	NO
27) A parte la Sua malattia, ha altri problemi nella vita? .....	SI	NO
28) Le importa che la gente capisca o meno che Lei è malato? .....	SI	NO
29) Pensa di essere invidioso della buona salute degli altri? .....	SI	NO
30) Le vengono mai pensieri sciocchi riguardo la Sua salute, pensieri che non riesce a scacciare dalla mente, per quanto ci provi? .....	SI	NO
31) Ha problemi economici? .....	SI	NO
32) Le secca il modo con cui gli altri considerano la Sua malattia? .....	SI	NO
33) E' difficile per Lei credere al medico quando questo Le dice che non c'è niente di cui preoccuparsi? .....	SI	NO
34) La preoccupa spesso la possibilità di avere una malattia grave? .....	SI	NO
35) Dorme bene? .....	SI	NO

36) Quando si arrabbia, tende a tenere dentro i Suoi sentimenti? . . . . .	SI	NO
37) Pensa spesso di potersi ammalare improvvisamente? . . . . .	SI	NO
38) Se viene portata alla Sua attenzione una malattia (tramite la radio, la televisione, i giornali o un Suo conoscente), si preoccupa di poterla prendere? . . . . .	SI	NO
39) Le sembra che gli altri non prendano abbastanza sul serio la Sua malattia? . . . . .	SI	NO
40) E' disturbato dall'aspetto della Sua faccia e del Suo corpo? . . . . .	SI	NO
41) Si accorge di essere afflitto da molti sintomi diversi? . . . . .	SI	NO
42) Cerca di spiegare spesso agli altri come si sente? . . . . .	SI	NO
43) Ha problemi familiari? . . . . .	SI	NO
44) Pensa che ci sia qualcosa che non va nella Sua mente? . . . . .	SI	NO
45) Mangia con appetito? . . . . .	SI	NO
46) Lei è più sensibile degli altri al dolore? . . . . .	SI	NO
47) Si accorge di diventare triste facilmente? . . . . .	SI	NO
48) Si preoccupa o si agita per piccole cose che per gli altri non sembrano importanti? . . . . .	SI	NO
49) Lei è sempre un paziente che collabora? . . . . .	SI	NO
50) Ha spesso i sintomi di una malattia molto grave? . . . . .	SI	NO
51) Si accorge di arrabbiarsi facilmente? . . . . .	SI	NO
52) Ha problemi di lavoro? . . . . .	SI	NO
53) Preferisce tenere i Suoi sentimenti per se stesso? . . . . .	SI	NO
54) Si accorge di diventare depresso? . . . . .	SI	NO
55) Se fisicamente fosse in buona salute, pensa che tutte le Sue preoccupazioni sarebbero finite? . . . . .	SI	NO
56) E' più irritabile nei confronti degli altri? . . . . .	SI	NO
57) Pensa che i suoi sintomi possano essere causati dalle preoccupazioni? . . . . .	SI	NO
58) E' facile che gli altri capiscano quando Lei è arrabbiato con loro? . . . . .	SI	NO
59) E' difficile per Lei rilassarsi? . . . . .	SI	NO
60) Ha delle preoccupazioni personali che non vengano da una malattia fisica? . . . . .	SI	NO
61) Perde spesso la pazienza con gli altri? . . . . .	SI	NO
62) E' difficile per Lei rivelare agli altri i Suoi sentimenti personali? . . . . .	SI	NO

## Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZSAS)

Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics 1971; 12: 371-9

**ISTRUZIONI:** Legga attentamente ciascuna delle 20 frasi elencate qui sotto: in quale misura ciascuna di queste frasi descrive come Lei si è sentito nel corso di quest'ultima settimana? Si è sentito così "quasi mai o raramente", "qualche volta", "spesso" o "quasi sempre"?

Indichi con una crocetta la colonna corrispondente alla frase che le sembra più appropriata a descrivere la Sua reale situazione. Indicare **una sola risposta** per ogni domanda.

	Quasi mai o raramente	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
1) Mi sento più nervoso e ansioso del solito	1	2	3	4
2) Ho paura senza motivo	1	2	3	4
3) Mi agito o sono preso dal panico facilmente	1	2	3	4
4) Mi sento come andare a pezzi, crollare	1	2	3	4
5) Sento che tutto va bene e che non succederà niente di male	4	3	2	1
6) Mi tremano le gambe e le braccia	1	2	3	4
7) Soffro di cefalea e di dolori al collo ed alla schiena	1	2	3	4
8) Mi sento debole e mi stanco con facilità	1	2	3	4
9) Mi sento calmo e riesco a stare seduto tranquillo	4	3	2	1
10) Mi sento il cuore battere forte	1	2	3	4
11) Sono tormentato da sensazioni di vertigini	1	2	3	4
12) Mi sembra di stare per svenire	1	2	3	4
13) Respiro con facilità	4	3	2	1
14) Avverto intorpidimento e formicolio nelle dita delle mani e dei piedi	1	2	3	4
15) Soffro di dolori di stomaco e di cattiva digestione	1	2	3	4
16) Ho bisogno di urinare spesso	1	2	3	4
17) Le mie mani sono generalmente calde ed asciutte	4	3	2	1
18) La mia faccia diviene facilmente rossa e calda	1	2	3	4
19) Mi addormento facilmente e mi sveglio riposato	4	3	2	1
20) Ho degli incubi	1	2	3	4
PUNTEGGIO TOTALE _____				

## Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)

Zung WW. Self-rating Depression Scale. Arch Gen Psychiatry 1965; 12: 63-70

**ISTRUZIONI:** Legga attentamente ciascuna delle 20 frasi elencate qui sotto: in quale misura ciascuna di queste frasi descrive come Lei si è sentito nel corso di quest'ultima settimana? Si è sentito così "quasi mai o raramente", "qualche volta", "spesso" o "quasi sempre"?

Indichi con una crocetta la colonna corrispondente alla frase che le sembra più appropriata a descrivere la Sua reale situazione. Indicare una sola risposta per ogni domanda.

	Quasi mai o raramente	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
1) Mi sento giù di corda e triste	1	2	3	4
2) Al mattino mi sento meglio	4	3	2	1
3) Ho crisi di pianto o avrei voglia di piangere	1	2	3	4
4) La notte ho problemi con il sonno	1	2	3	4
5) Mangio come al solito	4	3	2	1
6) Provo ancora piacere nella vita sessuale	4	3	2	1
7) Mi sono accorto che sto perdendo peso	1	2	3	4
8) Ho problemi di stitichezza	1	2	3	4
9) Il mio cuore batte più in fretta del solito	1	2	3	4
10) Mi stanco senza un motivo	1	2	3	4
11) Ho la mente lucida come al solito	4	3	2	1
12) Faccio le cose con la stessa facilità di prima	4	3	2	1
13) Mi sento irrequieto e non riesco a star fermo	1	2	3	4
14) Mi sento speranzoso riguardo al futuro	4	3	2	1
15) Sono più irritabile del solito	1	2	3	4
16) Mi riesce facile prendere delle decisioni	4	3	2	1
17) Mi sembra di essere utile e benvoluto	4	3	2	1
18) La mia vita è abbastanza piena	4	3	2	1
19) Mi sembra che gli altri starebbero meglio se io fossi morto	1	2	3	4
20) Provo ancora piacere nelle cose come prima	4	3	2	1
PUNTEGGIO TOTALE _____				

## Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Zigmond AS, Snaith RP: The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983, 67 (6): 361-70

**ISTRUZIONI:** Indichi con una crocetta il quadrato corrispondente alla risposta che le sembra più appropriata a descrivere la Sua reale situazione. Indicare **una sola risposta** per ogni domanda. Le domande relative all'ansia sono segnate con "A", e quelle relative alla depressione sono segnate con "D".

A) Mi sento teso:		
<input type="checkbox"/> per la maggior parte del tempo	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> per molto tempo	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> a volte, occasionalmente	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> per niente	0	<input type="checkbox"/>

D) Mi piacciono ancora le cose che mi sono sempre piaciute:		
<input type="checkbox"/> completamente	0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> non così tanto	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> solo un po'	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> molto difficilmente	3	<input type="checkbox"/>

A) Ho una sensazione di paura come se qualcosa di terribile stesse per accadere:		
<input type="checkbox"/> precisamente e piuttosto spiacevolmente	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sì, ma non troppo spiacevolmente	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> un po', ma questo non mi preoccupa	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> per niente	0	<input type="checkbox"/>

D) Posso ridere e vedere il lato divertente delle cose:		
<input type="checkbox"/> come ho sempre fatto	0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> non nello stesso modo, ora	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> certamente non nello stesso modo, ora	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> per niente	3	<input type="checkbox"/>

A) Pensieri di preoccupazione mi passano per la mente:		
<input type="checkbox"/> per la maggior parte del tempo	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> per buona parte del tempo	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> di tanto in tanto ma non troppo spesso	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> solo occasionalmente	0	<input type="checkbox"/>

D) Mi sento allegro:		
<input type="checkbox"/> per niente	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> talvolta	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> non di frequente	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> per la maggior parte del tempo	0	<input type="checkbox"/>

**A) Posso sedermi comodamente e sentirmi rilassato:**

<input type="checkbox"/> sempre	0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> di solito	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> non di frequente	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> per niente	3	<input type="checkbox"/>

**D) Mi sembra di essere rallentato:**

<input type="checkbox"/> quasi sempre	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> molto spesso	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> talora	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> per niente	0	<input type="checkbox"/>

**A) Ho la brutta sensazione come di "farfalle" nello stomaco:**

<input type="checkbox"/> per niente	0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> occasionalmente	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> abbastanza spesso	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> molto spesso	3	<input type="checkbox"/>

**D) Ho perso interesse per il mio aspetto:**

<input type="checkbox"/> decisamente	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> non presto abbastanza attenzione come dovrei	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> posso non avere abbastanza attenzione come dovrei	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> presto le stesse attenzioni di sempre	0	<input type="checkbox"/>

**A) Mi sento irrequieto come se fossi sempre in movimento:**

<input type="checkbox"/> molto	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> abbastanza	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> non molto	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> per niente	0	<input type="checkbox"/>

**D) Aspetto con gioia gli eventi futuri:**

<input type="checkbox"/> nello stesso modo di sempre	0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> un po' meno del solito	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> decisamente meno del solito	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> molto difficilmente	3	<input type="checkbox"/>

**A) Ho delle improvvise sensazioni di panico:**

<input type="checkbox"/> molto spesso	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> abbastanza spesso	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> non di frequente	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> per niente	0	<input type="checkbox"/>

**D) Mi posso godere un buon libro o i programmi alla radio o della televisione:**

<input type="checkbox"/> spesso	0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> talvolta	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> non di frequente	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> molto raramente	3	<input type="checkbox"/>

## State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. State-trait Anxiety Inventory. Preliminary test manual for form X.  
Tallahassee, Florida: Florida State University, 1968

### Versione Italiana

Lazzari R, Pancheri P. Questionario di autovalutazione per l'ansia di stato e di tratto. Manuale di istruzioni.  
Organizzazioni Speciali Firenze, 1980

Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi. Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta la casella che indica come Lei si sente *adesso*, cioè in questo momento, secondo le indicazioni che trova descritte (Quasi mai, Qualche volta, Spesso, Quasi sempre). Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere meglio i Suoi stati d'animo *attuali*.

	Quasi mai (1)	Qualche volta (2)	Spesso (3)	Quasi sempre (4)
1) Mi sento calmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Mi sento sicuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Sono teso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Ho dei rimpianti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Mi sento tranquillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Mi sento turbato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Sono attualmente preoccupato per possibili disgrazie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Mi sento riposato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Mi sento ansioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Mi sento a mio agio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Mi sento sicuro di me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Mi sento nervoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Sono agitato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Mi sento molto teso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Sono rilassato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Mi sento contento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Sono preoccupato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Mi sento sovraeccitato e scosso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Mi sento allegro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Mi sento bene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punteggio totale _____				



## State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi. Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta la casella che indica come Lei si sente *abitualmente*, secondo le indicazioni che trova descritte (Quasi mai, Qualche volta, Spesso, Quasi sempre). Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere meglio come Lei si sente *abitualmente*.

	Quasi mai (1)	Qualche volta (2)	Spesso (3)	Quasi sempre (4)
1) Mi sento bene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Mi stanco facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Mi sento come se dovessi piangere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Vorrei poter essere felice come sembrano essere gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Spesso perdo delle occasioni perché non riesco a decidermi abbastanza in fretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Mi sento riposato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Io sono calmo, tranquillo e padrone di me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Sento che le difficoltà si accumulano tanto da non poterle superare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Mi preoccupo troppo di cose che in realtà non hanno importanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Sono felice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Tendo a considerare "difficili" le cose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Manco di fiducia in me stesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Mi sento sicuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Cerco di evitare di affrontare crisi o difficoltà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Mi sento stanco e depresso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Sono contento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Pensieri di scarsa importanza mi passano per la mente e mi infastidiscono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Vivo le delusioni con tanta partecipazione da non poter togliermele dalla testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Sono una persona costante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Divento teso e turbato quando penso alle mie attuali preoccupazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punteggio totale _____				

## Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

Fava GA. Assessing depressive symptom across cultures: Italian validation of the CES-D self-rating scale. J Clin Psychol 1983; 39 (2): 249-51

**ISTRUZIONI:** La preghiamo di dirci se nel corso dell'ultima settimana si è sentito in una delle seguenti condizioni. Metta una crocetta solo su una delle quattro possibili risposte.

Nel corso dell'ultima settimana:

	Non mi è capitato mai o quasi (meno di 1 giorno (1)	Mi è capitato solo qualche volta (1-2) giorni (2)	Mi è capitato spesso (3-4 giorni) (3)	Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni) (4)
1) Sono stato preoccupato da cose che generalmente non mi preoccupano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Non mi andava di mangiare, l'appetito era scarso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ho sentito che non potevo scuotermi dalle mie malinconie, anche con l'aiuto della mia famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Ho sentito che valevo quanto gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Ho avuto difficoltà a stare attento alle cose che facevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Mi sono sentito depresso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Ho sentito che qualsiasi cosa che facevo era uno sforzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Avevo speranze per il futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Ho pensato che la mia vita è stata un fallimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Ho avuto paura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Il mio sonno era agitato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Ero felice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Ho parlato meno del solito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Mi sono sentito solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) La gente non era amichevole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Mi sono divertito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Ho avuto dei momenti in cui scoppiavo a piangere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Mi sono sentito triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Ho sentito che non piacevo alla gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Non ce la facevo ad ingranare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)

Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23: 56-62

## INTENSITÀ DELLA SINTOMATOLOGIA

**0-4**

0=assente

1=lieve

2=moderata

3=notevole

4=grave

**0-2**

0=assente

1=lieve o dubbia

2=chiaramente presente

1) Umore depresso	(0-4)
<input type="checkbox"/> Assente	0
<input type="checkbox"/> Atteggiamento malinconico, pessimismo verso il futuro, sensazione di tristezza, tendenza a piangere	1
<input type="checkbox"/> Pianto occasionale	2
<input type="checkbox"/> Pianto frequente	3
<input type="checkbox"/> Sintomi gravi	4

2) Senso di colpa	(0-4)
<input type="checkbox"/> Assente	0
<input type="checkbox"/> Auto-accusa, sentire di aver fatto qualcosa agli altri	1
<input type="checkbox"/> Idea di colpa, meditazione su errori fatti e azioni peccaminose	2
<input type="checkbox"/> La malattia attuale è una punizione	3
<input type="checkbox"/> Voci accusatorie o di denuncia e/o allucinazioni visive, minacciose, allucinazioni di colpa	4

3) Suicidio	(0-4)
<input type="checkbox"/> Assente	0
<input type="checkbox"/> Sensazione che la vita non vale la pena di viverla	1
<input type="checkbox"/> Desiderio di essere morto	2
<input type="checkbox"/> Idee e mezze idee suicide	3
<input type="checkbox"/> Tentativi di suicidio (ogni tentativo serio)	4

4) Insonnia, inizio del sonno	(0-2)
<input type="checkbox"/> Assente	0
<input type="checkbox"/> Difficoltà ad addormentarsi occasionale	1
<input type="checkbox"/> Difficoltà ad addormentarsi ogni notte	2

5) Insonnia, metà del sonno	(0-2)
<input type="checkbox"/> Assente	0
<input type="checkbox"/> Paziente agitato e disturbato durante la notte	1
<input type="checkbox"/> Sveglia durante la notte (ogni volta che si alza dal letto)	2

<b>6) Insonnia, ritardato addormentamento</b>	(0-2)
<input type="checkbox"/> Assente	0
<input type="checkbox"/> Sveglia nelle prime ore del giorno, ma riprende a dormire	1
<input type="checkbox"/> Impossibile riaddormentarsi una volta che si è alzato	2

<b>7) Lavoro e hobby</b>	(0-4)
<input type="checkbox"/> Non difficoltà	0
<input type="checkbox"/> Sensazione di incapacità legata alle attività: lavoro e hobby	1
<input type="checkbox"/> Perdita di interesse nei passatempi e nel lavoro	2
<input type="checkbox"/> Riduzione delle attività sociali, riduzione della produttività	3
<input type="checkbox"/> Ha cessato il lavoro per l'attuale malattia	4
(l'assenza dal lavoro dopo il trattamento o la ripresa possono portare ad un punteggio più basso)	

<b>8) Rallentamento</b>	(0-4)
<input type="checkbox"/> Lentezza nel pensiero, nella parola e nell'attività, apatia, ridotta capacità a concentrarsi normale eloquio e pensiero	0
<input type="checkbox"/> Lieve ritardo nell'intervista	1
<input type="checkbox"/> Evidente ritardo nell'intervista	2
<input type="checkbox"/> Difficoltà nell'intervista	3
<input type="checkbox"/> Intervista impossibile	4

<b>9) Agitazione</b>	(0-4)
<input type="checkbox"/> Assente	0
<input type="checkbox"/> Irrequietezza associata ad ansia	1
<input type="checkbox"/> Evidente irrequietezza batte le mani ed i vestiti	2
<input type="checkbox"/> Il paziente deve mettersi in piedi	3
<input type="checkbox"/> Il paziente cammina avanti e indietro, si batte il viso, i capelli si strappa i vestiti	4

<b>10) Ansia psichica, attestata da: tensione e instabilità, perdita di concentrazione, preoccupazione per cose futili, apprensione, sensazione di panico</b>	(0-4)
<input type="checkbox"/> Assente	0
<input type="checkbox"/> Lieve	1
<input type="checkbox"/> Discreta	2
<input type="checkbox"/> Grave	3
<input type="checkbox"/> Disabilitante	4

<b>11) Ansia somatica: sintomi gastrointestinali (meteorismo, indigestione), sintomi cardiovascolari (palpitazioni, emicrania), sintomi respiratori (iperventilazione, sospiri), sintomi genitourinari, ipersudorazione, vertigini, ronzii</b>	(0-4)
<input type="checkbox"/> Assente	0
<input type="checkbox"/> Lieve	1
<input type="checkbox"/> Discreta	2
<input type="checkbox"/> Grave	3
<input type="checkbox"/> Disabilitante	4

<b>12) Sintomi somatici, gastrointestinali</b>	(0-2)
<input type="checkbox"/> Assenti	0
<input type="checkbox"/> Perdita di appetito, ma si alimenta senza la necessità di incoraggiamento	1
<input type="checkbox"/> Difficoltà a mangiare senza necessità di lassativi, farmaci per sintomi gastrointestinali	2

<b>13) Sintomi somatici in generale</b>	(0-2)
<input type="checkbox"/> Assenti	0
<input type="checkbox"/> Pesantezza alle gambe, schiena o alla testa, mal di schiena diffuso, mal di testa, ai muscoli, perdita di energia e affaticamento	1
<input type="checkbox"/> Qualche sintomo evidente	2

<b>14) Perdita della libido, disturbi mestruali</b>	(0-2)
<input type="checkbox"/> Assente	0
<input type="checkbox"/> Modeste alterazioni	1
<input type="checkbox"/> Alterazioni gravi	2

<b>15) Ipocondria</b>	(0-4)
<input type="checkbox"/> Assente	0
<input type="checkbox"/> Concentrazione sulle proprie condizioni fisiche	1
<input type="checkbox"/> Preoccupazione per la salute	2
<input type="checkbox"/> Forte convincimento di malattia organica	3
<input type="checkbox"/> Idee ipocondriache	4

<b>16) Perdita di peso</b>	(0-2)
<input type="checkbox"/> Assente	0
<input type="checkbox"/> Modesta perdita di peso	1
<input type="checkbox"/> Importante perdita di peso	2

<b>17) "Insight"</b>	(0-2)
<input type="checkbox"/> Coscienza di essere depresso e malato	0
<input type="checkbox"/> Coscienza della malattia attribuita però a cibo cattivo, superlavoro, bisogno di lavoro ecc..	1
<input type="checkbox"/> Negazione di essere malato	2

Punteggio totale \_\_\_\_\_

## Beck Depression Inventory (BDI)

Abbott CA, Helliwell PS, Chamberlain MA. Functional assessment in ankylosing spondylitis: evaluation of a new self-administered questionnaire and correlation with antropometric variables. J Rheumatol 1994;33:1060-6

**ISTRUZIONI:** Scelga per ogni sezione la frase che più si addice alla Sua attuale condizione.

<b>A) Umore</b>		
Non mi sento triste	<input type="checkbox"/>	0
Mi sento triste	<input type="checkbox"/>	1
Mi sento sempre più triste e non riesco a liberarmi da questa sensazione	<input type="checkbox"/>	2
Mi sento così triste o così infelice da non poter sopravvivere	<input type="checkbox"/>	3
<b>B) Pessimismo</b>		
Non mi sento particolarmente scoraggiato circa il futuro	<input type="checkbox"/>	0
Mi sento scoraggiato circa il futuro	<input type="checkbox"/>	1
Sento di non avere prospettive future	<input type="checkbox"/>	2
Sento che il futuro è senza speranza e che le cose non miglioreranno mai	<input type="checkbox"/>	3
<b>C) Sensazione di fallimento</b>		
Non mi sento un fallito	<input type="checkbox"/>	0
Sento di aver fallito in proporzione maggiore rispetto agli altri	<input type="checkbox"/>	1
Se guardo indietro nella mia vita posso vedere che è stata una serie di fallimenti	<input type="checkbox"/>	2
Sento di essere un completo fallimento come persona	<input type="checkbox"/>	3
<b>D) Insoddisfazione</b>		
Traggo soddisfazione dalle cose come prima	<input type="checkbox"/>	0
Non traggo soddisfazione dalle cose come prima	<input type="checkbox"/>	1
Non traggo più una reale soddisfazione da nessuna cosa	<input type="checkbox"/>	2
Sono insoddisfatto o annoiato tutto il giorno	<input type="checkbox"/>	3
<b>E) Sentimento di colpa</b>		
Non mi sento particolarmente in colpa	<input type="checkbox"/>	0
Mi sento spesso in colpa	<input type="checkbox"/>	1
Mi sento quasi sempre in colpa	<input type="checkbox"/>	2
Mi sento in colpa	<input type="checkbox"/>	3
<b>F) Sentimenti autopunitivi</b>		
Non sento di dover essere punito	<input type="checkbox"/>	0
Sento che posso essere punito	<input type="checkbox"/>	1
Mi aspetto di essere punito	<input type="checkbox"/>	2
Sento che sto per essere punito	<input type="checkbox"/>	3

**G) Odio verso se stesso**

Non mi sento deluso di me stesso	<input type="checkbox"/>	0
Mi sento deluso di me stesso	<input type="checkbox"/>	1
Sono disgustato di me stesso	<input type="checkbox"/>	2
Mi odio	<input type="checkbox"/>	3

**H) Autoaccusa**

Non mi sento peggiore degli altri	<input type="checkbox"/>	0
Sono molto critico verso me stesso per le mie debolezze e per i miei errori	<input type="checkbox"/>	1
Biasimo sempre me stesso per i miei errori	<input type="checkbox"/>	2
Sento di essere soggetto a molte imperfezioni	<input type="checkbox"/>	3

**I) Desiderio di autopunizione**

Non penso di suicidarmi	<input type="checkbox"/>	0
Penso di suicidarmi ma non in realtà	<input type="checkbox"/>	1
Vorrei suicidarmi	<input type="checkbox"/>	2
Mi suiciderei se possibile	<input type="checkbox"/>	3

**L) Facilità al pianto**

Non piango più del normale	<input type="checkbox"/>	0
Piango più di prima	<input type="checkbox"/>	1
Piango sempre	<input type="checkbox"/>	2
Ero capace di piangere ma ora non posso più farlo anche se lo desidero	<input type="checkbox"/>	3

**M) Irritabilità**

Non mi irrito più di quanto mi irritassi prima	<input type="checkbox"/>	0
Mi annoio e mi irrito più facilmente di prima	<input type="checkbox"/>	1
Mi sento sempre irritato	<input type="checkbox"/>	2
Non riesco ad irritarmi neppure per le cose che di solito mi infastidivano	<input type="checkbox"/>	3

**N) Isolamento sociale**

Non ho perso l'interesse per gli altri	<input type="checkbox"/>	0
Mi interesso meno di prima agli altri	<input type="checkbox"/>	1
Ho perso gran parte dell'interesse per gli altri	<input type="checkbox"/>	2
Ho perso completamente l'interesse per gli altri	<input type="checkbox"/>	3

**O) Indecisione**

Sono sempre deciso come prima	<input type="checkbox"/>	0
Fingo più di prima di essere deciso	<input type="checkbox"/>	1
Ho più difficoltà di prima a prendere decisioni	<input type="checkbox"/>	2
Non riesco più a prendere alcuna decisione	<input type="checkbox"/>	3

**P) Immagine del proprio corpo**

Non sento di avere un aspetto peggiore di prima	<input type="checkbox"/>	0
Mi tormento perché mi vedo vecchio e poco attraente	<input type="checkbox"/>	1
Sento che ci sono dei cambiamenti continui nel mio aspetto e che questi cambiamenti mi rendono poco attraente	<input type="checkbox"/>	2
Mi vedo brutto	<input type="checkbox"/>	3

**Q) Inibizione nel lavoro**

Lavoro bene quanto prima	<input type="checkbox"/>	0
Iniziare qualsiasi attività mi risulta faticoso	<input type="checkbox"/>	1
Devo fare un notevolissimo sforzo per eseguire qualsiasi lavoro	<input type="checkbox"/>	2
Non posso assolutamente lavorare	<input type="checkbox"/>	3

**R) Disturbi del sonno**

Dormo bene come al solito	<input type="checkbox"/>	0
Non dormo bene come al solito	<input type="checkbox"/>	1
Mi sveglio una o due ore prima del solito e trovo difficile riaddormentarmi	<input type="checkbox"/>	2
Mi sveglio molte ore prima del solito e non mi riaddormento più	<input type="checkbox"/>	3

**S) Affaticabilità**

Non sono più stanco del solito	<input type="checkbox"/>	0
Mi stanco più facilmente del solito	<input type="checkbox"/>	1
Mi stanco quasi sempre, qualsiasi cosa faccia	<input type="checkbox"/>	2
Sono troppo stanco per fare qualunque cosa	<input type="checkbox"/>	3

**T) Perdita dell'appetito**

Il mio appetito non è peggiore del solito	<input type="checkbox"/>	0
Il mio appetito non è buono come al solito	<input type="checkbox"/>	1
Il mio appetito è peggiorato	<input type="checkbox"/>	2
Non ho per niente appetito	<input type="checkbox"/>	3



**U) Calo ponderale**

Non ho perso molto peso e, nel caso, solo di recente	<input type="checkbox"/>	0
Ho perso più di due chili	<input type="checkbox"/>	1
Ho perso più di cinque chili	<input type="checkbox"/>	2
Ho perso più di sette chili	<input type="checkbox"/>	3
Sto cercando di perdere peso, mangiando meno	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

**V) Preoccupazioni somatiche**

Il mio stato di salute non mi preoccupa più del solito	<input type="checkbox"/>	0
Mi preoccupa dei dolori e delle sofferenze o dei disturbi di stomaco o della stitichezza	<input type="checkbox"/>	1
Sono così preoccupato dei disturbi fisici, che mi è difficile pensare ad altro	<input type="checkbox"/>	2
Sono così preoccupato dei disturbi fisici, che non posso pensare ad altro	<input type="checkbox"/>	3

**Z) Perdita della libido**

Non ho rilevato alcuna recente alterazione dei miei interessi sessuali	<input type="checkbox"/>	0
Il sesso mi interessa meno di prima	<input type="checkbox"/>	1
Ora sono molto meno interessato al sesso	<input type="checkbox"/>	2
Ho perso ogni interesse sessuale	<input type="checkbox"/>	3

## Geriatric Depression Scale (GDS)

Yesavage YA, Brink TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-83; 17 (1): 37-49.

Scelga la risposta migliore pensando a quello che Lei ha provato nella scorsa settimana:

1) E' fondamentale soddisfatto della Sua vita? . . . . .	SI	NO
2) Ha lasciato perdere molte delle Sue attività e interessi? . . . . .	SI	NO
3) Sente che la Sua vita è vuota? . . . . .	SI	NO
4) Si sente spesso annoiato? . . . . .	SI	NO
5) Nutre speranze per il Suo futuro? . . . . .	SI	NO
6) E' infastidito da pensieri di cui non riesce a liberarsi? . . . . .	SI	NO
7) E' di buon umore per la maggior parte del tempo? . . . . .	SI	NO
8) Ha timore che qualcosa di brutto Le accada? . . . . .	SI	NO
9) Si sente felice per la maggior parte del tempo? . . . . .	SI	NO
10) Si sente spesso indifeso? . . . . .	SI	NO
11) Si sente spesso irrequieto e nervoso? . . . . .	SI	NO
12) Preferisce starsene a casa, piuttosto che uscire . . . . .	SI	NO
13) E' spesso preoccupato per il Suo futuro? . . . . .	SI	NO
14) Sente di avere più problemi con la memoria rispetto agli altri? . . . . .	SI	NO
15) Pensa che sia meraviglioso essere vivo adesso? . . . . .	SI	NO
16) Si sente spesso giù di morale e depresso? . . . . .	SI	NO
17) Pensa che sia senza valore il Suo attuale modo di essere? . . . . .	SI	NO
18) Si tormenta molto per il passato? . . . . .	SI	NO
19) Senti che la vita è stimolante? . . . . .	SI	NO
20) E' difficile per Lei imbarcarsi in nuovi progetti? . . . . .	SI	NO
21) Si sente pieno di energia? . . . . .	SI	NO
22) Sente che la Sua situazione è senza speranza? . . . . .	SI	NO
23) Pensa che la maggior parte della gente stia meglio di Lei? . . . . .	SI	NO
24) Si sente spesso infastidito per le piccole cose? . . . . .	SI	NO
25) Ha spesso voglia di piangere? . . . . .	SI	NO
26) Ha disturbi della concentrazione? . . . . .	SI	NO
27) E' contento di alzarsi al mattino? . . . . .	SI	NO
28) Preferisce evitare le riunioni sociali? . . . . .	SI	NO
29) E' facile per Lei prendere delle decisioni? . . . . .	SI	NO
30) La Sua mente è lucida come è sempre stata? . . . . .	SI	NO

## Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMQ)

Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients.  
J Am Geriatr Soc. 1975;23: 433-41.

Domanda	Risposta	
	Errata	Esatta
1) In che giorno, mese, anno siamo?	0	1
2) In che giorno della settimana siamo?	0	1
3) In che posto siamo?	0	1
4) Qual è il suo numero di telefono?		
4') Qual è il suo indirizzo?	0	1
5) Quanti anni ha?	0	1
6) Quando è nato?	0	1
7) Chi è l'attuale Presidente della Repubblica?	0	1
8) Chi era il Presidente della Repubblica precedente?	0	1
9) Qual era il cognome di sua madre da nubile?	0	1
10) Sottragga 3 da 10 e continui a sottrarre 3 da ogni numero	0	1
Totale errori* _____		

\* *Segnare il numero totale di errori:*

Da 0 a 2: funzioni intellettive integre

Da 3 a 4: declino mentale lieve

Da 5 a 7: declino mentale moderato

Da 8 a 10: declino mentale grave

Porre la domanda 4' solo se il paziente non ha il telefono

Togliere 1 errore nei soggetti con bassa scolarità

Aggiungere 1 errore nei soggetti con scolarità elevata

## Rosenberg Self-Esteem (SE) Questionnaire

Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. New York: Princeton University Press, Princeton 1965

La considerazione che ciascuno ha di sé varia da persona a persona. Si vorrebbe sapere la Sua opinione al riguardo. Si richiede di rispondere alle seguenti domande.

### 1) In complesso sono soddisfatto/a di me stesso/a

1. Concordo perfettamente
2. Concordo
3. Non concordo
4. Non concordo affatto

### 2) Talvolta penso che sono un/a buono/a a nulla

1. Concordo perfettamente
2. Concordo
3. Non concordo
4. Non concordo affatto

### 3) Penso di avere delle buone qualità

1. Concordo perfettamente
2. Concordo
3. Non concordo
4. Non concordo affatto

### 4) So far bene delle cose che fa la maggior parte della gente

1. Concordo perfettamente
2. Concordo
3. Non concordo
4. Non concordo affatto

### 5) Credo di non aver molto di cui essere fiero/a

1. Concordo perfettamente
2. Concordo
3. Non concordo
4. Non concordo affatto

### 6) Talvolta mi sento del tutto inutile

1. Concordo perfettamente
2. Concordo
3. Non concordo
4. Non concordo affatto

**7) Penso di essere una persona stimabile almeno come molte altre**

1. Concordo perfettamente
2. Concordo
3. Non concordo
4. Non concordo affatto

**8) Vorrei poter avere più rispetto per me stesso/a**

1. Concordo perfettamente
2. Concordo
3. Non concordo
4. Non concordo affatto

**9) In conclusione sono incline a pensare che sono un fallimento**

1. Concordo perfettamente
2. Concordo
3. Non concordo
4. Non concordo affatto

**10) Ho un'opinione positiva di me stesso/a**

1. Concordo perfettamente
2. Concordo
3. Non concordo
4. Non concordo affatto

## Health Service Interview (HSI)

Euridiss: european research on incapacitating diseases and social support. Int J Health Sci 1990;1: 217-28

Alcuni pazienti sono molto informati sulle malattie reumatiche e sulle relative terapie, altri non lo sono. Alcuni vorrebbero saperne di più circa la loro infermità, mentre altri non ne sentono la necessità. Questo è l'argomento delle seguenti domande.

### 1) Quanto conosce della Sua malattia e delle terapie possibili?

1. In effetti troppo poco
2. Un po', non molto
3. Molto
4. Moltissimo

### 2) Vorrebbe maggiori informazioni circa la Sua malattia ed eventuali terapie?

1. No
2. Un po', non molto
3. Molto
4. Moltissimo

### 3) Quanto conosce circa le conseguenze fisiche e di altro genere (personali) derivanti dalla Sua infermità?

1. In effetti troppo poco
2. Un po', non molto
3. Molto
4. Moltissimo

### 4) Vorrebbe maggiori informazioni circa le possibili conseguenze fisiche e di altro genere (personali) derivanti dalla Sua infermità?

1. No
2. Sì, un po' di più
3. Sì, molto più
4. Sì, moltissimo di più

### 5) Ha mai avuto informazioni contraddittorie circa la Sua malattia dal personale medico e paramedico?

1. Mai
2. Talvolta
3. Abbastanza frequente
4. Molte volte

### 6) Ha mai avuto informazioni contraddittorie circa la terapia dell'artrite dal personale medico e paramedico?

1. Mai
2. Talvolta
3. Abbastanza frequente
4. Molte volte

**7) Ha mai avuto informazioni contraddittorie circa i possibili effetti della malattia nella vita quotidiana?**

1. Mai
2. Talvolta
3. Abbastanza frequente
4. Molte volte

**8) Pensa che il Suo medico generico conosca abbastanza le malattie reumatiche, le terapie e gli eventuali effetti collaterali dei farmaci?**

1. Troppo poco
2. Poco
3. Abbastanza
4. Non so

**9) Pensa che i Suoi amici o conoscenti ne sappiano abbastanza circa le malattie reumatiche, le terapie relative e i possibili effetti collaterali dei farmaci?**

1. Troppo poco
2. Poco
3. Abbastanza
4. Non so

**10) Pensa che il personale medico o paramedico con cui ha (o ha avuto) contatti presti sufficiente attenzione agli effetti che la Sua malattia può avere sulla Sua vita quotidiana?**

1. Non abbastanza attenzione
2. Sufficiente attenzione
3. Abbastanza attenzione
4. Molta attenzione
5. Moltissima attenzione

## Bibliografia

- 1) Abraham IL. The Geriatric Depression Scale and Hopelessness Index: longitudinal psychometric data on frail nursing home residents. *Percept Mot Skills*. 1991 Jun;72(3 Pt 1):875-80.
- 2) Addington D, Addington J, Atkinson M. A psychometric comparison of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the Hamilton Depression Rating Scale. *Schizophr Res*. 1996 May;19(2-3):205-12.
- 3) Agrell B, Dehlin O. Comparison of six depression rating scales in geriatric stroke patients. *Stroke*. 1989 Sep;20(9):1190-4.
- 4) Alden D, Austin C, Sturgeon R. A correlation between the Geriatric Depression Scale long and short forms. *J Gerontol*. 1989 Jul;44(4):P124-5.
- 5) Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the abbreviated form of Geriatric Depression Scale (GDS) short form]. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999 Jun;57(2B):421-6.
- 6) Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999 Oct;14(10):858-65.
- 7) Ancill RJ, Rogers D, Carr AC. Comparison of computerised self-rating scales for depression with conventional observer ratings. *Acta Psychiatr Scand*. 1985 Mar;71(3):315-7.
- 8) Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB, Patrick DL; Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *Am J Prev Med*. 1994 Mar-Apr;10(2):77-84.
- 9) Angst J, Scheidegger P, Stabl M. Efficacy of moclobemide in different patient groups. Results of new subscales of the Hamilton Depression Rating Scale. *Clin Neuropharmacol*. 1993;16 Suppl 2:S55-62.
- 10) Arthur A, Jagger C, Lindsay J, Graham C, Clarke M. Using an annual over-75 health check to screen for depression: validation of the short Geriatric Depression Scale (GDS15) within general practice. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999 Jun;14(6):431-9.
- 11) Asarnow JR, Carlson GA. Depression Self-Rating Scale: utility with child psychiatric inpatients. *J Consult Clin Psychol*. 1985 Aug;53(4):491-9.
- 12) Aylard PR, Gooding JH, McKenna PJ, Snaith RP. A validation study of three anxiety and depression self-assessment scales. *J Psychosom Res*. 1987;31(2):261-8.
- 13) Bach M, Nikolaus T, Oster P, Schlierf G. Diagnosis of depression in the elderly. The "Geriatric Depression Scale". *Z Gerontol Geriatr*. 1995 Jan-Feb;28(1):42-6.
- 14) Bailey J, Coppen A. A comparison between the Hamilton Rating Scale and the Beck Inventory in the measurement of depression. *Br J Psychiatry*. 1976 May;128:486-9.
- 15) Baker FM, Espino DV. A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican-American elders. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997 Jan;12(1):21-5.
- 16) Baumann U. Methodologic studies of the Hamilton rating scale for depression. *Arch Psychiatr Nervenkr*. 1976 Dec 30;222(4):359-75.
- 17) Bech P, Dein E, Jacobsen O, Bolwig TG, Vitger J, Gram LF. The depressive state. Quantitative scaling: correlation between clinical diagnosis, objective rating scale (Hamilton) and self-rating scale. *Nord Psykiatr Tidsskr*. 1972;26(6):358.
- 18) Bech P, Gram LF, Dein E, Jacobsen O, Vitger J, Bolwig TG. Quantitative rating of depressive states. *Acta Psychiatr Scand*. 1975 Mar;51(3):161-70.
- 19) Beekman AT, Deeg DJ, Van Limbeek J, Braam AW, De Vries MZ, Van Tilburg W. Criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D): results from a community-based sample of older subjects in The Netherlands. *Psychol Med*. 1997 Jan;27(1):231-5.
- 20) Beekman AT, van Limbeek J, Deeg DJ, Wouters L, van Tilburg W. A screening tool for depression in the elderly in the general population: the usefulness of Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 1994 Jun;25(3):95-103.
- 21) Benazzi F. A 10-item Hamilton Depression Rating Scale to measure major depressive episode severity in outpatients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998 Aug;13(8):570-1.
- 22) Benitez Rosario MA, Hernandez Estevez P, Barreto Mendez J. The exhaustive geriatric evaluation in primary care: an assessment of its utility. *Aten Primaria*. 1994 Jan;13(1):8-10, 12-4.
- 23) Biggs JT, Wylie LT, Ziegler VE. Validity of the Zung Self-rating Depressio Scale. *Br J Psychiatry*. 1978 Apr;132:381-5.
- 24) Binzer M, Eisemann M, Kullgren G. Illness behavior in the acute phase of motor disability in neurological disease and in conversion disorder: a comparative study. *J Psychosom Res*. 1998 Jun;44(6):657-66.
- 25) Blalock SJ, DeVellis RF, Brown GK, Wallston KA. Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale in arthritis populations. *Arthritis Rheum*. 1989 Aug;32(8):991-7.
- 26) Boey KW. Cross-validation of a short form of the CES-D in Chinese elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999 Aug;14(8):608-17.
- 27) Bolon K, Barling J. The measurement of self-rated depression: a multidimensional approach. *J Genet Psychol*. 1980 Dec;137(2d Half):309-10.
- 28) Bonis M de. Content analysis of 27 anxiety inventories and rating scales. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 1974;7(0):221-37.
- 29) Bouvard M, Charles S, Guerin J, Aimard G, Cottraux J. Study of Beck's hopelessness scale. Validation and factor analysis. *Encephale*. 1992 May-Jun;18(3):237-40.
- 30) Boyle GJ. Self-report measures of depression: some psychometric considerations. *Br J Clin Psychol*. 1985 Feb;24 ( Pt 1):45-59.
- 31) Breslau N. Depressive symptoms, major depression, and generalized anxiety: a comparison of self-reports on CES-D and results from diagnostic interviews. *Psychiatry Res*. 1985 Jul;15(3):219-29.
- 32) Brink TL, Capri D, de Neeve V, Janakes C, Oliveira C. Senile confusion: limitations of assessment by the face-hand test, mental status questionnaire, and staff ratings. *J Am Geriatr Soc*. 1978 Aug;26(8):380-2.



- 33) Brink TL, Niemeyer L. Assessment of depression in college students: Geriatric Depression Scale versus Center for Epidemiological Studies Depression Scale. *Psychol Rep.* 1992 Aug;71(1):163-6.
- 34) Brink TL. Proper scoring of the geriatric depression scale. *J Am Geriatr Soc.* 1989 Aug;37(8):819-20.
- 35) Brink TL. Statistical impact of truncated sampling or alteration of administration: the case of the Geriatric Depression Scale. *J Am Geriatr Soc.* 1993 Apr;41(4):465-6.
- 36) Brink TL. Why depression scales should not include all diagnostic criteria. *J Am Geriatr Soc.* 1987 Apr;35(4):368.
- 37) Brown GL, Zung WW. Depression scales: self- or physician-rating? A validation of certain clinically observable phenomena. *Compr Psychiatry.* 1972 Jul-Aug;13(4):361-7.
- 38) Bull MJ, Luo D, Maruyama G. Symptom Questionnaire anxiety and depression scales: reliability and validity. *J Nurs Meas.* 1994 Summer;2(1):25-36.
- 39) Burke WJ, Nitcher RL, Roccaforte WH, Wengel SP. A prospective evaluation of the Geriatric Depression Scale in an outpatient geriatric assessment center. *J Am Geriatr Soc.* 1992 Dec;40(12):1227-30.
- 40) Burke WJ, Rangwani S, Roccaforte WH, Wengel SP, Conley DM. The reliability and validity of the collateral source version of the Geriatric Depression Rating Scale administered by telephone. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997 Mar;12(3):288-94.
- 41) Burke WJ, Roccaforte WH, Wengel SP. The short form of the Geriatric Depression Scale: a comparison with the 30-item form. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 1991 Jul-Sep;4(3):173-8.
- 42) Burkhart BR, Rogers K, McDonald WD, McGrath R, Arnoscht O. The measurement of depression: enhancing the predictive validity of the Beck Depression Inventory. *J Clin Psychol.* 1984 Nov;40(6):1368-72.
- 43) Byrne DG, Boyle D, Pritchard DW. Sex differences in response to a self-rating depression scale. *Br J Soc Clin Psychol.* 1977 Sep;16(3):269-73.
- 44) Bystritsky A, Stoessel P, Yager J. Psychometric discrimination between anxiety and depression. *J Nerv Ment Dis.* 1993 Apr;181(4):265-7.
- 45) Carpenter JS, Andrykowski MA, Wilson J, Hall LA, Rayens MK, Sachs B, Cunningham LL. Psychometrics for two short forms of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale. *Issues Ment Health Nurs.* 1998 Sep-Oct;19(5):481-94.
- 46) Carrell BJ. Validity of the Zung self-rating scale. *Br J Psychiatry.* 1978 Oct;133:379-80.
- 47) Cathebras P, Mosnier C, Levy M, Bouchou K, Rousset H. Screening for depression in patients with medical hospitalization. Comparison of two self-evaluation scales and clinical assessment with a structured questionnaire]. *Encephale.* 1994 May-Jun;20(3):311-7.
- 48) Chan AC. Clinical validation of the Geriatric Depression Scale (GDS): Chinese version. *J Aging Health.* 1996 May;8(2):238-53.
- 49) Cheung CK, Bagley C. Validating an American scale in Hong Kong: the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *J Psychol.* 1998 Mar;132(2):169-86.
- 50) Chiu HF, Lee HC, Wing YK, Kwong PK, Leung CM, Chung DW. Reliability, validity and structure of the Chinese Geriatric Depression Scale in a Hong Kong context: a preliminary report. *Singapore Med J.* 1994 Oct;35(5):477-80.
- 51) Cho MJ, Kim KH. Use of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale in Korea. *J Nerv Ment Dis.* 1998 May;186(5):304-10.
- 52) Christensen KJ, Dysken MW. The Geriatric Depression Scale in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc.* 1990 Jun;38(6):724-5.
- 53) Cialdella P, Guillaud-Bataille JM, Gausset MF, Terra JL, Gerin P, Palliard E, Jouishomme JC. Study of the uni-dimensionality of the Yesavage-Brinck geriatric depression scale. Comparison between classical methods and Rasch's model. *Encephale.* 1992 Sep-Oct;18(5):537-44.
- 54) Clark VA, Aneshensel CS, Frerichs RR, Morgan TM. Analysis of effects of sex and age in response to items on the CES-D scale. *Psychiatry Res.* 1981 Oct;5(2):171-81.
- 55) Cole SR, Kawachi I, Maller SJ, Berkman LF. Test of item-response bias in the CES-D scale. experience from the New Haven EPESE study. *J Clin Epidemiol.* 2000 Mar 1;53(3):285-9.
- 56) Coleman PG, Philp I, Mullee MA. Does the use of the Geriatric Depression Scale make redundant the need for separate measures of well-being on geriatrics wards? *Age Ageing.* 1995 Sep;24(5):416-20.
- 57) Colucci D'Amato CC, Luciano LR, Citarella S. Studies and critical evaluations of Zung's "self rating depression scale" in a group of patients with depression. *Acta Neurol (Napoli).* 1974 Sep-Oct;29(5):574-81.
- 58) Conde Lopez V, Escriba Perez JA, Izquierdo de la Torre JA. Critical study of the self-rating scale for the quantitative measure of Zung's depression. *Rev Clin Esp.* 1970 Apr;117(1):71-8.
- 59) Conde Lopez V, Esteban Chamorro T. Critical review of 2 Spanish adaptations of Zung's Self-Rating Depression Scale. *Arch Neurobiol (Madr).* 1973 Sep-Oct;36(5):375-92.
- 60) Conde Lopez V, Sanchez de Vega J. Zung's self-rating depression scale]. *Arch Neurobiol (Madr).* 1969 Oct-Dec;32(4):535-58.
- 61) Conde V, Escriba JA, Izquierdo JA. Statistic evaluation and Spanish adaptation of Zung's self-applied scale for depression. II. *Arch Neurobiol (Madr).* 1970 Jul-Sep;33(3):281-302.
- 62) Conti L, Cassano GB. The impact of the Hamilton Rating Scale for Depression on the development of a center for clinical psychopharmacology research. *Psychopharmacol Ser.* 1990;9:20-7.
- 63) Cordero Villafafila A, Ramos-Brieva JA. Factor structure of the Castilian version of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1986 Jul-Aug;14(4):339-42.
- 64) Crosby AR. The use of the self-rating depression scale after traumatic injuries. *J Am Osteopath Assoc.* 1969 Nov;69(3):269-70.
- 65) Curtis J. Mental status questionnaire. *Home Healthc Nurse.* 1989 Jan-Feb;7(1):45-8.
- 66) Cwikel J, Ritchie K. Screening for depression among the elderly in Israel: an assessment of the Short Geriatric Depression Scale (S-GDS). *Isr J Med Sci.* 1989 Mar;25(3):131-7.
- 67) Dalton JE, Pederson SL, Blom BE, Holmes NR. Diagnostic errors using the Short Portable Mental Status Questionnaire with a mixed clinical population. *J Gerontol.* 1987 Sep;42(5):512-4.

- 68) D'Ath P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. *Fam Pract.* 1994 Sep;11(3):260-6.
- 69) Davies B, Burrows G, Poynton C. A comparative study of four depression rating scales. *Aust N Z J Psychiatry.* 1975 Mar;9(1):21-4.
- 70) Davis-Berman J. Physical self-efficacy, perceived physical status, and depressive symptomatology in older adults. *J Psychol.* 1990 Mar;124(2):207-15.
- 71) Dean K, Holstein BE. Illness behavior in elderly persons. I. Decision to react to signs of illness. *Ugeskr Laeger.* 1983 Feb 21;145(8):593-6
- 72) DeForge BR, Sobal J. Self-report depression scales in the elderly: the relationship between the CES-D and ZUNG. *Int J Psychiatry Med.* 1988;18(4):325-38.
- 73) DeForge BR, Sobal J. Self-report depression scales in the elderly: the relationship between the CES-D and ZUNG. *Int J Psychiatry Med.* 1988;18(4):325-38.
- 74) Deighton CM. Problem patients in general practice: identifying young women with recurrent abnormal illness behaviour. *J R Coll Gen Pract.* 1985 Oct;35(279):466-70.
- 75) Dent HR, Salkovskis PM. Clinical measures of depression, anxiety and obsessiveness in non-clinical populations. *Behav Res Ther.* 1986;24(6):689-91.
- 76) Donham GW, Ludenia K. Cross-validation of the State-Trait Anxiety Inventory with an alcoholic population. *J Clin Psychol.* 1984 Mar;40(2):629-31.
- 77) Dreyfus JF, Guelfi JD, Ruschel S, Blanchard C, Pichot P. Factorial analysis of the Hamilton depression scale, II. *Ann Med Psychol (Paris).* 1981 Apr;139(4):446-53.
- 78) Dugan W, McDonald MV, Passik SD, Rosenfeld BD, Theobald D, Edgerton. Use of the Zung Self-Rating Depression Scale in cancer patients: feasibility as a screening tool. *Psychooncology.* 1998 Nov-Dec;7(6):483-93.
- 79) Dugan W, McDonald MV, Passik SD, Rosenfeld BD, Theobald D, Edgerton S. Use of the Zung Self-Rating Depression Scale in cancer patients: feasibility as a screening tool. *Psychooncology.* 1998 Nov-Dec;7(6):483-93.
- 80) Dunn VK, Sacco WP. Effect of instructional set on responses to the Geriatric Depression Scale. *Psychol Aging.* 1988 Sep;3(3):315-6.
- 81) Dunn VK, Sacco WP. Psychometric evaluation of the Geriatric Depression Scale and the Zung Self-Rating Depression Scale using an elderly community sample. *Psychol Aging.* 1989 Mar;4(1):125-6.
- 82) Edman JL, Danko GP, Andrade N, McArdle JJ, Foster J, Glipa J. Factor structure of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) among Filipino-American adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999 Apr;34(4):211-5.
- 83) Edwards BC, Lambert MJ, Moran PW, McCully T, Smith KC, Ellingson AG. A meta-analytic comparison of the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression as measures of treatment outcome. *Br J Clin Psychol.* 1984 May;23 ( Pt 2):93-9.
- 84) Elliott D. Comparison of three instruments for measuring patient anxiety in a coronary care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 1993 Sep;9(3):195-200.
- 85) Endicott J, Cohen J, Nee J, Fleiss J, Sarantakos S. Hamilton Depression Rating Scale. Extracted from Regular and Change Versions of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 1981 Jan;38(1):98-103.
- 86) Ercolani M, Trombini G, Chattat R, Cervini C, Piergiacomini G, Salaffi F, Zeni S, Marcolongo R. Fibromyalgic syndrome: depression and abnormal illness behavior. Multicenter investigation. *Psychother Psychosom.* 1994;61(3-4):178-86.
- 87) Erkinjuntti T, Sulkava R, Wikstrom J, Autio L. Short Portable Mental Status Questionnaire as a screening test for dementia and delirium among the elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1987 May;35(5):412-6.
- 88) Ertan T, Eker E. Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: are there different factor structures for different cultures? *Int Psychogeriatr.* 2000 Jun;12(2):163-72.
- 89) Faber G. Diagnosis of performance anxiety in educational spelling tests: new results of the psychometric properties and validity of a relevant brief scale. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 1995 Apr;44(4):110-9.
- 90) Fahndrich E, Linden M. Reliability and validity of the Visual Analogue Scale. *Pharmacopsychiatria.* 1982 May;15(3):90-4.
- 91) Faravelli C, Albanesi G, Poli E. Assessment of depression: a comparison of rating scales. *J Affect Disord.* 1986 Nov-Dec;11(3):245-53.
- 92) Faries D, Herrera J, Rayamajhi J, DeBrotta D, Demitrack M, Potter WZ. The responsiveness of the Hamilton Depression Rating Scale. *J Psychiatr Res.* 2000 Jan-Feb;34(1):3-10.
- 93) Faulstich ME, Carey MP, Ruggiero L, Enyart P, Gresham F. Assessment of depression in childhood and adolescence: an evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *Am J Psychiatry.* 1986 Aug;143(8):1024-7.
- 94) Fava GA, Kellner R, Lisansky J, Park S, Perini GI, Zielezny M. Rating depression in normals and depressives: observer versus self-rating scales. *J Affect Disord.* 1986 Jul-Aug;11(1):29-33.
- 95) Fava GA, Kellner R, Munari F, Pavan L. The Hamilton Depression Rating Scale in normals and depressives. *Acta Psychiatr Scand.* 1982 Jul;66(1):26-32.
- 96) Fava GA, Kellner R, Perini GI, Fava M, Michelacci L, Munari F, Evangelisti LP, Grandi S, Bernardi M, Mastrogiacomo I. Italian validation of the Symptom Rating Test (SRT) and Symptom Questionnaire (SQ). *Can J Psychiatry.* 1983 Mar;28(2):117-23.
- 97) Fava GA, Pilowsky I, Pierfederici A, Bernardi M, Pathak D. Depressive symptoms and abnormal illness behavior in general hospital patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 1982 Sep;4(3):171-8.
- 98) Fava GA, Pilowsky I, Pierfederici A, Bernardi M, Pathak D. Depression and illness behavior in a general hospital: a prevalence study. *Psychother Psychosom.* 1982;38(1):141-53.
- 99) Fava GA. Assessing depressive symptoms across cultures: Italian validation of the CES-D self-rating scale. *J Clin Psychol.* 1983 Mar;39(2):249-51.
- 100) Fava GA. Beyond the biopsychosocial model: psychological characterization of medical illness. *J Psychosom Res.* 1996 Feb;40(2):117-20.
- 101) Feinberg M, Carroll BJ, Smouse PE, Rawson SG. The Carroll rating scale for depression. III. Comparison with other rating instruments. *Br J Psychiatry.* 1981 Mar;138:205-9.

- 102) Ferraro FR, Chelminski I. Preliminary normative data on the Geriatric Depression Scale-Short Form (GDS-SF) in a young adult sample. *J Clin Psychol.* 1996 Jul;52(4):443-7.
- 103) Ferreri M, Cousin FR, Rufin JC, Alby JM. Validation of HARD (Hamilton depression rating scale) a diagram of the evaluation of depression by MADRS (Montgomery-Asberg depression rating scale) Multicentric study of mianserin. *Encephale.* 1986 Nov-Dec;12(6):343-50.
- 104) Fillenbaum GG, Landerman LR, Simonsick EM. Equivalence of two screens of cognitive functioning: the Short Portable Mental Status Questionnaire and the Orientation-Memory-Concentration test. *J Am Geriatr Soc.* 1998 Dec;46(12):1512-8.
- 105) Fischer EH, Goethe JW. Measurement of depression and anxiety for hospitalized depressed patients. *Psychiatr Serv.* 1997 May;48(5):705-7.
- 106) Fishback DB. Mental status questionnaire for organic brain syndrome, with a new visual counting test. *J Am Geriatr Soc.* 1977 Apr;25(4):167-70.
- 107) Fitzgibbon ML, Cella DF, Sweeney JA Redundancy in measures of depression. *J Clin Psychol.* 1988 May;44(3):372-4.
- 108) Fleck MP, Guelfi JD, Poirier-Littre MF, Loo H. Application of a structured interview guide adapted to 4 depression scales. *Encephale.* 1994 Sep-Oct;20(5):479-86.
- 109) Foa EB, Foa UG. Differentiating depression and anxiety: is it possible? Is it useful? *Psychopharmacol Bull.* 1982 Oct;18(4):62-8.
- 110) Foelker GA Jr, Shewchuk RM. Somatic complaints and the CES-D. *J Am Geriatr Soc.* 1992 Mar;40(3):259-62.
- 111) Fountoulakis KN, Tsolaki M, Iacovides A, Yesavage J, O'Hara R, Kazis A, Ierodiakonou C. The validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece. *Aging (Milano).* 1999 Dec;11(6):367-72.
- 112) Friemert K, Beier R, Heydenreich A. Experiences with a self-assessment scale in depressive disorders. *Z Arztl Fortbild (Jena).* 1981 Nov 1;75(21):1026-9.
- 113) Fugita SS, Crittenden KS. Towards culture- and population-specific norms for self-reported depressive symptomatology. *Int J Soc Psychiatry.* 1990 Summer;36(2):83-92.
- 114) Fukuda K, Kobayashi S. A study on a self-rating depression scale. *Seishin Shinkeigaku Zasshi.* 1973 Oct;75(10):673-9.
- 115) Furukawa T, Hirai T, Kitamura T, Takahashi K. Application of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale among first-visit psychiatric patients: a new approach to improve its performance. *J Affect Disord.* 1997 Oct;46(1):1-13.
- 116) Gainotti G, Cianchetti C, Taramelli M, Tiacci C. The guided self-rating anxiety-depression scale for use in clinical psychopharmacology. *Acta Nerv Super (Praha).* 1972;14(1):49-51.
- 117) Ganguli M, Dube S, Johnston JM, Pandav R, Chandra V, Dodge HH. Depressive symptoms, cognitive impairment and functional impairment in a rural elderly population in India: a Hindi version of the geriatric depression scale (GDS-H). *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999 Oct;14(10):807-20.
- 118) Garcia M, Marks G. Depressive symptomatology among Mexican-American adults: an examination with the CES-D Scale. *Psychiatry Res.* 1989 Feb;27(2):137-48.
- 119) Gastpar M, Gilsdorf U. The Hamilton Depression Rating Scale in a WHO collaborative program. *Psychopharmacol Ser.* 1990;9:10-9.
- 120) Gatchel RJ, Polatin PB, Kinney RK. Predicting outcome of chronic back pain using clinical predictors of psychopathology: a prospective analysis. *Health Psychol.* 1995 Sep;14(5):415-20.
- 121) Geisser ME, Roth RS, Theisen ME, Robinson TE, Riley TL 3<sup>rd</sup>. Negative affect, self-report of depressive symptoms, and clinical depression: relation to the experience of chronic pain *Clin J Pain.* 2000 Jun;16(2):110-20.
- 122) Giambra LM. Independent dimensions of depression: a factor analysis of three self-report depression measures. *J Clin Psychol.* 1977 Oct;33(4):928-35.
- 123) Gibbons RD, Clark DC, Kupfer DJ. Exactly what does the Hamilton Depression Rating Scale measure? *J Psychiatr Res.* 1993 Jul-Sep;27(3):259-73.
- 124) Gilbert J, Gilbert JE. Rater reliability of a depressive rating scale. *J Psychol.* 1968 Mar;68(2):173-80.
- 125) Gilley DW, Wilson RS. Criterion-related validity of the Geriatric Depression Scale in Alzheimer's disease. *J Clin Exp Neuropsychol.* 1997 Aug;19(4):489-99.
- 126) Glaze R, Cox JL. Validation of a computerised version of the 10-item (self-rating) Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Affect Disord.* 1991 May-Jun;22(1-2):73-7.
- 127) Gornemann I, Zunzunegui MV, Martinez C, Onis MD. Screening for impaired cognitive function among the elderly in Spain: reducing the number of items in the Short Portable Mental Status Questionnaire. *Psychiatry Res.* 1999 Dec 20;89(2):133-45.
- 128) Gottfries GG, Noltorp S, Norgaard N. Experience with a Swedish version of the Geriatric Depression Scale in primary care centres. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997 Oct;12(10):1029-34.
- 129) Gregoire J, de Leval N, Mesters P, Czarka M. Validation of the Quality of Life in Depression Scale in a population of adult depressive patients aged 60 and above. *Qual Life Res.* 1994 Feb;3(1):13-9.
- 130) Gregory RJ The Zung Self-Rating Depression Scale as a potential screening tool for use with Eskimos. *Hosp Community Psychiatry.* 1994 Jun;45(6):573-5.
- 131) Griffin PT, Kogut D. Validity of orally administered Beck and Zung Depression Scales in a state hospital setting. *J Clin Psychol.* 1988 Sep;44(5):756-9.
- 132) Gruber NP, Varner RV, Chen YW, Lesser JM. A comparison of the clock drawing test and the Pfeiffer Short Portable Mental Status Questionnaire in a geropsychiatry clinic. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997 May;12(5):526-32.
- 133) Guilmot PH. Clinical features and classification of symptoms in depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1981;290:52-6.
- 134) Hakel MD. Task difficulty and personality test validity. *Psychol Rep.* 1968 Apr;22(2):502.
- 135) Hamdi E, Amin Y, Abou-Saleh MT. Performance of the Hamilton Depression Rating Scale in depressed patients in the United Arab Emirates. *Acta Psychiatr Scand.* 1997 Dec;96(6):416-23.
- 136) Hamilton M. Clinical evaluation of depressions: clinical criteria and rating scales, including a Guttman scale. pp. 155-179. Monograph. 1976
- 137) Hamilton M. Rating depressive patients. *J Clin Psychiatry.* 1980 Dec;41(12 Pt 2):21-4.
- 138) Hammond MF. Rating depression severity in the elderly physically ill patient: reliability and factor struc-

- ture of the Hamilton and the Montgomery-Asberg Depression Rating Scales. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998 Apr;13(4):257-61.
- 139) Hann D, Winter K, Jacobsen P. Measurement of depressive symptoms in cancer patients: evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *J Psychosom Res*. 1999 May;46(5):437-43.
- 140) Hassanyeh F, Eccleston D, Davison K. Rating of anxiety, depression and vulnerability. The development of a new rating scale (The Anxiety and Depression Scale). *Acta Psychiatr Scand*. 1981 Oct;64(4):301-13.
- 141) Herron EW. The multiple affect adjective check list: a critical analysis. *J Clin Psychol*. 1969 Jan;25(1):46-53.
- 142) Hodgkiss AD, Sufraz R, Watson JP. Psychiatric morbidity and illness behaviour in women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Res*. 1994 Jan;38(1):3-9.
- 143) Holtom N, Barraclough J. Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) useful in assessing depression in palliative care? *Palliat Med*. 2000 May;14(3):219-20.
- 144) Hooijer C, Zitman FG, Griez E, van Tilburg W, Willemsse A, Dinkgreve MA. The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS); changes in scores as a function of training and version used. *J Affect Disord*. 1991 May-Jun;22(1-2):21-9.
- 145) Hooper CL, Bakish D. An examination of the sensitivity of the six-item Hamilton Rating Scale for Depression in a sample of patients suffering from major depressive disorder. *J Psychiatry Neurosci*. 2000 Mar;25(2):178-84.
- 146) Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruszka FM, Koelgen M, Mervis JR, Fitten LJ, Rubenstein LZ. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *J Am Geriatr Soc*. 1999 Jul;47(7):873-8.
- 147) Hyer L, Blount J. Concurrent and discriminant validities of the geriatric depression scale with older psychiatric inpatients. *Psychol Rep*. 1984 Apr;54(2):611-6.
- 148) Ivarsson T, Lidberg A, Gillberg C. The Birleson Depression Self-Rating Scale (DSRS). Clinical evaluation in an adolescent inpatient population. *J Affect Disord*. 1994 Oct;32(2):115-25.
- 149) Iwata N, Umesue M, Egashira K, Hiro H, Mizoue T, Mishima N, Nagata S. Can positive affect items be used to assess depressive disorders in the Japanese population? *Psychol Med*. 1998 Jan;28(1):153-8.
- 150) Jackson R, Baldwin B. Detecting depression in elderly medically ill patients: the use of the Geriatric Depression Scale compared with medical and nursing observations. *Age Ageing*. 1993 Sep;22(5):349-53.
- 151) Jamison C, Scogin F. Development of an interview-based geriatric depression rating scale. *Int J Aging Hum Dev*. 1992;35(3):193-204.
- 152) Jegede R. Psychometric characteristics of Yoruba versions of Zung's self-rating depression scale and self-rating anxiety scale. *Afr J Med Med Sci*. 1979 Sep-Dec;8(3-4):133-7.
- 153) Jegede RO. Psychometric attributes of the Self-Rating Anxiety Scale. *Psychol Rep*. 1977 Feb;40(1):303-6.
- 154) Jegede RO. Psychometric properties of the Self-Rating Depression Scale (SDS). *J Psychol*. 1976 May;93(1st Half):27-30.
- 155) Kaneda Y. Usefulness of the zung self-rating depression scale for schizophrenics. *J Med Invest*. 1999 Feb;46(1-2):75-8.
- 156) Kanga T, Suzuki S. Factor structure of self-rating depression scale by Zung and prevalence of depressive state of night shift workers. *Sangyo Igaku*. 1992 Mar;34(2):131-6.
- 157) Katon W, Sullivan M, Russo J, Dobie R, Sakai C. Depressive symptoms and measures of disability: a prospective study. *J Affect Disord*. 1993 Apr;27(4):245-54.
- 158) Katona CL, Katona PM. Geriatric depression scale can be used in older people in primary care. *BMJ*. 1997 Nov 8;315(7117):1236.
- 159) Kawada T, Suzuki S. Factor structure of Zung self-rating depression scale for workers. *Jpn J Psychiatry Neurol*. 1993 Mar;47(1):23-7.
- 160) Kearns NP, Cruickshank CA, McGuigan KJ, Riley SA, Shaw SP, Snaith RP. A comparison of depression rating scales. *Br J Psychiatry*. 1982 Jul;141:45-9.
- 161) Keller BK, Morton JL, Thomas VS, Potter JF. The effect of visual and hearing impairments on functional status. *J Am Geriatr Soc*. 1999 Nov;47(11):1319-25.
- 162) Kellner R, Sheffield BF. A self-rating scale of distress. *Psychol Med*. 1973 Feb;3(1):88-100.
- 163) Kellner R. A rating scale of somatic symptoms. *Psychiatr Med*. 1988;6(1):49-63.
- 164) Kellner R. Psychological measurements in somatization and abnormal illness behavior. *Adv Psychosom Med*. 1987;17:101-18.
- 165) Keogh E, Reidy J. Exploring the factor structure of the Mood and Anxiety Symptom Questionnaire (MASQ). *J Pers Assess*. 2000 Feb;74(1):106-25.
- 166) Kerner SA, Jacobs KW. Correlation between scores on the Beck Depression Inventory and the Zung Self-rating Depression Scale. *Psychol Rep*. 1983 Dec;53(3 Pt 1):969-70.
- 167) Kinzie JD, Manson SM. The use of self-rating scales in cross-cultural psychiatry. *Hosp Community Psychiatry*. 1987 Feb;38(2):190-6.
- 168) Kitamura T, Nakagawa Y, Machizawa S. Grading depression severity by symptom scores: is it a valid method for subclassifying depressive disorders? *Compr Psychiatry*. 1993 Jul-Aug;34(4):280-3.
- 169) Kitamura T, Shima S, Sugawara M, Toda MA. Temporal variation of validity of self-rating questionnaires: repeated use of the General Health Questionnaire and Zung's Self-rating Depression Scale among women during antenatal and postnatal periods. *Acta Psychiatr Scand*. 1994 Dec;90(6):446-50.
- 170) Kivela SL, Nissinen A, Punsar S, Puska P. Age and regional differences in reliability and factor structure of the Zung Self-rating Scale in elderly Finnish men. *J Clin Psychol*. 1987 May;43(3):318-27.
- 171) Kivela SL, Pakkala K. Factor structure of the Hamilton Rating Scale for Depression among depressed elderly Finns. *Z Psychol Z Angew Psychol*. 1988;196(4):389-99.
- 172) Kivela SL, Pakkala K. Sex and age differences of factor pattern and reliability of the Zung Self-rating Depression Scale in a Finnish elderly population. *Psychol Rep*. 1986 Oct;59(2 Pt 1):587-97.
- 173) Knesevich JW, Biggs JT, Clayton PJ, Ziegler VE. Validity of the Hamilton Rating Scale for depression. *Br J Psychiatry*. 1977 Jul;131:49-52.
- 174) Knight RG, Waal-Manning HJ, Spears GF. Some norms and reliability data for the State-Trait Anxiety Inventory and the Zung Self-Rating Depression scale. *Br J Clin Psychol*. 1983 Nov;22 (Pt 4):245-9.

- 175) Koenig HG, Meador KG, Cohen HJ, Blazer DG. Self-rated depression scales and screening for major depression in the older hospitalized patient with medical illness. *J Am Geriatr Soc.* 1988 Aug;36(8):699-706.
- 176) Kozeny J. Psychometric properties of the Zung Self-Rating Depression Scale. *Act Nerv Super (Praha).* 1987 Dec;29(4):279-84.
- 177) Kramer JA. Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in the assessment of depression in patients with inoperable lung cancer. *Palliat Med.* 1999 Jul;13(4):353-4.
- 178) Krzyzowski J, Lewicka H, Lukaszewska B, Losieczko T, Marcjan K, Pietruszewska I, Spasowicz E. Comparison of responses on selected clinical scales in patients with depressive syndromes. *Psychiatr Pol.* 1981 Jan-Feb;15(1):49-57.
- 179) Kurlowicz L. The Geriatric Depression Scale (GDS). *Director.* 1999 Autumn;7(4):134-5.
- 180) Kurlowicz L. The Geriatric Depression Scale (GDS). *Geriatr Nurs.* 1999 Jul-Aug;20(4):212-3.
- 181) Kurlowicz L. The Geriatric Depression Scale (GDS). *J Gerontol Nurs.* 1999 Jul;25(7):8-9.
- 182) Kurlowicz L. The Geriatric Depression Scale. *Home Care Provid.* 2000 Apr;5(2):76-77.
- 183) Lambert MJ, Masters KS, Astle D. An effect-size comparison of the Beck, Zung, and Hamilton rating scales for depression: a three-week and twelve-week analysis. *Psychol Rep.* 1988 Oct;63(2):467-70.
- 184) Large RG, Mullins PR. Illness behaviour profiles in chronic pain: the Auckland experience. *Pain.* 1981 Apr;10(2):231-9.
- 185) Lee HC, Chiu HF, Wing YK, Leung CM, Kwong PK, Chung DW. The Zung Self-rating Depression Scale: screening for depression among the Hong Kong Chinese elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 1994 Oct-Dec;7(4):216-20.
- 186) Leshner EL, Berryhill JS. Validation of the Geriatric Depression Scale—Short Form among inpatients. *J Clin Psychol.* 1994;50(2):256-60.
- 187) Leshner EL, Berryhill JS. Validation of the Geriatric Depression Scale—Short Form among inpatients. *J Clin Psychol.* 1994 May;43(3):318-27.
- 188) Leung CM, Wing YK, Kwong PK, Lo A, Shum K. Validation of the Chinese-Cantonese version of the hospital anxiety and depression scale and comparison with the Hamilton Rating Scale of Depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1999 Dec;100(6):456-61.
- 189) Levit P, Skerritt PW, White BW, Robinson AR, Anderson RD, Sedgley G. Screening for psychiatric symptoms and illness behaviour in a pain clinic. *Aust N Z J Psychiatry.* 1993 Mar;27(1):30-5.
- 190) Lewinsohn PM, Seeley JR, Roberts RE, Allen NB. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychol Aging.* 1997 Jun;12(2):277-87.
- 191) Lewis G. Observer bias in the assessment of anxiety and depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1991 Dec;26(6):265-72.
- 192) Lichtenberg PA, Marcopulos BA, Steiner DA, Tabscott JA. Comparison of the Hamilton Depression Rating Scale and the Geriatric Depression Scale: detection of depression in dementia patients. *Psychol Rep.* 1992 Apr;70(2):515-21.
- 193) Lieberman D, Galinsky D, Fried V, Grinshpun Y, Mytlis N, Tyllis R. Geriatric Depression Screening Scale (GDS) in patients hospitalized for physical rehabilitation. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999 Jul;14(7):549-55.
- 194) Lindelow M, Hardy R, Rodgers B. Development of a scale to measure symptoms of anxiety and depression in the general UK population: the psychiatric symptom frequency scale. *J Epidemiol Community Health.* 1997 Oct;51(5):549-57.
- 195) Linden M, Borchelt M, Barnow S, Geiselmann B. The impact of somatic morbidity on the Hamilton Depression Rating Scale in the very old. *Acta Psychiatr Scand.* 1995 Aug;92(2):150-4.
- 196) Linden M. Illness concepts of patients. *Psychiatr Prax.* 1985 Jan;12(1):8-12.
- 197) Liu CY, Lu CH, Yu S, Yang YY. Correlations between scores on Chinese versions of long and short forms of the Geriatric Depression Scale among elderly Chinese. *Psychol Rep.* 1998 Feb;82(1):211-4.
- 198) Lopez VC, de Esteban Chamorro T. Validity of Zung's Self-Rating Depression Scale. *Arch Neurobiol (Madr).* 1975 May-Jun;38(3):225-46.
- 199) Lopez-Torres Hidalgo J, Cerda Diaz R, Fernandez Olano C, Requena Gallego M, Fernandez Casalderrey C, Otero Puime A. Factors associated with chronic drug consumption in the elderly. *Med Clin (Barc).* 1997 Apr 19;108(15):572-6.
- 200) Lyness JM, Noel TK, Cox C, King DA, Conwell Y, Caine ED. Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. *Arch Intern Med.* 1997 Feb 24;157(4):449-54.
- 201) Lyons JS, Strain JJ, Hammer JS, Ackerman AD, Fulop G. Reliability, validity, and temporal stability of the geriatric depression scale in hospitalized elderly. *Int J Psychiatry Med.* 1989;19(2):203-9.
- 202) Macera CA, Eaker ED, Jannarone RJ, Davis DR, Stoskopf CH. The association of positive and negative events with depressive symptomatology among caregivers. *Int J Aging Hum Dev.* 1993;36(1):75-80.
- 203) MacKenzie DM, Copp P, Shaw RJ, Goodwin GM. Brief cognitive screening of the elderly: a comparison of the Mini-Mental State Examination (MMSE), Abbreviated Mental Test (AMT) and Mental Status Questionnaire (MSQ). *Psychol Med.* 1996 Mar;26(2):427-30.
- 204) Mackinnon A, McCallum J, Andrews G, Anderson I. The Center for Epidemiological Studies Depression Scale in older community samples in Indonesia, North Korea, Myanmar, Sri Lanka, and Thailand. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1998 Nov;53(6):P343-52.
- 205) MacKnight C, Rockwood K. A Hierarchical Assessment of Balance and Mobility. *Age Ageing.* 1995 Mar;24(2):126-30.
- 206) Maes M, De Ruyter M, Hobin P, Suy E. The dexamethasone suppression test, the Hamilton Depression Rating Scale and the DSM-III depression categories. *J Affect Disord.* 1986 May-Jun;10(3):207-14.
- 207) Magni G, Moreschi C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain.* 1994 Mar;56(3):289-97.
- 208) Mahard RE. The CES-D as a measure of depressive mood in the elderly Puerto Rican population. *J Gerontol.* 1988 Jan;43(1):P24-5.

- 209) Maher EJ, Mackenzie C, Young T, Marks D. The use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the EORTC QLQ-C30 questionnaires to screen for treatable unmet needs in patients attending routinely for radiotherapy. *Cancer Treat Rev.* 1996 Jan;22 Suppl A:123-9.
- 210) Maier W, Heuser I, Philipp M, Frommberger U, Demuth W. Improving depression severity assessment—II. Content, concurrent and external validity of three observer depression scales. *J Psychiatr Res.* 1988;22(1):13-9.
- 211) Maier W, Philipp M, Heuser I, Schlegel S, Buller R, Wetzel H. Improving depression severity assessment—I. Reliability, internal validity and sensitivity to change of three observer depression scales. *J Psychiatr Res.* 1988;22(1):3-12.
- 212) Marcos T, Salamero M. Factor study of the Hamilton Rating Scale for Depression and the Bech Melancholia Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1990 Aug;82(2):178-81.
- 213) Marone J, Lubin B. Relationship between set 2 of the Depression adjective check lists (DACL) and Zung self-rating depression scale (SDS). *Psychol Rep.* 1968 Feb;22(1):333-4.
- 214) Martinsen EW, Friis S, Hoffart A. Assessment of depression: comparison between Beck Depression Inventory and subscales of Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1995 Dec;92(6):460-3.
- 215) McCallum J, Mackinnon A, Simons L, Simons J. Measurement properties of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale: an Australian community study of aged persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1995 May;50(3):S182-9.
- 216) McGrath RE, Ratliff KG. Using self report measures to corroborate theories of depression: the specificity problem. *J Pers Assess.* 1993 Aug;61(1):156-68.
- 217) Meara J, Mitchelmore E, Hobson P. Use of the GDS-15 geriatric depression scale as a screening instrument for depressive symptomatology in patients with Parkinson's disease and their carers in the community. *Age Ageing.* 1999 Jan;28(1):35-8.
- 218) Mikesell RH, Calhoun LG. Faking on the Zung Self-rating Depression Scale. *Psychol Rep.* 1969 Aug;25(1):173-4.
- 219) Miller IW, Bishop S, Norman WH, Maddever H. The Modified Hamilton Rating Scale for Depression: reliability and validity. *Psychiatry Res.* 1985 Feb;14(2):131-42.
- 220) Miller TQ, Markides KS, Black SA. The factor structure of the CES-D in two surveys of elderly Mexican Americans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1997 Sep;52(5):S259-69.
- 221) Miura H, Kitagami T, Ohta T. Application of the Zung self-rating depression scale to patients before and after introduction to haemodialysis. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1999 Jun;53(3):381-5.
- 222) Moller HJ. Rating depressed patients: observer- vs self-assessment. *Eur Psychiatry.* 2000 May;15(3):160-72.
- 223) Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry.* 1979 Apr;134:382-9.
- 224) Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *Int Psychogeriatr.* 1996 Spring;8(1):103-12.
- 225) Mook J, Kleijn WC, van der Ploeg HM. Symptom-positively and -negatively worded items in two popular self-report inventories of anxiety and depression. *Psychol Rep.* 1991 Oct;69(2):551-60.
- 226) Morishita L, Boulton C, Ebbitt B, Rambel M, Fallstrom K, Gooden T. Concurrent validity of administering the Geriatric Depression Scale and the physical functioning dimension of the SIP by telephone. *J Am Geriatr Soc.* 1995 Jun;43(6):680-3.
- 227) Mui AC. Geriatric Depression Scale as a community screening instrument for elderly Chinese immigrants. *Int Psychogeriatr.* 1996 Fall;8(3):445-58.
- 228) Mundt JC, Kobak KA, Taylor LV, Mantle JM, Jefferson JW, Katzelnick DJ, Greist JH. Administration of the Hamilton Depression Rating Scale using interactive voice response technology. *MD Comput.* 1998 Jan-Feb;15(1):31-9.
- 229) Murphy JE, Margetts G. Measurement of anxiety in general practice. *Postgrad Med J.* 1972 Sep;48(4):Suppl 4:41-6.
- 230) Murray J, Dunn G, Tarnopolsky A. Self-assessment of health: an exploration of the effects of physical and psychological symptoms. *Psychol Med.* 1982 May;12(2):371-8.
- 231) Nakaigawa Y, Kasuda H, Fukuda H, Mitsuhata H, Akazawa S, Shimizu R. Psychological evaluation of out-patients in our pain clinic using self-rating depression scale and state-trait anxiety inventory questionnaire. *Masui.* 1995 Mar 3;44(3):362-6.
- 232) Nikolaus T, Bach M, Oster P, Schlierf G. Prospective value of self-report and performance-based tests of functional status for 18-month outcomes in elderly patients. *Ageing (Milano).* 1996 Aug;8(4):271-6.
- 233) O'Brien KP, Glaudin V. Factorial structure and factor reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1988 Aug;78(2):113-20.
- 234) O'Grady KE, Janda LH. Psychometric correlates of the Mosher Forced Choice Guilt Inventory. *J Consult Clin Psychol.* 1978 Dec;46(6):1581-2.
- 235) O'Hara MW, Rehm LP. Hamilton Rating Scale for Depression: reliability and validity of judgments of novice raters. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(2):318-9.
- 236) Ohta RJ, Carlin MF, Harmon BM. Auditory acuity and performance on the mental status questionnaire in the elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1981 Oct;29(10):476-8.
- 237) Olsson G, von Knorring AL. Depression among Swedish adolescents measured by the self-rating scale Center for Epidemiology Studies-Depression Child (CES-DC). *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 1997 Jun;6(2):81-7.
- 238) Omer H, Foldes J, Toby M, Menczel J. Screening for cognitive deficits in a sample of hospitalized geriatric patients: a re-evaluation of a brief mental status questionnaire. *J Am Geriatr Soc.* 1983 May;31(5):266-8.
- 239) Omega LL, Abraham IL. Factor structure of the Hamilton Rating Scale for Depression in a cohort of community-dwelling elderly. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997 Jul;12(7):760-4.
- 240) O'Neill D, O'Riordan T, Hayes J, Shelley R, Walsh JB, Coakley D. The use of depression rating scales. *J Am Geriatr Soc.* 1989 Apr;37(4):390-1.
- 241) O'Riordan TG, Hayes JP, O'Neill D, Shelley R, Walsh JB, Coakley D. The effect of mild to moderate dementia on the Geriatric Depression Scale and on the General Health Questionnaire. *Age Ageing.* 1990 Jan;19(1):57-61.
- 242) Orlando M, Sherbourne CD, Thissen D. Summed-score linking using item response theory: application to depression measurement. *Psychol Assess.* 2000 Sep;12(3):354-9.

- 243) Orn P. 4000 physicians answered a health status questionnaire. Physicians' mental health is worse compared to general population]. *Lakartidningen*. 1996 Jan 31;93(5):317.
- 244) O'Sullivan RL, Fava M, Agustin C, Baer L, Rosenbaum JF. Sensitivity of the six-item Hamilton Depression Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1997 May;95(5):379-84.
- 245) Overall JE, Rhoades HM. Use of the Hamilton Rating Scale for classification of depressive disorders. *Compr Psychiatry*. 1982 Jul-Aug;23(4):370-6.
- 246) Palsson N, Kaij L; Development of a screening method for probable somatizing syndromes. *Acta Psychiatr Scand*. 1985 Jul;72(1):69-73.
- 247) Parmelee PA, Katz IR. Geriatric depression scale. *J Am Geriatr Soc*. 1990 Dec;38(12):1379.
- 248) Passik SD, Lundberg JC, Rosenfeld B, Kirsh KL, Donaghy K, Theobald D, Lundberg E, Dugan W. Factor analysis of the Zung Self-Rating Depression Scale in a large ambulatory oncology sample. *Psychosomatics*. 2000 Mar-Apr;41(2):121-7.
- 249) Perris C, Eisemann M, Eriksson U, Perris H, Kemali D, Amati A, Del Vecchio M, Vacca L. Transcultural aspects of depressive symptomatology. *Psychiatr Clin (Basel)*. 1981;14(2):69-80.
- 250) Perse J. Psychometry of anxiety. *Encephale*. 1983;9(4 Suppl 2):217B-221B.
- 251) Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1975 Oct;23(10):433-41.
- 252) Pilowsky I Dimensions of abnormal illness behaviour. *Aust N Z J Psychiatry*. 1975 Sep;9(3):141-7.
- 253) Pilowsky I, Bassett D, Barrett R, Petrovic L, Minniti R. The Illness Behavior Assessment Schedule: reliability and validity. *Int J Psychiatry Med*. 1983-84;13(1):11-28.
- 254) Pilowsky I, Katsikitis M. A classification of illness behaviour in pain clinic patients. *Pain*. 1994 Apr;57(1):91-4.
- 255) Pilowsky I, Smith QP, Katsikitis M. Illness behaviour and general practice utilisation: a prospective study. *J Psychosom Res*. 1987;31(2):177-83.
- 256) Pilowsky I, Spence N, Cobb J, Katsikitis M. The Illness Behavior Questionnaire as an aid to clinical assessment. *Gen Hosp Psychiatry*. 1984 Apr;6(2):123-30.
- 257) Pilowsky I, Spence ND. Ethnicity and illness behaviour. *Psychol Med*. 1977 Aug;7(3):447-52.
- 258) Pilowsky I, Spence ND. Illness behaviour syndromes associated with intractable pain. *Pain*. 1976 Mar;2(1):61-71.
- 259) Pilowsky I. Dimensions of illness behaviour as measured by the Illness Behaviour Questionnaire: a replication study. *J Psychosom Res*. 1993 Jan;37(1):53-62.
- 260) Pilowsky I. The diagnosis of abnormal illness behaviour. *Aust N Z J Psychiatry*. 1971 Sep;5(3):136-8.
- 261) Pilowsky I; Abnormal illness behavior. *Am J Psychiatry*. 1993 Mar;150(3):531.
- 262) Pond CD, Mant A, Bridges-Webb C, Purcell C, Eyland EA, Hewitt H, Saunders NA. Recognition of depression in the elderly: a comparison of general practitioner opinions and the Geriatric Depression Scale. *Fam Pract*. 1990 Sep;7(3):190-4.
- 263) Potts MK, Daniels M, Burnam MA, Wells KB. A structured interview version of the Hamilton Depression Rating Scale: evidence of reliability and versatility of administration. *J Psychiatr Res*. 1990;24(4):335-50.
- 264) Raft D, Spencer RF, Toomey T, Brogan D. Depression in medical outpatients: us of the Zung scale. *Dis Nerv Syst*. 1977 Dec;38(12):999-1004.
- 265) Ramanaiah NV, Franzen M, Schill T. A psychometric study of the State-Trait Anxiety Inventory. *J Pers Assess*. 1983 Oct;47(5):531-5.
- 266) Ramos Brieva JA, Montejo Iglesias ML, Lafuente Lopez R, Ponce de Leon Hernandez C, Moreno Sarmiento A. Validation of the Geriatric Depression Screening Scale. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1991 May-Jun;19(3):174-7.
- 267) Ramos Brieva JA. The Zung-Conde depression scale: its predictive validity. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1986
- 268) Ramos-Brieva JA, Cordero Villafafila A. Relation between the validity and reliability of the Castilian version of the Hamilton Rating Scale for Depression]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1986 Jul-Aug;14(4):335-8.
- 269) Ramos-Brieva JA, Cordero Villafafila A. Validation of the Castilian version of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1986 Jul-Aug;14(4):324-34.
- 270) Ramos-Brieva JA, Cordero-Villafafila A. A new validation of the Hamilton Rating J *Psychiatr Res*. 1988;22(1):21-8.
- 271) Rausch JL, Sanchez M. Rating weight loss on the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1989 May;46(5):481-2.
- 272) Ravindran AV, Welburn K, Copeland JR. Semi-structured depression scale sensitive to change with treatment for use in the elderly. *Br J Psychiatry*. 1994 Apr;164(4):522-7.
- 273) Rehm LP, O'Hara MW. Item characteristics of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Res*. 1985;19(1):31-41.
- 274) Richardson CA, Hammond SM. A psychometric analysis of a short device for assessing depression in elderly people. *Br J Clin Psychol*. 1996 Nov;35 ( Pt 4):543-51.
- 275) Rickels K, Downing RW, Lipman RS, Fisher E, Randall AM. The self-rating depression scale (SDS) as a measure of psychotropic drug response. *Dis Nerv Syst*. 1973 Feb;34(2):98-104.
- 276) Robbins DR, Alessi NE, Colfer MV, Yanchyshyn GW. Use of the Hamilton Rating Scale for Depression and the Carroll Self-Rating Scale in adolescents. *Psychiatry Res*. 1985 Feb;14(2):123-9.
- 277) Robbins DR, Larson MM. Limitations of self-rating depression scales. *J Clin Psychiatry*. 1985 Jul;46(7):301.
- 278) Roberts RE, Rhoades HM, Vernon SW. Using the CES-D scale to screen for depression and anxiety: effects of language and ethnic status. *Psychiatry Res*. 1990 Jan;31(1):69-83.
- 279) Roberts RE, Vernon SW, Rhoades HM. Effects of language and ethnic status on reliability and validity of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale with psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis*. 1989 Oct;177(10):581-92.
- 280) Roberts RE, Vernon SW. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: its use in a community sample. *Am J Psychiatry*. 1983 Jan;140(1):41-6.
- 281) Robertson I. A comparison of depression rating scales. *Br J Psychiatry*. 1983 Apr;142:423-5.

- 282) Roccaforte WH, Burke WJ, Bayer BL, Wengel SP. Reliability and validity of the Short Portable Mental Status Questionnaire administered by telephone. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 1994 Jan-Mar;7(1):33-8.
- 283) Rodrigo G, Lusiardo M; Note on the reliability and concurrent validity of the Spanish version of the State-Trait Anxiety Inventory. *Percept Mot Skills.* 1988 Dec;67(3):926.
- 284) Roe PF. Prognostic value of the abbreviated mental status questionnaire. *Gerontology.* 1982;28(4):252-7.
- 285) Rouch-Leroyer I, Sourgen C, Barberger-Gateau P, Fuhrer R, Dartigues JF. Detection of depressive symptomatology in elderly people: a short version of the CES-D scale. *Aging (Milano).* 2000 Jun;12(3):228-33.
- 286) Rule WR, Traver MD. Test-retest reliabilities of State-Trait Anxiety Inventory in a stressful social analogue situation. *J Pers Assess.* 1983 Jun;47(3):276-7.
- 287) Rupnow A, Ludwig DA. Psychometric note on the reliability of the sport competition anxiety test: form C. *Res Q Exerc Sport.* 1981 Mar;52(1):35-7.
- 288) Sainsbury P. Physiological assessment of anxiety: psychomotor measures. *Proc R Soc Med.* 1966;59 Suppl:13-7.
- 289) Sakamoto S, Kijima N, Tomoda A, Kambara M. Factor structures of the Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) for undergraduates. *J Clin Psychol.* 1998 Jun;54(4):477-87.
- 290) Salamero M, Marcos T. Factor study of the Geriatric Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1992 Oct;86(4):283-6.
- 291) Santos Vilella F, Rodriguez JR, Martinez M. Determination of psychometric properties of the Geriatric Depression Scale (Yesavage & Brink, 1983) in a sample of aged Puerto Ricans. *Bol Asoc Med P R.* 2000 Jan-Mar;92(1-3):39-44.
- 292) Schade CP, Jones ER Jr, Wittlin BJ. A ten-year review of the validity and clinical utility of depression screening. *Psychiatr Serv.* 1998 Jan;49(1):55-61.
- 293) Schaefer A, Brown J, Watson CG, Plemel D, DeMotts J, Howard MT, Petrik N, Balleweg BJ, Anderson D. Comparison of the validities of the Beck, Zung, and MMPI Depression Scales. *J Consult Clin Psychol.* 1985 Jun;53(3):415-8.
- 294) Schein RL, Koenig HG. The Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale: assessment of depression in the medically ill elderly. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997 Apr;12(4):436-46.
- 295) Schlegel S, Nieber D, Herrmann C, Bakauski E. Latencies of the P300 component of the auditory event-related potential in depression are related to the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale but not to the Hamilton Rating Scale for Depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1991 Jun;83(6):438-40.
- 296) Schotte CK, Maes M, Cluydts R, Cosyns P. Effects of affective-semantic mode of item presentation in balanced self-report scales: biased construct validity of the Zung Self-rating Depression Scale. *Psychol Med.* 1996 Nov;26(6):1161-8.
- 297) Schwab JJ, Bialow MR, Clemmons RS, Holzer CE. Hamilton rating scale for depression with medical inpatients. *Br J Psychiatry.* 1967 Jan;113(494):83-8.
- 298) Schweitzer R, Robertson DL, Kelly B, Whiting J. Illness behaviour of patients with chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res.* 1994 Jan;38(1):41-9.
- 299) Scicchitano J, Rounsefell B, Pilowsky I. Baseline correlates of the response to the treatment of chronic localized myofascial pain syndrome by injection of local anaesthetic. *J Psychosom Res.* 1996 Jan;40(1):75-85.
- 300) Segbena A, Buguet A, Sangare A. Sickle cell disease and depression: preliminary study using the Hamilton rating scale for depression. *Med Trop (Mars).* 1994;54(1):47-52.
- 301) Shah A, Herbert R, Lewis S, Mahendran R, Platt J, Bhattacharyya B. Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short Geriatric Depression Scale. *Age Ageing.* 1997 May;26(3):217-21.
- 302) Sheehan TJ, Fifield J, Reisine S, Tennen H. The measurement structure of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *J Pers Assess.* 1995 Jun;64(3):507-21.
- 303) Sheikh JI, Yesavage JA, Brooks JO 3d, Friedman L, Gratzinger P, Hill RD, Zadeik A, Crook T. Proposed factor structure of the Geriatric Depression Scale. *Int Psychogeriatr.* 1991 Spring;3(1):23-8.
- 304) Sherrill D, Salisbury JL, Friedman ST, Horowitz B. Interrelationships among manifest anxiety, extraversion and neuroticism under two scoring conditions. *Psychol Rep.* 1968 Jun;22(3):1255-6.
- 305) Shinar D, Gross CR, Price TR, Banko M, Bolduc PL, Robinson RG. Screening for depression in stroke patients: the reliability and validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *Stroke.* 1986 Mar-Apr;17(2):241-5.
- 306) Shmueli-Dulitzki Y, Rovner BW. Screening for depression in older persons with low vision. Somatic eye symptoms and the Geriatric Depression Scale. *Am J Geriatr Psychiatry.* 1997 Summer;5(3):216-20.
- 307) Sikorski JM, Stampfer HG, Cole RM, Wheatley AE. Psychological aspects of chronic low back pain. *Aust N Z J Surg.* 1996 May;66(5):294-7.
- 308) Singer A, Thompson S, Krauhin C, Gordon E, Howe G, Howson A, Meares R. An investigation of patients presenting with multiple physical complaints using the illness behaviour questionnaire. *Psychother Psychosom.* 1987;47(3-4):181-9.
- 309) Sloan JP, Wing P, Dian L, Meneilly GS. A pilot study of anabolic steroids in elderly patients with hip fractures. *J Am Geriatr Soc.* 1992 Nov;40(11):1105-11.
- 310) Slosarska M, Boresewicz M, Wojcik M. The analogous self-rating scale of affect as a tool in the assessment of change of clinical status of patients with endogenous depression syndrome. A comparison with the Hamilton depression scale]. *Psychiatr Pol.* 1992 May-Aug;26(3-4):197-205.
- 311) Smyer MA, Hofland BF, Jonas EA. Validity study of the short portable mental status questionnaire for the elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1979 Jun;27(6):263-9.
- 312) Snaith P. What do depression rating scales measure? *Br J Psychiatry.* 1993 Sep;163:293-8.
- 313) Snaith RP, Taylor CM. Rating scales for depression and anxiety: a current perspective. *Br J Clin Pharmacol.* 1985;19 Suppl 1:17S-20S.
- 314) Snaith RP. Hamilton rating scale for depression. *Br J Psychiatry.* 1977 Oct;131:431-2.
- 315) Snaith RP. Present use of the Hamilton Depression Rating Scale: observation on method of assessment in research of depressive disorders. *Br J Psychiatry.* 1996 May;168(5):594-7.



- 316) Snowdon J. Validity of the Geriatric Depression Scale. *J Am Geriatr Soc.* 1990 Jun;38(6):722-3.
- 317) Somoza E, Steer RA, Beck AT, Clark DA. Differentiating major depression and panic disorders by self-report and clinical rating scales: ROC analysis and information theory. *Behav Res Ther.* 1994 Sep;32(7):771-82.
- 318) Speculand B, Goss AN, Spence ND, Pilowsky I. Intractable facial pain and illness behaviour. *Pain.* 1981 Oct;11(2):213-9.
- 319) Spence MT, Sweney AB. A factorial resoluition of psychometric measure of anxiety. *Psychol Rep.* 1966 Dec;19(3):1178.
- 320) Spielberger CD, Vagg PR. Psychometric properties of the STAI: a reply to Ramanaiah, Franzen, and Schill. *J Pers Assess.* 1984 Feb;48(1):95-7.
- 321) Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PP, Kempen GI, Speckens AE, Van Hemert AM. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med.* 1997 Mar;27(2):363-70.
- 322) Steer RA, Beck AT. Modifying the Beck Depression Inventory: reply to Vredenburg, Krames, and Flett. *Psychol Rep.* 1985 Oct;57(2):625-6.
- 323) Steer RA, McElroy MG, Beck AT. Correlates of self-reported and clinically assessed depression in outpatient alcoholics. *J Clin Psychol.* 1983 Jan;39(1):144-9.
- 324) Steuer J, Bank L, Olsen EJ, Jarvik LF. Depression, physical health and somatic complaints in the elderly: a study of the Zung Self-Rating Depression Scale. *J Gerontol.* 1980 Sep;35(5):683-8.
- 325) Stommel M, Given BA, Given CW, Kalaian HA, Schulz R, McCorkle R. Gender bias in the measurement properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Psychiatry Res.* 1993 Dec;49(3):239-50.
- 326) Stone FB, Rowley VN, Keller ED. Clinical anxiety and the children's manifest anxiety scale. *J Clin Psychol.* 1965 Oct;21(4):409-12.
- 327) Sutcliffe C, Cordingley L, Burns A, Mozley CG, Bagley H, Huxley P, Challis D. A new version of the geriatric depression scale for nursing and residential home populations: the geriatric depression scale (residential) (GDS-12R). *Int Psychogeriatr.* 2000 Jun;12(2):173-81.
- 328) Suzuki T, Oda N, Yoshino Y, Murakami Y, Ohsawa S. A comparison of two rating scales for depression. *Osaka City Med J.* 1981 Dec;27(2):147-59.
- 329) Svanborg P, Asberg M. A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1994 Jan;89(1):21-8.
- 330) Swanson BR, Anderson CW. Faking on the Zung Self-Rating Depression Scale: a replication and refinement. *J Clin Psychol.* 1972 Apr;28(2):193-4.
- 331) Tanaka E, Kijima N, Kitamura T. Correlations between the Temperament and Character Inventory and the Self-rating Depression Scale among Japanese Students. *Psychol Rep.* 1997 Feb;80(1):251-4.
- 332) Tanaka E, Sakamoto S, Kijima N, Kitamura T. Different personalities between depression and anxiety. *J Clin Psychol.* 1998 Dec;54(8):1043-51.
- 333) Taussig IM, Mack WJ, Henderson VW. Concurrent validity of Spanish-language versions of the Mini-Mental State Examination, Mental Status Questionnaire, Information-Memory-Concentration test, and Orientation-Memory-Concentration test: Alzheimer's disease patients and nondemented elderly comparison subjects. *J Int Neuropsychol Soc.* 1996 Jul;2(4):286-98.
- 334) Tiplady B. A self-rating scale for depression designed to be sensitive to change. *Neuropharmacology.* 1980 Dec;19(12):1211-2.
- 335) Tison P. Structured interview guide for evaluating depression in elderly patients, adapted from DSM IV and the GDS, HDRS and MADRS scales. *Encephale.* 2000 May-Jun;26(3):33-43.
- 336) Tollefson GD, Holman SL. Analysis of the Hamilton Depression Rating Scale factors from a double-blind, placebo-controlled trial of fluoxetine in geriatric major depression. *Int Clin Psychopharmacol.* 1993 Winter;8(4):253-9.
- 337) Tondo L, Burrai C, Scamonatti L, Weissenburger J, Rush J. Comparison between clinician-rated and self-reported depressive symptoms in Italian psychiatric patients. *Neuropsychobiology.* 1988;19(1):1-5.
- 338) Tsukasaki M, Ohta Y, Oishi K, Miyaichi K, Kato N. Types and characteristics of short-term course of depression after delivery: using Zung's Self-Rating Depression Scale. *Jpn J Psychiatry Neurol.* 1991 Sep;45(3):565-76.
- 339) Turk DC, Okifuji A. Detecting depression in chronic pain patients: adequacy of self-reports. *Behav Res Ther.* 1994 Jan;32(1):9-16.
- 340) Turner JA, Romano JM. Self-report screening measures for depression in chronic pain patients. *J Clin Psychol.* 1984 Jul;40(4):909-13.
- 341) Tyrer P, Henderson F, McDermott U; Validation of rating scales in psychiatry. *Br J Hosp Med.* 1993 Mar 17-Apr 6;49(6):434-7.
- 342) Ueno N, Fujita M, Nakamura Y, Tome M, Asano H. Mental health surveys of old people, using self-rating depression scale(SDS) comparison between ones in hospital with ones at home. *Nippon Koshu Eisei Zasshi.* 1997 Nov;44(11):865-73.
- 343) Upadhyaya AK, Stanley I. Detection of depression in primary care: comparison of two self-administered scales. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997 Jan;12(1):35-7.
- 344) Upadhyaya AK, Stanley I. Hospital anxiety depression scale. *Br J Gen Pract.* 1993 Aug;43(373):349-50.
- 345) van Hemert AM, den Heijer M, Vorstenbosch M, Bolk JH. Detecting psychiatric disorders in medical practice using the General Health Questionnaire. Why do cut-off scores vary? *Psychol Med.* 1995 Jan; 25(1):165-70.
- 346) van Marwijk H, Arnold I, Bonnema J, Kaptein A. Self-report depression scales for elderly patients in primary care: a preliminary study. *Fam Pract.* 1993 Mar;10(1):63-5.
- 347) van Marwijk HW, Wallace P, de Bock GH, Hermans J, Kaptein AA, Mulder JD. Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *Br J Gen Pract.* 1995 Apr;45(393):195-9.
- 348) von Frenckell R, Lottin. Validation of a depression threshold: the Hamilton scale *Encephale.* 1982;8(3):349-54.
- 349) Wallace J, Pfohl B. Age-related differences in the symptomatic expression of major depression. *J Nerv Ment Dis.* 1995 Feb;183(2):99-102.

- 350) Walsh RP; Test-taking anxiety and psychological needs. *Psychol Rep.* 1969 Aug;25(1):83-6.
- 351) Wang RI, Treul S, Alverno L. A brief self-assessing depression scale. *J Clin Pharmacol.* 1975 Feb-Mar;15(2-3):163-7.
- 352) Watson D, Weber K, Assenheimer JS, Clark LA, Strauss ME, McCormick RA. Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *J Abnorm Psychol.* 1995 Feb;104(1):3-14.
- 353) Weatherall M. A randomized controlled trial of the Geriatric Depression Scale in an inpatient ward for older adults. *Clin Rehabil.* 2000 Apr;14(2):186-91.
- 354) Weissman MM, Sholomskas D, Pottenger M, Prusoff BA, Locke BZ. Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *Am J Epidemiol.* 1977 Sep;106(3):203-14.
- 355) Welch DC, West RL. The Short Portable Mental Status Questionnaire: assessing cognitive ability in nursing home residents. *Nurs Res.* 1999 Nov-Dec;48(6):329-32.
- 356) Weyerer S, Killmann U, Ames D, Allen N. The Even Briefer Assessment Scale for Depression (EBAS DEP): its suitability for the elderly in geriatric care in English- and German-speaking countries. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999 Jun;14(6):473-80.
- 357) Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1988 Aug;45(8):742-7.
- 358) Wilson LA, Brass W. Brief assessment of the mental state in geriatric domiciliary practice. The usefulness of the mental status questionnaire. *Age Ageing.* 1973 May;2(2):92-101.
- 359) Wilson-Barnett J, Trimble MR. An investigation of hysteria using the Illness Behaviour Questionnaire. *Br J Psychiatry.* 1985 Jun;146:601-8.
- 360) Wise TN, Mann LS, Jani N, Kozachuk W, Jani S. Convergent validation of the Illness Effects Questionnaire. *Psychol Rep.* 1994 Aug;75(1 Pt 1):248-50.
- 361) Wittenborn JR. Reliability, validity, and objectivity of symptom-rating scales. *J Nerv Ment Dis.* 1972 Feb;154(2):79-87.
- 362) Wolber G, Romaniuk M, Eastman E, Robinson C. Validity of the Short Portable Mental Status Questionnaire with elderly psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol.* 1984 Aug;52(4):712-3.
- 363) Wong N. Psychological aspects of physical illness. *Bull Menninger Clin.* 1984 May;48(3):273-84.
- 364) Wright JH, McIntyre MP. The Family Drawing Depression Scale. *J Clin Psychol.* 1982 Oct;38(4):853-61.
- 365) Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-83;17(1):37-49.
- 366) Yesavage JA. Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull.* 1988;24(4):709-11.
- 367) Yesavage JA. Geriatric depression scale: consistency of depressive symptoms over time. *Percept Mot Skills.* 1991 Dec;73(3 Pt 1):1032.
- 368) Ying YW. Depressive symptomatology among Chinese-Americans as measured by the CES-D. *J Clin Psychol.* 1988 Sep;44(5):739-46.
- 369) Zeldine G, Ahyi R, Leuckx R, Bousat M, Saibou A, Hanck C, Collignon R, Tourane G, Collomb H. Use of a rating scale in transcultural psychiatry. *Encephale.* 1975;1(2):133-45.
- 370) Zgourides G, Spofford M, Doppelt L. The Geriatric Depression Scale: discriminant validity and elderly day-treatment clients. *Psychol Rep.* 1989 Jun;64(3 Pt 2):1082.
- 371) Zheng YP, Zhao JP, Phillips M, Liu JB, Cai MF, Sun SQ, Huang MF. Validity and reliability of the Chinese Hamilton Depression Rating Scale. *Br J Psychiatry.* 1988 May;152:660-4.
- 372) Zitman FG, Mennen MF, Griez E, Hooijer C. The different versions of the Hamilton Depression Rating Scale. *Psychopharmacol Ser.* 1990;9:28-34.
- 373) Zonderman AB, Heft MW, Costa PT Jr. Does the Illness Behavior Questionnaire measure abnormal illness behavior? *Health Psychol.* 1985;4(5):425-36.
- 374) Zung WW. The Depression Status Inventory: an adjunct to the Self-Rating Depression Scale. *J Clin Psychol.* 1972 Oct;28(4):539-43.
- 375) Zung WW, Gianturco JA. Personality dimension and the Self-Rating Depression Scale. *J Clin Psychol.* 1971 Apr;27(2):247-8.
- 376) Zung WW, Richards CB, Short MJ. Self-rating depression scale in an outpatient clinic. Further validation of the SDS. *Arch Gen Psychiatry.* 1965 Dec;13(6):508-15.
- 377) Zung WW, Wonnacott TH. Treatment prediction in depression using a self-rating scale. *Biol Psychiatry.* 1970 Oct;2(4):321-9.
- 378) Zung WW. Factors influencing the self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1967 May;16(5):543-7.

## Test di autovalutazione

---

### 1) Di quante sottoscale è costituito il Medical Outcomes Study (MOS) 36-Items Short-Form Healthy Survey (SF-36)?

- a) 3 sottoscale
- b) 6 sottoscale
- c) 8 sottoscale
- d) 10 sottoscale
- e) 12 sottoscale
- f) 14 sottoscale

### 2) Di quante sottoscale è costituita la versione rivisitata dell'Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS2)?

- a) 4 sottoscale
- b) 9 sottoscale
- c) 12 sottoscale
- d) 14 sottoscale
- e) 16 sottoscale
- f) 18 sottoscale

### 3) Quale tra queste scale risulta la più valida ed affidabile nella valutazione della coxartrosi e gonartrosi?

- a) SF-36=Medical Outcomes Study (MOS) 36-Items Short-Form Healthy Survey
- b) NHP=Nottingham Health Profile;
- c) SIP=Sickness Impact Profile;
- d) MACTAR/PET=Patient Preference Questionnaire/Problem Elicitation Techniques;
- e) WOMAC= Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index;
- f) HAQ=Health Assessment Questionnaire;

### 4) Quale di queste scale enfatizza il concetto di "priorità funzionali del paziente"?

- a) SF-36=Medical Outcomes Study (MOS) 36-Items Short-Form Healthy Survey
- b) NHP=Nottingham Health Profile;
- c) EUROQoL=European Quality of Life Questionnaire;
- d) MACTAR/PET=Patient Preference Questionnaire/Problem Elicitation Techniques;
- e) WOMAC= Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index;
- f) HAQ=Health Assessment Questionnaire;

### 5) Quale di queste scale é considerata strumento di misura delle utilità?

- a) SF-36=Medical Outcomes Study (MOS) 36-Items Short-Form Healthy Survey
- b) NHP=Nottingham Health Profile;
- c) SIP=Sickness Impact Profile;
- d) TTO=Time trade-off;
- e) AIMS2=Arthritis Impact Measurement Scales2;
- f) WOMAC= Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index;

**6) Quale di queste scale viene considerato strumento "generico"?**

- a) EUROQoL=European Quality of Life Questionnaire;
- b) Lequesne index
- c) AIMS2=Arthritis Impact Measurement Scales2;
- d) WOMAC= Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index;
- e) HAQ=Health Assessment Questionnaire;
- f) QUALEFFO=Quality of Life Questionnaire European Foundation Osteoporosis

**7) Qual è il punteggio minimo e massimo dell'Health Assessment Questionnaire (HAQ)?**

- a) 0 -1
- b) 0 - 3
- c) 0 - 8
- d) 0 -12
- e) 1 -16
- f) 0 - 24

**8) Nell'artrite reumatoide viene considerato clinicamente importante una riduzione del punteggio dell'Health Assessment Questionnaire (HAQ) pari a:**

- a) 0.05 - 0.10
- b) 0.22 - 0.46
- c) 0.55 -1.00
- d) 1.5 - 2.00
- e) 2.5 - 3.5
- f) 5.0 -10

**9) Quale fra le seguenti affermazioni risulta corretta nella definizione di "RESPONSIVITA'" di uno strumento?:**

- a) capacità di valutare l'entità per il quale l'indice viene proposto
- b) adeguatezza per il quale l'indice di misura è stato costruito
- c) grado di correlazione fra le dimensioni dello strumento ed altre misure cliniche
- d) grado di intercorrelazione fra i quesiti delle singole sottoscale del questionario
- e) capacità di valutare e quantificare dei cambiamenti clinicamente importanti
- f) grado al quale ogni misurazione è libera da errori

**10) Quale fra le seguenti procedure statistiche risulta corretta per la verifica della "RESPONSIVITA'" di uno strumento?:**

- a) Kruskal's Kappa test
- b) Cronbach "alpha" test
- c) ANOVA
- d) Cohen's effect size
- e) Mann-Whitney U-test
- f) Principal components analysis

**11) Nella valutazione dell'effect size, quale dei seguenti valori corrisponde rispettivamente ad una bassa, moderata e elevata responsività?**

- a)  $\geq 0.05 < 0.1$ ;  $\geq 0.1 < 0.3$ ;  $\geq 0.3$
- b)  $\geq 0.2 < 0.5$ ;  $\geq 0.5 < 0.8$ ;  $\geq 0.8$
- c)  $\geq 0.6 < 0.8$ ;  $\geq 0.8 < 1.0$ ;  $\geq 1.0$
- d)  $\geq 0.9 < 1.5$ ;  $\geq 1.5 < 2.2$ ;  $\geq 2.2$
- e)  $\geq 3.4 < 5.2$ ;  $\geq 5.2 < 7.6$ ;  $\geq 7.6$
- f)  $\geq 5.0 < 7.0$ ;  $\geq 7.0 < 9.5$ ;  $\geq 9.5$

**12) Quale fra le seguenti affermazioni risulta corretta nella definizione di “VALIDITA” di uno strumento?:**

- a) capacità di valutare l'entità per il quale l'indice viene proposto
- b) adeguatezza per il quale l'indice di misura è stato costruito
- c) grado di correlazione fra le dimensioni dello strumento ed altre misure cliniche
- d) grado di intercorrelazione fra i quesiti delle singole sottoscale del questionario
- e) capacità di valutare e quantificare dei cambiamenti clinicamente importanti
- f) grado al quale ogni misurazione è libera da errori

**13) Quali fra le seguenti affermazioni risulta corretta nella definizione di “AFFIDABILITA” di uno strumento?:**

- a) capacità di valutare l'entità per il quale l'indice viene proposto
- b) adeguatezza per il quale l'indice di misura è stato costruito
- c) grado di correlazione fra le dimensioni dello strumento ed altre misure cliniche
- d) grado di intercorrelazione fra i quesiti delle singole sottoscale del questionario
- e) capacità di valutare e quantificare dei cambiamenti clinicamente importanti
- f) grado al quale ogni misurazione è libera da errori

**14) Qual è il punteggio minimo e massimo di una scala di utilità?**

- a) 0 -1
- b) 0-3
- c) 0-10
- d) 0-50
- e) 0-100
- f) 10-100

**15) Qual è il punteggio minimo e massimo dell'indice articolare di Ritchie?**

- a) 0-10
- b) 0-28
- c) 0-44
- d) 0-50
- e) 0-78
- f) 0-100

**16) Nella definizione di miglioramento dell'artrite reumatoide secondo i criteri dell'American College of Rheumatology (ACR), quale fra questi parametri viene considerato obbligatorio?:**

- a) numero di articolazioni dolenti
- b) valutazione globale dell'attività di malattia (medico)
- c) valutazione globale dell'attività di malattia (paziente)
- d) reattanti della fase acuta (VES o PCR)
- e) dolore (scala analogica visiva)
- f) disabilità funzionale (Health Assessment Questionnaire)

**17) In accordo ai criteri EULAR un paziente con artrite reumatoide viene definito in fase di attività con un punteggio del Disease Activity Score (DAS) superiore a:**

- a) > 0.6
- b)  $\geq$  1.2
- c) > 2.4
- d) > 3.7
- e)  $\geq$  5.2
- f)  $\geq$  10

**18) Nell'artrite reumatoide, in accordo ai criteri EULAR, viene considerata clinicamente significativa una riduzione del punteggio del Disease Activity Score (DAS), rispetto al valore basale pari a:**

- a) 0.6
- b) 1.2
- c) 2.4
- d) 3.7
- e) 5.2
- f) 10

**19) Quale fra queste scale viene considerata strumento di valutazione dell'attività del lupus eritematoso sistemico (LES)?**

- a) BASFI
- b) BASDAI
- c) SLEDAI
- d) BAG-G
- e) BASMI
- f) BASRI

**20) Quale fra i seguenti coefficienti esprime il grado di consistenza interna (item-internal consistency) di un questionario di valutazione?**

- a) coefficiente di correlazione intraclasse
- b) coefficiente "alpha" di Cronbach
- c) coefficiente "r" di Pearson
- d) coefficiente "gamma"
- e) coefficiente di Friedman
- f) coefficiente "kappa"

**Risposte Corrette**

1. (c) Ware JE et al. Med Care 1992; 30: 473-83
2. (c) Meenan RF et al. Arthritis Rheum 1992; 35: 1-10
3. (e) Bellamy N et al. J Rheumatol. 1988; 12:1833-40.
4. (d) Meenan RF et al. Arthritis Rheum 1992; 35: 1-10
5. (d) Torrance GW et al. Med Care 1996; 34: 702-22.  
Froberg D et al. J Clin Epidemiol 1989; 42: 459-71.
6. (a) Testa MA et al. NEJM 1996; 28: 835-40.
7. (b) Fries JF et al. Arthritis Rheum 1980; 23: 127-45
8. (b) Goldsmith C et al J Rheumatol 1993; 20: 561-5.  
Wells G et al. J Rheumatol 1993; 20:557-60.  
Guzman J et al. Arthritis Rheum 1996; 39: S208
9. (e) Guyatt G et al. J Chron Dis 1987; 40: 171-8
10. (d) Cohen J. Statistical power analysis for a behavioral sciences. Laurence Erlbaum, 1998.  
Deyo RA et al. Controlled Clinical Trials 1991; 12: 142S-158S  
Patrick DL et al. Medical Care 1989; 27: S217-S232
11. (b) Liang MH et al. Med Care 1990; 28: 632-42  
Cohen J. Statistical power analysis for a behavioral sciences. Laurence Erlbaum, 1998.
12. (a) Liang MH et al. Arthritis Rheum 1985; 28: 542-7  
Testa MA et al. NEJM 1996; 28: 835-40.
13. (f) Liang MH et al. Arthritis Rheum 1985; 28: 542-7
14. (a) Torrance GW. J Health Econ 1986; 5: 1-14.
15. (e) Ritchie DM et al. Q J Med. 1968;37: 393-406.
16. (a) Felson DT et al. Arthritis Rheum 1995; 38: 727-35
17. (d) Van Gestel et al. Arthritis Rheum 1996; 39: 34-40
18. (b) Van Gestel et al. Arthritis Rheum 1996; 39: 34-40
19. (c) Bencivelli W, Vitali C et al. Clin Exp Rheumatol. 1992;10:549-54.  
Liang MH et al. Arthritis Rheum. 1989; 32:1107-18.
20. (b) Cronbach LJ. Psychometrika 1951; 16: 297-334.