



Università degli Studi di Genova

Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche

Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica e Scienze Materno - infantili

Master in Riabilitazione dei Disordini Muscolo- scheletrici

A.A. 2018-2019

Campus Universitario di Savona

**ADATTAMENTO CULTURALE IN ITALIANO ED INIZIALE VALIDAZIONE
DELLO START BACK SCREENING TOOL:**

PROGETTO PILOTA

Candidato:

Dott. FT Andrea Pibiri

Relatore:

Dott. PhD Marco Testa

Co - relatore:

Prof. Marco Monticone

PREFAZIONE

Il presente lavoro è solo un'anticipazione, un preludio di quello che avrebbe dovuto essere e che sarà, nel più breve tempo possibile il progetto di ricerca mirante alla pubblicazione della validazione in lingua italiana del questionario "*STarT Back Screening Tool*".

Il lavoro di validazione, promosso e propositomi dal Prof. Marco Monticone, e subito supportato ed incoraggiato dal Prof. Marco Testa, e dallo staff del *Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici* dell'Università di Genova – Campus di Savona – prevede la raccolta di un significativo numero di questionari in un arco di tempo che sarebbe dovuto andare dall'aprile 2019 all'aprile 2020, implicando un processo di rivalutazione a 90 giorni per ciascun Paziente.

Tuttavia la pandemia legata al COVID-19 ha inesorabilmente interrotto la raccolta dati sia sull'hinterland Cagliaritano, ove opero, sia in terra di Savona. Parimenti ha eliminato la possibilità su entrambi i territori delle rivalutazioni a 90 giorni. Per tale ragione il presente lavoro è da considerare solo un anticipo sia per numerosità campionaria, sia per l'interpretazione statistica dei dati; ma anche un pre-test di quello che sarà il lavoro definitivo, per il quale tutti ci adoperiamo affinché sia prodotto nel miglior modo possibile quanto prima.

Andrea Pibiri – FT

INDICE

ABSTRACT	4
Capitolo 1 – INTRODUZIONE	5
1.1 Scopo dello studio	7
Capitolo 2 – MATERIALI E METODI	11
2.1 Traduzione ed adattamento culturale	11
2.2 Campione	12
2.3 Strumenti.	13
Capitolo 3 – RISULTATI	14
3.1 Risultati clinici e demografici	14
3.2 Risultati Psicometrici principali	16
3.2.1 <i>Consistenza interna – alpha di Cronbac</i>	
3.2.2 <i>Coefficiente di correlazione (test – retest)</i>	
3.2.3 <i>Validità di costruito</i>	
Capitolo 4 – DISCUSSIONE	17
4.1 Limiti dello studio	19
4.2 Future implementazioni allo studio	19
Capitolo 5 – CONCLUSIONI	20
Bibliografia	21
ALLEGATO A	22

ABSTRACT

TITOLO: adattamento culturale in italiano ed iniziale validazione dello STarT back screening tool: progetto pilota.

BACKGROUND: i pazienti con lombalgia aspecifica possono sviluppare pensieri e comportamenti disfunzionali potenzialmente a rischio per andar incontro a cronicizzazione del problema.

OBIETTIVI: il questionario STarT stratifica il rischio di cronicizzazione dei Pazienti con low back pain, obiettivo del presente lavoro è la traduzione ed iniziale valutazione del questionario in italiano.

METODI: a partire da aprile 2019 abbiamo somministrato a 50 Pazienti con lombalgia afferiti ad uno studio privato di fisioterapia, un booklet con modulo di consenso informato, modulo di raccolta dati sensibili, questionario STarT tradotto in italiano, ed i questionari RMDQ, TSK, PCS, CSQ, HADS.

Si è quindi proceduto all'analisi socio-demografica del campione, ed all'analisi dei primi dati psicometrici: *consistenza interna – alpha di Cronbac, coefficiente di correlazione (test – retest), validità di costruito.*

RISULTATI: alpha di Cronbach 0.82; coefficiente di correlazione (test-retest): 0.80 validità di costruito: vs RMDQ 0.78 (valori 0.60 indicano correlazione forte) vs TSK 0.55 (0.30 a 0.60 valore moderato); vs PCS 0.53 (0.30 a 0.60 valore moderato); vs. HADS-A 0.58; vs HADS-D 0.47.

CONCLUSIONI: il processo di traduzione appare congruo all'utilizzo in ambito clinico italiano. Ad una iniziale analisi le proprietà psicometriche della versione italiana del questionario in oggetto, sembrano promettenti. Tuttavia il numero ridotto del campione e l'analisi statistica parziale confermano la necessità di approfondimento sostanziale del lavoro finora svolto.

CAPITOLO 1

INTRODUZIONE

Il Low Back Pain, o lombalgia, è definito come il dolore e/o la limitazione funzionale nell'area compresa tra il margine inferiore dell'arcata costale e le pieghe glutee inferiori eventualmente irradiantesi alla regione posteriore della coscia che può interferire o limitare lo svolgersi delle attività di vita quotidiana e di lavoro.

Nella maggior parte dei casi non è riconducibile ad una causa specifica e quindi non direttamente correlabile ad un impairment specifico. Tuttavia è un disturbo particolarmente impattante sul piano epidemiologico, socio-economico e quindi clinico: la lombalgia è, infatti, la prima causa di disabilità nella popolazione fino ai 45 anni, con una prevalenza annuale del 50% tra gli adulti in età lavorativa, ed un'incidenza del 5%.

Fortunatamente in caso di low back pain non correlato a patologia specifica la prognosi è generalmente benigna, e tende ad una remissione spontanea di circa l'80% dei casi in quattro settimane. Tuttavia circa l'8-10% dei casi in Italia tende a prolungarsi oltre le 12 settimane, classificandosi sulla base di una stadiazione temporale (sia pur clinicamente non esaustiva) come *lombalgia cronica*. Accanto alla stadiazione temporale è comunque necessario l'inquadramento del Paziente secondo il modello bio-psico-sociale e secondo il sistema delle bandiere; non sempre infatti, la stadiazione temporale trova corrispondenza con il meccanismo che sottende il dolore. In particolare nel Paziente affetto da lombalgia cronica non è possibile correlare la presenza di alterazioni strutturali visibili all'imaging come causa univoca di mal di schiena. D'altronde esistono evidenze moderate che suggeriscono la presenza di modificazioni funzionali e strutturali di aree corticali e sotto corticali (es. corteccia prefrontale dorso laterale, insula, talamo e nuclei della base) correlate al dolore.

La letteratura offre inoltre numerosi esempi di come i fattori psicosociali correlino sia alla comparsa che alla tendenza alla cronicizzazione della lombalgia. Ragion per cui risulta fondamentale inquadrare il Paziente anche da questo punto di vista. Tra questi ansia e depressione, paura del movimento, tendenza al catastrofismo, coping maladattivo.

Tuttavia “pesare” i fattori psicosociali, sovente non è possibile, ed a tal fine son stati predisposti numerosi questionari che siano di aiuto nella clinica per evidenziare determinate caratteristiche della Persona con lombalgia.

Tra i numerosi questionari esistenti, riportiamo, assieme ad una breve analisi, quelli che nel lavoro di validazione oggetto della presente tesi vengono presi come riferimento e rispetto a cui si analizzerà la validità di costrutto:

- 1) *Roland Morris Disability Questionnaire* (RMDQ): questionario validato in italiano (Padua et al., 2001[1]) in cui il Paziente risponde in merito alla propria capacità o limitazione nello svolgere le attività elencate da 24 items, che rappresentano situazioni che sovente un soggetto con dolore alla schiena affronta con difficoltà; gli items sono inerenti abilità fisiche, sonno/riposo, gestione dell'ambiente domestico, alimentazione, frequenza del dolore, ambito psicosociale.
- 2) *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK): tradotta e validata in italiano (Monticone et al., 2010)[2], è un questionario di autocompilazione, che nella versione italiana è composto di 13 item ed usa una scala di Likert a 4 punti. La scala è stata sviluppata per misurare la paura del movimento ed il timore di avere di farsi male muovendosi.
- 3) *Pain Catastrophizing Scale* (PCS): ideata da Sullivan, Bishop e Pivik (1995), con lo scopo di realizzare uno strumento self-report indicativo della tendenza a catastrofizzare il dolore sia in popolazione clinica che normale. Tale scala è intesa come uno strumento di valutazione comprensivo per l'indagine dei pensieri catastrofici correlati al dolore; valuta tre dimensioni del dolore quali la ruminazione (con item quali “*continuo a pensare a quanto intensamente voglio che il dolore finisca*”), l'esagerazione (ad esempio “*mi chiedo se qualcosa di serio possa accadermi*”) e il sentimento d'impotenza (ad esempio “*seno di non riuscire ad andare avanti*”). Tale strumento di valutazione è stato validato in lingua italiana dal gruppo di Monticone e collaboratori (2011)[3].
- 4) *Coping Strategies Questionnaire – revised* (CSQ): validato in italiano da Monticone et al. (2014) [4], il questionario si compone di ventisette items relativi a strategie di utilizzo immagini mentali, comportamenti e frasi auto riferite che le persone hanno raccontato di fare quando provano dolore. Il Paziente attribuisce un punteggio da 0

(“non lo faccio mai”) a 6 (“lo faccio sempre”), inerente a quanto pone in atto i comportamenti descritti dalle varie proposizioni.

5) *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*: il questionario HADS è stato sviluppato da Zigmond e Snaith [5] all’inizio degli anni ’80; può essere utile definire qual è l’influsso dei disturbi dell’umore, in particolar modo di ansia e depressione, sullo stato di disagio che vivono i pazienti degenti in ambito ospedaliero o in regime ambulatoriale. L’HADS si avvale di due scale di 7 domande ciascuna. Una scala valuta la componente d’ansia e l’altra la componente di depressione. Le domande per l’ansia e la depressione sono intercalate. Le domande riferite all’ansia (A) sono le numero 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13. Quelle riferite alla componente depressiva (D) sono le numero 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Per ogni domanda il paziente deve indicare qual è l’opzione che meglio indica il livello attuale del suo stato emotivo (da 0 a 3, con punteggio contestualizzato per ogni item).

1.1 Scopo dello studio

Questo studio ha lo scopo di sviluppare la versione italiana dello STarT Tool, analizzandone le proprietà di affidabilità e validità.

Lo Start Back Screening Tool (SBST) è uno strumento prognostico sviluppato e convalidato, tradotto e validato in numerose lingue, per identificare sottogruppi di pazienti lombalgici e guidare il processo decisionale nella cura primaria iniziale del mal di schiena.

Originariamente sviluppato da Hill et al. nel 2008 [6], l’acronimo STarT corrisponde a Subgroup for Targeted Treatment (STarT) e si completa in un ulteriore acronimo di Back Screening Tool (SBST). E’ uno strumento prognostico che in base al punteggio ottenuto alla compilazione, stratifica i Pazienti con low back pain in categorie a basso, medio o alto rischio di cronicizzazione.

Peculiarità del questionario è quello di identificare se nel Paziente vi siano fattori di rischio modificabili per il mantenimento della disabilità legata alla lombalgia. Si compone infatti, di nove domande (items) relativi alle ultime due settimane inerenti alcuni predittori di lombalgia correlata a disabilità a lungo termine.

Dei nove items i primi tre sono correlati al dominio fisico del dolore, mentre gli items da 4 a 8 compresi si correlano maggiormente ai domini psico - sociali come paura, ansia e depressione, kinesiophobia e catastrofismo (yellow flags).

I punteggi, 0 o 1, sono attribuiti in base al fatto che il Paziente barri rispettivamente la casella "in disaccordo" o d'accordo" per ciascuno dei postulati proposti.

Il nono item chiede al Paziente quanto complessivamente ritenga fastidioso il low back pain, sempre nel corso delle due settimane precedenti ed attribuisce un punteggio 0 se Ella/Egli ritiene "per nulla", "poco" o "discretamente" fastidioso il mal di schiena; oppure il punteggio 1 nel caso in cui il Paziente barri le caselle contrassegnate come "molto" o "moltissimo".

Keele STarT Back Screening Tool – versione italiana 1.0

Nome del paziente:.....

Data: :.....

Ripensando alle scorse due settimane, indichiate la vostra risposta per le seguenti domande:

	In disaccordo 0	D'accordo 1
1 Il dolore alla mia schiena si è esteso alle gambe qualche volta durante le scorse due settimane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ho avuto dolore alle spalle o al collo durante le scorse due settimane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ho camminato solo per brevi distanze a causa del mio mal di schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nelle ultime due settimane, mi sono vestito/a più lentamente del normale a cause del mal di schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Non è davvero prudente per una persona nelle mie condizioni mantenersi in movimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pensieri di preoccupazione sono passati un sacco di volte per la mia testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Credo che il dolore alla mia schiena sia terribile e non migliorerà mai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. In generale, non ho tratto piacere da tutte le cose che normalmente mi interessano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Complessivamente, quanto fastidioso è stato il tuo mal di schiena nelle scorse due settimane?

Per nulla	Leggermente	Discretamente	Molto	Estremamente
<input type="checkbox"/>				
0	0	0	1	1

Punteggio totale (1-9):.....

Sottoscala (5-9):.....

Figura 1: questionario START Back Screening Tool

Il sistema di punteggio è organizzato in un punteggio complessivo compreso tra 0 e 9, ed una sottoclasse di punteggio tra 0 e 5, relativo agli item da 5 a 9.

I Pazienti vengono classificati come “a basso rischio” di lombalgie future disabilitanti se ottengono un punteggio complessivo tra 0 e 3.

Coloro i quali ottengano 4 o più punti complessivamente, sono poi suddivisi in “medio rischio” (indicatori fisici e psicologici di esito scarso, ma senza alti livelli di indicatori psicologici) e “alto rischio” (alti livelli di indicatori prognostici psicologici con o senza indicatori fisici), sulla base della sottoscala psicosociale di domande da 5 a 9, (da 0 a 5): se ottengono meno di tre punti vengono considerati a medio rischio, se viceversa ottengono 4 o 5 punti in tale sottoscala, sono considerati ad alto rischio di cronicizzazione.

Il sistema di attribuzione dei punteggi è sintetizzato dal diagramma in figura 2:

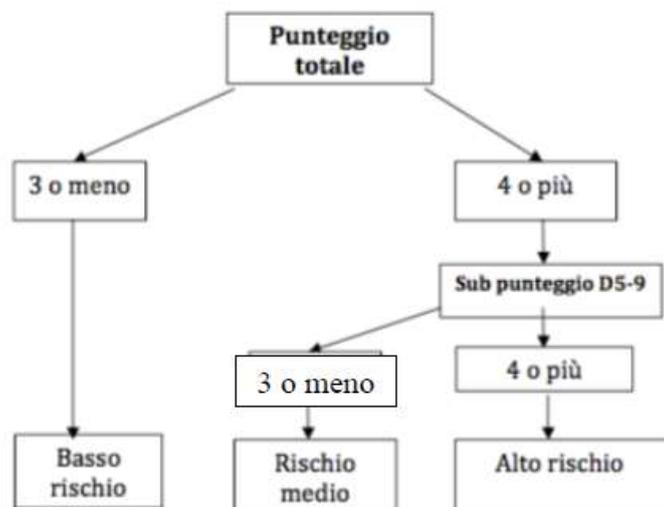


Figura 2 – classificazione secondo SBST

CAPITOLO 2

MATERIALI E METODI

2.1 Traduzione ed adattamento culturale

La traduzione e la validazione dello *STarT back screenin tool* sono state suddivise in diverse fasi, seguendo le linee guida per la traduzione dei questionari: contatto con gli sviluppatori SBST, traduzione dall'inglese all'italiano, sintesi, ritraduzione dall'italiano all'inglese, revisione di un comitato di esperti, test della versione pre-finale su 20 individui con lombalgia; la versione finale è stata approvata da un comitato di esperti.

- ***Step 1: traduzione in italiano.***

Nel tradurre gli item dello STarT originale l'obiettivo era trovare espressioni culturalmente e clinicamente adeguate in italiano che riflettessero i concetti dell'originale. Sono state prodotte due traduzioni in modo indipendente da due traduttori italiani esperti in campo biomedico. Ai traduttori è stata fornita una dettagliata spiegazione dei concetti espressi nel questionario, in modo che essi potessero tradurre il significato concettuale dei nove items, ed è stato chiesto loro di usare un linguaggio colloquiale, compatibile con una competenza di lettura di una persona di 12 anni. Il processo di consenso tra le due traduzioni ha risolto eventuali discrepanze. Il passaggio 1 si è concluso quando è stata concordata una versione comune della scala.

- ***Step 2: ri- traduzione in lingua inglese.***

Due traduttori madrelingua inglesi e bilingue senza background biomedico ha ri-tradotto le traduzioni in modo indipendente.

Queste contro-traduzioni sono state quindi rivalutate dal ricercatore principale che, con l'aiuto dei traduttori, ha assicurato che la versione italiana fosse concettualmente equivalente e rispecchiante i contenuti della versione originale.

- **Step 3: comitato di esperti.**

Un comitato bilingue di clinici, metodologi e traduttori, presieduto dal ricercatore principale, ha quindi esaminato le traduzioni per identificare eventuali discrepanze o errori e verificare che il processo di adattamento fosse armonioso. Per questo, il comitato ha valutato l'equivalenza semantica, idiomatica e concettuale delle due versioni linguistiche e le opzioni di risposta agli item. Questa fase si è conclusa nella produzione della versione pre-definitiva del questionario in italiano.

- **Step 4: test della versione pre-definitiva**

La versione pre-definitiva è stata testata per valutare il livello di comprensibilità ed equivalenza cognitiva della traduzione, così da evidenziare eventuali elementi che avrebbero potuto essere concettualmente inappropriati e per identificare eventuali altri problemi che potessero potenzialmente generare ambiguità o confusione. Uno psicologo ha proposto il nuovo questionario tradotto a 20 soggetti con lombalgia.

Il comitato di esperti ha esaminato il risultato della comprensibilità rilevata e non si sono resi necessari ulteriori adattamenti.

2.2 Campione

Partecipanti: 53 soggetti di cui 47 afferiti presso l'ambulatorio di fisioterapia di San Sperate (Cagliari), responsabile Dr Andrea Pibiri, affiliato alla Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Università degli Studi di Cagliari; 6 Pazienti sono afferiti presso gli ambulatori del Campus di Savona nell'ambito dei tirocini previsti dal Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici. Di questi, 3 Pazienti ed i relativi booklet, sono stati esclusi dall'indagine per non aver compilato adeguatamente i questionari. Il campione effettivo si limita quindi a 50 soggetti lombalgici.

2.3 Strumenti.

Per questo studio è stato somministrato un booklet (allegato A) composto di:

- consenso informato di partecipazione allo studio
- questionario di raccolta dati sensibili e caratteristiche socio-demografiche
- questionario StarT in italiano
- analisi di contenuto, che prevede a seguito della compilazione in prima seduta dello STarT in italiano, la proposizione di sei domande con possibilità dicotomica di risposta (SI/NO). Le sei domande sono di seguito riportate in tabella:

Ritiene che lo scopo del presente questionario sia indagare i fattori di rischio per la cronicizzazione dei suoi sintomi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Ritiene che le attività, le sensazioni e i pensieri descritti possano riguardare chi è a rischio di dolore cronico? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Ritiene che le domande poste dal questionario siano rilevanti per valutare i fattori di rischio per la cronicizzazione dei suoi sintomi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Ritiene che le domande poste dal questionario descrivano in modo completo i fattori di rischio per la cronicizzazione dei suoi sintomi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È facile da usare la scala SI/NO per assegnare il punteggio a ciascuna delle attività/sensazioni/pensieri descritti? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Questa serie di domande è troppo lunga da completare? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Tabella 1 – analisi di contenuto

- Cinque scale di valutazione (Roland Morris Disability Questionnaire – Versione Italiana (RMDQ-I); Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK); Pain Catastrophising Scale (PCS); Coping Strategies Questionnaire-revised (CSQ-R-I); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS);
- Re-test a sette giorni del questionario STarT;

Il fisioterapista che ha somministrato i questionari ha cercato di non influenzare in alcun modo i pensieri ed i comportamenti dei Pazienti, limitandosi a spiegare inizialmente, in termini comprensibili all'interlocutore, i motivi per i quali si è svolta la ricerca.

CAPITOLO 3

RISULTATI

3.1 Risultati clinici e demografici

I risultati sono relativi al campione di 50 Pazienti lombalgici inclusi nello studio.

Criteri d'inclusione: soggetti con lombalgia aspecifica di durata variabile, rispondenti alle seguenti caratteristiche:

- età adulta, ovvero maggiori di 18 anni.
- Soggetti in fase acuta, subacuta e cronica
- conoscenza parlata e scritta della lingua italiana.

Criteri di esclusione: sono invece stati esclusi Pazienti con le seguenti caratteristiche:

- low back pain specifico;
- disturbi neurologici centrali e periferici;
- malattie sistemiche;
- deficit cognitivi manifesti;
- gravi comorbidità (eventi cardiaci acuti, eventi neurologici acuti, malattie epatiche e renali croniche).

Contestualmente alla somministrazione dello STarT Tool (e dei questionari correlati) è stato sottoposto un questionario per indagare le principali caratteristiche demografiche.

I partecipanti maschi sono 28 (56%), il sesso femminile è rappresentato da 22 unità (44%).

L'età media dei partecipanti è di 54 anni (range 30 – 82). Considerando lo stato civile, 33 partecipanti sono coniugati (66%), mentre 17 (34%) non lo sono.

Valutando la durata della lombalgia secondo la mera stadiazione su base temporale il campione include: 27 pazienti acuti (54%) con dolore comparso tra una e quattro

settimane; 15 pazienti sub-acuti (30%) con dolore compreso tra 4 e 12 settimane; 8 pazienti (16%) affetti da lombalgia cronica.

Tra i Pazienti che hanno preso parte allo studio, in quaranta (80%) assumono almeno una terapia farmacologica.

L'indice di massa corporea (BMI, *body mass index*) medio è di 24,44 (massimo 38,05; minimo 17,9)

Soltanto quattro soggetti sono fumatori (8%).

Le altre caratteristiche demografiche (istruzione, condizione lavorativa, durata del dolore, comorbidità, terapie in corso) sono riassunte nella tabella che segue.

<i>Tab. caratteristiche socio – demografiche del campione di 50 soggetti</i>				
Sesso	Maschi		28	
	Femmine		22	
Stato civile	Coniugato		33	
	Non coniugato		17	
Istruzione	Elementari	3	Superiori	21
	Medie	9	Laurea	17
Condizione lavorativa	Non presente	1	Dipendente	17
	Studente	0	Autonomo	8
Durata del dolore	Acuto	27		Cronico
	Subacuto	15		8
Comorbidità	Cardiache	8	Endocrine	3
	Respiratorie	4	Renali	1
Terapie in corso	Ansiolitici/antidepr	6	Miorilassanti	12
	Antidolorifici	15	Altro	14
			FANS/cortis	18

Tabella 2 – caratteristiche campione

3.2 Risultati Psicometrici principali

3.2.1 *Consistenza interna – alpha di Cronbach*

L'alpha di Cronbach rispetto alle somministrazioni dello STarT in oggetto finora effettuate è di 0.82.

Un indice superiore a 0.8 indica un buon valore di consistenza interna.

3.2.2 *Coefficiente di correlazione (test – retest)*

La correlazione tra la prima somministrazione e il re-test a 7 giorni è di 0.80.

Un indice di correlazione superiore a 0.7 indica un buon valore di affidabilità al retest.

3.2.3 *Validità di costruito*

Nella tabella a seguire vengono riportati i valori rispetto agli altri questionari somministrati.

vs RMDQ	vs TSK	vs PCS	vs HADS-A	vs HADS-D
0.78	0.55	0.53	0.58	0.47

Tabella 3 – validità di costruito rispetto ai questionari considerati.

CAPITOLO 4

DISCUSSIONE

Alla luce dei risultati ottenuti possono essere prodotte le seguenti riflessioni.

Il processo di traduzione dello STarT, avendo seguito le linee guida per la traduzione dei questionari e non avendo riscontrato durante le varie somministrazioni, difficoltà di comprensione o caratteristiche di ambiguità dei vari items, appare congruo all'utilizzo in ambito clinico italiano.

Parimenti dalla prima (sia pur parziale) analisi statistica, le proprietà psicometriche della versione italiana del questionario in oggetto, sembrano promettenti. Nella fattispecie:

- Un questionario per misurare efficacemente una caratteristica, principalmente psicologica, necessita che gli item ne esplorino i diversi aspetti e siano quindi coerenti tra loro; se questa coerenza manca, è probabile che essi misurino cose diverse e non contribuiscano perciò alla misurazione del fenomeno in studio. Questa coerenza tra gli item è la consistenza interna, che può essere valutata mediante analisi statistiche che misurano il grado di correlazione tra le variabili; fra quelle più largamente impiegate il coefficiente alfa di Cronbach è un indicatore statistico utilizzato nei test psicometrici per misurarne l'attendibilità, ovvero per verificare la riproducibilità nel tempo, a parità di condizioni, dei risultati da essi forniti.

Comunemente si accetta la seguente classificazione per definire la consistenza interna rispetto alla formula di Cronbach:

Alpha di Cronbach	Consistenza interna
$0,9 \leq \alpha$	Eccellente
$0,8 \leq \alpha < 0,9$	Buono
$0,7 \leq \alpha < 0,8$	Accettabile
$0,6 \leq \alpha < 0,7$	Discutibile
$0,5 \leq \alpha < 0,6$	Scarso
$\alpha < 0,5$	Inaccettabile

Tabella 4 – valori di consistenza interna rispetto ad alpha di Cronbach

Inoltre, confrontando la consistenza interna con gli analoghi studi di validazione in lingua francese [8] (0.73) ed in lingua tedesca [9] (0.52) notiamo che, finora, l'alpha di Cronbach del presente STarT-versione italiana, appare promettente.

- La correlazione tra la prima somministrazione e il re-test a 7 giorni è di 0,80, a riprova di una soddisfacente affidabilità temporale dello strumento.

Anche in questo caso abbiamo comparato l'affidabilità test-retest con analoghe versioni di traduzione e validazione in altre lingue presenti in letteratura, come riassunto in tabella.

Versione STarT	Correlazione test - retest
Francese	0.90
Tedesco	0.67
Finlandese	0.78
Cinese	0.72
Italiano	0.80

Tabella 5 – test-retest.

L'affidabilità test-retest appare finora promettente anche rispetto agli studi presi come riferimento. Da notare tuttavia che nello studio cinese [10] il retest avveniva a 24-48 ore, in quello finlandese [11] tra 1 e 7 giorni, in quello tedesco [9] ed in quello francese [8] a due settimane.

- La validità di costrutto è indice di quanto il test è connesso al costrutto che intende misurare e cioè quanto è legato alla formulazione teorica su cui si basa il test. Uno dei requisiti perché un test abbia una buona validità di costrutto è che esso abbia una buona validità concorrente (convergente e discriminante), nella fattispecie i questionari precedentemente descritti, già validati in lingua italiana.

Rispetto al *Roland Morris Disability Questionnaire* si evidenzia una forte correlazione (0.78); rispetto alla Tampa Scale of Kinesiophobia la correlazione (0.55) dimostra un grado di correlazione moderato, così come nel confronto con la *Pain Catastrophising Scale* (0.53), con la HADS-A (0.58) e la HADS-D (0.47).

Abbiamo inoltre comparato i risultati delle validità di costrutto rispetto al *Roland Morris Disability Questionnaire*, negli studi di validazione e adattamento culturale francese (0.74) e tedesco (0.76): il presente progetto pilota si assesti su analoghi risultati.

4. 1 Limiti dello studio

Appaiono tuttavia evidenti due limiti principali dello studio. Entrambi correlati all'emergenza sanitaria legata alla pandemia Covid-19, che ha inesorabilmente inficiato le caratteristiche originariamente valutate dagli Autori e Collaboratori tutti.

- 1) La numerosità campionaria è appena la metà di quanto necessiterebbe un processo di validazione di un questionario a nove item. Convenzionalmente infatti, sono richiesti almeno 10 Pazienti per ogni proposizione del questionario. L'obiettivo è di raggiungere almeno i 100 booklet completi; auspicabilmente 120, per limitare l'influenza di eventuali bias o mancanze nella compilazione degli stessi.
- 2) L'analisi statistica è ancora primordiale e prodotta da clinici. Nella versione finale dello Studio sarà implementata e rivalutata da statistici professionisti.

4.2 Future implementazioni allo studio

Oltre alla già dichiarata intenzione d'incremento della numerosità campionaria, dal punto di vista statistico saranno inoltre implementati i dati derivanti da (allegato A):

- Roland Morris Disability Questionnaire – Versione Italiana, re-test a 90giorni;
- Ai 90 giorni è stata inoltre somministrata la scala NRS (Number Rating Scale) [7], ed è stata posta la domanda “quanto è ancora fastidioso il Suo mal di schiena” con possibilità di risposta da 1 (per nulla), a 5 (moltissimo).

CAPITOLO 5

CONCLUSIONI

In conclusione, la traduzione del questionario SBST si è dimostrata linguisticamente accurata ed accettabile per l'uso da parte di Pazienti di lingua italiana.

La versione italiana di SBST è facile da capire e veloce da completare per il Paziente e, quando definitivamente validato, sarà di potenziale interesse per il clinico italiano, aiutandolo ad orientare verso il trattamento più adeguato in base al livello di rischio di cronicizzazione.

E' tuttavia del tutto evidente come sia necessario procedere all'incremento del campione e ad una più approfondita analisi statistica per potersi pronunciare con ragionevole certezza circa la efficacia dello StarT in lingua italiana.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Padua R., Padua L., Ceccarelli E., Romanini E., Zanoli G., Bondi R. Campi A. "Italian version of the Roland Disability Questionnaire, specific for low back pain: cross-cultural adaptation and validation" *Eur Spine J* (2002) 11 :126–129
- [2] Monticone M., Giorgi I., Baiardi P., Barbieri M. Barbara Rocca, Bonezzi C. "Development of the Italian Version of the Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK-I): Cross-Cultural Adaptation, Factor Analysis, Reliability, and Validity" *Spine* 2010; 20;35(12):1241-6.
- [3] Monticone, M., Baiardi, P., Ferrari, S., Foti, C., Mugnai, R., Pillastrini, P., et al. (2011). Development of the Italian version of the Pain Catastrophising Scale (PCS-I): cross-cultural adaptation, factor analysis, reliability, validity and sensitivity to change. *QUALITY OF LIFE RESEARCH*, 21(6), 1045-1050.
- [4] Monticone M, Ferrante S, Giorgi I, Galandra C, Rocca B, Foti C. "The 27-item coping strategies questionnaire-revised: confirmatory factor analysis, reliability and validity in Italian-speaking subjects with chronic pain." *Pain Research & Management*, 22 Apr 2014, 19(3):153-158.
- [5] A S Zigmond, R P Snaith. "The Hospital Anxiety and Depression Scale" *Acta Psychiatr Scand* 1983 Jun;67(6):361-70.
- [6] Hill et al., "A Primary Care Back Pain Screening Tool: Identifying Patient Subgroups for Initial Treatment". *Arthritis Rheum* 2008; 59(5):632-41.
- [7] Childs MJD., Piva SR. "Psychometric properties of the functional rating index in patients with low back pain" *Eur Spine J* (2005) 14: 1008–1012.
- [8] Olivier Bruyère, PhD, Maryline Demoulin, MPH, Charlotte Beudart, MPH, Jonathan C. Hill, MD, Didier Maquet, PhD "Validity and Reliability of the French Version of the STarT Back Screening Tool for Patients with Low Back Pain". *Spine* 2014, volume 39, 123 – 128.
- [9] Sven Karstens, Katja Krug, Jonathan C. Hill et al "Validation of the German version of the STarT-Back Tool (STarT-G): a cohort study with patients from primary care practices"; *BMC Musculoskeletal Disorders* (2015) 16: 346.
- [10] Shuo Luan, MD, Yu Min, MD, Guoqi Li et al. "Cross-cultural adaptation, reliability, and Validity of the Chinese Version of the STarT Back Screening Tool in Patients with Low Back Pain" *SPINE* 2014, volume 39, number 16, pp E974 - E979.
- [11] Susanna Piironen, Markus Paananen, Marianne Haapea, Markku Hupli, Paavo Zitting, Katja Ryyanen "Transcultural adaption and psychometric properties of the STarT Back Screening Tool among Finnish low back pain patients" *Eur Spine J* (2016) 25:287–295.

ALLEGATO A

CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE ALLO STUDIO

Questa ricerca è promossa dalla Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Università degli Studi di Cagliari.

L'obiettivo che ci prefiggiamo con questa ricerca è indagare i fattori di rischio che predispongono alla presenza e alla persistenza del dolore lombare.

Il trattamento cui la sottoporrà eventualmente il medico/fisioterapista è indipendente dalla ricerca e non sarà modificato in nessun modo dall'esito delle domande.

La informiamo che Lei non potrà essere identificato in nessun report dello studio. Le risposte saranno raccolte in via confidenziale in accordo con la legislazione italiana sulla privacy. I responsabili del monitoraggio dello studio potranno visionare le risposte al fine dell'elaborazione dei dati.

La informiamo che Lei può rifiutarsi di rispondere a qualsiasi delle domande del questionario.

Io sottoscritto ho letto le suesposte informazioni. Dichiaro che si è offerto di rispondere ad ogni domanda che posso aver posto in relazione al presente studio. Acconsento quindi a partecipare alla ricerca.

Cognome e Nome in stampatello

Firma di consenso

Data _____

Cognome _____

Nome _____

Età _____ anni

Sesso: M F

Coniugato: Sì No

Livello educativo

Elementari Medie Superiori Università

Attività lavorativa:

non presente a causa del dolore

studente dipendente autonomo pensionato casalinga

Fumatore Sì No

Peso: _____ Altezza: _____ BMI (Kg/m²): _____

Durata del dolore:settimane

Numero di visite mediche eseguite a causa del dolore: _____

Numero di ore/die passate a riposare/dormire a causa del dolore: _____/24_

Terapie in corso:

ansiol./antidepr. antidolorifici miorilassanti FANS/cortisonici

altro

Comorbidity

Patol. Cardiache Patol. Respiratorie Patol. endocrine

Patol. Gastro-intestinali Patol. Renali Ansia/Depressione

Altre patol. app. locomotore

Keele STarT Back Screening Tool – versione italiana 1.0

Nome del paziente:.....

Data:

Ripensando alle scorse due settimane, indicate la vostra risposta per le seguenti domande:

	In disaccordo	D'accordo		
	0	1		
1 Il dolore alla mia schiena si è esteso alle gambe qualche volta durante le scorse due settimane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2 Ho avuto dolore alle spalle o al collo durante le scorse due settimane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3 Ho camminato solo per brevi distanze a causa del mio mal di schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Nelle ultime due settimane, mi sono vestito/a più lentamente del normale a cause del mal di schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Non è davvero prudente per una persona nelle mie condizioni mantenersi in movimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Pensieri di preoccupazione sono passati un sacco di volte per la mia testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Credo che il dolore alla mia schiena sia terribile e non migliorerà mai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. In generale, non ho tratto piacere da tutte le cose che normalmente mi interessano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Complessivamente, quanto fastidioso è stato il tuo mal di schiena nelle scorse due settimane?				
Per nulla	Leggermente	Discretamente	Molto	Estremamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	0	0	1	1

Punteggio totale (1-9):.....

Sottoscala (5-9):.....

Tempo impiegato a rispondere:.....

Domande non formulate chiaramente:.....

Analisi di contenuto

[PER CHI SOMMINISTRA: quesiti da porre dopo aver somministrato il questionario]

Ritiene che lo **scopo** del presente questionario sia indagare i fattori di rischio per la cronicizzazione dei suoi sintomi?

Sì No

Ritiene che le attività, le sensazioni e i pensieri descritti possano **riguardare chi** è a rischio di dolore cronico?

Sì No

Ritiene che le domande poste dal questionario siano **rilevanti** per valutare i fattori di rischio per la cronicizzazione dei suoi sintomi?

Sì No

Ritiene che le domande poste dal questionario descrivano **in modo completo** i fattori di rischio per la cronicizzazione dei suoi sintomi?

Sì No

È facile da usare la scala SI/NO per assegnare il punteggio a ciascuna delle attività/sensazioni/pensieri descritti?

Sì No

Questa serie di domande è **troppo lunga** da completare?

Sì No

Roland Morris Disability Questionnaire – Versione Italiana (RMDQ-I)

Quando avete mal di schiena trovate difficile eseguire alcune abituali attività. Questa lista contiene alcune frasi che la gente utilizza per descrivere cosa prova quando ha mal di schiena. Leggendole potrete notare che alcune di esse ben descrivono come vi sentite *oggi*. Leggendo la lista pensate a come vi sentite oggi. Se una frase descrive bene il modo in cui vi sentite oggi segnate con un cerchio il numero della frase. Se invece la frase non descrive il vostro stato, lasciatela in bianco e passate alla successiva.

Importante: segnate solo le frasi che ben descrivono il modo in cui vi sentite oggi.

1. Per il mio dolore alla mia schiena rimango la maggior parte del tempo a casa
2. Cambio frequentemente posizione per trovare e mantenere una posizione comoda per la mia schiena
3. Per il mio dolore alla schiena io cammino più lentamente che al solito
4. Per il mio dolore alla schiena io non faccio alcun lavoro che normalmente facevo per la casa
5. Per il mio dolore alla schiena io uso il corrimano per salire le scale
6. Per il mio dolore alla schiena io mi stendo per riposare più spesso
7. Per il mio dolore alla schiena devo appoggiarmi a qualcosa per alzarmi da una poltrona
8. Per il mio dolore alla schiena io cerco di far fare le cose ad altri per me
9. Io mi vesto più lentamente per il dolore alla schiena
10. Per il mio dolore alla schiena riesco a stare in piedi solo per breve tempo
11. Per il mio dolore alla schiena evito di piegarmi o di inginocchiarsi
12. Per il mio dolore alla schiena trovo difficoltà nell'alzarmi da una sedia
13. Ho dolore alla schiena quasi sempre
14. Ho difficoltà nel girarmi nel letto
15. Per il mio dolore alla schiena ho uno scarso appetito
16. Per il mio dolore alla schiena faccio fatica a mettere le calze
17. Per il mio dolore alla schiena posso percorrere a piedi solo brevi distanze
18. Per il mio dolore alla schiena dormo meno
19. Per il mio dolore alla schiena posso vestirmi solo con l'aiuto di qualcuno
20. Per il mio dolore alla schiena resto seduto per gran parte della giornata
21. Per il mio dolore alla schiena sono costretto ad evitare lavori domestici pesanti
22. Per il mio dolore alla schiena sono più irritabile e di cattivo umore del normale
23. Per il mio dolore alla schiena salgo le scale più lentamente del normale
24. Per il mio dolore alla schiena rimango a letto quasi tutto il tempo

Punteggio totale:/24

Nome e Cognome: Data:

Occupazione: Età:

TSK - TAMPA SCALE OF KINESIOPHOBIA

In questi tempi, caratterizzati da una medicina ad alto contenuto tecnologico, manca spesso nella Sua cartella clinica una delle più importanti fonti di informazione: le Sue sensazioni riguardo a cosa sta accadendo al Suo corpo.

Le informazioni che Le chiediamo hanno lo scopo di colmare questa lacuna.

Per favore risponda alle seguenti domande mettendo una crocetta sulle risposte che descrivono meglio il suo modo di sentire, e non secondo quanto altri ritengono che Lei debba credere. Questa non è una prova per verificare le Sue conoscenze mediche; noi intendiamo conoscere il Suo punto di vista.

		Completo disaccordo	Parziale disaccordo	Parziale accordo	Completo accordo
1	Se svolgessi attività fisica temo che potrei farmi male	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Se cercassi di fronteggiare il dolore che provo, esso aumenterebbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Il mio corpo mi informa che ho qualche cosa di seriamente compromesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Le persone non stanno considerando il mio problema come si dovrebbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Il mio problema costituisce un rischio per il mio corpo per gli anni a venire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Provare dolore significa sempre che ho danneggiato il mio corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Temo di farmi del male accidentalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Il modo più sicuro per evitare che il mio dolore aumenti è assicurarmi di non fare movimenti superflui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Non avrei così tanto dolore se non ci fosse in me qualcosa di potenzialmente pericoloso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Il mio dolore mi avverte quando interrompere l'attività fisica in modo da non danneggiarmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Per una persona nelle mie condizioni non è salutare svolgere attività fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Non posso fare tutto ciò che le persone normali fanno perché con grande facilità mi faccio male	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Nessuno dovrebbe fare attività fisica quando prova dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pain Catastrophizing Scale – PCS

Ognuno di noi prova esperienze dolorose durante la propria vita. Tali esperienze possono includere, ad esempio, mal di testa, mal di denti, dolore articolare o muscolare. Le persone sono spesso esposte a situazioni che possono causare dolore come le malattie, gli infortuni, o le procedure chirurgiche.

Istruzioni.

Siamo interessati ai pensieri e ai sentimenti che provate quando avete dolore. Di seguito sono elencate tredici affermazioni che descrivono pensieri e sentimenti eventualmente associati a dolore. Usando la seguente scala, è richiesto indicare la frequenza con cui coltivate questi pensieri e sentimenti quando provate dolore.

0 = mai

1 = raramente

2 = qualche volta

3 = spesso

4 = sempre

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
1 Sono preoccupato riguardo a quando finirà il dolore	0	1	2	3	4
2 Sento di non riuscire ad andare avanti	0	1	2	3	4
3 Il dolore è terribile e penso che non migliorerà più	0	1	2	3	4
4 Tutto è inutile e sento che il dolore sta per sopraffarmi	0	1	2	3	4
5 Ho la sensazione di non poter più sopportare il dolore	0	1	2	3	4
6 Ho paura che il dolore possa aumentare	0	1	2	3	4
7 Penso ad altre esperienze dolorose	0	1	2	3	4
8 Desidero con impazienza che il dolore vada via	0	1	2	3	4
9 Non mi sembra di riuscire a scacciare il dolore dalla mia mente	0	1	2	3	4
10 Continuo a pensare a quanto il dolore mi provochi sofferenza	0	1	2	3	4
11 Continuo a pensare a quanto intensamente voglio che il dolore finisca	0	1	2	3	4
12 Non c'è nulla che posso fare per ridurre l'intensità del dolore	0	1	2	3	4
13 Mi chiedo se qualcosa di serio possa accadermi	0	1	2	3	4

Punteggio totale:/52

CSQ-R-I, COPING STRATEGIES QUESTIONNAIRE-revised

Le persone sviluppano strategie per fronteggiare e gestire il dolore che sentono. Queste strategie includono dire cose a noi stessi quando si prova dolore o quando si svolgono le attività quotidiane. Di seguito è riportato un elenco di cose che le persone hanno raccontato di fare quando provano dolore. Per cortesia, per ogni attività descritta indichi, utilizzando la scala sotto riportata, in che misura si sente coinvolto/a quando prova dolore.

0	1	2	3	4	5	6
non lo faccio mai			ogni tanto lo faccio			lo faccio sempre

Domande	Punteggi
1) Immagino cose che mi fanno piacere	
2) Immagino persone con cui amo divertirmi	
3) Ripenso a piacevoli esperienze trascorse	
4) Faccio cose che mi gratificano come guardare la televisione o ascoltare la musica	
5) Cerco di pensare a qualcosa di piacevole	
6) Cerco di andare avanti come se niente fosse	
7) Non presto attenzione al dolore	
8) Dico a me stesso che il dolore non deve interferire con ciò che faccio	
9) Anche se provo dolore cerco di andare avanti	
10) Non penso al dolore	
11) Ignoro il dolore	
12) Fingo che il dolore non ci sia	
13) Immagino che il dolore sia estraneo al mio corpo	
14) Fingo che il dolore non mi appartenga	
15) Cerco di estraniarmi dal dolore, come se appartenesse a qualcun altro	
16) Cerco di pensare che il dolore non appartenga al mio corpo ma che sia qualcosa di estraneo	
17) Ho la sensazione di non poter più sopportare il dolore	
18) Ho la sensazione di non riuscire ad andare avanti	
19) Sono preoccupato riguardo a quando finirà il dolore	
20) Ho la sensazione che non valga la pena vivere	
21) Il dolore è terribile e ho la sensazione che mi travolga	
22) Il dolore è terribile e ho la sensazione che non migliorerà mai	
23) Prego Dio che il dolore non duri a lungo	

24) Supplico che il dolore finisca	
25) Confido nella fede in Dio	
26) Dico a me stesso che posso superare il dolore	
27) Dico a me stesso di avere coraggio e di andare avanti nonostante il dolore	

HADS - HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

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 o tirato

- (3) La maggior parte del tempo
- (2) Molto tempo
- (1) Ogni tanto, occasionalmente
- (0) Per niente

D) Mi piacciono ancora le cose che mi piacevano un tempo

- (0) Decisamente come prima
- (1) Di meno
- (2) Soltanto un po'
- (3) Quasi per niente

A) Ho una specie di timore come se dovesse accadere qualcosa di brutto

- (3) Molto intenso e piuttosto preoccupante
- (2) Sì, ma non troppo preoccupante
- (1) Un po' ma non mi preoccupa
- (0) Per niente

D) Riesco a ridere e a vedere il lato buffo delle cose

- (0) Tutte le volte che ne ho l'occasione
- (1) Ora di meno
- (2) Decisamente di meno
- (3) Per niente

A) Mi passano per la mente pensieri preoccupanti

- (3) Una buona parte del tempo
- (2) Molto spesso

- (1) Di volta in volta, ma non troppo spesso
- (0) Soltanto occasionalmente

D) Sono gioioso

- (3) Per niente
- (2) Raramente
- (1) Qualche volta
- (0) La maggior parte del tempo

A) Posso sedermi tranquillamente e sentirmi rilassato

- (0) Quasi tutto il tempo
- (1) Molto spesso
- (2) qualche volta
- (3) Per niente

D) Mi sento come rallentato

- (3) Decisamente
- (2) Solitamente
- (1) Raramente
- (0) Per niente

A) Ho una sensazione di timore come "farfalle" nello stomaco

- (0) Per niente
- (1) Occasionalmente
- (2) Piuttosto spesso
- (3) Molto spesso

D) Ho perso interesse per il mio aspetto

- (3) Decisamente
- (2) Non mi prendo cura di me stesso come dovrei
- (1) Non riesco ad avere sufficiente cura di me stesso
- (0) Mi prendo cura di me stesso come al solito

A) Mi sento agitato come se dovessi essere in movimento

- (3) Moltissimo
- (2) Abbastanza
- (1) Non molto
- (0) Per niente

D) Guardo al futuro con gioia

- (0) Come ho sempre fatto
- (1) Un po' meno del solito
- (2) Decisamente meno del solito
- (3) Quasi per niente

A) Aspetto con gioia gli eventi futuri:

- (0) nello stesso modo di sempre
- (1) un po' meno del solito
- (2) decisamente meno del solito
- (3) molto difficilmente

D) Mi piace un buon libro o la radio o un programma in TV

- (0) Spesso
- (1) Qualche volta
- (2) Raramente
- (3) Molto raramente

RETEST – DOPO 7 GIORNI

Keele STarT Back Screening Tool – versione italiana 1.0

Nome del paziente:.....

Data:

Ripensando alle scorse due settimane, indicate la vostra risposta per le seguenti domande:

	In disaccordo	D'accordo		
	0	1		
1 Il dolore alla mia schiena si è esteso alle gambe qualche volta durante le scorse due settimane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2 Ho avuto dolore alle spalle o al collo durante le scorse due settimane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3 Ho camminato solo per brevi distanze a causa del mio mal di schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Nelle ultime due settimane, mi sono vestito/a più lentamente del normale a cause del mal di schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Non è davvero prudente per una persona nelle mie condizioni mantenersi in movimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Pensieri di preoccupazione sono passati un sacco di volte per la mia testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Credo che il dolore alla mia schiena sia terribile e non migliorerà mai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. In generale, non ho tratto piacere da tutte le cose che normalmente mi interessano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Complessivamente, quanto fastidioso è stato il tuo mal di schiena nelle scorse due settimane?				
Per nulla	Leggermente	Discretamente	Molto	Estremamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	0	0	1	1

Punteggio totale (1-9):.....

Sottoscala (5-9):.....

Tempo impiegato a rispondere:.....

Domande non formulate chiaramente:.....

RETEST – DOPO 90 GIORNI

NRS ingresso										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nessun dolore										Massimo dolore immaginabile

Quanto è ancora fastidioso il mal di schiena?				
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
per nulla		abbastanza		moltissimo

RETEST – ai 90 GIORNI

Roland Morris Disability Questionnaire – Versione Italiana (RMDQ-I)

Quando avete mal di schiena trovate difficile eseguire alcune abituali attività. Questa lista contiene alcune frasi che la gente utilizza per descrivere cosa prova quando ha mal di schiena. Leggendole potrete notare che alcune di esse ben descrivono come vi sentite *oggi*. Leggendo la lista pensate a come vi sentite oggi. Se una frase descrive bene il modo in cui vi sentite oggi segnate con un cerchio il numero della frase. Se invece la frase non descrive il vostro stato, lasciatela in bianco e passate alla successiva.

Importante: segnate solo le frasi che ben descrivono il modo in cui vi sentite oggi.

1. Per il mio dolore alla mia schiena rimango la maggior parte del tempo a casa
2. Cambio frequentemente posizione per trovare e mantenere una posizione comoda per la mia schiena
3. Per il mio dolore alla schiena io cammino più lentamente che al solito
4. Per il mio dolore alla schiena io non faccio alcun lavoro che normalmente facevo per la casa
5. Per il mio dolore alla schiena io uso il corrimano per salire le scale
6. Per il mio dolore alla schiena io mi stendo per riposare più spesso
7. Per il mio dolore alla schiena devo appoggiarmi a qualcosa per alzarmi da una poltrona
8. Per il mio dolore alla schiena io cerco di far fare le cose ad altri per me
9. Io mi vesto più lentamente per il dolore alla schiena
10. Per il mio dolore alla schiena riesco a stare in piedi solo per breve tempo
11. Per il mio dolore alla schiena evito di piegarmi o di inginocchiarsi
12. Per il mio dolore alla schiena trovo difficoltà nell'alzarmi da una sedia
13. Ho dolore alla schiena quasi sempre
14. Ho difficoltà nel girarmi nel letto
15. Per il mio dolore alla schiena ho uno scarso appetito
16. Per il mio dolore alla schiena faccio fatica a mettere le calze
17. Per il mio dolore alla schiena posso percorrere a piedi solo brevi distanze
18. Per il mio dolore alla schiena dormo meno
19. Per il mio dolore alla schiena posso vestirmi solo con l'aiuto di qualcuno
20. Per il mio dolore alla schiena resto seduto per gran parte della giornata
21. Per il mio dolore alla schiena sono costretto ad evitare lavori domestici pesanti
22. Per il mio dolore alla schiena sono più irritabile e di cattivo umore del normale
23. Per il mio dolore alla schiena salgo le scale più lentamente del normale
24. Per il mio dolore alla schiena rimango a letto quasi tutto il tempo

Punteggio totale:/24

Nome e Cognome: Data:

Occupazione: Età: