

Le scale di valutazione

di Maria Luisa Giordano, Maru Marquez, Tatiana Bianconi e Gabriella Rossi

1. Introduzione

La valutazione riabilitativa consiste in un programma strutturato di osservazioni che si propone di:

- identificare le difficoltà che una persona manifesta;
- misurare la gravità delle difficoltà;
- determinare l'impatto che tali difficoltà hanno sulla vita quotidiana;
- monitorare i cambiamenti che si realizzano sia come risultato di un recupero spontaneo sia come effetto di un trattamento riabilitativo.

La valutazione specifica tramite una scala di valutazione è un processo di raccolta e organizzazione delle informazioni rilevanti su un paziente, in modo che il medico e il terapeuta possano pianificare ed eseguire un programma efficace e significativo di trattamento. Il processo di valutazione rappresenta così una forma organizzata e sistematica per determinare i bisogni di un paziente. Parliamo quindi di scale di valutazione considerate elemento portante degli indicatori di risultato (outcome) degli interventi riabilitativi.

Una corretta somministrazione di un test di valutazione ci fornisce risultati che si utilizzano per stabilire la meta del paziente, per sviluppare un programma terapeutico efficiente e per determinare le capacità funzionali del paziente nello svolgimento delle attività della vita quotidiana (AVQ o in inglese Activities of Daily Living – ADL), del lavoro e del tempo libero.

Inoltre alcuni metodi di valutazione ci permettono anche di poter stabilire/predire:

- il tempo di ospedalizzazione;
- il risultato finale nella sua evoluzione;
- la capacità di integrazione dell'individuo e il ruolo che l'individuo avrà nella società.

La scientificità di una disciplina è legata alla possibilità che i fenomeni dei quali essa si occupa siano sperimentalmente misurati e valutati. Le branche della medicina si sono via via adeguate a questo principio fondamentale. Probabilmente le maggiori difficoltà legate al metodo sperimentale le ha incontrate la scienza riabilitativa. Su di essa gravavano convinzioni, preconcetti, prassi consolidate, errori metodologici, sovrastrutture pseudofilosofiche che ne rendevano difficile e opinabile l'inquadramento della riabilitazione tra le scienze mediche. In riabilitazione alle difficoltà comuni a tutte le branche cliniche della medicina si aggiungono alcune specifiche della nostra disciplina. È necessario innanzitutto definire una serie di terminologie. Il termine corretto, a nostro parere, non è scale di valutazione, ma *scale di misurazione*. La misurazione è la quantificazione di un dato sperimentale rispetto a un parametro preso come unità di misura (ad es. per il segno clinico della febbre, la misurazione della temperatura corporea che ha come unità di misura i gradi Celsius). La valutazione è invece un'elaborazione concettuale su quanto si è misurato per trarne delle considerazioni basate sulle nostre conoscenze ed esperienze. Per tanto nel caso dell'esempio suddetto possiamo dire che il segno della febbre rappresenta un elemento di reazione dell'organismo a un evento perturbante che altera la termoregolazione. Per fare una scala di misurazione occorre quindi stabilire innanzitutto cosa si deve misurare, definire un'unità di misura e quindi procedere in condizioni sperimentali standard alla misurazione, cioè alla comparazione del nostro dato rispetto al parametro

preso come unità di misura. Si considerano indicative per l'intervento riabilitativo le scale di valutazione illustrate nei prossimi paragrafi.

2. Scale di valutazione per determinare il livello di autonomia

- **SCIM 3 (Spinal Cord Independence Measure):** scala di misurazione che include aree funzionali fondamentali per il paratetraplegico. A ogni attività funzionale è stato attribuito un punteggio in base al suo peso relativo sull'attività complessiva; le aree di funzione analizzate sono: la *cura personale* (subtotale 0-20); la *respirazione* e il *controllo sfinterico* (subtotale 0-40); la *mobilità* (subtotale 0-40). Il totale dello score per la SCIM è di 100; è sicuramente più sensibile della FIM alle variazioni funzionali, anche le più lievi; è molto semplice da compilare, grazie alla presentazione dei criteri di punteggio dettagliati nelle schede di valutazione; ha un'elevata attendibilità tra operatori, non essendo state riscontrate significative divergenze di valutazione nei vari ambiti. Viene compilata dall'équipe riabilitativa.
- **FIM (Functional Independence Measure):** scala di misurazione della disabilità validata, che valuta le capacità funzionali della persona e di conseguenza i risultati degli interventi riabilitativi. Sebbene non sia specifica per la lesione midollare, ne individua comunque le principali aree di disabilità. Si utilizza sia in merito all'outcome riabilitativo che al carico assistenziale. Consiste di 13 item motori e 5 cognitivi, che vanno a valutare: la cura della persona (6 item), il controllo sfinterico (2 item), mobilità e trasferimenti (3 item), locomozione (2 item), comunicazione (2 item), capacità relazionali-cognitive (3 item); ognuno con un punteggio da 1 (assistenza totale) a 7 (autonomia completa). La rilevazione dei punteggi viene in genere effettuata dagli operatori in équipe (medici, infermieri, terapisti).
- **MBI (Modified Barthel Index):** scala di valutazione funzionale che si utilizza per valutare il grado di svolgimento delle AVQ in diverse patologie. Gli item comprendono alimentazione, igiene del viso, uso del wc, trasferimenti, mobilità, scale, vestizione, vescica, alvo. I punteggi vanno da 0 a 100 con una scala divisa in 5 parametri che misurano dall'essere incapace di eseguire il compito a una totale indipendenza con o senza ausilio. La Barthel Index è una scala aspecifica che però rappresenta il gold standard in molti studi data la sua estrema semplicità di compilazione e la sua totale divulgazione.
- **QIF (Quadriplegia Index of Function):** sviluppato nel 1980, fornisce una valutazione funzionale che sarebbe utile nel documentare i guadagni piccoli ma clinicamente significativi realizzati da tetraplegici in regime di ricovero di riabilitazione (Gresham *et al.*, 1986). Questa scala valuta i trasferimenti, il rassettarsi, il fare il bagno, l'alimentarsi, il vestirsi, la mobilità in carrozzina, le attività dell'intestino, della vescica e la cura personale. Le prime 9 aree rappresentano le attività di prestazione funzionale e la parte finale è costituita da un questionario, progettato per valutare la comprensione del paziente sulla cura della pelle, la nutrizione, i farmaci, gli ausili e la prevenzione delle infezioni. Le informazioni vengono raccolte nel formato dell'intervista. I punteggi sono tali da dare informazioni su come la persona sia in grado di completare una porzione del compito o l'intera attività. Ogni categoria di prestazioni funzionali viene calcolata in base ai punteggi ponderati. Alle prestazioni funzionali viene assegnato un punteggio su una scala a 5 punti da 0 (dipendente) a 4 (indipendente). Il QIF è stato progettato per la popolazione con lesione midollare e in particolare per le persone con tetraplegia e il tempo di somministrazione del questionario è inferiore ai 30 minuti quando si ha familiarità con il test.

3. Scale di valutazione per determinare la soddisfazione sugli ausili e la qualità di vita

- **IPPA (Individually Prioritised Problem Assessment):** è stato sviluppato in Europa nell'ambito di uno studio internazionale (EATS – Efficiency of Assistive Technology and Services), a seguito di un

precedente studio nel quale si era verificata la sostanziale insensibilità agli ausili di certi strumenti comunemente utilizzati in ambito medico – ad esempio la scala FIM – o per misure complessive della qualità di vita – ad esempio l'Index of Health Related Quality of Life, l'EuroQol, il McMaster Index. La somministrazione dell'IPPA prevede due interviste, condotte da un intervistatore preparato capace di facilitare l'utente nella formulazione delle risposte senza però condizionarle. Nella *prima intervista*, condotta dopo la scelta dell'ausilio ma *prima di acquisirlo*, all'utente è richiesto di esplicitare sette problemi che egli si aspetta di risolvere grazie all'ausilio stesso. Tali problemi possono essere di natura specifica (ad es. salire le scale della propria casa) oppure generale (ad es. fare la spesa autonomamente). Una volta definiti i problemi, si richiede all'utente di pesarli secondo l'importanza che essi rivestono nella propria vita – secondo una scala che va da 1 (non importante) a 5 (molto importante) – e secondo la difficoltà che egli incontra in quel momento (senza l'ausilio) nell'affrontarli – ancora con una scala da 1 (nessuna difficoltà) a 5 (difficoltà insormontabili). Nella *seconda intervista*, da condursi dopo che l'utente ha acquisito l'ausilio e si è sufficientemente familiarizzato con esso (ad es. tre mesi dopo), all'utente vengono ripresentati i sette problemi che aveva definito nella prima intervista chiedendo di pesarli nuovamente secondo la difficoltà che egli incontra attualmente (con l'ausilio). Una diminuzione delle difficoltà rispetto alla prima intervista sta a indicare che l'ausilio è risultato efficace, in quanto ha ridotto l'entità del problema. La differenza tra il punteggio totale della prima intervista [(punteggio di difficoltà) × (punteggio di difficoltà) / (numero dei problemi)] e quello della seconda intervista costituisce l'*indicatore IPPA*, che può oscillare tra -20 (massimo aumento di difficoltà per problemi molto importanti), zero (nessun cambiamento nelle difficoltà) e +20 (massima diminuzione della difficoltà per problemi molto importanti). Ovviamente ci si aspetta che l'ausilio diminuisca le difficoltà piuttosto che aumentarle; ma ciò non va dato per scontato, e pertanto lo strumento IPPA è preparato a rilevare anche questa eventualità.

- **PIADS (Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale):** è un questionario autocompilato dall'utente dopo che questi abbia acquisito una certa familiarità e competenza d'uso dell'ausilio. Esso si presenta sostanzialmente come un sondaggio dell'impatto interiore che l'ausilio ha avuto sulla persona: attraverso 26 domande cerca di rilevare se e in che misura l'ausilio abbia apportato una percezione di cambiamento rispetto alla propria *adattabilità* (6 domande), *competenza* (12 domande) e *autostima* (8 domande). Si risponde a ogni domanda su una scala visiva marcata da -3 a +3. Ad esempio, in risposta alla domanda relativa alla voce "indipendenza" l'utente marcherà un punto della scala tra -3 ("l'ausilio ha fortemente limitato la mia indipendenza") e +3 ("l'ausilio ha fortemente migliorato la mia indipendenza"); il significato del punto centrale (zero) sarà in questo caso "l'ausilio non ha modificato la mia indipendenza". Il punteggio complessivo (somma dei punteggi diviso il numero di item) risulterà anch'esso compreso tra -3 e + 3 per ciascuna delle tre dimensioni. Il PIADS è stato tradotto in varie lingue tra le quali l'italiano e il cinese. In confronto al QUEST, il PIADS è più raffinato nel rilevare il vissuto dell'utente rispetto all'ausilio e in che misura questo abbia fatto percepire un cambiamento nella qualità di vita. Per contro, questo strumento pone domande sensibili che possono non incontrare l'apprezzamento dell'utente. Una recente indagine svolta su un campione di utenza italiano ha per esempio messo in luce quanto il PIADS possa essere percepito con disagio da persone anziane e come invece persone giovani o ancor più adolescenti rispondano più volentieri sulle domande che esso pone. Un'altra criticità del PIADS è che l'interpretazione dei punteggi complessivi richiede una preparazione di natura psicologica, pena il rischio di trarre conclusioni semplicistiche.

- **QUEST (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Technical Aids):** è un questionario compilato direttamente dall'utente che pone domande relative al suo grado di soddisfazione rispetto all'ausilio in uso (8 domande) e rispetto ai servizi associati alla fornitura dello stesso (4 domande). L'utente risponde a ogni domanda con un punteggio che va da 1 (del tutto insoddisfatto) a 5 (molto soddisfatto), e può aggiungere, se crede, ulteriori commenti in testo libero. Il punteggio totale (somma

dei punteggi diviso il numero di risposte) può pertanto oscillare tra 1 e 5 per ciascuna delle tre dimensioni che vengono analizzate separatamente (soddisfazione rispetto al prodotto; soddisfazione rispetto al servizio; soddisfazione complessiva). All'utente è anche richiesto di specificare le tre voci che per lui sono le più importanti per quell'ausilio. Il QUEST è stato tradotto in molte lingue, tra cui lo svedese, il danese, l'olandese e l'italiano. Grazie alla sua semplicità esso si presta a essere somministrato su larga scala per identificare eventuali elementi di insoddisfazione sia a livello del *singolo utente* che di una *popolazione di utenti*. Sapere con precisione in che cosa gli utenti non sono soddisfatti rende possibile contattare successivamente gli utenti stessi per approfondire il problema e individuare soluzioni. Ad esempio, una recente ricerca estesa all'utenza di un'ASL italiana ha messo in luce la presenza di determinati elementi di insoddisfazione pur nel contesto di una buona soddisfazione complessiva; ha inoltre evidenziato come le persone gradiscano che venga richiesta loro un'opinione sull'ausilio e rispondano volentieri.

- WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life): strumento con 26 item messo a punto nell'ambito di un progetto internazionale promosso e coordinato dall'OMS che indaga 4 aree che rappresentano il costrutto della qualità della vita:

- area della salute fisica;
- area psicologica;
- area delle relazioni sociali;
- area dell'ambiente.

Gli strumenti WHOQOL sono stati costruiti allo scopo di risolvere tali deficienze: la QOL è rappresentata dalla percezione che ciascuna persona ha della propria posizione nella vita, nel contesto della cultura e del sistema di valori nel quale è inserito e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, priorità e preoccupazioni. È uno strumento che ha dimostrato in vari studi di avere buone proprietà psicometriche e di essere rapido e agevole. È autocompilato o può essere somministrato in maniera assistita.

- CHART (Craig Handicap Assessment and Reporting Technique): è un questionario di autovalutazione sviluppato per misurare la dimensione della "partecipazione" nelle persone con disabilità. Nel questionario sono comprese specifiche domande che fanno riferimento al bisogno di aiuto nella giornata. Nella sua forma breve la CHART raccoglie informazione sulle seguenti 5 aree:

- grado di indipendenza cognitiva;
- grado di indipendenza fisica;
- grado di mobilità;
- grado di professione e integrazione sociale
- grado di autosufficienza economica.

Il punteggio va da 0 a 100 punti, rappresentando quest'ultimo il livello di indipendenza della maggior parte delle persone senza disabilità.

4. Scale di valutazione per determinare spasticità, controllo del tronco e deambulazione

- Scala di Ashworth modificata: è l'unica scala idonea a valutare la spasticità; vengono prese in esame le seguenti articolazioni: spalla, gomito, polso, anca, ginocchio e piede; il punteggio varia da 0 (nessun aumento del tono) a 5 (segmenti interessati rigidi in flessione o estensione), con una voce che indica flaccidità. Punteggio:

- 0 = nessun aumento del tono;
- 1 = lieve aumento del tono: l'arto offre resistenza quando viene posto in flessione o in estensione;

- 2 = aumento del tono più marcato: presente in tutto il ROM (range di movimento articolare) possibile la mobilizzazione passiva;
- 3 = considerevole aumento del tono, la mobilizzazione passiva risulta difficoltosa;
- 4 = la parte esaminata è rigida in flessione o in estensione.
- Scala di Borg per lo sforzo percepito: semplice metodo per valutare la percezione dello sforzo, può essere utilizzata sia in campo sportivo che medico. Esistono due diverse scale: RPE (Ratings of Perceived Exertion) e CR10 (Category-Ratio anchored at the number 10). La scala RPE viene usata per valutare la percezione soggettiva dello sforzo in relazione all'entità dello sforzo stesso. Borg scelse una serie di 15 numeri crescenti (dal 6 al 20) e li mise in relazione con i valori della frequenza cardiaca durante uno sforzo fisico. In particolare il valore più basso della scala (il 6) corrisponde idealmente a 60 battiti al minuto, mentre il valore più alto (20) corrisponde a una frequenza cardiaca di 200 bpm. Nella scala di Borg, ad esempio, si può interrompere un test quando il soggetto avverte un determinato sforzo, oppure si può mettere in relazione l'indicatore del test con il livello di percezione della fatica. Affinché la scala di Borg sia utile occorre spiegare con la massima chiarezza i vari punti della scala all'individuo prima dell'inizio del test. Il giudizio dato dal soggetto deve essere il più oggettivo e onesto possibile senza sopravvalutare o sottovalutare lo sforzo.
- Scala di Borg per la dispnea percepita: è una versione modificata della precedente, ma finalizzata alla rilevazione della dispnea percepita.
- TLCS (Thoracic-Lumbar Control Scale): è una scala per la valutazione dell'equilibrio e del controllo del tronco validata nei soggetti con lesione midollare. Essa comprende 10 item che misurano l'estensione del tronco dalla posizione prona, l'elevazione del bacino, la flessione del tronco in posizione supina, la rotazione del tronco, il cambio di stazione da supino a seduto e viceversa, la postura seduta, l'estensione del tronco in posizione seduta, la capacità di mantenere la postura seduta e se possibile, la stazione eretta. Viene assegnato a ogni item un punteggio compreso fra 0 e 5 punti in base all'abilità del soggetto di eseguire il compito con maggiore o minore autonomia. Attualmente è in fase di studio la possibile adozione di una versione tradotta dal portoghese presso alcune USU.
- WISCI (Walking Index for Spinal Cord Injury): è un indice di deambulazione composto da 21 item ordinati secondo il criterio di autonomia crescente della deambulazione che prendono in considerazione l'uso di tutori, la necessità di appoggio e di assistenza fisica da parte di una seconda persona. I livelli di questa scala vanno da 0 (incapacità di mantenere la stazione eretta e quindi di deambulare) a 20 (deambulazione libera e senza appoggio per almeno 10 m). Per ogni livello è possibile dettagliare ulteriormente il tipo di ortesi e ausili per la deambulazione, l'assistenza e il livello di comfort della deambulazione con una serie di descrittori. È l'unica scala di valutazione che è stata validata per lo studio della deambulazione.
- FAC (Functional Ambulation Classification, scala per il cammino): strumento che valuta la capacità funzionale di deambulazione in base alle competenze motorie di base. Non valuta la resistenza e sono valutabili solo gli individui con capacità di deambulare anche con l'utilizzo di diversi ausili: canadesi, deambulatori, escludendo le parallele. Si suddivide in 6 livelli di funzionalità deambulatoria, dal livello 1, che rappresenta la deambulazione solo fra le parallele e quindi non valutabile, al livello 6, in cui la persona è indipendente senza ausili, senza contatti, su superficie piane, scale e pendenze.

5. Scala di valutazione per la lesione da decubito

Scala Braden: molto popolare negli ambienti clinici statunitensi, fu sviluppata nel 1985 per venire incontro ad alcune delle carenze della scala Norton, assai diffusa oltre oceano. Recentemente, un'edizione della scala Braden, modificata con l'aggiunta di un ulteriore parametro per l'incontinenza, è stata adottata su scala europea come strumento ufficiale di valutazione dall'European Pressure Ulcer

Advisory Panel (EPUAP). Anche in questo caso, per calcolare il fattore di rischio, occorre aggiungere i valori a fianco di ogni parametro applicabile alla realtà del paziente. L'indice Braden identifica come *cut off* del rischio il punteggio 16, non suddividendo i diversi livelli di rischio; l'esperienza clinica consiglia di identificare un livello di basso-medio rischio intorno al punteggio 12-13, al di sotto del quale si entra in livelli di alto-altissimo rischio. La valutazione del rischio dovrebbe comunque avvalersi anche del giudizio clinico complessivo prendendo in considerazioni quelle patologie e condizioni che possono favorire l'insorgenza di ulcere, come il diabete, l'arteriopatia, l'immunodeficienza, l'età e la condizione socioeconomica dell'assistito. In base al punteggio emerso il rischio viene considerato:

- basso da 14 a 16;
- medio da 11 a 13;
- alto da 8 a 10;
- altissimo da 6 a 7.

6. Scale di valutazione per la disfunzione gastro-intestinale

- NBDS (Neurogenic Bowel Dysfunction Score): 10 item che indagano la frequenza delle evacuazioni, il tempo necessario per evacuare, la presenza di malessere/mal di testa/sudorazione durante l'evacuazione, il regolare uso di lassativi, la frequenza dell'esplorazione rettale, la frequenza degli episodi di incontinenza fecale, l'utilizzo di medicinali contro l'incontinenza fecale, incontinenza per gas, i problemi della cute perineale. Il punteggio va da 0 a 47 e il *cut off* è a 14.
- FIQOL (Fecal Incontinence Quality of Life Questionnaire): si propone di esplorare 4 domini: *lifestyle* (10 domande), *coping/behaviour* (9 domande), *depression/self-perception* (7 domande), *embarrassment* (3 domande), e risulta molto utile per studi prospettici.
- Wexner Continence Score: valutazione della continenza mediante item che riguardano la frequenza di feci liquide o solide, la presenza di gas, l'uso del pannolino, l'alterazione delle attività quotidiane.
- Scala di Bristol: individua 7 tipologie di feci, in base alla consistenza.

7. Scale di valutazione per la funzionalità dell'arto superiore

- VLT (Van Lieshout Hand Function Test for Tetraplegia): nasce per valutare le modalità funzionali di base del braccio e della mano nelle PLM con tetraplegia. La scala VLT è formata da 18 item che valutano in sequenza:
 - attività generale delle braccia per il movimento del corpo;
 - posizionamento e stabilizzazione delle braccia;
 - apertura e chiusura della mano funzionale;
 - attività di afferrare e rilasciare;
 - manipolazione usando il pollice e le dita contemporaneamente;
 - l'abilità globale (destrezza nella funzione).

La VLT misura e registra, su una scala a 5 punteggi, la qualità del più alto livello di funzione ottenibile. L'incapacità a svolgere un compito può derivare dalla presenza di fattori limitanti sia di tipo patologico (spasticità, limitazioni articolari) sia fisiologico (forma della mano, lunghezza del braccio). Anche i fattori limitanti e le complicanze sono registrati dalla scala. L'intera valutazione focalizza specifiche caratteristiche della funzione, sia attuale che potenziale, e individua l'arto più adatto a un determinato compito. Può essere, quindi, un valido ausilio per il medico, il chirurgo e il terapeuta nella decisione dei tempi e delle modalità del programma riabilitativo. Gli item da valutare sono i seguenti.

- Propulsione in carrozzina: valuta le possibilità attuali di muoversi usando una carrozzina a propulsione manuale.
- Trasferimenti: valuta l'abilità di compiere trasferimenti (da e su carrozzina) usando la forza delle braccia.
- Sollevamento da seduto: valuta l'abilità di alzare il corpo da seduto e temporaneamente ridurre il peso alle natiche.
- Stabilizzazione delle braccia: valuta l'abilità di stabilizzare liberamente le braccia nello spazio per un tempo di 5 secondi.
- Compito dell'arco: valuta la possibilità di posizionare il braccio in un piano frontale.
- Protendere le braccia in avanti: valuta l'abilità di muovere gli oggetti in un piano orizzontale.
- Raggiungimento di oggetti in basso: valuta l'abilità di prendere oggetti dal pavimento e di scambiarli.
- Raggiungimento di oggetti in alto: valuta la capacità di muovere oggetti verso il basso e di riportarli in alto.
- Sensazione: quantifica la capacità di sentire la differenza di peso.
- Chiusura del pollice: valuta la qualità e l'entità della chiusura del pollice che è possibile quando il polso in completa estensione.
- Apertura del pollice: valuta la qualità e l'entità dell'apertura del pollice nel sollevare e nel rilasciare un oggetto.
- Presa di pollice: valuta le modalità di presa di un oggetto dal tavolo.
- Chiusura delle dita: questo item è particolarmente importante quando si prendono in considerazione interventi chirurgici, in vista dei quali è necessario registrare la natura della limitazione presente.
- Apertura delle dita: valuta la capacità e l'entità dell'apertura delle dita nel sollevare e rilasciare oggetti.
- Forza delle dita.
- Presa della penna.
- Accendere un fiammifero.
- Apertura della bottiglia: valuta la capacità di aprire il tappo a corona di una bottiglia.
- GRT (Grasp and Release Test): è stato progettato per valutare la funzionalità della mano in soggetti con tetraplegia C5-C6, ma è stato utilizzato anche per valutare la funzione della mano prima e dopo i trasferimenti tendinei nelle persone con lesioni a livello C6-C7. Il GRT valuta la capacità di raccogliere, spostare e rilasciare sei oggetti di dimensione, peso e materiale diversi utilizzando una presa palmare o una presa laterale. Ogni oggetto è stato scelto per rappresentare uno o più oggetti normalmente manipolati nelle AVQ che presentavano una serie di difficoltà. Alla PLM viene assegnato un punteggio in base alla capacità di afferrare e rilasciare con successo tutti gli oggetti tante volte quanto possibile in 30 secondi. Ogni mano è testata e valutata separatamente. Il tempo approssimativo di somministrazione è di 20 minuti.

8. Scale di valutazione in area psicologica

- *Dolore:*
 - QUID (Questionario italiano del dolore). Può essere utilizzato per misurare quantitativamente e qualitativamente la percezione dolorosa, per differenziare le diagnosi tra sindromi dolorose croniche, per distinguere il dolore somatico da quello psicogeno, quello acuto da quello cronico e, infine, per monitorare terapie, predizioni e valutazioni di metodiche

antalgiche (farmacoterapie, biofeedback, ipnosi ecc.). Questa metodologia di valutazione multidimensionale semantica dell'esperienza dolorosa può anche essere estesa all'ambito pediatrico. La somministrazione dello strumento dura circa 15 minuti.

- *Ansia e depressione:*

- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). È una delle scale maggiormente usate in questi ultimi anni per la valutazione dell'ansia e della depressione nei pazienti ospedalizzati. È composta da 14 item a risposta multipla (0-3), dei quali 7 inerenti alla dimensione dell'ansia e 7 quella della depressione.

- BDI (Beck Depression Inventory). Il BDI è uno strumento *self-report* per la valutazione della gravità della depressione in pazienti già diagnosticati e per la rilevazione del rischio della depressione nella popolazione normale. Esso si è dimostrato inoltre efficace nel discriminare pazienti affetti da depressione clinica rispetto a pazienti psichiatrici non depressi. La somministrazione dello strumento dura circa 10 minuti.

- STAI-Y 1 e 2 (State-Trait Anxiety Inventory forma Y). Evoluzione della *forma X*, è uno strumento di facile applicazione e interpretazione, finalizzato alla rilevazione e misurazione dell'ansia, sia per finalità di tipo psicodiagnostico, sia per verificare l'efficacia e i benefici della psicoterapia. È quindi utile come misura generica dello stress, non ponendo diretti riferimenti a situazioni di lavoro. La somministrazione dello strumento dura circa 10 minuti.

- TAD (Ansia e depressione nell'infanzia e nell'adolescenza). È uno strumento multidimensionale costituito da tre scale – rispettivamente per il ragazzo, per gli specialisti e per i genitori – ognuna delle quali fornisce informazioni complementari per individuare l'entità dell'ansia e della depressione nei ragazzi di età compresa fra i 6 e i 19 anni.

- *Qualità della vita e benessere:*

- PGWB (Psychological General Well-Being Index). È una misura validata della qualità della vita ampiamente usata nella pratica clinica e nella ricerca epidemiologica per fornire una valutazione generale soggettiva del benessere psicologico e della salute.

- *Dinamiche familiari:*

- FAD (Family Assessment Device). Valuta diversi domini nell'ambito del contesto e del funzionamento familiare tra cui la soluzione dei problemi, le comunicazioni reali, la risposta affettiva, il coinvolgimento affettivo, il controllo del comportamento e l'organizzazione generale.

- *Risposte adattive:*

- COPE-NVI (Coping Orientation to Problems Experienced-New Italian Version). È uno strumento utilizzato per misurare gli stili di coping, ovvero le modalità con cui le persone cercano di gestire eventi traumatici o situazioni quotidiane stressanti.

- ⁸ RSA (Resilience Scale for Adults). Oltre a valutare gli stili di coping dei soggetti, comprende anche delle sottoscale che misurano il supporto familiare ed esterno.

- *Relazione medico-paziente:*

- Patients and Physicians Questionnaires. Lo strumento è composto da due diversi questionari e permette di valutare la soddisfazione della relazione medico-paziente da entrambi i punti di vista.

- *Caregiver:*

- CBI (Caregiver Burden Inventory). È uno strumento che permette di valutare il carico assistenziale soggettivo dei caregiver.

Bibliografia

GRESHAM G. E., LABI M. L., DITTMAR S. S., HICKS J. T., JOYCE S. Z., STEHLIK M. A. (1986), *The Quadriplegia Index of Function (QIF): Sensitivity and Reliability Demonstrated in a Study of Thirty Quadriplegic Patients*. Paraplegia, 24, pp. 38-44.