

G. Bertolotti^{1*}, G. Vidotto², P. Baiardi^{1°}, M. Carone^{1**}, M. Sommaruga^{1*}, A.M. Zotti^{1**}

Il Sickness Impact Profile: versione Italiana

¹ Fondazione Salvatore Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione IRCCS, Istituti di *Tradate, **Veruno, °Pavia

² Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova

RIASSUNTO. Il Sickness Impact Profile (SIP) è uno dei più utilizzati questionari per la valutazione "Generica" dello stato funzionale di salute. Per ottenerne la versione Italiana si è posta la dovuta attenzione a mantenere l'equivalenza nella traduzione degli idiomi, nella grammatica e nella sintassi, con il fine di renderla scevra da erronee traduzioni o possibili fraintendimenti. Poiché lo scoring originale del SIP attribuisce agli item diverso valore (peso specifico), avvalendosi del giudizio di n 63 soggetti, gli item del SIP sono stati sottoposti alla stessa procedura di attribuzione valoriale ovvero ad un giudizio di disfunzionalità espresso mediante una scala analogica a 11 intervalli, ad una ri-classificazione gerarchica ed al re-test. I risultati delle correlazioni test re-test, entro valori di r quasi sempre compresi tra 0.70 e 0.90, indicano una attendibilità della procedura di attribuzione valoriale e una sostanziale sovrapposizione tra pesi italiani e quelli originali: entrambi gli scoring possono essere quindi impiegati. Il SIP sembra essere un questionario applicabile alla realtà italiana: è utilizzabile per la misura dello stato funzionale o di qualità di vita, e anche come preziosa fonte di informazione per lo psicologo in ambito riabilitativo-ospedaliero qualora si volesse pianificare un intervento mirato alle aree evidenziate dal soggetto e contraddistinte ad esempio dai punteggi più elevati.

Parole chiave: qualità di vita, comparazione cross-culturale, indice di stato di salute.

ABSTRACT. The Sickness Impact Profile (SIP) is one of the questionnaires most widely used for the generic evaluation of functional health status. Besides measuring functional status or quality of life, it is also a precious font of information for the psychologist in the inpatient-rehabilitative context when planning an intervention focused on the most dysfunctional areas indicated by the subject. In producing the Italian version of the SIP, attention was duly paid in the translation to maintain equivalence in terms of idioms, grammar and syntax, so as to render it free of erroneous translations or possible misunderstandings. Since the SIP employs "weighted" items, in order to obtain the weights corresponding to each individual statement a 3-phase procedure was followed: A) each subject "judge" was asked to express on a scale his/her own dysfunctionality judgement for each item; B) statements with the highest and lowest mean weight for each category were identified; C) the same "judges" were then asked to reclassify the statements which had obtained the highest and lowest weights, respectively, on a scale of 15 equidistant intervals; subsequently the same subjects completed the SIP a second time (retest). Results show that the judges were coherent in their estimation of the specific weights for each item. In the judges' second completion of the SIP it was found that the majority of the test-retest correlations fell almost always within the $r = 0.70 - 0.90$ range. Moreover, given the marginal difference between Italian and United States weights, both methods may be used for the calculation of the scores. One thus concludes that the SIP questionnaire can be applied in the Italian context.

Key words: quality of life, cross-cultural comparison, health status index.

Introduzione

Negli anni settanta Marilyn Bergner e un team interdisciplinare dell'Università di Washington-Seattle, dopo aver constatato che le misure cliniche non sempre si erano dimostrate efficaci nell'indicare i miglioramenti evidenti nei pazienti, iniziarono il progetto "Sickness Impact Profile" (SIP). Il SIP è stato il primo strumento di valutazione che consentisse una misura "Generica" della salute da un punto di vista comportamentale. Grazie a numerosi progressivi affinamenti (1, 2), lo strumento ha raggiunto la versione finale nel 1976 (3). Essa è stata aggiornata nel 1993, ad opera di Donald Steinwachs e Anne Damiano, ed è la versione diffusa dalla Johns Hopkins University (4). Oggi il SIP è uno tra i più utilizzati strumenti "Generici" per la misura dello stato di salute; consente di ottenere un continuum che da una parte indica assenza di limitazioni (salute) e dall'altra indica uno stato di limitazione (difficoltà nell'iniziare o mantenere un'attività o totale impossibilità ad effettuarla) accusato dal soggetto a seguito di una malattia (impatto).

La traduzione di ogni questionario in una lingua diversa da quella in cui è stato sviluppato deve sottostare ad un attento lavoro che consideri una corretta retro-traduzione (back version), che mantenga la capacità di chiedere in modo comprensibile ed "equivalente" (5) i contenuti delle affermazioni inserite nella versione originale, ovvero che nulla aggiunga o sottragga alle eventuali differenze di giudizio imputabili a culture di nazioni o gruppi etnici diversi (6, 7).

Lo scopo di questo lavoro è di dare all'operatore sanitario italiano alcuni cenni relativi allo sviluppo del Sickness Impact Profile e di fornire la versione adatta all'utilizzo in Italia sia per scopi di ricerca sia per un utilizzo in ambito clinico al fine di valutare gli esiti del trattamento.

Descrizione del Sickness Impact Profile

Il SIP è costituito da 136 affermazioni (item) che descrivono attività associate alla vita quotidiana. Le affermazioni sono raggruppate in 12 categorie omogenee per il contenuto della attività. La Tabella I riporta un esempio di affermazione per ognuna delle categorie. Ogni affermazione è scritta in prima persona al tempo presente. Il SIP può essere somministrato con intervista o auto-compilato. Si ri-

chiede che il soggetto indichi (con una crocetta a fianco dell'affermazione o rispondendo "sì" all'intervistatore) per ogni categoria tutte le affermazioni che sicuramente reputa vere in conseguenza al proprio stato di salute. Ad esempio l'affermazione "sto seduto per la maggior parte della giornata" deve essere segnata se la condizione descritta è determinata dallo stato di salute, diversamente non deve essere segnata se il lavoro è prevalentemente sedentario e se nel dopo lavoro non viene svolta attività ginnico-motoria.

Il SIP consente di ottenere i singoli punteggi di Categoria e i punteggi delle Dimensioni Fisico e Psicosociale oltre ad un punteggio Totale. La Tabella II riporta le Dimensioni e le Categorie che compongono il SIP. Il punteggio ha una

Tabella I. Esempio di item inclusi nel Sickness Impact Profile

Categoria	Acronimo	Esempio
Sonno e riposo	SR	Durante il giorno dormo o mi appisolo di più
Comportamento emozionale	EB	Parlo del mio futuro senza speranza
Igiene personale e movimento	BCM	Non riesco a mantenere l'equilibrio
Gestione della casa	HM	Non sto facendo i lavori di casa pesanti
Mobilità	M	Rimango a casa per la maggior parte del tempo
Interazione sociale	SI	Non vado più a trovare i conoscenti
Deambulazione	A	Non vado a piedi in salita o in discesa
Comportamento vigile	AB	Faccio più errori del solito
Comunicazione	C	Vengo capito con difficoltà
Lavoro	W	Sto svolgendo solo lavori leggeri
Ricreazione e passatempi	RP	Sto svolgendo meno attività per la comunità
Alimentazione	E	Non mi alimento da solo ma devo essere imboccato

Legenda degli acronimi: SR = Sleep and Rest; EB = Emotional Behavior; BCM = Body Care and Movement; HM = Home Management; M = Mobility; SI = Social Interaction; A = Ambulation; AB = Alertness Behavior; C = Communication; W = Work; RP = Recreation and Pastimes; E = Eating.

Tabella II. Dimensioni e Categorie del Sickness Impact Profile

Dimensione	Categoria
Fisica	Deambulazione Mobilità Igiene personale e movimento
Psicosociale	Comunicazione Comportamento vigile Comportamento emozionale Interazione sociale
Categorie Indipendenti	Sonno e riposo Alimentazione Lavoro Gestione della casa Ricreazione e passatempi

gamma da 0 a 100: quanto più il punteggio si avvicina a 100 tanto maggiore è la disfunzione presente. Ogni punteggio di categoria è ottenuto sommando il peso di ogni affermazione segnata diviso per la sommatoria di tutti quelli compresi nella categoria e moltiplicato per cento. Analoga procedura si applica per ottenere il valore della Dimensione Fisica e Psicosociale ed il punteggio Totale.

Materiali e metodi

La metodologia seguita per condurre l'adattamento in lingua Italiana si è ispirata alla linea guida proposta da Guillemin, Bombardier & Beaton (8-1993) e alle indicazioni suggerite da Acquadro, Jambon Ellis & Marquis (9-1996) della MAPI Research Institute e approvate dai curatori della versione statunitense del SIP (D.M. Steinwacks e E.A. Skinner, Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, Baltimora).

La procedura dello studio si è articolata nelle seguenti fasi.

Traduzione iniziale: si sono effettuate due traduzioni indipendenti effettuate da esperti (GB psicologo e da GJ traduttrice di madre lingua inglese; EC ergonomista).

Prima revisione: due medici specialisti (MC pneumologo, FC neurologo) hanno indipendentemente effettuato osservazioni allo scopo di indicare la comprensibilità di ogni affermazione e quando in presenza di affermazioni tradotte in modo diverso hanno indicato quella più comprensibile. Da queste indicazioni si è provveduto a redarre la "prima versione tradotta".

Retro-traduzione: effettuate in modo indipendente da una traduttrice professionista (RA) e da una specialista medico (DJ) entrambe di madre lingua inglese.

Revisione del comitato di esperti: quattro esperti in psicologia e psicomotricità (AMZ, GM, SC ed ES) hanno fornito in modo indipendente suggerimenti critici nei confronti della prima versione tradotta avvalendosi anche delle due retro-traduzioni e della versione originale del SIP. I suggerimenti sono stati fatti confluire per consentire la stesura della "seconda versione tradotta".

Comprensione del test: sono stati intervistati 20 soggetti (medici, psicologi, pazienti in regime di riabilitazione ed infermieri) chiedendo loro di indicare ogni affermazione che appariva poco chiara o che la lettura generava possibili fraintendimenti.

Fasi per ottenere i pesi relativi ad ogni singola affermazione: A) ogni affermazione del SIP veniva fatta seguire da una scala a undici intervalli uguali (10 centimetri di lunghezza) che riportava ad un estremo, indicato con valore 1, l'ancoraggio "disfunzionale al minimo" ed all'altro estremo, indicato con valore 11, l'ancoraggio "disfunzionale al massimo". Ad ogni soggetto è stato richiesto di esprimere sulla scala il proprio giudizio di disfunzionalità di ogni affermazione; B) identificazione delle affermazioni con peso medio più alto e più basso per ogni categoria; C) agli stessi è stato poi richiesto di riclassificare l'affermazione che aveva ottenuto peso più alto e quella con peso più basso su una scala a quindici intervalli equidistanti (15 centimetri di lunghezza). Successivamente i soggetti

hanno completato per la seconda volta il SIP (re-test). La metodologia per l'attribuzione dei pesi è descritta in Bergner et al. (1) e in Carter et al. (2). Le analisi statistiche sono state condotte con software SPSS (10).

Soggetti

Sessantatré soggetti volontari ("giudici") hanno compilato il SIP seguendo le modalità indicate ai punti A, B, C della metodologia al fine di ottenere i pesi per ogni affermazione e quindi di consentire la valutazione di un punteggio Totale e dei punteggi delle dimensioni Fisica e Psicosociale. La Tabella III riporta le caratteristiche demografiche. Diciassette soggetti erano pazienti ricoverati per riabilitazione a seguito di malattia cardiaca o polmonare (età 53 ± 9.5); trentuno erano soggetti sani al proprio domicilio (età 52 ± 12.4) e diciotto erano personale sanitario, infermieri e medici specialisti (età 32 ± 5.8). Cinquantaquattro soggetti, equivalente allo 86% del gruppo reclutato, hanno compilato il SIP una seconda volta entro 2-10 giorni dalla prima compilazione.

Tabella III. *Caratteristiche dei soggetti arruolati nel test e nel re-test*

	Test		Re-test	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
n°	34	32	27	27
Età (ds.)	49.4 (11.8)	44.6 (15.1)	41.5 (8.5)	39 (10.1)

Risultati

La prima revisione sulla traduzione iniziale, condotta da due medici esperti, ha consentito di riformulare alcune affermazioni che presentavano lievi imperfezioni che potevano dare adito a difficoltà nella comprensione. La "prima versione tradotta" sottoposta a retro-traduzione ha consentito di evidenziare le affermazioni che presentavano di-

versità nella lingua originale del SIP (inglese americano) e quindi scegliere la traduzione più fedele e più "equivalente". Infine l'intervista condotta su 20 soggetti "pilota" ha consentito di verificare che tutte le affermazioni erano sufficientemente chiare e che la lettura delle affermazioni non dava adito a fraintendimenti.

L'analisi della varianza condotta sui pesi forniti dai tre gruppi di "giudici" (personale sanitario, malati, sani,) ha indicato differenza significativa nella scala BCM.

Valutazione di concordanza nel giudizio dei giudici

Cinquantaquattro "giudici" sono stati reintervistati al fine di verificare la stabilità dei loro giudizi. Questa operazione è stata condotta direttamente sui valori risultanti dall'analogo visivo, che indicano la disfunzionalità dell'attività o del comportamento descritto dall'affermazione. Si è calcolato il coefficiente di correlazione tra gli stessi item riproposti sempre attraverso il questionario a distanza di 2-10 giorni.

I risultati nel complesso sono positivi ed indicano valori di r quasi sempre compresi tra 0.70 e 0.90. Per alcuni item di alcune scale sono stati individuati valori sensibilmente più bassi tra 0.40 e 0.60 (Tabella V). Una analisi accurata attraverso lo studio degli scatter-plot ha evidenziato che questi risultati sono sempre dovuti al comportamento anomalo di pochi soggetti che a distanza di tempo hanno ridefinito il livello di disfunzionalità dell'affermazione.

Gli item che presentano nelle diverse Categorie la correlazione più bassa nella valutazione dei "giudici" al test-retest sono, nella EB, il n° 5 (mi comporto in modo nervoso e irrequieto), nella HM, il n° 5 (Non sto facendo nessuno dei lavori o degli acquisti rispetto a quelli che abitualmente farei) e nella M, il n° 6 (Rimango a casa per la maggior parte del tempo). Per quanto riguarda gli item che hanno conseguito i più alti punteggi di correlazione sono nella SI, l'item n° 10 (Spesso esprimo preoccupazioni su quello che potrebbe accadere), nella RP, il n° 8 (Non sto facendo nessuna delle mie abituali attività fisiche o ricreative) e nella SR il n° 1 (Passo gran parte della giornata re-

Tabella IV. *Medie (e ds) dei punteggi risultanti dalla sommatoria dei pesi forniti dai giudici suddivisi per i tre gruppi di appartenenza*

	Pers. sanitario	Malati	Sani (al domicilio)	p.
Deambulazione (A)	74 (13.4)	72 (16.2)	76 (19.6)	n.s.
Mobilità (M)	71 (13.6)	62 (15.1)	64 (18.4)	n.s.
Igiene personale e movimento (BCM)	83 (9.5)	66 (17.2)	76 (18)	.037
Comunicazione (C)	81 (13)	80 (16.8)	76 (22.6)	n.s.
Comportamento vigile (AB)	78 (16.6)	75 (16)	72 (19.6)	n.s.
Comportamento emozionale (EB)	77 (14.1)	66 (13.3)	70 (17.4)	n.s.
Interazione sociale (SI)	72 (14)	69 (20)	66 (17.6)	n.s.
Sonno e riposo (SR)	78 (11.6)	62 (21.5)	70 (17.8)	n.s.
Alimentazione (E)	72 (13.5)	71 (8.4)	67 (15.7)	n.s.
Lavoro (W)	67 (16.2)	67 (15.8)	61 (18.8)	n.s.
Gestione della casa (HM)	59 (17.6)	55 (14.9)	61 (19)	n.s.
Ricreazione e passatempi (RP)	78 (11.6)	58 (15.5)	56 (21.2)	n.s.

Tabella V. Vengono riportati i valori minimo e massimo delle correlazioni (r di Spearman) tra il primo e il secondo peso fornito dai singoli giudici per ogni item di Categoria

Categoria	Min.	n° item	Max	n° item
Deambulazione (A)	.545	3	.813	10
Mobilità (M)	.394	6	.777	10
Igiene personale e movimento (BCM)	.551	12	.825	3
Comunicazione (C)	.648	8	.817	6
Comportamento vigile (AB)	.539	7	.697	9
Comportamento emozionale (EB)	.383	5	.773	1
Interazione sociale (SI)	.410	19	.864	10
Sonno e riposo (SR)	.553	6	.847	1
Alimentazione (E)	.515	3	.693	9
Lavoro (W)	.515	3	.822	2
Gestione della casa (HM)	.337	1	.714	10
Ricreazione e passatempi (RP)	.512	5	.856	8

stando sdraiato per riposarmi). La categoria che presenta mediamente la gamma di correlazioni più bassa è la AB (Comportamento vigile) mentre la gamma più elevata si trova nella categoria C (Comunicazione).

Valutazione dei pesi Italiani in relazione ai pesi USA: similitudini e diversità nel giudizio espresso dai giudici

Comparando qualitativamente i giudizi espressi dal gruppo di giudici Italiani rispetto a quello fornito dagli statunitensi si possono osservare alcune diversità sia nel peso specifico sia nella classifica di posizione nella stessa categoria. La Tabella VI mostra un esempio. Si osserva che i soggetti italiani ad alcune affermazioni hanno attribuito pesi che indicano una maggior disfunzionalità rispetto a quel-

la espressa dai giudici USA e risultano quindi avere un peso specifico maggiore ed un rango diverso nella graduatoria (es: "Comportarsi in modo nervoso o irrequieto; Non vado in centro città - paese; Non scherzo con i miei famigliari come facevo di solito"). Altri item invece hanno mantenuto la stessa posizione di rango ma con pesi differenti, talvolta maggiori nella versione ITA ("Cambio spesso posizione") talaltra in quella USA (es: "non sto facendo il bucato come avrei fatto di solito"; "non sto facendo nessuno dei lavori di casa rispetto a quello che abitualmente avrei fatto").

In generale la sommatoria dei pesi forniti dai giudici italiani raggiunge valori maggiori rispetto a quelle statunitensi tranne per la Categoria Gestione della casa (HM) che risulta inferiore.

Tabella VI. Esempio di items che assumono pesi o posizioni diverse a quelli osservati nel campione statunitense

Categoria	Item	Peso		Posizione	
		ITA	USA	ITA	USA
EB	5. Mi comporto in modo nervoso e irrequieto	46	96	6°	9°
BCM	17. Ho difficoltà a mettermi i calzini, le scarpe o le calze	105	57	10°	21°
	21. Non ho il controllo del mio intestino	140	128	1°	1°
HM	8. Non sto facendo il bucato come avrei fatto di solito	42	77	9°	3°
	3. Non sto facendo nessuno dei lavori di casa rispetto a quelli che abitualmente avrei fatto	59	86	5°	1°
M	8. Non vado in centro città	73	48	9°	9°
	2. Rimango all'interno di una sola stanza	120	106	1°	1°
SI	2. Non vado a trovare i conoscenti (amici parenti)	77	101	16°	4°
	20. Non sto scherzando con i miei famigliari come ero abituato a fare	113	43	4°	18°
	17. Sto avendo meno attenzione per i bambini	110	64	5°	12°
A	12. Cammino più lentamente	75	35	10°	12°
AB	1. Sono confuso e inizio diverse attività allo stesso tempo	66	90	10°	2°
	9. Faccio più errori del solito	99	64	5°	9°
W	8. Sto svolgendo il mio normale lavoro ma con alcuni cambiamenti, per esempio, adopero strumenti diversi o sussidi facilitati o speciali, scambio alcuni compiti con i colleghi	80	34	4°	8°

Discussione

Il SIP è stato costruito con un approccio finalizzato a valutare lo stato funzionale ed è costituito da un insieme di indicatori (punteggi di Categorie e di Dimensioni) risultanti da una sommatoria di item scelti dal soggetto. In genere gli indicatori di stato funzionale sono concettualmente distinti dalle misure biomeccaniche o fisiologiche perché riflettono l'esperienza propria del soggetto che può anche essere influenzata da uno stato psicologico invalidante/euforizzante. Anche per questo motivo è raro che gli studi mirati a valutare lo stato funzionale di salute generico includano variabili biologiche (i.e. pressione arteriosa) dato che tali misure si ritengono non essere connesse alle percezioni dell'individuo circa il funzionamento fisico, sociale o emozionale.

In questo studio si è inizialmente posta grande attenzione all'equivalenza (11-Sechrest, Fay, & Zaidi 1972) del vocabolario affinché i termini tradotti fossero facilmente riconducibili alla lingua originale, all'equivalenza degli idiomi, nella grammatica e nella sintassi, con il fine di rendere una traduzione scevra da erronee traduzioni o possibili fraintendimenti in termini di diversa rappresentazione non dovuta alla cultura ma alle parole utilizzate nelle affermazioni che compongono il SIP. Si ritiene che i risultati dimostrino una sostanziale sovrapposizione in merito all'equivalenza tra i pesi raccolti verso la fine degli anni settanta dagli Autori del SIP e quelli raccolti grazie al gruppo di soggetti volontari inclusi in questo studio.

Per quanto riguarda i diversi valori osservati nelle correlazioni tra i giudizi espressi dai "giudici" si può supporre che sia più difficile indicare omogeneamente i pesi di disfunzionalità per gli item della Categoria "Comportamento vigile" (AB) probabilmente perché non esprimono una limitazione funzionale bensì un potenziale stato di alterazione dell'attenzione che però può anche essere presente nell'esperienza quotidiana del soggetto non malato. Diversamente la categoria "Comunicazione" descrive situazioni che probabilmente vengono ritenute unanimemente più disfunzionali nella quotidianità indipendentemente da un evento specifico di malattia. È importante rammentare che i "giudici" hanno indicato i pesi utilizzando un analogo visivo (Min. ÷ Max livello di disfunzionalità) immaginando l'item come se descrivesse veramente la realtà. Quindi i risultati del retest e l'analisi degli scatter-plot indicano che solo per alcuni soggetti, il compito è stato interpretato probabilmente in modo erroneo in una delle due compilazioni. Ovviamente questo non inficia la validità dello strumento (3). Il SIP viene infatti somministrato dopo aver fornito prima di ogni scheda di Categoria meticolose istruzioni che recitano: "Per favore indichi con una crocetta SOLO le frasi che con CERTEZZA la descrivono oggi e che sono in relazione al suo stato di salute".

Solo la Categoria "Igiene personale e movimento" (BCM) che indica la impossibilità dell'individuo nell'essere autosufficiente nel movimento, ovvero nel denunciare limitazioni anche nelle principali funzioni corporali, ha evidenziato una differenza significativa confrontando i pesi medi espressi dai tre gruppi di giudici. Si è rilevato che

il gruppo "personale sanitario" valuta con maggiore disfunzionalità rispetto ai soggetti "malati" gli item della suddetta categoria. Questo può anche suggerire che il malato potenzialmente propende a considerare meno disfunzionali situazioni che il personale sanitario giudica invece più disfunzionali e invalidanti.

Nonostante le stime di disfunzionalità di alcune affermazioni del SIP siano agganciate culturalmente, data la sostanziale non differenziazione tra i pesi USA e quelli Italiani e premessa l'importanza di una comparazione internazionale tra le misure impiegate nelle ricerche, si ritiene di poter assumere che i pesi originali "statunitensi" siano utilizzabili anche per la versione italiana del SIP. Solo successivi studi potranno verificare se i pesi "italiani" indicheranno risultati significativamente diversi rispetto ai risultati ottenibili con i pesi Statunitensi. Si ricorda inoltre che le traduzioni riconosciute come ufficiali sono quella britannica, francese, olandese, svedese e norvegese (7).

In precedenza uno studio condotto da Marchionni, Ferrucci, Baldasseroni et al. (12), utilizzando un metodo basato su un confronto per rank (giudizio di classificazione per gravità), aveva dimostrato che i soggetti italiani indicavano minime differenze rispetto alla gravità espressa nel SIP versione Statunitense.

Infine si sottolinea il vantaggio ottenuto con la possibilità di avvalersi nello scoring di un software che oltre alla facilità con cui vengono inseriti i dati forniti dal soggetto, necessita di soli 3-5 minuti per un completo inserimento e calcolo dei punteggi delle singole categorie e delle dimensioni, oltre alla possibilità di utilizzare il punteggio conseguito con i pesi originali e quelli con i pesi ricavati dai "giudici" italiani. Queste informazioni oltre ad essere preziose in ambito di ricerca possono facilitare lo psicologo che volesse pianificare un intervento mirato alle aree maggiormente disfunzionali indicate dal soggetto. Per il lettore interessato ad un esempio di tale applicazione del SIP si suggerisce la lettura dell'articolo di Novelli e Bertolotti (13) che affronta il tema dei pazienti ustionati. L'appendice 1 fornisce l'esempio del foglio riassuntivo dello scoring del SIP.

Ringraziamenti

Si ringraziano Gillian Jarvis (GJ) per il contributo alla risoluzione degli aspetti critici insiti nella lingua Anglo-Statunitense; Edda Capodaglio (EC) per il suo apporto alla stesura della traduzione iniziale; Daniela Jurisich (DJ) e Rosemary Allpress (RA) per le ritraduzioni indipendenti in lingua Inglese; Giusy Majani (GM), Simona Callegari (SC) ed Ezio Sanavio (ES) per il contributo (Comitato di esperti) alla revisione della prima versione tradotta; Federico Cossa (FC) per aver contribuito a migliorare la comprensibilità degli item; a Piera e Giovanna Omarini la somministrazione del SIP; a Paola Vaghi per lo sviluppo del software per il calcolo dei punteggi del SIP e all'ingegner Gianluca Spinatonda per la supervisione dello stesso e a Sabrina Guglielmetti per lo scrupoloso lavoro di verifica dell'output prodotto dal sw. Un grazie particolare ai colleghi del Centro Medico di Tradate per aver accettato di compilare il SIP facilitando il compito di reclutamento di soggetti impiegati in ambito sanitario e per lo stesso motivo a tutti i pazienti che hanno accettato di collaborare. Inoltre a Sonia Morani per il contributo alla costruzione del data base e alle analisi statistiche.

A Claudio Ferdinando Donner per aver favorito e sostenuto lo sviluppo dei progetti inerenti la valutazione della Qualità della Vita.

APPENDICE 1: esempio scoring SIP


**FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI
 CLINICA DEL LAVORO E DELLA RIABILITAZIONE**

D.P.R. n. 991 del 15.06.65

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

CENTRO MEDICO DI TRADATE**SERVIZIO DI PSICOLOGIA****RESPONSABILE: DR. G. BERTOLOTTI****Sickness Impact Profile (SIP) - computerized score system release2000**

Marilyn Bergner, PH.D, January 1978 - The Johns Hopkins University 1977 Tutti i diritti riservati

Aggiornato da Donald M. Steinwachs, Ph.D., e Anne Damiano. Sc.D., Agosto 1993

Traduzione a cura di Giorgio Bertolotti, Mauro Carone e Gillian Jarvis, Maggio 1994

Sig./ra**A L**

Nato il 01/01/1948 (50 anni)

TEST data compilazione questionario 03/03/2000

SCHEDA	Punteggio ITA grezzo	Punteggio USA grezzo	Punteggio Max teorico ITA	Punteggio Max teorico USA	Punteggio (%) ITA	Punteggio (%) USA
A	13,40	8,30	114,70	84,20	11,68	9,86
AB	20,70	16,40	96,80	77,70	21,38	21,11
BCM	15,30	7,30	263,20	200,30	5,81	3,64
C	0	0	98,70	72,50	0	0
E	0	0	86,30	70,50	0	0
EB	15,90	13,10	95,00	70,50	16,74	18,58
HM	0	0	56,50	66,80	0	0
M	7,70	8,10	82,20	71,90	9,37	11,27
RP	21,30	13,80	59,10	42,20	36,04	32,70
SI	29,00	14,30	189,20	145,00	15,33	9,86
SR	33,50	28,30	61,30	49,90	54,65	56,71
W	16,20	9,20	75,40	51,50	21,49	17,86
Totale SIP	173,0	118,8	1278,4	1003,0	13,53	11,84
SD I	36,4	23,7	460,1	356,4	7,91	6,65
SD II	65,6	43,8	479,7	365,7	13,68	11,98

Legenda:

SDI: A + M + BCM

SDII: SI + C + AB + EB

Indipendenti: SR, E, W, HM, RP

Bibliografia

- 1) 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. *International Journal of Health Services* 1976; 3: 393-415.
- 2) Carter WB, Bobbitt RA, Bergner M, Gilson BS. Validation of an interval scaling: the Sickness Impact Profile. *Health Services Research* 1976; 11: 516-528.
- 3) Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care* 1981; 19,8: 787-805.
- 4) Damiano AM. The Sickness Impact Profile. In B. Spilker (Ed.) *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Second edition. (pp.347-354) Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996.
- 5) Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. "Equivalence" and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res* 1997; 6: 237-247.
- 6) Keith KD, Heal LW, Schalock RL. Cross-cultural measurement of critical quality of life concepts. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 1996; 21, 4, 273-293.
- 7) Anderson RT, Aaronson NK, Leplège AP, Wilkin D. In: B. Spilker (Ed.) *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Second edition. (pp.613-632) Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996.
- 8) Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidem* 1993; 46, 12: 1417-1432.
- 9) Acquadro C, Jambon B, Ellis D, Marquis P. Language and translation issues. In: B. Spilker (Ed.) *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Second edition. (pp. 575-585) Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996.
- 10) SPSS (1997) Base 7.5 per Windows. SPSS Inc., Chicago.
- 11) Sechrest L, Fay TL, Zaidi SFH. Problems of translation in cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1972; 3, 1: 41-56.
- 12) Marchionni N, Ferrucci L, Baldasseroni S, Fumagalli S, Gurallanik JM, Bonazinga M, Cecchi F, Masotti G. Item re-scaling of an Italian version of the Sickness Impact Profile: effect of age and profession of the observers. *J Clin Epidem* 1997; 50, 2: 195-201.
- 13) Novelli B, Bertolotti G. Valutazione della qualità della vita nei pazienti ustionati: uno studio di follow-up. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 2000; 6, 1: 57-68.

Richiesta estratti: Prof. Giorgio Bertolotti, Fondazione Salvatore Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, IRCCS - Via Roncaccio, 16 - 21029 Tradate (Va), Italy - E-mail: gbertolotti@fsm.it