

*Criteria Diagnostici di Ricerca per i Disordini Temporomandibolari*  
***CDR/DTM***

*Traduzione a cura di*  
**Dr. Ambra Michelotti**  
***Università di Napoli Federico II***

***Collaboratori***

Dr. Magda Ferretti  
George Washington University  
Ms. Carla Beneduce  
University at Buffalo

**Tradotto da**

***Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders***  
***Edito da: Samuel F. Dworkin, DDS, PhD and Linda LeResche, ScD***  
*(vedi "Language Translations" al sito web: [RDC-TMDinternational.org](http://RDC-TMDinternational.org))*

***Traduzione di verifica a cura di***

*Dr. Louise Ferretti*  
*Dr. Richard Ohrbach*  
*Ms. Carla Beneduce*  
***University at Buffalo***

***Accettato 20 Settembre 2002***

*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*  
***RDC/TMD***

*Translated by*  
**Dr. Ambra Michelotti**  
*University of Naples Federico II*

*Collaborators*  
Dr. Magda Ferretti  
George Washington University  
Ms. Carla Beneduce  
University at Buffalo

**Translated from**  
*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*  
*Edited by: Samuel F. Dworkin, DDS, PhD and Linda LeResche, ScD*  
*(see Language Translations at website: [RDC-TMDinternational.org](http://RDC-TMDinternational.org))*

***Back-translation Team***  
*Dr. Louise Ferretti*  
*Dr. Richard Ohrbach*  
*Ms. Carla Beneduce*  
***University at Buffalo***

***Accepted September 20, 2002***

**Contents of this document:**

1. Patient History Questionnaire	✓
2. RDC-TMD Clinical Examination Form	✓
3. Clinical Examination Specifications	✓
4. Verbal Instructions for Examiner	
5. Axis I Diagnostic Criteria	
6. Axis II: Disability & Psychological Status	
-Scoring Graded Chronic Pain	✓
-Scoring the Distress Scale Items	✓
-Addendum: Age-Sex Adjusted Norms for Distress Scale Items	
7. Summary of Patient Results	

# **CRITERI DIAGNOSTICI DI RICERCA PER I DISORDINI TEMPOROMANDIBOLARI**

AXIS I: ISTRUZIONI PER L'ESAME CLINICO  
E CARTELLA CLINICA,  
E ISTRUZIONI PER LA  
VALUTAZIONE E LA DIAGNOSI

AXIS II: QUESTIONARI BIOCOMPORIMENTALI.  
ISTRUZIONI PER IL PUNTEGGIO  
E LA VALUTAZIONE

# INDICE

Questionario anamnestico e demografico	3-10
Questionario sulla funzione mandibolare	11
<u>AXIS I</u>	(pag. 12-27)
Istruzioni per l'esame clinico	13-18
Cartella clinica RDC	19-22
Algoritmi diagnostici	23-27
<u>AXIS II</u>	(pag. 28-33)
I. Gravità del dolore cronico	
Questionario a 7 domande per il livello di gravità del dolore cronico	29
Criteri per il punteggio della gravità del dolore cronico	30
Classificazione	30
II. Valutazione della depressione e sintomi fisici non specifici	
SCL-90-R Scale della Depressione e dei Sintomi Fisici Non-Specifici	31-32
Scale SCL-90-R	33
Classificazione	33
<u>APPENDICE</u>	(pag. 34-37)
Valutare la funzione mandibolare	
- questionario per lo squilibrio della funzione mandibolare	35
Siti placebo	36
Scala di Ansia SCL-90-R	37

# QUESTIONARIO ANAMNESTICO

ID# \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si prega di completare tutte le domande scegliendo una sola delle risposte.

1. In generale, definirebbe il suo stato di salute eccellente, molto buono, buono, discreto o cagionevole?

Eccellente	1
Molto buono	2
Buono	3
Discreto	4
Cagionevole	5

2. In generale, definirebbe la sua salute orale eccellente, molto buona, buona, discreta o cagionevole?

Eccellente	1
Molto buona	2
Buona	3
Discreta	4
Cagionevole	5

3. Nell'ultimo mese, ha avuto dolori al viso, alla mandibola, alle tempie, davanti o all'interno dell'orecchio?
- |    |   |
|----|---|
| No | 0 |
| Si | 1 |

**(Se non ha avuto dolore nell'ultimo mese, si prega proseguire alla domanda 14)**

**Se la risposta è Sì,**

- 4.a. Quanti anni fa il dolore facciale è insorto per la prima volta? \_\_\_\_\_ anni fa

**(Se è un anno fa o più, passare alla domanda 5)      (Se è meno di un anno, scrivere 00)**

- 4.b. Quanti mesi fa il dolore facciale è insorto per la prima volta? \_\_\_\_\_ mesi fa

5. Il suo dolore facciale è persistente, ricorrente, o si è manifestato solo una volta?
- |             |   |
|-------------|---|
| Persistente | 1 |
| Ricorrente  | 2 |
| Una volta   | 3 |

6. Si è mai rivolto/a ad un medico, un dentista, un chiropratico o ad altri professionisti per sofferenza o dolore facciale?
- |                         |   |
|-------------------------|---|
| No                      | 1 |
| Si, negli ultimi 6 mesi | 2 |
| Si, più di 6 mesi fa    | 3 |

7. In questo momento, come giudicherebbe il suo dolore facciale valutato su una scala da 0 a 10, dove 0 corrisponde ad “assenza di dolore” e 10 al “peggiore dolore che possa esistere”?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Assenza di dolore Peggior dolore che possa esistere

8. Negli ultimi 6 mesi, quanto intenso è stato il suo peggior dolore valutato su una scala da 0 a 10, dove 0 corrisponde ad “assenza di dolore” e 10 al “peggiore dolore che possa esistere”?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Assenza di dolore Peggior dolore che possa esistere

9. In media, negli ultimi 6 mesi, quanto intenso è stato il suo dolore valutato su una scala da 0 a 10, dove 0 corrisponde ad “assenza di dolore” e 10 al “peggiore dolore che possa esistere”?  
( Consideri il dolore provato abitualmente, quando si manifesta).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Assenza di dolore Peggior dolore che possa esistere

10. Negli ultimi 6 mesi, quanti giorni si è astenuto/a dalle sue comuni attività (lavoro, scuola, lavori domestici) a causa del dolore facciale?  
\_\_\_\_\_ giorni

11. Negli ultimi 6 mesi, il dolore facciale, valutato su una scala da 0 a 10 dove 0 corrisponde a “nessuna interferenza” e 10 a “incapacità a continuare una qualunque attività”, quanto ha interferito con le sue attività giornaliere?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nessuna interferenza Incapacità a continuare un'attività

12. Negli ultimi 6 mesi, il dolore facciale, valutato su una scala da 0 a 10 dove 0 corrisponde a “nessun cambiamento” e 10 a “cambiamento notevole”, quanto ha modificato la sua capacità di partecipare ad attività ricreative, sociali e familiari?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nessun cambiamento Cambiamento notevole

13. Negli ultimi 6 mesi, il dolore facciale, valutato su una scala da 0 a 10 dove 0 corrisponde a “nessun cambiamento” e 10 a “cambiamento notevole”, quanto ha modificato la sua capacità lavorativa (inclusi i lavori domestici)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nessun cambiamento Cambiamento notevole

14.a Ha mai avuto la mandibola bloccata o ostacolata in maniera tale

No 0

da non poter aprire completamente la bocca? Si 1

**(Se non ha avuto problemi ad aprire completamente la bocca, si prega proseguire alla domanda 15)**

**Se la risposta è Si,**

14.b La limitazione nell'apertura della bocca è stata tanto grave da compromettere la sua capacità di mangiare? No 0  
Si 1

15. a. Sente uno schiocco o click alla mandibola quando apre o chiude la bocca o quando mastica? No 0  
Si 1

d. Durante il giorno, digrigna o serra i denti? No 0  
Si 1

b. Sente un crepitio alla mandibola quando apre o chiude la bocca o quando mastica? No 0  
Si 1

e. La mattina, al risveglio, riscontra indolenzimento o rigidità della mandibola? No 0  
Si 1

c. Ha notato, o le è stato detto, che digrigna o serra i denti quando dorme? No 0  
Si 1

f. Sente rumori o ronzii o fischi all'orecchio? No 0  
Si 1

g. I denti chiudono in maniera non confortevole o diversa dal solito? No 0  
Si 1

16.a Soffre di artrite reumatoide, lupus erythematosus o di altre malattie artritiche di tipo sistemico? No 0  
Si 1

16.b Sa se qualcuno della sua famiglia ha sofferto di uno di questi disturbi? No 0  
Si 1

16.c Ha avuto, o presenta tuttora, qualche dolore o gonfiore ad altre articolazioni oltre che alle articolazioni vicine all'orecchio (articolazioni temporomandibolari)? No 0  
Si 1

**(Se non ci sono articolazioni gonfie o dolenti, si prega proseguire alla domanda 17.a)**

**Se la risposta è Si,**

16.d Considera questo un dolore persistente che ha avuto per almeno un anno? No 0  
Si 1

17.a Ha avuto recenti traumi al viso o alla mandibola? No 0  
Si 1

**(Se non sono presenti traumi recenti, si prega proseguire alla domanda 18)**

**Se la risposta è Si,**

17.b Prima del trauma aveva dolore alla mandibola? No 0  
Si 1

18. Negli ultimi 6 mesi ha avuto problemi di mal di testa o di emicrania? No 0  
Si 1

19. In quali attività il problema mandibolare le causa impedimento o limitazione?

	No	Si
a) masticare	0	1
b) bere	0	1
c) attività fisica	0	1
d) mangiare cibi duri	0	1
e) mangiare cibi morbidi	0	1
f) sorridere/ridere	0	1
g) attività sessuale	0	1
h) lavare denti o viso	0	1
i) sbadigliare	0	1
j) deglutire	0	1
k) parlare	0	1
l) mantenere la mimica facciale usuale	0	1

20) Nell'ultimo mese, quanto è stato disturbato/a da:

	Per niente	Poco	Moderatamente	Parecchio	Estremamente
a Mal di testa	0	1	2	3	4
b Perdita di interesse o di piacere sessuale	0	1	2	3	4
c Debolezza o capogiri	0	1	2	3	4
d Dolore al cuore o al petto	0	1	2	3	4
e Sentirsi giù o con poche energie	0	1	2	3	4
f Pensieri di morte o di morire	0	1	2	3	4
g Poco appetito	0	1	2	3	4
h Facilità al pianto	0	1	2	3	4
i Rimproverarsi qualcosa	0	1	2	3	4
j Dolori nella parte inferiore della schiena	0	1	2	3	4
k Senso di solitudine	0	1	2	3	4
l Senso di malinconia	0	1	2	3	4
m Eccessiva preoccupazione per le cose	0	1	2	3	4
n Perdita di interesse per le cose	0	1	2	3	4
o Nausea o indisposizione di stomaco	0	1	2	3	4
p Dolenza ai muscoli	0	1	2	3	4
q Difficoltà nell'addormentarsi	0	1	2	3	4
r Difficoltà nel respirare	0	1	2	3	4
s Vampate di caldo o brividi di freddo	0	1	2	3	4
t Intorpidimento o formicolio in parti del corpo	0	1	2	3	4
u Senso di nodo in gola (senso di bolo)	0	1	2	3	4
v Perdita di speranza nel futuro	0	1	2	3	4
w Senso di debolezza in parti del corpo	0	1	2	3	4
x Senso di pesantezza alle braccia e alle gambe	0	1	2	3	4
y Pensare di mettere fine alla propria vita	0	1	2	3	4
z Eccessi nel mangiare	0	1	2	3	4
aa Svegliarsi presto la mattina	0	1	2	3	4
bb Sonno disturbato o poco riposante	0	1	2	3	4
cc Sentire che ogni cosa è uno sforzo	0	1	2	3	4
dd Sentirsi inutile	0	1	2	3	4
ee Sentirsi in trappola	0	1	2	3	4

ff Sensi di colpa	0	1	2	3	4
gg Sentirsi senza speranze per il futuro	0	1	2	3	4

21. Come giudica il modo in cui si prende cura della sua salute generale?

Eccellente 1  
Molto buono 2  
Buono 3  
Discreto 4  
Insufficiente 5

22. Come giudica il modo in cui si prende cura della sua salute orale?

Eccellente 1  
Molto buono 2  
Buono 3  
Discreto 4  
Insufficiente 5

23. Data di nascita

Giorno\_\_\_\_\_ Mese\_\_\_\_\_ Anno\_\_\_\_\_

24. Sesso

Maschio 1  
Femmina 2

25. Quale dei seguenti gruppi rappresenta meglio la sua razza?

Aleutino, Eschimese, Indiano Americano 1  
Asiatico o delle isole del Pacifico 2  
Nero 3  
Caucasico 4  
Altro 5  
(specificare\_\_\_\_\_)

26.

A quale di questi gruppi etnici appartengono le sue origini nazionali o i suoi antenati?

Portoricano	1	Chicano	5
Cubano	2	Altro Latino Americano	6
Messicano	3	Altro Spagnolo	7
Messicano Americano	4	Nessuno di questi	8

27. Qual è il suo titolo di studio

Mai frequentata la scuola	"00"				
Diploma Elementare	1	2	3	4	5
Diploma di Scuola Media	1	2	3		
Diploma di Scuola Superiore	1	2	3	4	5
Università	1	2	3	4	5

28a.

Nelle ultime 2 settimane, escludendo i lavori domestici, ha lavorato o stato/a impegnato/a in altre attività' (come ad esempio lavori non remunerativi relativi ad attività' familiari commerciali o meno)?

Si 1  
No 2

**(Se la risposta è Si, si prega proseguire alla domanda 29)**

**Se la risposta è No,**

28.b Anche se nelle ultime 2 settimane non ha lavorato, ha un lavoro o è impegnato/a in attività' ?  
2

Si 1  
No

**(Se la risposta è Si, si prega proseguire alla domanda 29)**

**Se la risposta è No,**

28.c In queste due settimane, ha cercato lavoro o e' stato/a licenziato/a?

Si, ero in cerca di lavoro 1  
Si, sono stato licenziato/a 2  
Si, sono stato licenziato/a e sono in cerca di lavoro 3  
No 4

29. Qual è il suo stato civile?

Sposato/a che vive in famiglia 1  
Sposato/a che non vive in famiglia 2  
Vedovo/a 3  
Divorziato/a 4  
Separato/a 5  
Mai stato sposato/a 6

30. Quale dei seguenti rappresenta meglio il suo reddito familiare degli ultimi 12 mesi?

\_\_\_ 0-14.999 €                      \_\_\_ 25.000-34.999 €                      \_\_\_ 50.000 € o più  
\_\_\_ 15.000-24.999 €                      \_\_\_ 35.000-49.999 €

31. Qual è il suo codice di avviamento postale (C.A.P.)?

## Dati demografici

1. Data di nascita Giorno\_\_\_\_\_ Mese\_\_\_\_\_ Anno\_\_\_\_\_

2. Sesso Maschio 1  
Femmina 2

3. Quale dei seguenti gruppi rappresenta meglio la sua razza?

Aleutino, Eschimese, Indiano Americano	1
Asiatico o delle isole del Pacifico	2
Nero	3
Caucasico	4
Altro	5
(specificare_____)	

4. A quale di questi gruppi etnici appartengono le sue origini nazionali o i suoi antenati?

Portoricano	1	Chicano	5
Cubano	2	Altro Latino Americano	6
Messicano	3	Altro Spagnolo	7
Messicano Americano	4	Nessuno di questi	8

5. Qual è il suo titolo di studio

Mai frequentata la scuola	“00”		
Diploma Elementare	1 2 3 4 5		
Diploma di Scuola Media	1 2 3		
Diploma di Scuola Superiore	1 2 3 4 5		
Università	1 2 3 4 5		

6a.  
Nelle ultime 2 settimane, escludendo i lavori domestici, ha lavorato o stato/a impegnato/a in altre attività' (come ad esempio lavori non remunerativi relativi ad attività' familiari commerciali o meno)?

	Si	1
	No	2

**(Se la risposta è Si, si prega proseguire alla domanda 7)**

**Se la risposta è No,**

6.b Anche se nelle ultime 2 settimane non ha lavorato, ha un lavoro o è impegnato/a in attività'?

	Si	1
2		No

**(Se la risposta è Si, si prega proseguire alla domanda 7)**

**Se la risposta è No,**

6.c  
In queste due settimane, ha cercato lavoro o e' stato/a licenziato/a?

Si, ero in cerca di lavoro	1
Si, sono stato licenziato/a	2
Si, sono stato licenziato/a e sono in cerca di lavoro	3

No 4

7. Qual è il suo stato civile?

Sposato/a che vive in famiglia	1
Sposato/a che non vive in famiglia	2
Vedovo/a	3
Divorziato/a	4
Separato/a	5
Mai stato sposato/a	6

8. Quale dei seguenti rappresenta meglio il suo reddito familiare degli ultimi 12 mesi?

____ 0-14.999 €	____ 25.000-34.999 €	____ 50.000 € o più
____ 15.000-24.999 €	____ 35.000-49.999 €	

9. Qual è il suo codice di avviamento postale (C.A.P.)?

## QUESTIONARIO SULLA FUNZIONE MANDIBOLARE

### Elenco delle difficoltà mandibolari

In quali attività il problema mandibolare le è stato di impedimento o di limitazione?

	No	Si
m) masticare	0	1
n) bere	0	1
o) attività fisica	0	1
p) mangiare cibi duri	0	1
q) mangiare cibi morbidi	0	1
r) sorridere/ridere	0	1
s) attività sessuale	0	1
t) lavare denti o viso	0	1
u) sbadigliare	0	1
v) deglutire	0	1
w) parlare	0	1
x) mantenere la mimica facciale usuale	0	1

**CRITERI DIAGNOSTICI DI RICERCA  
PER I DISORDINI TEMPOROMANDIBOLARI**

---

**Asse I**

## **CRITERI DIAGNOSTICI DI RICERCA PER DTM**

### **Indicazioni per l'esame dei disordini temporomandibolari**

#### **A. Istruzioni generali per l'esame clinico**

1. Tutto il questionario e le voci dell'esame clinico devono essere completati a meno che il paziente rifiuti o non collabori. In questo caso, verra' trascritto in cartella – in stampatello grande - SR (il soggetto rifiuta) e verra' riportato il motivo del rifiuto o non-collaborazione del paziente.
2. Tutte le misurazioni saranno eseguite con i muscoli masticatori a riposo, a meno che non venga richiesto diversamente. Le articolazioni ed i muscoli non devono essere sottoposti ad ulteriori carichi o pressioni.
3. Tutte le misurazioni millimetriche devono essere riportate ad 1 o 2 cifre. Se una misurazione a 2 cifre è riportata ad una cifra, quest'ultima va preceduta dallo 0. Se la misurazione è compresa tra due millimetri, riportare il valore piu' basso.
4. Il paziente siedera' sulla poltrona a circa 90° rispetto all'esaminatore.
5. Gli esaminatori indosseranno sempre i guanti.
6. I pazienti portatori di protesi verranno esaminati con la protesi in bocca; le protesi verranno rimosse nel caso in cui sia necessario osservare la mucosa e la gengiva o effettuare una palpazione intraorale. Placche occlusali o altre apparecchiature non protesiche devono essere rimosse durante l'esame.
7. Indicare se il paziente ha la barba, porta un collare ortopedico od altra barriera fisica che possa interferire con la palpazione muscolare o dell'ATM.
8. Procedere con l'esame clinico nell'ordine riportato sulla cartella ed annotare tutte le misurazioni negli appositi spazi.
9. I punti 4.d (sovrapposizione verticale dei margini incisivi) e 6.d (deviazione delle linee mediane) sono stati inclusi in modo da poter fare correzioni delle misurazioni dei punti 4 e 6, e per poter cosi' determinare i valori reali di apertura ed escursione laterale. La misurazione dell'overbite (4.d) dovrebbe essere aggiunta alle misurazioni dei punti compresi da 4.a a 4.c in modo tale da poter determinare il valore reale di apertura. Per i punti 6.a e 6.b, in caso di deviazione della linea mediana (6.d) maggiore di 0, bisogna aggiungere la misura della deviazione su un lato dell'escursione laterale e sottrarla dall'altro.

*Ad esempio:* se un soggetto presenta una deviazione della linea mediana di 2 mm a destra, bisogna sottrarre 2 mm dal valore dell'escursione laterale di destra ed aggiungere questi 2 mm al valore dell'escursione laterale di sinistra.

**Nota:** Questi punti sono stati spostati dalla sezione del questionario alla sezione dell'esame clinico, in quanto i criteri diagnostici di ricerca richiedono che la localizzazione del dolore venga fatta dal paziente stesso (punti dell'esame 1 e 2) e successivamente verificata dall'esaminatore. In questo

modo, l'esaminatore potrà confermare, in maniera attendibile, il tipo e la sede del dolore indicati dal paziente.

## **B. Esame clinico**

1. Cerchiare la risposta appropriata. Se il soggetto indica un dolore alla linea mediana, riportare "Entrambi".
2. Cerchiare la risposta appropriata. Se all'esaminatore non è chiaro se il punto indicato dal paziente sia riferito al muscolo o all'articolazione, allora l'esaminatore dovrà premere il più leggermente possibile sull'area per identificare correttamente il sito anatomico. Ad esempio, se il soggetto indica dolore nella zona articolare, ma l'esaminatore ritiene che il sito indicato sia muscolare, allora verrà registrato in cartella quanto individuato dall'esaminatore.
3. *Modalità di apertura.* Istruzioni generali: Chiedere al paziente di mettere la mandibola in una posizione confortevole ("Metta la bocca in una posizione confortevole con i denti che si toccano leggermente"). Per osservare la linea mediana, abbassare il labbro inferiore del paziente con il pollice in modo da esporre i denti inferiori. Chiedere al paziente di aprire la bocca il più possibile, anche se avverte dolore ("Vorrei che lei aprisse la bocca il più possibile, anche se avverte un po' di dolore"). Se il grado di deviazione non è chiaro, allora usare come guida un righello mantenuto verticalmente tra gli spazi interprossimali degli incisivi superiori ed inferiori (oppure marcare l'incisivo inferiore, se la linea interincisiva non coincide). Chiedere al paziente di aprire tre volte. Se il paziente presenta diversi modi di apertura, chiedere di ripetere le tre aperture e classificare secondo i seguenti criteri (nota: viene valutata solo l'apertura).
  - a. *Diritto.* Se non si osserva nessuna deviazione
  - b. *Deviazione laterale a destra o a sinistra.* Per deviazioni che si osservano in massima apertura su un solo lato, determinare verso quale lato del viso è diretta la deviazione ed annotarlo.
  - c. *Deviazione corretta (Deviazione a "S").* Il paziente presenta una leggera deviazione a destra o a sinistra che si corregge sulla linea mediana prima o nel momento in cui viene raggiunta la massima apertura non guidata.
  - d. *Altro.* Il paziente presenta un'apertura discontinua (non armoniosa o continua) o diversa da quelle elencate; documentare ed indicare il tipo di deviazione. Se il paziente ha più di un'apertura, annotarlo in questa categoria e scrivere "più di una".

### **4. Ampiezza dei movimenti verticali della mandibola.**

Se il paziente è portatore di una protesi totale o parziale incongrua, comprimerla contro la cresta edentula durante la valutazione dell'apertura.

- a. *Apertura attiva senza dolore.* Chiedere al paziente di mettere la mandibola in una posizione confortevole ("Metta la bocca in una posizione confortevole") e di aprire la bocca il più possibile (senza guida) finché non sente dolore ("Vorrei che lei aprisse la bocca il più possibile, senza avvertire alcun dolore"). Posizionando il righello verticalmente, misurare la distanza tra il margine dell'incisivo superiore più verticale ed il margine dell'incisivo inferiore corrispondente. Indicare quale incisivo è stato scelto. Se l'apertura è inferiore a 30 mm, per essere certi della misura

ottenuta ripetere il procedimento. Se anche la seconda volta l'apertura è inferiore a 30 mm, annotarlo.

- b. *Massima apertura attiva.* Chiedere al paziente di mettere la mandibola in una posizione confortevole (“Metta la bocca in una posizione confortevole”) e di aprire la bocca il più possibile anche se avverte dolore (“Vorrei che lei aprisse la bocca il più possibile, anche se avverte un po’ di dolore”). Posizionare il righello verticalmente e misurare la distanza tra il margine dell’incisivo superiore più verticale ed il margine dell’incisivo inferiore corrispondente. Annotare questa misurazione.

Chiedere al paziente se ha avvertito dolore durante l’apertura (“Quando ha aperto, questa volta, ha avvertito dolore?”). Annotare se il dolore era presente e la sede: segnare il lato (Nessuno 0, Destra 1, Sinistra 2, Entrambi 3) e riportare se il dolore era riferito all’articolazione (Presente 1, Assente 0). Se il paziente ha avvertito solo pressione o tensione, segnare “Nessuno”. Se non ha avuto dolore cerchiare NA (9).

- c. *Massima apertura passiva.* Chiedere al paziente di mettere la mandibola in una posizione confortevole (“Metta la bocca in una posizione confortevole”) e di aprire la bocca il più possibile anche se avverte dolore (“Vorrei che lei aprisse la bocca il più possibile, anche se avverte un po’ di dolore”). Dopo che il paziente ha raggiunto la massima apertura, posizionare il pollice sotto gli incisivi centrali superiori, incrociando l’indice sugli incisivi centrali inferiori. In questo modo si avrà la forza di leva necessaria per aprire di più la mandibola. Usare una pressione moderata, ma non forzare l’apertura della bocca oltre i limiti (“Sto cercando di vedere se aprire la bocca un po’ di più, e mi fermerò se alza la mano”). Posizionare il righello verticalmente e misurare la distanza tra il margine dell’incisivo superiore ed il margine dell’incisivo inferiore. Trascrivere tale misurazione. Riportare se il paziente ha avvertito dolore e la sede. (“Ha avvertito dolore quando ho cercato di aprire di più la sua bocca, con le mie dita?”). Indicare la sede del dolore come descritto nella sezione della massima apertura non guidata.
- d. *Overbite.* Chiedere al paziente di chiudere la bocca con i denti che si tocchino. Con una penna o con un’unghia, segnare la linea dove il margine dell’incisivo superiore usato precedentemente si sovrappone all’incisivo inferiore. Misurare la distanza dal margine incisale dell’incisivo inferiore alla linea tracciata e trascrivere questa misurazione.

## **5. Rumori articolari alla palpazione nei movimenti verticali**

Il paziente riferirà la presenza o l’assenza di rumori; se presenti, l’esaminatore dovrà individuare il tipo di rumore.

Posizionare l’indice sinistro sull’ATM destra e l’indice destro sull’ATM sinistra (area preauricolare) anteriormente al trago. Chiedere al paziente di aprire lentamente la bocca il più possibile anche se avverte dolore e di chiudere in modo da portare i denti in massima intercuspiazione, per tre volte (“Mentre io ho le mie dita sulla sua articolazione, vorrei che lei aprisse lentamente la bocca il più possibile e che poi chiudesse lentamente finché i suoi denti toccano completamente”). Riportare i rumori avvertiti durante l’apertura e la chiusura come descritto sotto.

### *a. Definizione dei rumori*

0 = *Nessuno*

1 = *Click*. Rumore definito, di durata molto breve, con inizio e fine ben distinti, che di solito si avverte come click. Indicare questo punto solo nel caso in cui il click è riproducibile in due dei tre movimenti di apertura/chiusura.

2 = *Crepitio ghiaioso*. Rumore continuo, di durata maggiore rispetto al click. Presente per un periodo più lungo durante il movimento mandibolare. Il crepitio ghiaioso può manifestarsi con rumori continui che si sovrappongono. Questo rumore non è attutito e può essere descritto come il rumore dell'osso che friziona contro l'osso. È simile al rumore di una pietra strofinata contro un'altra pietra.

3 = *Crepitio sabbioso*. Rumore continuo, di durata maggiore rispetto al click. Presente per un periodo più lungo durante il movimento mandibolare di apertura e chiusura. Può manifestarsi con rumori continui che si sovrappongono e può essere descritto come un rumore di frizione su una superficie ruvida.

#### b. *Valutazione dei rumori.*

Anche se molti dei rumori qui descritti non sono strettamente pertinenti ai criteri specifici di diagnosi, riteniamo sia importante conoscere tale lista di definizioni, in quanto delinea le importanti differenze che determinano come i rumori necessari per il RDC siano diversi da altri rumori.

##### *Click in apertura.*

Se aprendo e chiudendo da una posizione di massima intercuspidação viene avvertito un click durante due dei tre movimenti di apertura, indicare che tale click è presente (positivo) durante i movimenti di apertura.

##### *Click in chiusura.*

Presente in almeno due dei tre movimenti di chiusura.

*Click reciproco*. Questo rumore è caratterizzato dalla misurazione millimetrica dei click in apertura e in chiusura e dalla scomparsa di entrambi i click quando viene chiesto al paziente di aprire e chiudere da una posizione protrusa. Appena il click viene avvertito in apertura e chiusura, misurare la distanza interincisale con un righello. Misurare dallo spazio interprossimale labioincisale dell'incisivo centrale superiore, scelto al punto 4, allo spazio interprossimale labioincisale dell'incisivo centrale inferiore opposto. Se il click non è avvertito e quindi non è possibile effettuare la misurazione, lasciare \_\_\_ \_\_\_ non compilato. (Le analisi del computer indicheranno che non c'è un click reciproco; anche se un click è stato avvertito, non essendo continuo non lo si può considerare presente.)

Valutare l'eventuale scomparsa del rumore, in protrusione, chiedendo al paziente di portare in avanti la mandibola e di aprire e chiudere da questa posizione. In genere, il click in apertura e in chiusura verrà eliminato. Cerchiare "Si" (1) se il click può essere eliminato aprendo e chiudendo la bocca da una posizione protrusa o più anteriore. Se il click non è eliminato, cerchiare "No" (0). Se persistono sia il click riproducibile in apertura sia il click riproducibile in chiusura, segnare "NA" (9).

*Click non riproducibile* (Non riportare in cartella). Il click non-riproducibile è presente solo se il rumore è avvertito sporadicamente in apertura e in chiusura; non può essere riprodotto in almeno due dei tre movimenti mandibolari completi. Più di un rumore può essere riportato in cartella per l'apertura (a) o per la chiusura (b). Se viene indicato "Nessuno", nessun'altra risposta può essere marcata.

## **6. Escursioni mandibolari**

### *a. Lateralità destra*

Chiedere al paziente di aprire leggermente la bocca e di muovere la mandibola verso destra il più possibile, anche se non è confortevole. Se necessario, ripetere il movimento. (Esempio: Vorrei che lei spostasse la mandibola il più possibile verso destra, anche se non è confortevole e la riportasse nella sua posizione normale. Sposti la mandibola di nuovo verso destra.) Con i denti lievemente separati, misurare con il righello la distanza tra lo spazio interprossimale degli incisivi centrali superiori e lo spazio interprossimale degli incisivi centrali inferiori.

Chiedere al paziente se ha avvertito dolore. Annotare se ha avuto dolore e la sede: trascrivere il lato (Nessuno 0, Destra 1, Sinistra 2, Entrambi 3) ed annotare se il dolore era presente all'articolazione (Presente 1, Assente 0). Se il paziente ha avvertito solo pressione, indicare "Nessuno".

### *b. Lateralità sinistra*

Chiedere al paziente di aprire leggermente la bocca e di muovere la mandibola il più possibile dall'altro lato (sinistra). ("Vorrei che lei spostasse la mandibola il più possibile verso l'altro lato e la riportasse indietro nella sua normale posizione".) Effettuare la misurazione seguendo le stesse istruzioni indicate per la lateralità destra.

Chiedere al paziente se ha avvertito dolore. ("Ha avvertito dolore quando ha spostato la mandibola di lato?") Annotare se ha avuto dolore e la sede: indicare il lato (Nessuno 0, Destra 1, Sinistra 2, Entrambi 3) e trascrivere se il dolore era presente all'articolazione (Presente 1, Assente 0). Se il paziente ha avvertito solo pressione, indicare "Nessuno".

### *c. Protrusione*

Chiedere al paziente di aprire leggermente la bocca e di portare in avanti la mandibola. ("Faccia scivolare dritto in avanti la mandibola più che può, anche se non è confortevole"). Se il paziente ha un morso profondo, chiedere di aprire di più per eliminare l'interferenza degli incisivi superiori.

Chiedere al paziente se ha avvertito dolore. ("Ha avvertito dolore quando ha portato in avanti la mandibola?") Annotare se ha avuto dolore e la sede: segnare il lato (Nessuno 0, Destra 1, Sinistra 2, Entrambi 3) ed annotare se il dolore era presente all'articolazione (Presente 1, Assente 0). Se il paziente ha avvertito solo la pressione segnare "Nessuno".

### *d. Deviazione della linea mediana.*

Se gli spazi interprossimali degli incisivi inferiori e superiori non coincidono, misurare la distanza orizzontale tra i due, con i denti in occlusione. Se la deviazione è minore di 1 mm o è assente, scrivere "00".

## **7. Rumori articolari durante le escursioni laterali e la protrusione**

Chiedere al paziente di muovere la mandibola a destra, a sinistra e in avanti (vedi 6)

*Definizione dei rumori* (vedi 5)

*Valutazione del click*

*Click riproducibile in lateralità e protrusione.* Presente in almeno due dei tre movimenti di lateralità e protrusione.

*Click non riproducibile in lateralità e protrusione.* Il click non-reproducibile e' presente solo se e' avvertito sporadicamente durante i movimenti di laterolateralità' o protrusione e non puo' essere avvertito (riprodotto) in almeno due dei tre movimenti. Non riportare in cartella.

## **C. ISTRUZIONI GENERALI PER PALPAZIONE MUSCOLARE E ARTICOLARE**

1. La palpazione muscolare ed articolare puo' essere effettuata sia premendo con le punte del dito indice e medio sul sito d'interesse sia usando "a piatto" la falange distale dell'indice. La pressione applicata sul sito deve essere standardizzata e per ottenere una maggiore stabilita' durante la palpazione dei muscoli si consiglia di posizionare l'altra mano sul lato opposto a quello esaminato. Applicare una pressione di 1 chilogrammo circa per l'esame extra-orale e una pressione di 500 grammi circa per l'esame intra-orale. La mandibola deve essere in posizione di riposo, con i denti dischiusi. Per individuare bene il sito muscolare, chiedere al paziente di stringere leggermente i denti e poi rilassare i muscoli ("Sto per palpare alcuni siti muscolari. Vorrei che lei stringesse leggermente i denti e poi stesse rilassato/a, lasciando un piccolo spazio tra i denti, in modo tale che non si tocchino"). Poiché le zone di massimo dolore sono variabili da paziente a paziente, è importante palpare le diverse aree del muscolo in modo tale da determinare se il dolore è presente. Prima di iniziare la palpazione, informare il paziente dicendo: "Nella prossima parte dell'esame, vorrei che lei mi dicesse se avverte dolore o pressione quando palpo o premo su determinate parti della testa o del viso". Chiedere al paziente se durante la palpazione ha avvertito dolore (lieve, moderato, severo) o se ha avvertito solo pressione (in questo caso segnare "nessun dolore").

### *1. Descrizione dei siti muscolari extraorali*

- a. *Temporale Posteriore.* Palpare le fibre posteriori dietro e sopra l'orecchio e portare le dita verso il bordo anteriore dell'orecchio.
- b. *Temporale Medio.* Palpare le fibre nella depressione a 4-5 cm lateralmente al margine laterale dell'arcata sopracciliare.
- c. *Temporale Anteriore.* Palpare le fibre sulla fossa infratemporale, immediatamente sopra il processo zigomatico.
- d. *Origine del Massetere.* Palpare l'origine del muscolo iniziando dall'area 1 cm anteriore all'ATM ed immediatamente sotto l'arcata zigomatica, e palpare anteriormente fino al bordo del muscolo.
- e. *Corpo del Massetere.* Cominciando dal margine anteriore del muscolo localizzato immediatamente sotto il processo zigomatico, palpare verso il basso ed in direzione distale verso l'angolo della mandibola, esaminando una superficie larga due dita circa.
- f. *Inserzione del Massetere.* Palpare l'area 1 cm superiore ed anteriore all'angolo della mandibola
- g. *Regione Mandibolare Posteriore. (Stilioideo/ Di gastrico Posteriore).* Chiedere al paziente di inclinare un po' la testa indietro. Localizzare l'area tra lo SCM e il bordo posteriore della mandibola. Posizionare le dita medialmente e verso l'alto (non sulla mandibola). Palpare l'area immediatamente mediale e posteriore alla mandibola.
- h. *Regione Sottomandibolare (Pterigoideo Mediale, Sopraideo, Digastrico Anteriore).* Localizzare il sito sotto la mandibola, 2 cm davanti l'angolo. Palpare superiormente premendo verso la mandibola. Se il paziente presenta molto dolore in questa zona, cercare di

capire se si tratta di dolore muscolare o linfonodale. In quest'ultimo caso, annotarlo in cartella.

### 3. *Descrizione dei siti di palpazione articolare*

- a. *Polo laterale.* Posizionare l'indice immediatamente davanti al trago e sopra l'ATM. Chiedere al paziente di aprire leggermente per permettere all'esaminatore di sentire il polo laterale del condilo che trasla in avanti.
- b. *Inserzione Posteriore.* Il sito può essere palpato dall'interno del meato. Mettere il mignolo destro nel meato esterno sinistro ed il mignolo sinistro nel meato destro. Chiedere al paziente di aprire leggermente la bocca (o di più se necessario) in modo da sentire il movimento articolare. Esercitare una pressione decisa sul lato destro e poi sul lato sinistro con i denti in occlusione.

Cambiare i guanti.

### 4. *Descrizione dei siti intraorali di palpazione (pressione di 500 grammi circa)*

Spiegare al paziente che verrà eseguita una palpazione all'interno della bocca. (“Adesso sto per palpare l'interno della bocca. Mentre eseguo queste palpazioni vorrei che lei tenesse la mandibola rilassata”)

- a. *Area pterigoidea laterale.* Prima di palpare assicurarsi che le unghie siano tagliate per evitare falsi positivi. Chiedere al paziente di aprire la bocca e di spostare la mandibola dal lato che si vuole esaminare. (“Sposti la mandibola verso questo lato”) Mettere l'indice sulla parte laterale della cresta alveolare a livello dei molari superiori. Portare il dito distalmente verso l'alto e medialmente per palpare.
- b. *Tendine del Temporale.* Dopo aver completato la palpazione dello pterigoideo laterale, ruotare l'indice lateralmente vicino al processo coronideo, chiedere al paziente di aprire leggermente la bocca e muovere il dito verso il bordo anteriore del processo coronideo. Palpare sul lato più alto del processo. Nota: Se in alcuni soggetti è difficile individuare se il dolore proviene dallo Pterigoideo laterale o dal tendine del Temporale, ruotare e palpare con l'indice medialmente e poi lateralmente. Se è ancora difficile, di solito lo Pterigoideo laterale è il più dolente dei due.

## CARTELLA CLINICA

1.a Ha mai avuto la mandibola bloccata in maniera tale da non poter aprire completamente la bocca?	No	0
	Si	1

**(Se la risposta è No, si prega proseguire alla domanda 2)**

**Se la risposta è Si,**

1.b La limitazione nell'apertura della bocca è stata tanto seria da compromettere la sua capacità di mangiare?	No	0
	Si	1

2. Ha dolore alla faccia sul lato destro, sul lato sinistro o su entrambi?	No	0
	Destro	1
	Sinistro	2
	Entrambi	3

3. Potrebbe indicare la zona dove avverte dolore?	Destra	Sinistra
	Nessuna 0	Nessuna 0
	Articolazione 1	Articolazione 1
	Muscoli 2	Muscoli 2
	Entrambi 3	Entrambi 3

(Nel caso in cui non sia chiaro se il dolore è muscolare o articolare, l'esaminatore palpera l'area indicata)

4. Pattern di apertura	Diritto	0
	Deviazione destra	1
	Deviazione destra ad S	2
	Deviazione sinistra	3
	Deviazione sinistra ad S	4
	Altro _____	5
	specificare	

Commenti:



Crepitio ghiaioso	2	2
Crepitio sabbioso	3	3

b. Lateralità sinistra

	Destra	Sinistra
Nessuno	0	0
Click	1	1
Crepitio ghiaioso	2	2
Crepitio sabbioso	3	3

c. Protrusione

	Destra	Sinistra
Nessuno	0	0
Click	1	1
Crepitio ghiaioso	2	2
Crepitio sabbioso	3	3

L'esaminatore palperà alcune aree della faccia, della testa e del collo. Il paziente dovrebbe indicare se avverte solo pressione (0) o dolore (1- 3). Se il paziente avverte dolore, chiedere l'intensità del dolore per ogni muscolo seguendo la scala riportata sotto:

0 = Nessun dolore/ Solo Pressione

1 = Dolore lieve

2 = Dolore moderato

3 = Dolore severo

9. Dolore muscolare alla palpazione extraorale

	DESTRA				SINISTRA			
a. Temporale Posteriore (Dietro la tempia)	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Temporale Medio (Alla tempia)	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Temporale Anteriore (Davanti alla tempia)	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Origine Massetere (Guancia/sotto lo zigomo)	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Corpo del Massetere (Guancia/lato della faccia)	0	1	2	3	0	1	2	3
f. Inserzione Massetere (Guancia)	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Reg. Mandibolare Post. (Regione della gola)	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Reg. Sottomandibolare (Sotto il mento)	0	1	2	3	0	1	2	3

5. Dolore articolare alla palpazione

	DESTRA				SINISTRA			
a. Polo laterale (All'esterno)	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Inserzione posteriore	0	1	2	3	0	1	2	3

(All'interno dell'orecchio)

6. Dolore intraorale alla palpazione

		DESTRA				SINISTRA		
a. Pterigoideo laterale (Dietro i molari superiori)	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Tendine del Temporale (Tendine)	0	1	2	3	0	1	2	3

## AXIS II SCALA DEL DOLORE CRONICO

Si prega leggere e rispondere a tutte le domande indicando una sola risposta.

1. IN QUESTO MOMENTO come valterebbe il dolore facciale su una scala da 0 a 10, dove 0 corrisponde ad “assenza di dolore” e 10 al “peggiore dolore che possa esistere”?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Assenza di dolore Peggior dolore che  
possa esistere

2. NEGLI ULTIMI 6 MESI, di che intensità è stato il suo peggior dolore?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Assenza di dolore Peggior dolore che  
possa esistere

3. NEGLI ULTIMI 6 MESI, in media, di che intensità è stato il suo dolore?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Assenza di dolore Peggior dolore che  
possa esistere

4. NEGLI ULTIMI 6 MESI, quanto il dolore facciale ha interferito con la sua capacità lavorativa (inclusi i lavori domestici)?

5. NEGLI ULTIMI 6 MESI, quanto il dolore facciale ha interferito con le sue attività giornaliere, valutato su una scala da 0 a 10 dove 0 corrisponde a “nessuna interferenza” e 10 a “incapacità a continuare un’attività”?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nessuna interferenza Incapacità a  
continuare un’attività

6. NEGLI ULTIMI 6 MESI, quanto il dolore facciale ha interferito con la sua capacità di partecipare ad attività ricreative, sociali e familiari?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nessuna interferenza Incapacità a  
continuare un’attività

7. NEGLI ULTIMI 6 MESI, quanti giorni si è astenuto dalle sue comuni attività (lavoro, scuola, lavori domestici) a causa del dolore facciale?

\_\_\_\_\_ giorni  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nessuna interferenza Incapacità a  
continuare un’attività

## ASSE II: PROTOCOLLO DI VALUTAZIONE DEL DOLORE CRONICO

Nome Paziente/Caso#: \_\_\_\_\_

### QUALCHE DOLORE TEMPOROMANDIBOLARE NEL MESE PRECEDENTE?

(Domanda 3 del Questionario)

Se NO, Grado del Dolore Cronico = 0

Se SI, continuare

**INTENSITA' DEL DOLORE TIPICO (TPI):** (Scala del dolore cronico, Domande 1, 2, 3) Calcolare come segue:

$$\text{TPI} = \frac{\text{Domanda 1} + \text{Domanda 2} + \text{Domanda 3}}{3} \text{ diviso per } 3 = \text{_____} \times 10 =$$

### PUNTI DI INABILITA':

**Giorni di inabilità:** (Scala del dolore cronico, Domanda 7)

Numero di giorni di inabilità = \_\_\_\_\_  
(Domanda 7)

**0-6** giorni = **0** Punti di inabilità

**7-14** giorni = **1** Punto di inabilità

**15-30** giorni = **2** Punti di inabilità

**>31** giorni = **3** Punti di inabilità

**Punteggio di inabilità:** (Scala del dolore cronico, Domande 4, 5, 6)

$$\text{Domanda 4} + \text{Domanda 5} + \text{Domanda 6} = \text{_____}$$

Punteggio di **0-29** = **0** Punti di inabilità

Punteggio di **30-49** = **1** Punti di inabilità

Punteggio di **50-69** = **2** Punti di inabilità

Punteggio di **>70** = **3** Punti di inabilità

$$\text{(Giorni di inabilità)} + \text{(Punteggio di inabilità)} = \text{_____} \quad \text{(PUNTI DI INABILITA')}$$

Intensità del dolore cronico

Grado 0	Assenza di dolore mioartropatico nei 6 mesi precedenti
Lieve invalidità Grado I Intensità leggera	Intensità del dolore < 50 e meno di 3 punti di invalidità
Grado II Intensità grave	Intensità del dolore > 50 e meno di 3 punti di invalidità
Alta invalidità Grado III Moderatamente limitante	3 o 4 punti di invalidità indipendentemente dal valore dell'intensità del dolore
Grado IV Fortemente limitante	5 o 6 punti di invalidità indipendentemente dal valore dell'intensità del dolore

Nell'ultimo mese, quanto è stato disturbato da:

	Per niente	Poco	Moderatamente	Parecchio	Estremamente
a Perdita di interesse o del piacere sessuale	0	1	2	3	4
b Sentirsi giù o con poche energie	0	1	2	3	4
c Sonno disturbato o non riposante	0	1	2	3	4
d Poco appetito	0	1	2	3	4
e Facilità al pianto	0	1	2	3	4
f Sentirsi in trappola	0	1	2	3	4
g Autoaccusa	0	1	2	3	4
h Senso di solitudine	0	1	2	3	4
i Senso di malinconia	0	1	2	3	4
l Eccessiva preoccupazione per le cose	0	1	2	3	4
m Perdita di interesse per le cose	0	1	2	3	4
n Difficoltà ad addormentarsi	0	1	2	3	4
o Pensieri di morte	0	1	2	3	4
p Eccessi nel mangiare	0	1	2	3	4
r Risveglio precoce	0	1	2	3	4
s Pensare di mettere fine alla propria vita	0	1	2	3	4
t Ogni cosa è uno sforzo	0	1	2	3	4
u Sentirsi inutile	0	1	2	3	4
v Sensi di colpa	0	1	2	3	4
z Sentirsi senza speranze per il futuro	0	1	2	3	4

Nell'ultimo mese, quanto è stato disturbato da:

	Per niente	Poco	Moderatamente	Parecchio	Estremamente
a Mal di testa	0	1	2	3	4
b Debolezza o capogiri	0	1	2	3	4
c Dolore al cuore o al petto	0	1	2	3	4
d Dolori lombari	0	1	2	3	4
e Nausea o indisposizione di stomaco	0	1	2	3	4
f Dolenzia ai muscoli	0	1	2	3	4
g Difficoltà di respiro	0	1	2	3	4
h Scalmane o brividi	0	1	2	3	4
i Intorpidimento o formicolio in parti del corpo	0	1	2	3	4
l Gonfiore in gola (senso di bolo)	0	1	2	3	4
m Senso di debolezza in parti del corpo	0	1	2	3	4
n Senso di pesantezza alle braccia e alle gambe	0	1	2	3	4

1. Contare i punti delle risposte . Inserire “Punti totali” nella terza colonna. Se questo numero è inferiore al numero minimo indicato nella prima colonna, la scala non può essere valutata e dovrebbe essere riportata come “mancante”.
2. Aumentare il punteggio per ogni punto risposto: Per niente = 0; Poco = 1; Moderatamente = 2; Parecchio = 3; Estremamente = 4. Inserire il punteggio totale sotto.

3. Dividere il punteggio ottenuto per il numero totale dei punti risposti. Inserire il punteggio della scala sotto.
4. Usare la guida riportata sotto per classificare il paziente su ogni scala.

### ATTRIBUZIONE DEI PUNTEGGI ALLE SCALE PER IL DISTRESS

	Numero Minimo	Punteggio totale	:	Punti totali	=	Punteggio scala
<b>Domande per calcolare la depressione</b>						
Depressione:	(12)	_____	:	_____	=	_____

### Domande per calcolare la somatizzazione

Sintomi fisici non specifici (inclusi i punti del dolore)	(8)	_____	:	_____	=	_____
---	-----	-------	---	-------	---	-------

Sintomi fisici non specifici (esclusi i punti del dolore)	(5)	_____	:	_____	=	_____
---	-----	-------	---	-------	---	-------

<b>Classificazione:</b>	<u>Normale</u>	<u>Moderato</u>	<u>Severo</u>
Depressione	<0.535	da 0.535 a 1.105	>1.105
Sintomi fisici non specifici	<0.500	da 0.500 a 1.000	>1.000
Sintomi fisici non specifici (esclusi i punti del dolore)	<0.428	da 0.428 a 0.857	>0.857

## APPENDICE

### QUESTIONARIO SULL'INDEBOLIMENTO DELLA FUNZIONE MANDIBOLARE

Questo questionario riguarda le attività e le funzioni della mandibola. Indicare quanta difficoltà incontra nell'effettuare ogni funzione a causa del suo problema.

	Nessuna	Poca	Possibile	Molta	Impossibile
1. Attività sociali	1	2	3	4	5
2. Parlare	1	2	3	4	5
3. Dare un grande morso	1	2	3	4	5
4. Mangiare cibi duri	1	2	3	4	5
5. Mangiare cibi morbidi	1	2	3	4	5
6. Attività lavorative	1	2	3	4	5
7. Bere	1	2	3	4	5
8. Ridere	1	2	3	4	5
9. Sbadigliare	1	2	3	4	5
10. Baciare	1	2	3	4	5

Indicare quanta difficoltà incontra mangiando:

11. Biscotti duri	1	2	3	4	5
12. Carne	1	2	3	4	5
13. Carote	1	2	3	4	5
14. Pane	1	2	3	4	5
15. Noccioline/mandorle	1	2	3	4	5
16. Mela	1	2	3	4	5

Siti placebo

	DESTRA				SINISTRA			
a. Mastoide	0	1	2	3	0	1	2	3
a. Frontale	0	1	2	3	0	1	2	3
a. Vertice	0	1	2	3	0	1	2	3

### Scala SCL-90-R

Nell'ultimo mese, quanto è stato disturbato da:

	Per niente	Poco	Moderatamente	Parecchio	Estremamente
a Nervosismo o instabilità interiore	0	1	2	3	4
b Tremori	0	1	2	3	4
c Avere improvvisamente paura senza alcun motivo	0	1	2	3	4
d Sensazione di paura	0	1	2	3	4
e Palpitazioni cardiache o cuore in gola	0	1	2	3	4
f Agitazione o tensione	0	1	2	3	4
g Attacchi di terrore o panico	0	1	2	3	4
h Senso di irrequietezza tale da non riuscire a stare fermo	0	1	2	3	4
i Sensazione che qualcosa di brutto stia per accadere	0	1	2	3	4

1 Pensieri e immagini terrificanti	0	1	2	3	4
------------------------------------	---	---	---	---	---