

Appendix Italian translation of the Oxford Shoulder Score	
Domanda	Punteggio
Nelle ultime 4 settimane:	
1. Come descriverebbe il peggior dolore che ha provato alla spalla?	1. Nessun dolore 2. Dolore lieve 3. Dolore moderato 4. Dolore forte 5. Dolore insopportabile
2. Ha avuto difficoltà nel vestirsi da solo a causa della Sua spalla?	1. Nessun problema 2. Lieve difficoltà 3. Difficoltà moderata 4. Difficoltà estrema 5. Impossibile vestirmi da solo
3. A seconda del mezzo di trasporto che utilizza più di frequente, ha avuto difficoltà nel salire e scendere dall'auto o nel prendere un mezzo pubblico a causa dei Suoi problemi alla spalla?	1. Nessuna difficoltà 2. Lieve difficoltà 3. Difficoltà moderata 4. Difficoltà estrema 5. Impossibile farlo
4. E' stato in grado di utilizzare coltello e forchetta allo stesso tempo?	1. Sì, facilmente 2. Con lieve difficoltà 3. Con moderata difficoltà 4. Con estrema difficoltà 5. No, impossibile
5. E' stato in grado di fare la spesa da solo?	1. Sì, facilmente 2. Con lieve difficoltà 3. Con moderata difficoltà 4. Con estrema difficoltà 5. No, impossibile
6. E' stato in grado di portare per una stanza/cucina un piatto pieno di cibo?	1. Sì, facilmente 2. Con lieve difficoltà 3. Con moderata difficoltà 4. Con estrema difficoltà 5. No, impossibile
7. E' stato in grado di pettinarsi/spazzolarsi i capelli con il braccio malato?	1. Sì, facilmente 2. Con lieve difficoltà 3. Con moderata difficoltà 4. Con estrema difficoltà 5. No
8. Come descriverebbe il dolore che solitamente ha provato alla spalla?	1. Nessun dolore 2. Molto lieve 3. Lieve 4. Moderato 5. Severo
9. E' stato in grado di appendere i vestiti nell'armadio con il braccio affetto?	1. Sì, facilmente 2. Con lieve difficoltà 3. Con moderata difficoltà 4. Con grande difficoltà 5. No, impossibile
10. E' stato in grado di lavarsi/asciugarsi entrambe le ascelle?	1. Sì, facilmente 2. Con lieve difficoltà 3. Con moderata difficoltà 4. Con grande difficoltà 5. No, impossibile

(continued on next page)

(continued)

Domanda	Punteggio
11. Quanto ha influito il dolore alla spalla nell'esecuzione delle Sue abituali attività lavorative? (incluse quelle domestiche)	1. Per niente 2. Un po' 3. Moderatamente 4. Molto 5. Totalmente
12. Il dolore alla spalla Le ha recato disturbo a letto durante la notte?	1. No 2. Solo 1 o 2 notti 3. Alcune notti 4. La maggior parte delle notti 5. Tutte le notti