

UOC Rianimazione  
Direttore Carmine Cosentino  
Coordinatore Infermieristico Alessio Reginelli

UOSD Comunicazione e relazioni con il pubblico  
Tel 0773 6553405 Fax 0773 6553461  
e-mail: [comunicazioneintegrata@ausl.latina.it](mailto:comunicazioneintegrata@ausl.latina.it)

# I.P.P.S. COVID-19

## QUESTIONARIO

DATA \_\_\_\_\_

Cod. \_\_\_\_\_

# Anagrafica

## Età:

22 – 30  
31 – 40  
41 – 50  
>50

## Genere:

Maschio  
Femmina

## Professione:

Infermiere  
Medico

## Anni di esperienza:

0-2 anni  
3-5 anni  
6-10 anni  
> 10 anni

## QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL/DELLA PAZIENTE- 9 ( P H Q - 9 )

Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi? (Segni la sua risposta con una "X")	Per più della			
	Mai	Alcuni giorni	metà dei giorni	Quasi ogni giorno
1. Scarso interesse o piacere nel fare le cose	0	1	2	3
2. Sentirsi giù, triste o disperato/a	0	1	2	3
3. Problemi ad addormentarsi o a dormire tutta la notte senza svegliarsi, o a dormire troppo	0	1	2	3
4. Sentirsi stanco/a o avere poca energia	0	1	2	3
5. Scarso appetito o mangiare troppo	0	1	2	3
6. Avere una scarsa opinione di sé, o sentirsi un/una fallito/a o aver deluso se stesso/a o i propri familiari	0	1	2	3
7. Difficoltà a concentrarsi su qualcosa, per esempio leggere il giornale o guardare la televisione	0	1	2	3
8. Muoversi o parlare così lentamente da poter essere notato/a da altre persone. O, al contrario, essere così irrequieto/a da muoversi molto più del solito	0	1	2	3
9. Pensare che sarebbe meglio morire o farsi del male in un modo o nell'altro	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

=Total Score: \_\_\_\_\_

*Elaborato dai dottori Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colleghi, con un finanziamento da parte della Pfizer Inc. Non è richiesto un permesso per la riproduzione, traduzione, visualizzazione o distribuzione.*

## SCALA DI AUTOVALUTAZIONE DELL'ANSIA (ZUNG, 1971)

	Quasi mai	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
1. Mi sento più nervoso ed ansioso del solito	1	2	3	4
2. Mi sento impaurito senza alcun motivo	1	2	3	4
3. Mi spavento facilmente o sono preso dal panico	1	2	3	4
4. Mi sento a pezzi e me sembra di stare per crollare	1	2	3	4
5. Mi sembra che tutto vada bene e che non capiterà niente di male	1	2	3	4
6. Mi tremano le braccia e le gambe	1	2	3	4
7. Sono tormentato dal mal di testa e dai dolori al collo e alla schiena	1	2	3	4
8. Mi sento debole e mi stanco facilmente	1	2	3	4
9. Mi sento calmo e posso stare seduto facilmente	1	2	3	4
10. Sento che il mio cuore batte veloce	1	2	3	4
11. Soffro di vertigini	1	2	3	4
12. Mi sembra di stare per svenire	1	2	3	4
13. Respiro con difficoltà	1	2	3	4
14. Ho sensazioni di intorpidimento e di formicolio alle dita delle mani e dei piedi	1	2	3	4
15. Soffro di mal di stomaco o di indigestione	1	2	3	4
16. Ho bisogno di urinare spesso	1	2	3	4
17. Le mie mani sono in genere asciutte e calde	1	2	3	4
18. La mia faccia diventa facilmente calda e arrossata	1	2	3	4
19. Mi addormento facilmente e mi sveglio riposato	1	2	3	4
20. Ho degli incubi	1	2	3	4

*Livello di ansia: da 0-20: molto basso; tra 21-40: basso; tra 41-60: moderato; tra 61-80: elevato*

## INDICE DI GRAVITÀ DELL'INSONNIA (ISI)

Per ciascuna delle seguenti domande, la preghiamo di fare un cerchietto attorno al numero che corrisponde con più precisione a come ha dormito nelle **ULTIME 2 SETTIMANE**.

Per le prime tre domande, la preghiamo di valutare la **GRAVITÀ** dei suoi problemi di insonnia.

1. Difficoltà ad addormentarsi:

Nessuna	Lieve	Media	Grave	Molto grave
0	1	2	3	4

2. Difficoltà a restare addormentato/a:

Nessuna	Lieve	Media	Grave	Molto grave
0	1	2	3	4

3. Tendenza a svegliarsi troppo presto al mattino:

Nessuna	Lieve	Media	Grave	Molto grave
0	1	2	3	4

4. Quanto si sente **SODDISFATTO/A** o insoddisfatto/a di come dorme attualmente?

Molto soddisfatto/a	Soddisfatto/a	Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a	Insoddisfatto/a	Molto insoddisfatto/a
0	1	2	3	4

5. In quale misura ritiene che il suo problema di insonnia **INFLUISCA** sulla sua capacità di fare le cose di tutti i giorni (ad es. affaticamento durante il giorno, capacità di lavorare/sbrigare faccende domestiche regolarmente, concentrazione, memoria, umore, ecc.)?

Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
0	1	2	3	4

6. Quanto pensa che il suo problema di insonnia sia **EVIDENTE** agli altri per quanto riguarda il peggioramento della qualità della sua vita?

Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
0	1	2	3	4

7. Quanto si sente **PREOCCUPATO/A** o angosciato/a a causa del suo attuale problema di insonnia?

Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
0	1	2	3	4

## SCALA DI IMPATTO DELL'EVENTO – RIVISTA (IMPACT OF EVENT SCALE – REVISED; IES-R)

*Daniel S. Weiss & Charles R. Marmar, 1996*  
Traduzione e adattamento di Michele Giannantonio

Istruzioni: la seguente è una lista di difficoltà che le persone hanno talvolta in seguito ad eventi stressanti della vita. Legga per favore ogni frase ed indichi quanto l'ha coinvolta ognuna delle difficoltà in questione relativamente agli ultimi sette giorni.

**0 = Per niente, 1 = un poco, 2 = moderatamente, 3 = abbastanza, 4 = estremamente**

1. Ogni cosa che me lo ricordava mi faceva vivere emozioni relative ad esso	0	1	3	4
2. Ho avuto difficoltà a restare addormentato	0	1	3	4
3. Altre cose hanno continuato a farmici pensare	0	1	3	4
4. Mi sono sentito irritabile ed arrabbiato	0	1	3	4
5. Ho evitato di lasciarmi sconvolgere quando ci ho pensato o mi è stato ricordato	0	1	3	4
6. Ci ho pensato senza averne l'intenzione	0	1	3	4
7. Ho avuto la sensazione che non fosse successo o non fosse reale	0	1	3	4
8. Sono stato lontano da cose che potevano ricordarmelo	0	1	3	4
9. Le immagini di esso mi entravano nella mia mente all'improvviso	0	1	3	4
10. Sono stato nervoso e mi sono spaventato facilmente	0	1	3	4
11. Ho cercato di non pensarci	0	1	3	4
12. Sono stato consapevole di avere ancora molte emozioni su di esso, ma non sono riuscito a gestirle	0	1	3	4
13. Le mie emozioni riguardo ad esso sono state una specie di intontimento	0	1	3	4
14. Mi sono ritrovato a comportarmi o a provare emozioni come se fossi ritornato indietro a quel momento	0	1	3	4
15. Ho avuto difficoltà ad addormentarmi	0	1	3	4
16. Ho provato ondate di forti emozioni relative ad esso	0	1	3	4
17. Ho cercato di rimuoverlo dalla memoria	0	1	3	4
18. Ho avuto difficoltà a concentrarmi	0	1	3	4
19. Cose che me lo hanno fatto ricordare mi hanno provocato reazioni fisiche come sudorazione, difficoltà a respirare, nausea o accelerazione del cuore	0	1	3	4
20. Ho fatto sogni su di esso	0	1	3	4
21. Mi sono ritrovato ad essere guardingo e vigilante rispetto all'ambiente o alle persone	0	1	3	4
22. Ho cercato di non parlarne	0	1	3	4