

Mental Health

Sintomi legati alla salute mentale

Può scegliere di non rispondere a qualsiasi di queste domande.

Se sta avendo pensieri suicidi, questi numeri di assistenza che può contattare:

Linea di ascolto "Parla con Noi": Servizio per la Prevenzione del Suicidio: 06 33777740

Telefono Amico Italia: 199 284 284

Telefono Amico Centri in Rete: 800 848 400

Samaritans onlus Italia: 800 86 00 22

Trova altri servizi di assistenza telefonica nel tuo Paese

Ha mai ricevuto una diagnosi (prima dei sintomi da COVID-19) di una patologia legata alla salute mentale (ad es. depressione, ansia, attacchi di panico, psicosi, etc.)?

- Sì
- No

Pensa di aver avuto o di avere una patologia legata alla salute mentale che non è stata diagnosticata?

- Sì
 No

Se ha risposto sì a una delle due domande precedenti, quali delle seguenti patologie ha vissuto? (Indichi tutte le opzioni in cui si rivede)

- Depressione
 Disturbo bipolare
 Disturbo d'ansia
 Disturbo da uso di sostanze
 Disturbo alimentare
 Disturbo di personalità
 Disturbo psicotico
 Delirium/stato confusionale acuto
 Disturbo post-traumatico da stress (PTSD)
 Altro

Per ogni condizione in cui si rivede, per favore specifichi se ci sono stati miglioramenti o peggioramenti durante la malattia:

	Non applicabile/pertinente	Nessun cambiamento durante la malattia (COVID-19)	Inizio della patologia durante la malattia (COVID-19)	Peggiori segni durante la malattia (COVID-19)
Depressione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbo bipolare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbo d'ansia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbo da uso di sostanze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbo alimentare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbo di personalità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbo psicotico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirium/stato confusionale acuto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbo post-traumatico da stress (PTSD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>				

Descriva come avvertiva queste condizioni o come esse hanno influenzato la sua vita durante la malattia (COVID-19)



Depressive Symptoms

Nelle ultime 2 settimane, quanto spesso si sono presentate le seguenti problematiche?

	Per niente	Alcuni giorni	Più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
Scarso interesse o piacere nel fare le cose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentirsi giù, depresso / depressa / depressa o senza speranza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficoltà ad addormentarsi o nel dormire/dormire troppo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentirsi spossato / spossata / spossate o senza energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Per niente	Alcuni giorni	Più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
Sentirsi in colpa per se stesso / stessa / stesse, o sentirsi un fallimento; sentire di aver deluso se stesso / stessa / stesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muoversi o parlare in modo visibilmente lento. O il contrario: essere talmente in agitazione o irrequieto / irrequieta / irrequiete da essere molto più in movimento del solito.

Pensare alla morte come una soluzione per stare meglio o aver provato a ferirsi in qualche modo.

Per niente

Alcuni giorni

Più della metà
dei giorniQuasi ogni
giorno

Se ha spuntato qualsiasi delle precedenti problematiche, quanto hanno reso difficile per lei lavorare, prendersi cura della casa, andare d'accordo con altre persone?

- Per niente difficile
- Un po' difficile
- Molto difficile
- Estremamente difficile

(Opzionale) Se desidera, scriva qualcosa in più sulla sua esperienza.

Anxiety Symptoms

Nelle ultime 2 settimane, quanto spesso è stato afflitto dalle seguenti problematiche?

	Per niente	Alcuni giorni	Più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
Nervosismo/agitazione/tensione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non essere in grado di fermare o controllare le preoccupazioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preoccuparsi troppo per svariate questioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficoltà a rilassarsi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Per niente	Alcuni giorni	Più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
Essere così agitato / agitata / agitate da non riuscire a stare seduto / seduta / sedute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adirarsi o irritarsi facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aver paura che qualcosa di terribile possa accadere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Per niente	Alcuni giorni	Più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno

Se ha spuntato qualsiasi delle precedenti problematiche, quanto hanno reso difficile per lei lavorare, prendersi cura della casa, andare d'accordo con altre persone?

- Per niente difficile
- Un po' difficile
- Molto difficile
- Estremamente difficile

(Opzionale) Se desidera, scriva qualcosa in più sulla sua esperienza.

Suicidal Thoughts

Se sta avendo pensieri suicidi, questi numeri di assistenza che può contattare:

Linea di ascolto "Parla con Noi": Servizio per la Prevenzione del Suicidio: 06 33777740

Telefono Amico Italia: 199 284 284

Telefono Amico Centri in Rete: 800 848 400

Samaritans onlus Italia: 800 86 00 22

Trova [altri servizi di assistenza telefonica](#) nel tuo Paese

In qualsiasi momento durante la pandemia di COVID-19, lei ha:

- Desiderato di morire o di andare a dormire e non svegliarsi
- Avuto pensieri suicidi
- Avuto pensieri autolesionisti
- Fatto qualcosa per farsi del male
- Non ha avuto pensieri suicidi
- Altro

Psychiatric Medication

Ha preso i medicinali prescritti durante la sua guarigione?

- Sì
 No

In qualsiasi momento durante la pandemia di COVID-19, ci sono stati cambiamenti nelle sue prescrizioni psichiatriche?

- Sì, è stata corretta la dose di un farmaco che prendevo da prima
 Sì, mi sono stati prescritti nuovi farmaci
 No, ho continuato a prendere farmaci nelle dosi precedentemente prescritte
 No, non ho avuto necessità di assumere psicofarmaci

Se le sono stati prescritti nuovi farmaci, quali erano?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antidepressivi (non Bupropione) | <input type="checkbox"/> Melatonina per l'insonnia |
| <input type="checkbox"/> Wellbutrin (Bupropione) | <input type="checkbox"/> Stabilizzatore dell'umore (ad es. litio, acido valproico, topiramato, ect.) |
| <input type="checkbox"/> Benzodiazepine (ansiolitico) | <input type="checkbox"/> Stimolante |
| <input type="checkbox"/> Antipsicotico | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Farmaci ipnotici per l'insonnia (ad es. zolpidem, zopiclone, zaleplon) | |

Se ha assunto qualunque di questi farmaci, indichi che effetto hanno avuto

sulla sua condizione. (Risponda per ogni farmaco che ha assunto)

	Ottimo	Moderatamente positivo	Leggermente positivo	Praticamente nessuno	Leq r
Antidepressivi (SSRI/SNRI/Wellbutrin, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Benzodiazepine (ansiolitico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Antipsicotico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Farmaci ipnotici per l'insonnia (ad es. zolpidem, zopiclone, zaleplon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Ottimo	Moderatamente positivo	Leggermente positivo	Praticamente nessuno	Leq r
Melatonina oer l'insonnia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Stabilizzatore dell'umore (ad es. litio, acido valproico, topiramato, ect.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Stimolante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Altro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input style="width: 280px; height: 30px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Ottimo	Moderatamente positivo	Leggermente positivo	Praticamente nessuno	Leq r

Se ha avuto necessità di assumere psicofarmaci durante la pandemia di COVID-19, selezioni le opzioni in cui si ritrova:

- Ho ricevuto la terapia farmacologica dal mio medico di base/dal mio medico di fiducia
- Ho ricevuto la terapia farmacologica dal mio medico precedente
- Ho ricevuto la terapia farmacologica da un nuovo medico
- Non ho potuto ottenere la terapia farmacologica di cui avevo bisogno

Se non ha potuto ricevere una terapia farmacologica per problemi psichiatrici, quali di questi fattori hanno concorso a quest'impossibilità?

- Costi
- Accesso ad un dispositivo compatibile con la telemedicina
- Il medico/centro medico che preferisco non accetta la mia assicurazione
- Il medico/centro medico che preferisco non cura i pazienti attraverso la telemedicina
- Altro

Coping

A quali attività ha partecipato con il preciso obiettivo di trovare supporto/forza per gestire la sua situazione? (Selezioni tutte le opzioni pertinenti)

- Gruppi di supporto/comunità online specifiche per COVID-19
- Gruppi di supporto/comunità online generiche (NON specifiche per COVID-19)
- Terapia psicologica
- Yoga
- Esercizio aerobico
- Meditazione
- Nessuna delle precedenti

Se ha aderito ad una comunità online specifica per COVID-19, qual è l'effetto di questa partecipazione sul suo benessere generale?

- Ha significativamente migliorato il mio benessere generale
- Ha moderatamente migliorato il mio benessere generale
- Non ha avuto effetti sul mio benessere generale
- Ha moderatamente peggiorato il mio benessere generale
- Ha significativamente peggiorato il mio benessere generale

È d'accordo con questa affermazione? "Uno o più medici non mi hanno creduto"

- Molto d'accordo
- D'accordo
- Più o meno d'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- Più o meno in disaccordo
- In disaccordo
- Fortemente in disaccordo

(Opzionale) Descriva come la partecipazione a una o più comunità online è utile per il suo benessere.

L'isolamento fisico dagli altri:

- Ha avuto un forte impatto negativo sul mio benessere mentale
- Ha avuto un impatto negativo sul mio benessere mentale
- Non ha avuto conseguenze sul mio benessere mentale

- Ha avuto un impatto positivo sul mio benessere mentale
- Ha avuto un forte impatto positivo sul mio benessere mentale
- Non sono stato / stata / state fisicamente in isolamento dagli altri

(Opzionale) Indichi quanto si ritrova in ognuna di queste 28 affermazioni, consideri che possono descrivere il passato o il momento presente.

	Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto
Mi sono buttato / buttata / buttate sul lavoro o altre attività per distrarmi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho concentrato i miei sforzi per reagire alla situazione in cui mi trovo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho pensato "tutto questo non è reale"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Per sentirmi meglio, ho assunto alcool o altre droghe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho ricevuto supporto emotivo dagli altri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho rinunciato a provare a gestire tutto questo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho agito per provare a migliorare la situazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto
Mi rifiuto di credere che questo mi stia succedendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho detto cose per mettere in fuga il mio disagio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ho ricevuto aiuto e consigli da altre persone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho provato a guardare la situazione sotto una luce diversa, per farla sembrare migliore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sono rimproverato / rimproverata / rimproverate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho tentato di mettere in piedi una strategia di reazione alla situazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho ricevuto conforto e comprensione da qualcuno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto
Ho rinunciato a superare tutto questo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho cercato elementi positivi in quello che sta succedendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ci ho scherzato su	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho svolto attività per pensarci di meno, come andare al cinema, guardare la TV, leggere, fare sogni a occhi aperti, dormire o fare shopping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho accettato la realtà dei fatti: è successo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho espresso i miei sentimenti negativi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho provato a trovare conforto nella mia religione o nel mio credo spirituale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto

Ho provato a ottenere aiuto o consigli dagli altri per sapere cosa fare

Ho imparato a convivere con

Ho pensato molto alla prossima mossa da fare

Mi sento colpevole per quello che è successo

Ho pregato o meditato

Mi prendo gioco della situazione

Per niente

Un po'

Abbastanza

Molto

Scriva qualsiasi altra cosa riguardo ai suoi metodi per far fronte alla malattia:

Structural Support

Come descriverebbe il sostegno ricevuto (o la sua assenza) dalle persone citate durante la sua malattia?

	Dannoso	Sdegnoso	Scettico	Apatico	Leggermente preoccupato
Personale medico	<input type="checkbox"/>				

Amici	<input type="checkbox"/>				
Coniuge / Partner	<input type="checkbox"/>				
Famiglia (non Coniuge/ Partner)	<input type="checkbox"/>				
Datore di lavoro	<input type="checkbox"/>				
Altro	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>					

(Opzionale) Se le va, condivida pure la sua esperienza riguardo al supporto ricevuto o l'assenza di esso durante la sua malattia (COVID-19).

Quale di queste affermazioni descrive meglio la sua situazione durante la malattia (COVID-19)?

- Vivo da solo / sola / solø e avevo tutto quello che mi serviva per prendermi cura di me stesso / stessa / stesse
- Vivo da solo / sola / solø e avevo bisogno di più aiuto rispetto a quello ricevuto
- Vivo con qualcuno che si è preso cura di me
- Vivo con qualcuno e avevo bisogno di più aiuto rispetto a quello ricevuto
- Altro

Se era in isolamento, sia all'interno dello stesso domicilio sia in una

diversa abitazione, quale di queste affermazioni descrive meglio la sua esperienza?

Consideri l'espressione 'ricongiungersi' con il significato di aver ricominciato a vivere di nuovo con altre persone, non soltanto fare visita o socializzare con altri.

- Non ero in isolamento/Ho vissuto con altri per tutta la durata della malattia
- Mi sono ricongiunto / ricongiunta / ricongiuntø con altri tra la 1^a e la 3^a settimana e queste persone sono state contagiate (probabilmente da me)
- Mi sono ricongiunto / ricongiunta / ricongiuntø con altri tra la 1^a e la 3^a settimana e queste persone NON sono state contagiate
- Mi sono ricongiunto / ricongiunta / ricongiuntø con altri tra la 4^a e la 6^a settimana e queste persone sono state contagiate
- Mi sono ricongiunto / ricongiunta / ricongiuntø con altri tra la 4^a e la 6^a settimana e queste persone NON sono state contagiate
- Mi sono ricongiunto / ricongiunta / ricongiuntø con altri dopo la 6^a settimana e queste persone sono state contagiate
- Mi sono ricongiunto / ricongiunta / ricongiuntø con altri dopo la 6^a settimana e queste persone NON sono state contagiate
- Sono attualmente in isolamento//Non mi sono ricongiunto / ricongiunta / ricongiuntø con altri
- Non applicabile/pertinente

Possiede animali domestici a casa? *

- Sì
- No

Se sì, indichi quali: *

- Gatti

- Cani
- Roditori
- Altri

Riguardo l'assistenza medica che ha ricevuto durante la pandemia di COVID-19: *

- Ritengo di aver ricevuto cure appropriate
- Ritengo di aver ricevuto cure appena oltre la sufficienza
- Ritengo di aver ricevuto cure insufficienti o inappropriate
- Non ho avuto bisogno di assistenza medica

Riguardo la sua situazione finanziaria durante la pandemia di COVID-19 (sceglia tutte le opzioni pertinenti): *

- Ho perso il lavoro/Non ho potuto lavorare in quanto libero professionista
- Non ho potuto affrontare le spese strettamente necessarie, come per il cibo e l'affitto
- Ho avuto difficoltà economiche ma sono riuscito / riuscita / riuscita a tirare avanti
- Non ho avuto difficoltà economiche

(Opzionale) Ritengo che il governo e le istituzioni pubbliche a tutela della salute abbiano gestito la pandemia di COVID-19 nel miglior modo possibile al netto delle loro possibilità.

- Molto d'accordo
- D'accordo

- Più o meno d'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- Più o meno in disaccordo
- In disaccordo
- Fortemente in disaccordo

Se ha figli, si sono ammalati di COVID (anche presunta) per più di 3 settimane?

- Non ho figli
- I miei figli non si sono ammalati
- I miei figli si sono ammalati ma sono guariti entro 3 settimane
- Almeno uno dei miei figli si è ammalato per più di 3 settimane, e almeno uno è guarito entro 3 settimane
- Tutti i miei figli si sono ammalati per più di 3 settimane