

# LA SOLITUDINE NELLA FIBROMIALGIA

---

## ANAGRAFICA DEL PAZIENTE

---

INIZIALI PZ

ANNO DI NASCITA

SESSO    M    F

ATTIVITA' LAVORATIVA

DIAGNOSI

DURATA DI MALATTIA (anni):

STATO CIVILE    SINGLE    SPOSATO    DIVORZIATO    VEDOVO    CONVIVENTE

SCOLARITA    Lic. Elementare    Lic. Media    Diploma    Laurea

FUMO    Si    No    Ex

---

## INDICI ANTROPOMETRICI

---

ALTEZZA (cm):

BMI:

PESO (Kg):

---

## ATTIVITA' DI SVAGO

---

LETTURA

MUSICA

TELEVISIONE

ATTIVITA' FISICA

ATTIVITA' SOCIALI

## REVISED FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE

### Dominio 1 – FUNZIONE FISICA

Per ognuna delle seguenti NOVE domande, segni la casella che meglio indica il grado di difficoltà da Lei avvertito, nel corso dell'ultima settimana, nel compiere ciascuna delle attività elencate, a causa della fibromialgia: (scegliere solo un numero)

|   |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                           |
|---|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------|
| 1. Spazzolare o pettinare i capelli               | <i>Nessuna difficoltà</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Estrema difficoltà</i> |
| 2. Camminare ininterrottamente per 20 minuti      | <i>Nessuna difficoltà</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Estrema difficoltà</i> |
| 3. Preparare i pasti                              | <i>Nessuna difficoltà</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Estrema difficoltà</i> |
| 4. Passare l'aspirapolvere e lavare i pavimenti   | <i>Nessuna difficoltà</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Estrema difficoltà</i> |
| 5. Sollevare e portare le borse della spesa       | <i>Nessuna difficoltà</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Estrema difficoltà</i> |
| 6. Salire un piano di scale                       | <i>Nessuna difficoltà</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Estrema difficoltà</i> |
| 7. Cambiare le lenzuola del letto                 | <i>Nessuna difficoltà</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Estrema difficoltà</i> |
| 8. Stare seduto su una sedia per almeno 45 minuti | <i>Nessuna difficoltà</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Estrema difficoltà</i> |
| 9. Andare a fare la spesa                         | <i>Nessuna difficoltà</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Estrema difficoltà</i> |

### Dominio 2 – STATO GENERALE DI SALUTE

Per ognuna delle seguenti DUE domande, segni la casella che meglio indica il grado di difficoltà da Lei avvertito, nel corso dell'ultima settimana, nel compiere ciascuna delle attività elencate, a causa della fibromialgia: (scegliere solo un numero)

|  |            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|--|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| 10. La fibromialgia mi ha impedito di portare a termine i lavori/compiti della settimana | <i>Mai</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Sempre</i> |
| 11. Sono stato completamente sopraffatto dai sintomi della fibromialgia                  | <i>Mai</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Sempre</i> |

### Dominio 3 - SINTOMI

Per ognuna delle seguenti DIECI domande, segni la casella che meglio indica il grado di difficoltà da Lei avvertito, nel corso dell'ultima settimana, nel compiere ciascuna delle attività elencate, a causa della fibromialgia: (scegliere solo un numero)

|   |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                           |
|---|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------|
| 12. Assegna un punteggio al suo livello di dolore     | <i>Nessun dolore</i>      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Estremo dolore</i>     |
| 13. Assegna un punteggio al suo livello di stanchezza | <i>Nessuna stanchezza</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Estrema stanchezza</i> |

|   |                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
|---|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|
| 14. Assegna un punteggio al suo livello di rigidità   | <i>Nessuna rigidità</i>              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Estrema rigidità</i>                 |
| 15. Assegna un punteggio alla qualità del suo sonno   | <i>Ben riposato al risveglio</i>     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Estremamente stanco al risveglio</i> |
| 16. Assegna un punteggio al suo grado di depressione  | <i>Per nulla depresso</i>            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Estremamente depresso</i>            |
| 17. Assegna un punteggio ai suoi problemi di memoria  | <i>Buona memoria</i>                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Scarsissima memoria</i>              |
| 18. Assegna un punteggio al suo grado d'ansia   | <i>Per nulla ansioso</i>             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Estremamente ansioso/a</i>           |
| 19. Assegna un punteggio al suo livello di dolorabilità (dolore percepito al tatto)                     | <i>Nessuna dolorabilità</i>          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Estrema dolorabilità</i>             |
| 20. Assegna un punteggio ai suoi disturbi di equilibrio   | <i>Nessun problema di equilibrio</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Scarsissimo equilibrio</i>           |
| 21. Assegna un punteggio al livello delle sue sensibilità ai rumori, alle luci, agli odori ed al freddo | <i>Nessuna sensibilità</i>           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <i>Estrema sensibilità</i>              |

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Dim1 Funzione fisica</b>          |  |
| <b>Dim2 Stato generale di salute</b> |  |
| <b>Dim3 Sintomi</b>                  |  |
| <b>Totale FIQR</b>                   |  |

## SCALA UCLA PER LA SOLITUDINE

| Item   | Mai | Raramente | A volte | Spesso |
|--|-----|-----------|---------|--------|
| 1. Quante volte ti senti "in sintonia" con le persone intorno a te?                                      |     |           |         |        |
| 2. Quante volte senti che ti manca la compagnia?   |     |           |         |        |
| 3. Quante volte pensi che non ci sia nessuno a cui puoi rivolgerti?                                      |     |           |         |        |
| 4. Quanto spesso ti senti sola?  |     |           |         |        |
| 5. Quante volte ti senti parte di un gruppo di amici?  |     |           |         |        |
| 6. Quanto spesso senti di avere molto in comune con le persone che ti circondano?                        |     |           |         |        |
| 7. Quante volte senti di non essere più vicino a nessuno?  |     |           |         |        |
| 8. Quante volte senti che i tuoi interessi e le tue idee non sono condivisi da coloro che ti circondano? |     |           |         |        |
| 9. Quanto spesso ti senti estroverso e amichevole?   |     |           |         |        |
| 10. Quanto spesso ti senti vicino alla gente?  |     |           |         |        |
| 11. Quanto spesso ti senti escluso?  |     |           |         |        |
| 12. Quanto spesso senti che le tue relazioni con gli altri non sono significative?                       |     |           |         |        |
| 13. Quante volte pensi che nessuno ti conosca bene?  |     |           |         |        |
| 14. Quanto spesso ti senti isolato dagli altri?  |     |           |         |        |
| 15. Quante volte pensi di poter trovare compagnia quando vuoi?   |     |           |         |        |
| 16. Quanto spesso senti che ci sono persone che ti capiscono davvero?                                    |     |           |         |        |
| 17. Quanto spesso ti senti timido?   |     |           |         |        |
| 18. Quanto spesso senti che le persone ti stanno intorno ma non con te?                                  |     |           |         |        |
| 19. Quanto spesso senti che ci sono persone con cui puoi parlare?  |     |           |         |        |
| 20. Quanto spesso senti che ci sono persone a cui puoi rivolgerti?                                       |     |           |         |        |

**Score**

**20-34 = LOW**

**35-49 = MODERATE**

**50-64 = MODERATLY HIGH**

**65-80 = HIGH**

## DASS 21 – DEPRESSION ANXIETY STRESS SCALES

Legga ogni frase e poi indichi con quale frequenza la situazione descritta si è verificata negli ultimi sette giorni.

**0= Non mi è mai accaduto; 1= Qualche volta; 2= Con una certa frequenza; 3= Quasi sempre**

|   | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> |
|---|----------|----------|----------|----------|
| 1. Ho provato molta tensione e ho avuto difficoltà a recuperare uno stato di calma  |          |          |          |          |
| 2. Mi sono accorto di avere la bocca secca  |          |          |          |          |
| 3. Non riesco proprio a provare delle emozioni positive   |          |          |          |          |
| 4. Mi sono sentito molto in affanno con difficoltà a respirare (per es. respiro molto accelerato, sensazione di forte affanno in assenza di sforzo fisico)                              |          |          |          |          |
| 5. Ho avuto un'estrema difficoltà nel cominciare quello che dovevo fare   |          |          |          |          |
| 6. Ho avuto la tendenza a reagire in maniera eccessiva alle situazioni  |          |          |          |          |
| 7. Ho avuto tremori (per es. alle mani)   |          |          |          |          |
| 8. Ho sentito che stavo impiegando molta energia nervosa  |          |          |          |          |
| 9. Ho temuto di trovarmi in situazioni in cui sarei potuto andare nel panico e rendermi ridicolo  |          |          |          |          |
| 10. Non vedevo nulla di buono nel mio futuro  |          |          |          |          |
| 11. Mi sono sentito stressato   |          |          |          |          |
| 12. Ho avuto difficoltà a rilassarmi  |          |          |          |          |
| 13. Mi sono sentito scoraggiato e depresso  |          |          |          |          |
| 14. Non riesco a tollerare per nulla eventi o situazioni che mi impedivano di portare avanti ciò che stavo facendo o a provare emozioni come se fossi ritornato indietro a quel momento |          |          |          |          |
| 15. Ho sentito di essere vicino ad avere un attacco di panico   |          |          |          |          |
| 16. Non c'era nulla che mi dava entusiasmo  |          |          |          |          |
| 17. Sentivo di valere poco come persona   |          |          |          |          |
| 18. Mi sono sentito piuttosto irritabile  |          |          |          |          |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| 19. Ho percepito distintamente il battito del mio cuore senza aver fatto uno sforzo fisico (per es. battito cardiaco accelerato o perdita di un battito) |  |  |  |  |
| 20. Mi sono sentito spaventato senza ragione   |  |  |  |  |
| 21. Sentivo la vita priva di significato   |  |  |  |  |

## **SCORE DASS21**

**Dim. 1 DEPRESSIONE**

**Dim. 2 STRESS**

**Dim. 3 ANSIA**

### **Un commento personale IL MIO VISSUTO SULLA SOLITUDINE**

(scrivere in poche righe quello che per voi rappresenta la solitudine, quanto riuscite ad affrontarla e come tentate di gestirla)