

EPOCA – Questionario di rilevazione per la valutazione della post-COVID

Panoramica

Sezione	Dominio indagato	Compilato da	Area
Parte 1: Informazioni generali cliniche e demografiche			
1.A.	Demografia	Self-rep	SocDem
1.B.	Condizioni di salute prima della malattia COVID-19 acuta	HCP	SocDem
1.C.	Dettagli sulla malattia COVID-19 acuta	HCP	SocDem
Parte 2: Situazione lavorativa e assicurativa			
2.A.	Situazione lavorativa	HCP	SocDem
2.B.	Stima della capacità lavorativa	Self-rep	M.ASS
2.C.	Aspettative circa il rientro al lavoro	Self-rep	M.ASS
2.D.	Situazione assicurativa	HCP / Self-rep	M.ASS
Parte 3: Limitazioni funzionali			
3.A.	Autonomia, possibilità di prendersi cura di sé	Self-rep	Gen
3.B.	<i>Post-COVID-19 Functional Status (PCFS)</i>		
Parte 4: Sintomi della malattia COVID-19 e trattamento			
4.A.	Elenco dei sintomi/disturbi	HCP	Gen/Int
4.B.	Trattamento corrente		
Parte 5: Questionari			
5.A.	Condizioni generali di salute	Self-rep	Gen/Int
5.B.	Guarigione percepita	Self-rep	Gen/Int
5.C.	Affaticamento: <i>Fatigue Severity Scale</i>	Self-rep	Fis
5.D.	Forza/Resistenza: test della capacità di alzarsi in piedi dalla posizione seduta in 1 minuto	HCP	Fis
5.E.	Dispnea: questionario CRQ	Self-rep	Polm
5.F.	Funzione cognitiva: DemTect	HCP	Cog/Psi
5.G.	Benessere psicologico: <i>Five Well-being Index (WHO-5)</i>	Self-rep	Cog/Psi
Parte 6: Raccomandazione / Ulteriori misure			
6.A.	Accertamento specialistico	HCP	M.ASS
6.B.	Intervento riabilitativo		
6.C.	Esercitazione al lavoro		
6.D.	Ripresa del lavoro		
6.E.	Altro:		

HCP: Health Care Professional (medico)
 SocDem: socio-demografico
 Cog/Psi: cognizione/psiche
 M.ASS: medicina assicurativa
 Gen/Int: generale, internistico
 Polm: polmonare
 Fis: fisico

Parte 1: Informazioni generali cliniche e demografiche

N. assicurazione:

Nome:

1.A. Demografia

Età _____

Sesso _____

Statura / peso _____

Livello più alto di formazione completata _____

Lingua madre _____

Stato civile _____

1.B. Condizioni di salute prima della malattia COVID-19 acuta

	Sì	No
Cancro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiopatia cronica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nefropatia cronica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epatopatia cronica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patologia neurologica cronica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Iperensione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immunocompromissione/immunodeficienza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemi psichiatrici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sì: _____		
Sovrappeso (BMI >30 kg/m ²)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altri problemi di salute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sì: _____		
Fumatore (ex, corrente, mai)	Ex	Corrente Mai
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Allergie – Specificare	Sì	No
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sì: _____		

1.C. Dettagli sulla malattia COVID-19 acuta

Data di inizio dei sintomi _____ gg/mm/aaa

Data della diagnosi _____ gg/mm/aaa

Test usato per la diagnosi
PCR, test rapido, altri (specificare) _____

Gravità della malattia COVID-19 acuta _____
(Ospedalizzazione / Somministrazione di ossigeno / VM / Trattamento farmacologico)

Parte 2: Situazione lavorativa e assicurativa**2.A. Situazione lavorativa**

Attività corrente	<hr/>		
Rapporto di lavoro	Dipendente	Autonomo	Altro
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se "Altro", specificare:	<hr/>		
Grado di occupazione	<hr/>		
Indicare in % oppure ore/settimana	<hr/>		
Carico fisico durante il lavoro	Leggero	Moderato	Elevato
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carico psichico durante il lavoro	Leggero	Moderato	Elevato
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possibilità di adattamento del carico nell'attività professionale	Sì	No	Non so
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limitazioni percepite sul lavoro	Sì	No	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Paura di perdere il posto di lavoro	Sì	No	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2.B. Stima della capacità lavorativa

Se dovesse valutare la migliore capacità lavorativa che ha mai raggiunto su una scala a 10 punti:
Quanti punti attribuirebbe alla sua capacità lavorativa attuale?
(0 = totale incapacità lavorativa attuale)

1-10:

2.C. Aspettative circa il rientro al lavoro

Crede che non sarà in grado né di tornare a svolgere le mansioni lavorative che svolgeva prima né di rientrare al lavoro	Sì	No
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.D. Situazione assicurativa

Se percepisce un'indennità giornaliera, qual è la sua assicurazione (indennità giornaliera di malattia, assicurazione infortuni)?	IGM	AINF	Nessuna :
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grado corrente di incapacità lavorativa in %	<hr/>		
Da quanti giorni è in malattia?	<hr/>		
Da quanti giorni riceve un'indennità giornaliera di malattia?	<hr/>		
È prevista una perizia o è già stata fissata?	Sì	No	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
È coinvolta l'assicurazione di invalidità? Se sì, come (provvedimenti di reinserimento professionale, rendita)?	<hr/>		
Ha avuto problemi con l'assicurazione per la sua malattia (ad es. assunzione dei costi del trattamento, interventi di riabilitazione, indennità giornaliera, ecc.)?	Sì	No	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Parte 3: Limitazioni funzionali**3.A. Autonomia, possibilità di prendersi cura di sé**

- come prima della COVID-19
- peggiore rispetto a prima della COVID-19
- migliore rispetto a prima della COVID-19
- non so

3.B. Post-COVID-19 Functional Status (PCFS)

Qual è ora l'impatto della COVID-19 sulla sua quotidianità?

Indichi quali delle seguenti affermazioni rispecchiano meglio la sua situazione. Selezioni solo una casella alla volta.

Punteggio corrispondente sulla
scala PCFS se la casella
viene spuntata

La mia quotidianità non ha subito limitazioni di sorta e non ho sintomi, dolori o ansie in relazione all'infezione.	<input type="checkbox"/>	0
La mia quotidianità ha subito limitazioni trascurabili, dal momento che sono in grado di svolgere tutti i miei impegni/attività consueti benché abbia tuttora sintomi, dolori o stati d'ansia.	<input type="checkbox"/>	1
La mia quotidianità ha subito limitazioni dal momento che sintomi, dolori o ansie mi costringono occasionalmente a evitare o ridurre oppure diluire nel tempo i miei impegni/attività consueti. Sono comunque in grado di svolgere tutte le attività senza ricorrere ad alcun aiuto.	<input type="checkbox"/>	2
La mia quotidianità ha subito limitazioni dal momento che sintomi, dolori o ansie non mi consentono di svolgere tutti i miei impegni/attività consueti. Sono comunque in grado di prendermi cura di me stesso/a senza ricorrere ad alcun aiuto.	<input type="checkbox"/>	3
La mia quotidianità ha subito pesanti limitazioni: non sono in grado di prendermi cura di me stesso/a e pertanto sintomi, dolori o ansie mi costringono a dipendere dalle cure e/o dall'assistenza di un'altra persona.	<input type="checkbox"/>	4

Parte 4: Sintomi della malattia COVID-19**4.A. Elenco dei sintomi/disturbi**

Avverte (al momento) qualcuno dei sintomi/disturbi elencati di seguito?

Sintomo	Sì,	Sì,	No	Presente già prima	Peggiorato dopo la malattia
	continua mente	occasiona lmente		della malattia COVID- 19	COVID-19
Pressione sul torace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stitichezza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbi mestruali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertigini	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Febbre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Smemoratezza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contrazioni delle braccia/gambe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolori/tumefazioni articolari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perdita dell'appetito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nausea/vomito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intorpidimento/formicolio (ad es. delle dita)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolore alla respirazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palpitazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tosse secca ostinata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stanchezza persistente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemi di udito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mal di testa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolori muscolari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Affaticamento a seguito di sforzo fisico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemi alla vista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemi di deglutizione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compromissione dell'olfatto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compromissione del gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tinnito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respiro corto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eruzione cutanea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbi del sonno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eccessivo bisogno di dormire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rigidità muscolare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mal di stomaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tremore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficoltà di concentrazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debolezza (braccia, gambe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemi di erezione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altro (specificare)					

4.B. Trattamento corrente

A causa di sintomi o di complicazioni intervenuti dopo l'infezione ha richiesto una delle seguenti prestazioni nel campo della salute?

	Sì	No	
1. Consulenza e supporto psicologici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Fisioterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Ergoterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. Riabilitazione polmonare/respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. Riabilitazione fisica generale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. Altro (specificare)			
	<hr/>		
Queste terapie sono state d'aiuto?	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Poco <input type="radio"/>

Quali medicinali assume al momento (elencare tutti i medicinali)

Parte 5: Questionari**5.A. Condizioni generali di salute****«Termometro sensoriale»**

Vogliamo scoprire com'è la sua salute (buona-cattiva) **OGGI**.

In questa scala da 0 a 100,

100 indica la migliore salute immaginabile, 0 (zero) la peggiore salute immaginabile.

Faccia clic sul punto della scala che descrive al meglio la sua salute OGGI.

**5.B. Guarigione percepita****Come valuta ora il suo recupero dalla COVID-19?**

Come si sente ora rispetto al momento in cui le è stata constatata l'infezione da coronavirus?

- 1. **Completamente** guarito/a e senza sintomi
- 2. Meglio ma non del tutto sano (**non come prima**)
- 3. Né meglio né peggio, **sempre malato/a**
- 4. Peggio

5.E. Questionario sull'affanno: Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ)

Di seguito trova un elenco di attività che causano respiro corto a certe persone con problemi polmonari.

Per ogni attività elencata, selezioni la risposta che meglio descrive l'intensità del respiro corto che ha avvertito nelle ULTIME 2 settimane, quando ha svolto quell'attività.

Selezioni la casella dell'ultima colonna se nelle ultime 2 settimane NON HA SVOLTO quell'attività.

(In ogni riga, selezionare sempre solo una casella)

	Attività	Respiro corto estremo	Respiro corto forte	Respiro corto più che moderato	Respiro corto moderato	Respiro corto lieve	Respiro corto molto lieve	Respiro corto assente	Non svolta
1	Provare sensazioni come ad es. rabbia o disagio	1	2	3	4	5	6	7	8
2	Attendere ai propri bisogni primari (fare il bagno, la doccia, mangiare o vestirsi)	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Camminare	1	2	3	4	5	6	7	8
4	Sbrigare incombenze casalinghe (ad es. lavori di casa, spesa)	1	2	3	4	5	6	7	8
5	Avere contatti e incontrarsi con altre persone	1	2	3	4	5	6	7	8

Valutazione CRQ

Per il calcolo del punteggio (*score*), il soggetto deve rispondere ad almeno 3 domande su 5. Vengono conteggiati solo i punti 1 – 7. Il punteggio corrisponde alla media, ovvero la somma di tutti i punti assegnati a tutte le risposte divisa per il numero delle risposte.

Esempio con 5 risposte: $4 + 5 + 4 + 3 + 4 = 20 / 5 = \text{Score } 4$

Esempio con 3 risposte: $2 + 3 + 4 = 9 / 3 = \text{Score } 3$

5.F. Questionario sulla funzione cognitiva: DemTect**1. Elenco di parole**

«Ora le leggerò lentamente un elenco di 10 parole. Lei dovrà ripeterne il maggior numero possibile. Non ha importanza in quale sequenza lo farà.» (primo elenco)

Piatto	Cane	Lampada	Lettera	Mela	Pantaloni	Tavolo	Prato	Vetro	Albero
<input type="checkbox"/>									

«Molte grazie. Ora le leggerò le stesse 10 parole una seconda volta. Anche in questo caso, dovrà ripeterne il maggior numero possibile.»

Piatto	Cane	Lampada	Lettera	Mela	Pantaloni	Tavolo	Prato	Vetro	Albero
<input type="checkbox"/>									

Termini ricordati correttamente (max.20)

2. Conversione di cifre

«Come può vedere in questo esempio, è possibile scrivere la cifra «5» anche in parola cioè «cinque» e la parola «tre» anche come cifra «3». Una parte di questo compito prevede che lei compili un assegno. Le chiedo ora di scrivere le cifre in parole e le parole in cifre.»

Esempio: 5 = cinque tre = 3

209 =	
4054 =	
seicento ottantuno =	
duemila ventisette =	

Risposte corrette (max. 4)

3) Compito del supermercato

«Mi dica quante più cose è possibile acquistare al supermercato. Ha a disposizione un minuto.»

Termini enunciati (max. 30)

4) Sequenzi di cifre inversa

«Ora le dirò una sequenza di cifre che poi lei dovrà ripetere al contrario. Quindi, se ad esempio io dico «quattro-cinque», lei dovrà dire «cinque-quattro».

1° tentativo	2° tentativo	Valutazione
7-2	8-6	2
4-7-9	3-1-5	3
5-4-9-6	1-9-7-4	4
2-7-5-3-6	1-3-5-4-8	5
8-1-3-5-4-2	4-1-2-7-9-5	6

Sequenza di cifre più lunga ripetuta al contrario (max. 6)

5) Nuova ripetizione dell'elenco di parole

«All'inizio di questo test le ho enunciato 10 parole. Le ricorda ancora?»

Piatto	Cane	Lampad a	Lettera	Mela	Pantalo ni	Tavolo	Prato	Vetro	Albero
<input type="checkbox"/>									

Termini correttamente ricordati (max. 10)

Valutazione:

Punteggio	Diagnosi	Raccomandazione per il trattamento
13-18	Prestazione cognitiva in linea con l'età.	Ripetere il test dopo 12 mesi o alla ricomparsa di problemi.
9-12	Lieve compromissione cognitiva	Ripetere il test dopo 6 mesi – Monitorare il decorso.
< 8	Sospetta demenza	Ulteriore accertamento diagnostico, avvio di terapia

Tabelle di conversione

Elenco di parole					
Numero di termini enunciati					
< 60 anni	> 60 anni	40 -			Punti
< 7	< 6	< 9			0
8-10	7-8	10-11			1
11-12	9-10	12-13			2
> 13	> 11	>14			3
Conversione di cifre					
Numero di conversioni corrette					
< 60 anni	> 60 anni	40 -			Punti
0	0	< 1			0
1-2	1-2	2			1
3	3	3			2
4	4	4			3
Compito del supermercato					
Numero di termini enunciati					
< 60 anni	> 60 anni	40 -			Punti
0-12	0-5	<17			0
13-15	6-9	18-22			1
16-19	10-15	23-27			2
> 20	> 16	>28			4
Sequenzi di cifre inversa					
Lunghezza della sequenza di cifre					
< 60 anni	> 60 anni	40 -			Punti
0	0	<2			0
2-3	2	3			1
4	3	4			2
> 5	> 4	5			3
Rievocazione differita					
Numero di termini enunciati					
< 60 anni	> 60 anni	40 -			Punti
0	0	<4			0
1-3	1-2	5			1
4-5	3-4	6			2
		7			3
> 6	> 5	>8			5

5.G. Questionario per l'autovalutazione del benessere psichico attuale:

Le seguenti affermazioni si riferiscono al suo benessere nelle ultime due settimane. Per ogni affermazione selezioni la casella che meglio descrive il suo parere su come si è sentito nelle ultime due settimane.

Nelle ultime due settimane ...	Tutto il tempo	Quasi tutto il tempo	Poco più della metà del tempo	Poco meno della metà del tempo	Qualche volta	Mai
... sono stato/a contento/a e di buonumore	5	4	3	2	1	0
... mi sono sentito/a tranquillo/a e rilassato/a	5	4	3	2	1	0
... mi sono sentito/a energico/a e attivo/a	5	4	3	2	1	0
... mi sono sentito/a fresco/a e riposato/a al risveglio	5	4	3	2	1	0
... la mia giornata era piena di cose che mi interessa fare	5	4	3	2	1	0

Interpretazione:

Total score : (punteggio totale)

Per il calcolo del punteggio grezzo, sommare le risposte. Il punteggio grezzo è compreso tra 0 e 25, dove 0 indica un benessere/una qualità di vita minimi e 25 un benessere/una qualità di vita massimi.

Il valore percentuale di 0 – 100 si ottiene moltiplicando per 4, con 0 che indica la situazione peggiore, 100 la situazione migliore.

Parte 6: Raccomandazione / Ulteriori misure**6.A. Accertamento specialistico**

Accertamento specialistico o trattamento necessario:

Invio a: _____

per: _____

6.B. Intervento riabilitativoAmbulatoriale

Quale? _____

Dove? _____

Stazionario

Quale? _____

Dove? _____

Obiettivi della riabilitazione: _____

6.C. Esercitazione al lavoro

Obiettivi dell'esercitazione: _____

Durata/ambito: _____

Possibile presso il datore di lavoro corrente

Sì No ?

Necessità di assistenza per l'organizzazione dell'esercitazione

Sì No **6.D. Ripresa del lavoro** Non vi sono mai state limitazioni o non sussistono più Possibile senza limitazioni

Da quando? _____

 Possibile con limitazioni

Da quando? _____

Numero di ore al giorno/settimana _____

Limitazioni: _____

 Non possibile**6.E. Altro** Nessun provvedimento necessario. Continuare l'attività lavorativa corrente. Adattamento dell'attività lavorativa corrente. Come? _____

Sono necessari ulteriori altri provvedimenti per la riabilitazione professionale?

Sì No

Quali? _____

Osservazioni: _____

Data _____

Firma _____