

Questionario DePaul sui Sintomi



Il documento originale lo si può trovare al seguente indirizzo:
<http://condor.depaul.edu/ljason/cfs/measures.html>

Questo documento è uno degli strumenti di ausilio alla diagnosi di CFS/ME sviluppato dal Team di Ricerca DePaul (<http://condor.depaul.edu/ljason/cfs/>).

Gli altri sono il Questionario DePaul sulla PEM, la Scala Fennell, e le Domande del Test sugli Atteggiamenti nei Confronti della CFS.

La traduzione è a cura di Giada Da Ros, presidente della CFS Associazione Italiana onlus:
www.stanchezzacronica.it. Per eventuali informazioni scrivere a:
cfs@cro.it.

Questionario DePaul sui Sintomi

Identità

Data_____

Questionario DePaul sui Sintomi

Si prega di rispondere alle seguenti domande.

1. Qual è la tua altezza?_____

2. Qual è il tuo peso?_____

3. Qual è la tua data di nascita?_____

4. Qual è il tuo gender (genere sessuale)?_____

5. A quale delle seguenti razze (una o più) appartieni?

Nero, Afro-Americano

Bianco

Indiano Americano o Nativo dell'Alaska

Asiatico o Delle Isole del Pacifico

Altra razza (*si prega specificare*)_____

6. Sei di origine latina o ispanica?

Sì No

7. Qual è il tuo stato civile attuale?

Sposato/a o convivente

Separato/a

Vedovo/a

Divorziato/a

Mai sposato/a

8. Hai figli?

Sì No (*Vai alla domanda 9*)

8a. Quanti figli hai? _____

8b. Quanti dei tuoi figli hanno meno di 18 anni? _____

9. Quante persone vivono a casa tua? _____

10. Quale grado di istruzione o titolo di studio hai completato a scuola?

Meno della scuola superiore

Qualcosa della scuola superiore

Diploma di secondaria superiore o attestato equivalente

Parziale università (almeno un anno) o formazione specialistica

Laurea universitaria standard

Titolo professionale inclusi master e dottorato

11. Qual è la tua attuale situazione lavorativa? **(Indicare tutti quelli applicabili)**

In invalidità

Studente

Casalingo/a

Pensionato/a

Disoccupato/a

Lavoro part-time

Lavoro a tempo pieno

11a. Se percepisci l'invalidità, per quale patologia percepisci l'assegno di invalidità?

Si prega di specificare _____

12. Qual è la tua attuale occupazione?

Attuale _____

12a. Se al momento non lavori, qual è stata la tua più recente occupazione?

Più recente _____

Per le seguenti domande (13-66), vorremmo sapere **quanto spesso hai avuto ciascun sintomo** e **quanto ciascun sintomo ti ha disturbato negli ultimo 6 mesi**. Per ciascun sintomo si prega di fare **un cerchietto per il numero di frequenza e uno per il numero della severità**. Si prega di compilare la scheda da sinistra a destra.

Sintomi	Frequenza:					Severità:				
	Nel corso degli ultimi 6 mesi, quanto spesso hai avuto questo sintomo?					Nel corso degli ultimi 6 mesi, quanto ti ha disturbato questo sintomo?				
	Per ciascun sintomo elencato sotto, fai un cerchietto su un numero da: 0 = nessuna delle volte 1 = qualche volta 2 = circa metà delle volte 3 = la maggior parte delle volte 4 = tutte le volte					Per ciascun sintomo sotto indicato, fai un cerchietto su un numero da: 0 = il sintomo non è presente 1 = leggero 2 = moderato 3 = severo 4 = molto severo				
13) Fatica/estrema stanchezza	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
14) Sensazione di essere morto, pesante dopo aver cominciato a fare esercizio	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
15) Indolenzimento o fatica del giorno dopo, dopo attività quotidiane non faticose	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16) Mentalmente stanco dopo il più piccolo sforzo	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17) Il più piccolo esercizio ti rende fisicamente stanco	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
18) Fisicamente esausto o sentirsi male dopo una leggera attività	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
19) Non sentirsi ristorato quando quando ti svegli al mattino	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
20) Necessità di pisolini quotidiani	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
21) Problemi ad addormentarsi	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
22) Problemi a rimanere addormentati	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
23) Svegliarsi presto al mattino (es. Alle 3.00)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

24) Dormire tutto il giorno e star sveglia tutta la notte	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
25) Dolore o sofferenza ai muscoli	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
26) Dolore/rigidità/indolenzimento in più di una articolazione senza rigonfiamento o arrossamento	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
27) Dolore agli occhi	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Sintomi	<p><i>Frequenza:</i></p> <p>Nel corso degli ultimi 6 mesi, quanto spesso hai avuto questo sintomo?</p> <p>Per ciascun sintomo elencato sotto, fai un cerchietto su un numero da:</p> <p>0 = nessuna delle volte 1 = qualche volta 2 = circa metà delle volte 3 = la maggior parte delle volte 4 = tutte le volte</p>					<p><i>Severità:</i></p> <p>Nel corso degli ultimi 6 mesi, quanto ti ha disturbato questo sintomo?</p> <p>Per ciascun sintomo sotto indicato, fai un cerchietto su un numero da:</p> <p>0 = il sintomo non è presente 1 = leggero 2 = moderato 3 = severo 4 = molto severo</p>				
28) Dolore al petto	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
29) Gonfiore	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
30) Dolore addominale/allo stomaco	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
31) Mal di Testa	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
32) Fascicolazioni	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
33) Debolezza muscolare	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
34) Sensibilità al rumore	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
35) Sensibilità alle luci intense	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
36) Problemi a ricordare le cose	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
37) Difficoltà a prestare attenzione per lunghi periodi di tempo	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
38) Difficoltà a trovare la parola giusta o a esprimere i pensieri	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
39) Difficoltà a capire le cose	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
40) Solo capace di concentrarsi su una cosa per volta	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
41) Incapace di focalizzare la vision e/o l'attenzione	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

42) perdita di percezione della profondità	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
43) Rallentamento del pensiero	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
44) Distrazione o dimenticanza	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
45) Problemi alla vescica	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
46) Problemi di intestino irritabile	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Sintomi	<p><i>Frequenza:</i></p> <p>Nel corso degli ultimi 6 mesi, quanto spesso hai avuto questo sintomo?</p> <p>Per ciascun sintomo elencato sotto, fai un cerchietto su un numero da:</p> <p>0 = nessuna delle volte 1 = qualche volta 2 = circa metà delle volte 3 = la maggior parte delle volte 4 = tutte le volte</p>					<p><i>Severità:</i></p> <p>Nel corso degli ultimi 6 mesi, quanto ti ha disturbato questo sintomo?</p> <p>Per ciascun sintomo sotto indicato, fai un cerchietto su un numero da:</p> <p>0 = il sintomo non è presente 1 = leggero 2 = moderato 3 = severo 4 = molto severo</p>				
47) Nausea	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
48) Sentirsi instabile sulle gambe, come se stessi per cadere	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
49) Fiato corto o difficoltà a prendere fiato	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
50) Vertigini o svenimento	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
51) Battito cardiaco irregolare	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
52) Perdere o mettere su peso senza volere	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
53) Nessun appetito	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
54) Mani che sudano	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
55) Sudorazioni notturne	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
56) Arti freddi (es. braccia, gambe, mani)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
57) Sentire freddo o brividi	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
58) Sentire caldo o freddo per nessuna ragione	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
59) Sentirsi come se avessi la febbre alta	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
60) Sentirsi come se avessi la temperature bassa	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
61) Intolleranza all'alcool	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

62) Mal di gola	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
63) Linfonodi sensibili/dolenti	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
64) Febbre	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
65) Sintomi simil-influenzali	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
66) Alcuni odori, cibi, farmaci o sostanze chimiche ti fanno sentire male	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

67. Hai **sempre** avuto **problemi di fatica/energia** persistenti o ricorrenti, anche pensando ai tuoi primi ricordi da bambino/a? (Con persistenti o ricorrenti, intendiamo che i problemi di fatica/energia sono di solito un problema continuo e costante, ma qualche volta ci sono periodi buoni e periodi brutti).

Sì No Non sto avendo problemi di fatica/energia

68. Da quando è cominciata la tua **malattia collegata alla fatica/energia**, i tuoi mal di testa si verificano più di frequente, sono peggiori o più severi, o sono in un luogo o punto differente?

Sì No Non sto avendo problemi di fatica/energia

69. Quanto tempo fa sono cominciati i tuoi problemi di **fatica/energia**?

Meno di 6 mesi

6-12 mesi

1-2 anni

Più di 2 anni

Ho avuto problemi di fatica/energia dall'infanzia o adolescenza

Non sto avendo problemi di fatica/energia

70. Ti è mai stata diagnosticata la Sindrome da Fatica Cronica o Encefalomielite Mialgica?

Sì No

70a. Se sì, in che anno ti è stata diagnosticata? _____

70b. Hai al momento una diagnosi di Sindrome da Fatica Cronica o Encefalomielite Mialgica

Sì No

70c. Chi ti ha fatto la diagnosi di Sindrome da Fatica Cronica o Encefalomielite Mialgica?

Un medico Un professionista alternativo Auto-diagnosticata

70d. A qualcuno dei membri della tua famiglia è stata fatta la diagnosi di Sindrome da Fatica Cronica o Encefalomielite Mialgica?

Sì No

Se sì, si prega di elencare il loro parentela con te e la loro età attuale _____

71. Hai mai fatto esperienza di qualunque dei seguenti sintomi in modo regolare e ripetutamente nei mesi e anni prima che cominciasse di tuoi problemi di fatica/energia?

Mal di gola

Linfonodi sensibili/dolenti

Sonno non ristoratore

Compromessa memoria o concentrazione

Fatica prolungata a seguito di uno sforzo fisico o mentale

Dolore Muscolare

Mal di testa

Dolore articolare

Non sto avendo problemi di fatica/energia

72. Se riposi, i tuoi problemi di **fatica/energia** vanno via? (**Scegliarne uno**)

Completamente

Parzialmente

Il mio problema di fatica/energia non migliora

con il riposo (*Vai alla Domanda 73*)

Non sto avendo problemi di fatica/energia (*Vai alla domanda 73*)

72a. Quanto devi riposare perché il tuo problema di **fatica/energia** vada via completamente o parzialmente?

meno di 30 minuti dai 30 ai 59 minuti 1-2 ore più di 2 ore

73. Se dovessi diventare esausto dopo aver attivamente partecipato ad attività extracurricolari, sport o uscite con amici, ti riprenderesti nel giro di un'ora o due dopo che l'attività è terminata?

Sì No

74. Riduci il tuo livello di attività per evitare di avere problemi di **fatica/energia**?

Sì No Non sto avendo problemi di fatica/energia

75. Hai un peggioramento della tua malattia collegata a **fatica/energia** dopo aver sostenuto un minimo sforzo fisico?

Sì No Non sto avendo problemi di fatica/energia

75a. Hai un peggioramento della tua **malattia collegata a fatica/energia** dopo aver sostenuto uno sforzo mentale?

Sì No

75b. Se ti senti peggio dopo le attività, quanto dura? (**Sceglina una**)

1 ora o meno 2-3 ore 4-10 ore 11-13 ore
 14-23 ore Più di 24 ore (Si prega specificare_____)

76. Ti dedichi attualmente in una qualunque forma di esercizio?

Sì (*Vai alla Domanda 77*) No

76a. Se non fai esercizio, perché non fai esercizio? (**Segna tutte le caselle con cui sei d'accordo**)

Non mi interessa

Non ho tempo

Mi piacerebbe ma non riesco per via di problemi di fatica/energia

Non riesco perché l'esercizio fa peggiorare i miei sintomi

77. Nell'arco di che periodo di tempo la tua **malattia collegata alla fatica/energia** si è sviluppata? (**Sceglie una**)

Entro 24 ore

Nell'arco di 1 settimana

Nell'arco di 1 mese

Nell'arco di 2-6 mesi

Nell'arco di 7-12 mesi

Nell'arco di 1-2 anni

Nell'arco di 3 o più anni

Non sono malato/a

78. Come descriveresti il corso della tua **malattia collegata a fatica/energia**? (**Sceglie una**)

Peggiora costantemente

Migliora costantemente

Persistente (nessun cambiamento)

Ricadute e remissioni (hai periodi "buoni" senza sintomi e periodi "cattivi")

Fluttuante (i sintomi periodicamente migliorano e peggiorano, ma non spariscono mai completamente)

Nessun sintomo/Non sono malato

79. Quale dichiarazione meglio descrive la tua **malattia collegata a fatica/energia** nel corso degli **ultimi 6 mesi**? (**Sceglie una**)

Non sono in grado di lavorare o fare alcunché, e sono confinato/a a letto.

Riesco a muovermi dentro casa, ma non riesco a fare lavori di casa leggeri.

Riesco a fare leggeri lavori di casa, ma non riesco a lavorare part-time.

Riesco solo a lavorare part-time o su alcune responsabilità di famiglia.

Riesco a lavorare a tempo pieno, ma non mi rimane energia per nient'altro.

Riesco a lavorare a tempo pieno e finire alcune responsabilità di famiglia ma non mi rimane energia per nient'altro.

Riesco a fare tutto il lavoro e le responsabilità di famiglia senza problemi di energia.

80. La tua **malattia collegata alla fatica/energia** è cominciata dopo che ti è capitata di qualcuna delle seguenti? (**Sceglie una o più e si prega specificare**)

Una malattia infettiva

Un incidente

Un viaggio o vacanza

Una vaccinazione (iniezione presso lo studio medico)

Operazione chirurgica

Stress Severo (evento/i brutto/i o infelice/i)

Altro

Non sono malato/a

81. Hai mai consultato un medico o un operatore sanitario rispetto al tuo problema di **fatica/energia**?

Sì No (*Vai alla Domanda 83*)

82. Al momento hai un medico che supervisiona il tuo problema di **fatica/energia**?

Sì No

83. Hai una/delle malattia/e medica/che che possa essere la causa dei tuoi sintomi?

Sì No (*Vai alla Domanda 84*)

83a. Che malattie mediche hai?

Nome/i della/e malattia/e e anno di
esordio: _____

83b. Per quali di queste patologie stai al momento ricevendo delle
cure? _____

84. Stai al momento prendendo qualche farmaco (da banco o con ricetta)?

Sì No (*Vai alla Domanda 86*)

84a. Quali farmaci stai
prendendo? _____

85. Pensi che qualcuno dei farmaci stia causando i tuoi problemi di **fatica/energia**?

Sì No (*Vai alla Domanda 86*)

Non ho un problema di fatica/energia (*Vai alla Domanda 86*)

85a. Per piacere, specifica quali
farmaci: _____

86. Ti è mai stata diagnosticata e/o sei mai stato/a trattato/a per qualcuno dei seguenti: **(Segna tutti quelli applicabili e scrivi l'anno (gli anni) in cui ne hai sofferto, gli anni in cui sei stato trattato, e i farmaci (se applicabile) nello spazio vuoto)**

Depressione maggiore

Depressione maggiore con caratteristiche melancoliche o psicotiche

Disturbo bipolar (Maniaco-depressione)

Ansia

Schizofrenia

Disturbo alimentare

Abuso di sostanze

Sensibilità chimiche multiple

Fibromialgia

Allergie

Altro (*Si prega specificare*)

Nessuna diagnosi/trattamento

87. Quale pensi che sia la causa dei tuoi problemi di **fatica/energia**? **(Sceglina una)**

Sicuramente fisica

- Prevalentemente fisica
- Ugualmente fisica e psicologica
- Prevalentemente psicologica
- Sicuramente psicologica
- Nessun problema di fatica/energia

88. Pensi che qualcosa di specifico nella tua vita personale o l'ambiente giustifichi i tuoi problemi di **fatica/energia**?

- Sì No (*Vai alla Domanda 89*)

- Non ho un problema di fatica/energia (*Vai alla Domanda 89*)

88a. Si prega specificare: _____

89. Nelle **ultime 4 settimane**, approssimativamente quante ore alla settimana hai speso facendo:

- Attività domestiche? _____ ore alla settimana _____
- Attività Sociali/ Ricreazionali? _____ ore alla settimana
- Attività relative alla famiglia? _____ ore alla settimana
- Attività relative al lavoro? _____ ore alla settimana

90. Nelle **ultime 4 settimane**, hai dovuto ridurre il numero di ore che spendevi precedentemente (prima della malattia) in attività occupazionali, sociali o familiari a causa dei tuoi problemi di **fatica/energia**?

- Sì No (*Vai alla Domanda 91*) Non ho problemi di fatica/energia

90a. **Prima della tua malattia collegata a fatica/energia**, approssimativamente quante ore trascorrevi in:

- Attività domestiche? _____ ore alla settimana_
- Attività Sociali/ Ricreazionali? _____ ore alla settimana_
- Attività relative alla famiglia? _____ ore alla settimana_
- Attività relative al lavoro? _____ ore alla settimana_

SONDAGGIO di Studio sull'Esito Medico

Istruzioni:

Questo sondaggio chiede il tuo punto di vista sulla tua salute. Queste informazioni ti aiuteranno a tenere traccia di come ti senti e quando bene sei in grado di fare le tue usuali attività. Rispondi ad ogni domanda valutando la risposta come indicato.

Se non sei sicuro/a su come rispondere a una domanda, per piacere dai la migliore risposta che riesci.

1. In generale, diresti che la tua salute è: **(Si prega di fare un cerchietto su una)**

- Eccellente..... 1
- Molto Buona..... 2
- Buona..... 3
- Discreta..... 4
- Cattiva..... 5

2. **Rispetto a un anno fa**, come valuteresti la tua salute in generale ora? **(Si prega di fare un cerchietto su una)**

- Molto migliore di un anno fa..... 1
- Un po' meglio di un anno fa..... 2
- Circa come un anno fa..... 3
- Un po' peggio di un anno fa..... 4
- Molto peggio di un anno fa..... 5

3. Le seguenti voci riguardano attività che potresti fare nel corso di una giornata tipo. La tua salute ora limita queste attività? Se sì, quanto?

<u>Attività</u>	Sì, Molto Limitata	Sì, Un po' Limitata	No, per nulla Limitata
Attività vigorose: correre, sollevare oggetti pesanti, partecipare in sport faticosi	1	2	3
Attività moderate: spostare un tavolo, spingere l'aspirapolvere, giocare a bowling, giocare a golf	1	2	3
Sollevare o portare la spesa	1	2	3
Salire diverse rampe di scale	1	2	3
Salire una rampa di scale	1	2	3
Piegarsi, inginocchiarsi o chinarsi	1	2	3
Camminare più di un miglio (poco più di un chilometro e mezzo, <i>ndt</i>)	1	2	3
Camminare per diversi isolati	1	2	3
Camminare un isolato	1	2	3
Lavarsi o vestirsi da solo/a	1	2	3

4. Nel corso delle **ultime 4 settimane**, hai avuto qualcuno dei seguenti problemi con il tuo lavoro o con altre attività quotidiane regolari come risultato della tua **salute fisica**?

<u>Problemi</u>	Sì	No
Tagliato l' ammontare di tempo speso per il lavoro o altre attività	1	2
Hai compiuto meno di quello che vorresti	1	2

Sei stato limitato nel tipo di lavoro o altre attività	1	2
Hai avuto difficoltà nello svolgere il lavoro o altre attività (per esempio, ci è voluto uno sforzo extra)	1	2

5. Nel corso delle **ultime 4 settimane**, hai avuto qualcuno dei seguenti problemi con il tuo lavoro o con altre attività quotidiane regolari **come risultato di qualche problema emozionale** (come sentirti depresso o ansioso)?

Problemi	Sì	No
Tagliato l' ammontare di tempo speso per il lavoro o altre attività	1	2
Hai compiuto meno di quello vorresti	1	2
Non hai fatto il lavoro o altre attività attentamente come al solito	1	2

6. Nel corso delle **ultime 4 settimane**, con che estensione la tua salute fisica e i tuoi problemi emozionali hanno interferito con le tue normali attività sociali con la famiglia, i vicini o i gruppi? **(Si prega di fare un cerchietto su uno)**

- Per nulla..... 1
 Lievemente..... 2
 Moderatamente..... 3
 Un bel po'..... 4
 Estremamente..... 5

7. Quanto dolore corporeo hai avuto durante le **ultime 4 settimane**?

- Nessuno..... 1
 Molto leggero..... 2
 Leggero..... 3
 Moderato..... 4
 Severo..... 5
 Molto Severo..... 6

8. Nel corso delle **ultime 4 settimane**, quanto ha interferito il dolore con il tuo normale lavoro (inclusi sia il lavoro fuori casa che il lavoro domestico)?

- Per nulla..... 1
 Lievemente..... 2
 Moderatamente..... 3
 Un bel po'..... 4
 Estremamente..... 5

9. Queste domande riguardano come ti sei sentito/a e come sono state le cose **nel corso delle ultime 4 settimane**. Per ciascuna domanda, per piacere dai la risposta che si avvicina di più al modo in cui ti sei sentito.

Quante volte nel **corso delle ultime 4 settimane**:

Domande	Sempre	La maggior parte del tempo	Una buona parte del tempo	Qualche volta	Un po' del tempo	Mai
Ti sei sentito pieno di brio?	1	2	3	4	5	6
Sei stato/a una persona nervosa?	1	2	3	4	5	6
Ti sei sentito/a così giù di morale che niente poteva tirarti su?	1	2	3	4	5	6
Ti sei sentito calmo e in pace?	1	2	3	4	5	6
Hai avuto molta energia?	1	2	3	4	5	6
Ti sei sentito scoraggiato e triste?	1	2	3	4	5	6
Ti sei sentito esausto?	1	2	3	4	5	6

Sei stato/a una persona felice?	1	2	3	4	5	6
Ti sei sentito/a stanco?	1	2	3	4	5	6

10 Nel corso delle **ultime 4 settimane**, per quanto del tempo la tua salute fisica e i tuoi problemi emozionali hanno interferito con le tue attività sociali (come vedere gli amici, i parenti, ecc.)?

- Sempre..... 1
 La maggior parte del tempo..... 2
 Qualche volta..... 3
 Un po' del tempo..... 4
 Mai..... 5

11. Quanto **VERE** o **FALSE** sono ciascuna delle seguenti dichiarazioni per te?

<u>Dichiarazioni</u>	Decisamente vero	Per la gran parte vero	Non lo so	Per la gran parte falso	Decisamente falso
Sembra che io mi ammali un po' più facilmente delle altre persone	1	2	3	4	5
Sono in salute tanto quanto tutti quelli che conosco	1	2	3	4	5
Mi aspetto che la mia salute peggiori	1	2	3	4	5
La mia salute è eccellente	1	2	3	4	5