

## Qualità della vita nel soggetto sarcopenico

Il seguente questionario riguarda la **sarcopenia**, intesa come la **debolezza muscolare che si manifesta durante l'invecchiamento**. La sarcopenia può influenzare la vita di tutti i giorni. Questa indagine ci permetterà di capire se lo stato dei suoi muscoli **influenza la qualità della sua vita di tutti i giorni**.

Per favore scelga la risposta **più appropriata** ad ogni domanda. La compilazione del questionario le porterà via circa 10 minuti.

### 1. In questo momento avverte la sensazione di avere una riduzione della/delle:

	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
Forza nelle braccia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forza nelle gambe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massa muscolare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità fisiche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elasticità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Ha dolori muscolari?

Spesso

A volte

Raramente

Mai

3. Quando svolge attività fisiche **leggere** (per esempio, camminare lentamente, stirare, spolverare, fare la lavatrice, fai da te, innaffiare le piante, ecc.) :

	Spesso	A volte	Raramente	Mai	Non svolgo questo tipo di attività
Ha difficoltà?	<input type="checkbox"/>				
Si stanca?	<input type="checkbox"/>				
Ha dolore?	<input type="checkbox"/>				

4. Quando svolge attività fisiche di **moderata** intensità (camminare a passo svelto, pulire le finestre, passare l'aspirapolvere, lavare la macchina, strappare le erbacce del giardino, ecc.) :

	Spesso	A volte	Raramente	Mai	Non svolgo questo tipo di attività
Ha difficoltà?	<input type="checkbox"/>				
Si stanca?	<input type="checkbox"/>				
Ha dolore?	<input type="checkbox"/>				

5. Quando svolge attività fisiche **intense** (correre, camminare in montagna, sollevare oggetti pesanti, spostare mobili, zappare l'orto, ecc.) :

	Spesso	A volte	Raramente	Mai	Non svolgo questo tipo di attività
Ha difficoltà?	<input type="checkbox"/>				
Si stanca?	<input type="checkbox"/>				
Ha dolore?	<input type="checkbox"/>				

6. In questo momento, si sente vecchio/a?

- Sì, molto
- Sì, abbastanza
- Sì, un po'
- No, per niente

7. Se ha risposto Sì alla domanda 6, a cosa attribuisce questa sensazione?  
(può scegliere più di un'opzione)

Spesso non mi sento bene

Prendo molte medicine

Mi sento debole

Ho problemi di memoria

Ho dovuto affrontare la morte di molte persone a me care

Non ho molte energie, sono spesso stanco/a

Non ci vedo bene

Altro:

8. Si sente debole fisicamente?

Sì, decisamente

Sì, abbastanza

Sì, un po'

No, per niente

9. Si sente limitato/a:

	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
Nella durata delle sue passeggiate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nella frequenza delle sue passeggiate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nella distanza che riesce a percorrere camminando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nella velocità alla quale riesce a camminare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nella lunghezza del passo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Quando cammina

	Spesso	A volte	Raramente	Mai	Non cammino
Si sente molto stanco/a?	<input type="checkbox"/>				
Ha necessità di sedersi regolarmente per riposare?	<input type="checkbox"/>				
Ha difficoltà ad attraversare velocemente la strada?	<input type="checkbox"/>				
Ha difficoltà su superfici sconnesse?	<input type="checkbox"/>				

11. Ha problemi di equilibrio?

Spesso

A volte

Raramente

Mai

12. Quanto spesso le capita di cadere?

Molto spesso

A volte

Raramente

Mai

13. Pensa che il suo aspetto fisico sia cambiato?

Sì, molto

Sì, abbastanza

Sì, un po'

No, per niente

14. Se ha risposto Sì alla domanda 13, in che modo?

(può scegliere più di un'opzione)

Variazione del peso (ha guadagnato o ha perso peso)

Comparsa di rughe

Riduzione della statura

Perdita di massa muscolare

Perdita di capelli

Comparsa di capelli bianchi o grigi

Altro:

15. Se ha risposto Sì alla domanda 13, è dispiaciuto/a per questi cambiamenti?

Sì, molto

Sì, abbastanza

Sì, un po'

No, per niente

16. Si sente fragile?

Molto

Un po'

Per niente

17. Ha difficoltà nello svolgimento delle seguenti attività quotidiane?

	Non sono in grado	Molta difficoltà	Leggera difficoltà	Nessuna difficoltà	Non svolgo questa attività
Salire una rampa di scale	<input type="checkbox"/>				
Salire alcune rampe di scale	<input type="checkbox"/>				
Salire uno o più gradini senza reggersi al corrimano	<input type="checkbox"/>				
Accovacciarsi o inginocchiarsi	<input type="checkbox"/>				
Chinarsi o piegarsi in avanti per raccogliere un oggetto da terra	<input type="checkbox"/>				
Alzarsi da terra senza aggrapparsi ad alcun supporto	<input type="checkbox"/>				
Alzarsi da una sedia bassa senza l'aiuto dei braccioli	<input type="checkbox"/>				
Passare da seduto/a in piedi	<input type="checkbox"/>				
Trasportare oggetti pesanti (buste della spesa piene, pentole piene d'acqua, ecc.)	<input type="checkbox"/>				
Aprire una bottiglia o un barattolo	<input type="checkbox"/>				
Utilizzare i mezzi pubblici	<input type="checkbox"/>				
Salire o scendere da una macchina	<input type="checkbox"/>				
Fare la spesa	<input type="checkbox"/>				
Fare le faccende domestiche (rifare il letto, passare l'aspirapolvere, stirare, lavare i piatti)	<input type="checkbox"/>				

18. Crede che la sua debolezza muscolare limiti i suoi movimenti?

- Sì, molto
- Sì, abbastanza
- Sì, un po'
- No, per niente

19. Se ha risposto Sì alla domanda 18, per quale motivo? (può scegliere più di un'opzione)

- Paura di sentire dolore
- Paura di non riuscire a farlo
- Paura di sentirsi stanco/a dopo tali attività
- Paura di cadere
- Altro :

20. Crede che la sua debolezza muscolare limiti la sua attività sessuale?

- Non sono sessualmente attivo/a
- Sì, molto
- Sì, abbastanza
- Sì, un po'
- No, per niente

21. La sua partecipazione ad attività fisiche o sportive è

- Aumentata
- Diminuita
- Invariata
- Non ho mai fatto attività fisica/sport

22. La sua partecipazione ad attività ricreative (per esempio, andare a mangiare fuori, fare giardinaggio, fai da te, andare a caccia/pesca, andare in circoli ricreativi, giocare a carte, passeggiare, ecc.) è

- Aumentata
- Diminuita
- Invariata
- Non ho mai partecipato ad attività ricreative