**PANDEMIC STRESS INDEX (PSI) Italian version**

Harkness, A. (2020). The Pandemic Stress Index. University of Miami

Coordination of Italian translation Debora Penco, Elidea psicologi associati

1. **COSA STAI FACENDO/HAI FATTO DURANTE LA PANDEMIA DA COVID-19 (CORONAVIRUS)? (SEGNA TUTTE LE RISPOSTE CHE TI CORRISPONDONO)**
   1. Nella mia vita e nei comportamenti non è cambiato nulla
   2. Pratico la distanza sociale (ad esempio riducendo il contatto fisico con gli altri o evitando gruppi numerosi nelle situazioni sociali, di lavoro, a scuola e mantenendo una distanza di almeno 1 metro dagli altri)
      1. se si, da quanto tempo lo fai o per quanto tempo lo hai fatto? (numero di giorni)
         1. di questi X giorni, quante volte hai dovuto essere fisicamente vicino alla gente? (ad esempio in quei giorni non sei stato in grado di praticare la distanza sociale)
      2. se si, hai scelto tu o ti è stato richiesto da qualcun altro?
      3. se si, lo hai fatto per proteggere chi vive con te?
   3. Pratico l’auto-isolamento o quarantena (per esempio, se sei stato malato o esposto al virus, ti sei allontanato dagli altri per prevenire il diffondersi del contagio
      1. se si, da quanto tempo lo fai o per quanto tempo lo hai fatto? (numero di giorni)
         1. di questi X giorni, quante volte hai dovuto rompere l’isolamento o la quarantena? (ad esempio in quei giorni non sei stato in isolamento)
      2. se si, hai scelto tu o ti è stato richiesto da qualcun altro?)
      3. se si, lo hai fatto per proteggere chi vive con te?

Se si

* + - 1. uno o più bambini
      2. una o più persone anziane
  1. Lavoro da casa
     1. se si, hai dovuto bilanciare il lavoro con la cura degli altri (ad esempio genitori, bambini, partner?
  2. Non lavoro
     1. Se si, hai perso la tua fonte di reddito a causa della pandemia da COVID-19/coronavirus?
     2. Se si, perché? (segna tutte le risposte che ti corrispondono)
        1. perché sono/sono stato malato o in quarantena
        2. perchè qualcuno che vive con me è/è stato malato o in quarantena
        3. perché la mia azienda ha chiuso e non era prevista la possibilità di lavorare da remoto
        4. perchè ho perso il mio lavoro
  3. Ho cambiato il modo di utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale (ad esempio, chiamare il proprio medico, andare al pronto soccorso, ecc.)
     1. Se si, si è trattato di un aumento o di una diminuzione?
  4. Seguo le notizie relative alla pandemia da COVID-19 (ad esempio, guardare il telegiornale o leggere le notizie, seguire i social media, ecc.)
     1. Se sì: in media, quante ore al giorno hai speso seguendo le notizie?
  5. Ho cambiato i piani di viaggio
     1. Se si, si è trattato di un aumento o di una diminuzione?

1. **QUANTO LA PANDEMIA DA COVID-19 (CORONAVIRUS) STA IMPATTANDO/HA IMPATTATO SULLA TUA VITA QUOTIDIANA?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. Per nulla | * 1. Poco | * 1. Molto | * 1. Moltissimo | * 1. Estremamente | * 1. Preferisco non rispondere |

1. **QUALI TRA LE SEGUENTI SITUAZIONI STAI VIVENDO/HAI VISSUTO DURANTE LA PANDEMIA DA COVID-19 (CORONAVIRUS)? (SEGNA TUTTE LE RISPOSTE CHE TI CORRISPONDONO)**
   1. Essere positivo al COVID-19
   2. Paura di essere infettato con il COVID-19
   3. Paura di infettare qualcuno con il COVID-19
   4. Preoccupazione per amici, famiglia, partner, etc.

Se si

* + 1. Nella tua città/regione
    2. Nelle altre regioni d’Italia
    3. Fuori dall’Italia
  1. Essere stigmatizzato o discriminato dagli altri (ad esempio essere trattato diversamente per la tua identità, per il tuo stato di salute perchè presenti i sintomi o altri fattori correlati al COVID-19)
  2. Peggioramento della situazione finanziaria personale (ad esempio perdita dello stipendio, del lavoro, perdite relative agli investimenti/fondi pensione, o alla cancellazione di viaggi)
  3. Noia o frustrazione
  4. Non avere generi di prima necessità in quantità sufficienti (ad esempio cibo, acqua, medicinali, un posto dove stare)
  5. Maggiore ansietà
  6. Maggiore frequenza di momenti di depressione
  7. Maggiore o minore quantità di ore di sonno, o altri cambiamenti nei tuoi normali ritmi del sonno
  8. Incremento nell’uso di alcool o altre sostanze
  9. Un cambio nell’attività sessuale
     1. Se si, si è trattato di un aumento o di una diminuzione?
  10. Solitudine
  11. Confusione su cosa sia il COVID-19, come prevenirlo, o perché siano necessari la distanza sociale/isolamento/quarantena
  12. Sensazione che stavo contribuendo al bene superiore impedendo a me stesso o ad altri di infettarsi con il COVID-19
  13. Ottenere sostegno emotivo o sociale da familiari, amici, partner, un consulente o qualcun altro
  14. Ottenere un sostegno finanziario da familiari, amici, partner, un’organizzazione o qualcun altro
  15. Altre difficoltà o cambiamenti   
      Vorremmo avere maggiori informazioni da te. Per favore descrivi maggiormente le difficoltà o i cambiamenti