

## Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire: General Health (WPAI:GH)

Le domande che seguono intendono determinare gli effetti dei Suoi problemi di salute sulla Sua capacità di lavorare e svolgere le normali attività quotidiane. Per problemi di salute si intende qualsiasi problema o sintomo fisico o emotivo. *La preghiamo di riempire gli spazi vuoti o circolettare un numero, come indicato.*

- 1) Attualmente è impiegato/a (percepisce uno stipendio)? \_\_\_\_\_NO \_\_\_\_\_SÌ  
*Se la risposta è NO, contrassegni il "NO" e passi alla domanda 6.*

Le domande che seguono si riferiscono agli **ultimi sette giorni**, esclusa la giornata di oggi.

- 2) Negli ultimi sette giorni, per quante ore si è assentato/a dal lavoro a causa dei Suoi problemi di salute? *Includa le ore delle giornate di malattia, le volte in cui si è recato/a al lavoro più tardi o ha lasciato il lavoro in anticipo, ecc. a causa dei Suoi problemi di salute. Non includa le ore perse per partecipare a questo studio.*  
\_\_\_\_\_ ORE
- 3) Negli ultimi sette giorni, quante ore si è assentato/a dal lavoro per altri motivi, come vacanze, giorni festivi, permessi per partecipare a questo studio?  
\_\_\_\_\_ ORE
- 4) Negli ultimi sette giorni, quante ore effettive di lavoro ha svolto?  
\_\_\_\_\_ ORE *(Se la risposta è "0", passi alla domanda 6)*
- 5) Negli ultimi sette giorni, in quale misura i Suoi problemi di salute hanno inciso sulla Sua produttività durante il lavoro? *Pensi ai giorni in cui ha dovuto limitare la mole o il tipo di lavoro da svolgere, ai giorni in cui ha fatto meno di quanto avrebbe voluto, o ai giorni in cui non è stato/a in grado di svolgere il lavoro con la consueta attenzione. Se i problemi di salute hanno inciso poco sul Suo lavoro, scelga un numero basso. Scelga invece un numero alto se i problemi di salute hanno inciso molto sul Suo lavoro.*

I problemi di salute  
non hanno avuto  
alcun effetto sul mio  
lavoro

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I problemi di salute  
mi hanno impedito  
completamente di  
lavorare

CIRCOLETTARE UN NUMERO

- 6) Negli ultimi sette giorni, in quale misura i Suoi problemi di salute hanno inciso sulla Sua capacità di svolgere le normali attività giornaliere, escluso il lavoro? *Con "normali attività" si intendono le consuete attività da Lei svolte, come i lavori domestici, la spesa, la cura dei bambini, l'esercizio fisico, lo studio, ecc. Pensi ai giorni in cui ha dovuto limitare la mole o il tipo di attività, o ai giorni in cui ha fatto meno di quanto avrebbe voluto. Se i problemi di salute hanno inciso poco sulle Sue attività, scelga un numero basso. Scelga invece un numero alto se i problemi di salute hanno inciso molto sulle Sue attività.*

I problemi di salute  
non hanno avuto  
alcun effetto sulle  
mie attività  
giornaliere

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I problemi di salute mi  
hanno impedito di  
svolgere le mie attività  
giornaliere

CIRCOLETTARE UN NUMERO