**Questionario sulla compromissione della produttività durante il   
lavoro e delle attività: Sintomi respiratori V2.3 (WPAI:RS)**

Le domande che seguono intendono determinare gli effetti dei Suoi sintomi respiratori (ad es., problemi di respirazione, respiro corto, tosse, muco o catarro, variazione del colore di muco o catarro, respiro sibilante, senso di disagio o di oppressione al torace) sulla Sua capacità di lavorare e svolgere le normali attività quotidiane. *La preghiamo di riempire gli spazi vuoti o di tracciare un cerchio intorno a 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 problemi legati ai sintomi respiratori? *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 sintomi respiratori.* *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 sintomi respiratori 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 sintomi respiratori hanno inciso poco sul Suo lavoro, scelga un numero basso. Scelga invece un numero alto se i sintomi respiratori hanno inciso molto sul Suo lavoro.*

Prenda in considerazione unicamente la misura in cui i sintomi respiratori hanno   
inciso sulla Sua produttività durante il lavoro.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I sintomi respiratori non hanno avuto alcun effetto sul mio lavoro |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | I sintomi respiratori mi hanno impedito completamente di lavorare |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

TRACCIARE UN CERCHIO INTORNO A UN NUMERO

6. Negli ultimi sette giorni, in quale misura i sintomi respiratori 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 alle volte in cui ha dovuto limitare la mole o il tipo di attività, o alle volte in cui ha fatto meno di quanto avrebbe voluto. Se i sintomi respiratori hanno inciso poco sulle Sue attività, scelga un numero basso. Scelga invece un numero alto se i sintomi respiratori hanno inciso molto sulle Sue attività.*

Prenda in considerazione unicamente la misura in cui i sintomi respiratorihanno inciso sulla Sua capacità di svolgere le normali attività giornaliere, escluso il lavoro.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I sintomi respiratori non hanno avuto alcun effetto sulle mie attività giornaliere |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | I sintomi respiratori mi hanno impedito completamente di svolgere le mie attività giornaliere |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

TRACCIARE UN CERCHIO INTORNO A UN NUMERO

Reilly MC, Zbrozek AS, Dukes EM. The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. Pharmacoeconomics. 1993 Nov;4(5):353-65.