

**(intro versione inviti)**

## **Indagine sull'impatto dell'epidemia da Covid-19 sugli Stili di Vita**

Le misure emanate dal Governo italiano per il contenimento della pandemia da Sars-CoV-2, sia nella prima ondata che nella seconda, potrebbero avere un impatto **sugli stili di vita dei cittadini e sull'accesso ad alcuni servizi sanitari**, quali i programmi di screening oncologici.

L'unità di Epidemiologia Screening del Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (**CPO - AOU Città della Salute e della Scienza - Torino**) sta conducendo un'indagine tra le persone invitate ad effettuare un test di screening per conoscere l'impatto di queste misure sia sulla disponibilità a partecipare allo screening che sulle abitudini di vita. Tali informazioni consentiranno di rilevare eventuali situazioni problematiche e di pianificare interventi di miglioramento dell'offerta dello screening e azioni di promozione della salute.

La invitiamo a rispondere a un breve questionario, la cui compilazione richiede circa **10 minuti**.

Tutti i dati raccolti saranno trattati in forma **anonima** e riportati in forma **aggregata**. Le informazioni di tipo socio-anagrafico che verranno richieste serviranno esclusivamente a leggere ed interpretare in modo mirato le informazioni raccolte e non sarà mai possibile risalire all'identità di chi ha risposto.

Per qualsiasi richiesta di informazioni, può contattarci all'indirizzo email [indaginecovid19@cpo.it](mailto:indaginecovid19@cpo.it) o al telefono 011-6333873, 011-6333858 dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 15.00.

La ringraziamo per la sua preziosa collaborazione.

I responsabili dell'iniziativa,

Gruppo di lavoro della S.S.D Epidemiologia Screening  
AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

**(intro versione esiti)**

## **Indagine sull'impatto dell'epidemia da Covid-19 sugli Stili di Vita**

Le misure emanate dal Governo italiano per il contenimento della pandemia da Sars-CoV-2, sia nella prima ondata che nella seconda, potrebbero avere un impatto **sugli stili di vita dei cittadini e sull'accesso ad alcuni servizi sanitari**, quali i programmi di screening oncologici.

L'unità di Epidemiologia Screening del Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (**CPO - AOU Città della Salute e della Scienza - Torino**) sta conducendo un'indagine tra le persone che hanno appena effettuato un test di screening per conoscere l'impatto di queste misure sia sull'erogazione dello screening che sulle abitudini di vita. Tali informazioni consentiranno di rilevare eventuali situazioni problematiche e di pianificare interventi di miglioramento dell'offerta dello screening e azioni di promozione della salute.

La invitiamo a rispondere a un breve questionario, la cui compilazione richiede circa **10 minuti**.

Tutti i dati raccolti saranno trattati in forma **anonima** e riportati in forma **aggregata**. Le informazioni di tipo socio-anagrafico che verranno richieste serviranno esclusivamente a leggere ed interpretare in modo mirato le informazioni raccolte e non sarà mai possibile risalire all'identità di chi ha risposto.

Per qualsiasi richiesta di informazioni, può contattarci all'indirizzo email [indaginecovid19@cpo.it](mailto:indaginecovid19@cpo.it) o al telefono 011-6333873, 011-6333858 dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 15.00.

La ringraziamo per la sua preziosa collaborazione.

I responsabili dell'iniziativa,

Gruppo di lavoro della S.S.D Epidemiologia Screening  
AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

## 1 - Informazioni socio anagrafiche

Qual è la sua età? \_\_ \_\_

Lei è?

- Maschio
- Femmina

Qual è il suo comune di residenza/domicilio?

Tendina con tutti i comuni d'Italia (Regione/Provincia/Comune di domicilio)

Lei è nato in:

- Italia
- Altro paese europeo
- America settentrionale
- America centro-meridionale
- Africa
- Asia
- Oceania

Se non è nato in Italia, specifichi il Paese di nascita: \_\_\_\_\_

Qual è il suo attuale stato civile?

- Coniugato/a o convivente
- Celibe/nubile
- Vedovo/a
- Separato/a o divorziato/a

Qual è il suo titolo di studio?

- Nessun titolo
- Licenza elementare o media inferiore
- Diploma di scuola media superiore
- Diploma universitario o titolo superiore

## 2a - Screening oncologici (per inviti)

**Recentemente è stata/o invitata/o ad effettuare un test nell'ambito del programma di screening organizzato. Per quale screening ha ricevuto l'invito?**

- screening mammella
- screening cervice uterina
- screening colon-retto (tramite sigmoidoscopia)
- screening colon-retto (tramite test sulle feci)
- non ricordo

**Ha intenzione di accettare l'invito?**

- sì
- no

**Se no, indichi il motivo principale:**

- perché stiamo vivendo questo periodo di pandemia
- perché non credo nella prevenzione
- perché non voglio sapere di avere malattie
- perché faccio il test fuori dal programma di screening
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Se ha risposto "perché stiamo vivendo questo periodo di pandemia", può specificare meglio le ragioni?**

- ho paura di entrare in una struttura sanitaria durante la pandemia
- ho difficoltà a raggiungere la struttura dove si effettua lo screening durante la pandemia
- il pensiero del Covid-19 è predominante e non sono tranquillo/a per affrontare un test di screening
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**L'attività di screening è stata sospesa ed attualmente rallentata a causa della pandemia. È d'accordo con le seguenti affermazioni?**

	<u>D'accordo</u>	<u>Non d'accordo</u>
È stato ed è necessario per contenere la diffusione del virus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lo screening si rivolge a persone apparentemente sane, quindi può essere rimandato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lo screening si rivolge solo ad alcuni gruppi della popolazione, quindi può essere rimandato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La diffusione del virus non era/è così elevata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'interruzione/rallentamento dei programmi di screening può determinare conseguenze negative sulla salute della popolazione rispetto ai tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gli screening sono prestazioni essenziali e per essere efficaci devono essere effettuati puntualmente e regolarmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Vorrebbe essere maggiormente informata/o sulla situazione screening e covid-19?**

- no
- sì

**Se sì, in che modo?**

- Direttamente dal programma di screening
- Tramite il mio medico di famiglia
- Mezzi di comunicazione di massa (radio, tv, giornali)
- Sito dedicato
- Altro (specificare \_\_\_\_\_)

## 2b - Screening oncologici (per referti negativi)

**Recentemente lei ha effettuato un test nell'ambito del programma di screening organizzato. Per quale screening?**

- screening mammella
- screening cervice uterina
- screening colon-retto (tramite sigmoidoscopia)
- screening colon-retto (tramite test sulle feci)
- non ricordo

**In quale sede ha effettuato il test? (Indicare nome sede o indirizzo)**

---

**E' stato semplice organizzare il suo appuntamento per l'esame di screening?**

- sì
- no

**Se no, indichi il motivo principale:**

- è stato difficile contattare il centralino
- è stato difficile contattare la farmacia (screening del colon retto)
- è stato difficile trovare una data disponibile in base alle mie esigenze
- la sede proposta per fare l'esame era difficile da raggiungere
- non erano chiare le indicazioni su cosa dovessi fare
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Crede che le misure di sicurezza adottate per effettuare il test di screening garantiscano la protezione degli utenti dal contagio da Covid-19?**

- sì
- no

**Se ha risposto "no", qual è il motivo principale?**

---

**L'attesa prima dello svolgimento dell'esame è stata:**

- troppo lunga
- accettabile

**E' rimasta soddisfatta/o del servizio ricevuto?**

- sì
- no

**Se ha risposto "no", qual è il motivo principale?**

---

**L'attività di screening è stata sospesa ed attualmente rallentata a causa della pandemia. È d'accordo con le seguenti affermazioni?**

	<u>D'accordo</u>	<u>Non d'accordo</u>
È stato ed è necessario per contenere la diffusione del virus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lo screening si rivolge a persone apparentemente sane, quindi può essere rimandato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lo screening si rivolge solo ad alcuni gruppi della popolazione, quindi può essere rimandato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La diffusione del virus non era/è così elevata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'interruzione/rallentamento dei programmi di screening può determinare conseguenze negative sulla salute della popolazione rispetto ai tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gli screening sono prestazioni essenziali e per essere efficaci devono essere effettuati puntualmente e regolarmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Vorrebbe essere maggiormente informata/o sulla situazione screening e covid-19?**

- no  
 sì

**Se sì, in che modo?**

- Direttamente dal programma di screening  
 Tramite il mio medico di famiglia  
 Mezzi di comunicazione di massa (radio, tv, giornali)  
 Sito dedicato  
 Altro (specificare \_\_\_\_\_)

### 3 - Attività fisica

Nel rispondere alle domande che seguono, faccia riferimento agli ultimi 30 giorni e consideri l'attività fisica svolta sia nel tempo libero che quella relativa ai lavori domestici

**Ha svolto attività fisica moderata (leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione)?**

- No
- Sì

**Se sì, quanti giorni alla settimana? \_\_\_ Per quanti minuti in media al giorno? \_\_\_**

**Ha svolto attività fisica intensa (grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione)?**

- No
- Sì

**Se sì, quanti giorni alla settimana? \_\_\_ Per quanti minuti in media al giorno? \_\_\_**

**Se ha risposto "no" a una delle due domande precedenti, può spiegarci la ragione principale?**

- Non ho tempo
- Non ho voglia
- Soffro di una disabilità motoria
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**La sua attività fisica, negli ultimi 30 giorni, è variata in modo significativo rispetto a quella abituale del periodo pre-Covid-19 (prima di marzo 2020)?**

- No
- Sì, ho ridotto
- Sì, ho aumentato

**Secondo lei, quanto la pandemia sta influenzando la sua attività fisica quotidiana?**

- per niente
- un po'
- abbastanza
- molto

**Se ha risposto "abbastanza/molto", qual è il motivo principale del cambiamento dell'attività fisica quotidiana?**

- più tempo libero da dedicare all'attività fisica
- maggior disponibilità di corsi/tutorial di ginnastica online
- desiderio di mantenersi in forma
- chiusura strutture sportive
- paura a frequentare parchi pubblici
- altro (specificare) \_\_\_\_\_





## 4 - Abitudini alimentari

Nel rispondere a queste domande, faccia riferimento a due periodi: nel periodo prima di **marzo 2020** e negli ultimi trenta giorni.

Con quale frequenza **consumava/consuma** i seguenti alimenti?

	<b>Periodo pre-Covid-19</b>	<b>Ultimi 30 giorni</b>
<b>Insaccati</b>	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese <input type="radio"/> Mai	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese <input type="radio"/> Mai
<b>Carne rossa</b>	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese <input type="radio"/> Mai	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese <input type="radio"/> Mai
<b>Formaggi</b>	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese <input type="radio"/> Mai	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese <input type="radio"/> Mai
<b>Verdura</b>	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese <input type="radio"/> Mai	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese <input type="radio"/> Mai
<b>Frutta</b>	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese <input type="radio"/> Mai	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese <input type="radio"/> Mai
<b>Dolci</b>	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese <input type="radio"/> Mai	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese <input type="radio"/> Mai
<b>Alcool</b>	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese <input type="radio"/> Mai	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese <input type="radio"/> Mai
<b>Legumi</b>	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese

	<input type="radio"/> Mai	<input type="radio"/> Mai
<b>Cereali integrali</b>	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese <input type="radio"/> Mai	<input type="radio"/> Tutti i giorni <input type="radio"/> qualche volta a settimana <input type="radio"/> qualche volta al mese <input type="radio"/> Mai

**Secondo lei, quanto la pandemia sta influenzando le sue abitudini alimentari?**

- per niente
- un po'
- abbastanza
- molto

**Se ha risposto "abbastanza/molto", qual è il motivo principale del cambiamento delle abitudini alimentari?**

- più tempo libero per cucinare
- desiderio di mantenersi in forma
- ci sono meno occasioni di pranzare/cenare con altre persone
- è più difficile fare la spesa
- è aumentato il livello di stress e il cibo aiuta a superare i momenti difficili
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Può dirmi la sua altezza? \_\_\_\_\_ cm**

**Può dirmi il suo peso? \_\_\_\_\_ kg**

## 5 - Abitudine al fumo

**Lei abitualmente fuma sigarette tradizionali/sigari/pipe o sigaretta elettronica (compresa IQOS e JUUL)?**

- Non ho mai fumato
- Ho fumato in passato
  - Quante sigarette (sigari, pipe) fumava al giorno? \_\_ \_\_
  - Quante volte al giorno fumava sigarette elettroniche \_\_ \_\_
  - A che età ha iniziato a fumare? \_\_ \_\_
  - A che età ha smesso? \_\_ \_\_
- Fumo occasionalmente
  - Quante sigarette (sigari, pipe/) fuma al mese? \_\_ \_\_
  - Quante volte al mese fuma sigarette elettroniche? \_\_ \_\_
- Fumo abitualmente
  - Quante sigarette (sigari, pipe) fuma al giorno? \_\_ \_\_
  - Quante volte al giorno fuma sigarette elettroniche \_\_ \_\_
  - A che età ha iniziato a fumare? \_\_ \_\_

**Se attualmente fuma sigarette tradizionali/sigari/pipe, il numero fumato al giorno è variato in modo significativo rispetto al periodo pre-Covid-19 (prima di marzo 2020)?**

- No
- Sì, ho ridotto - Di quante sigarette al giorno? \_\_ \_\_
- Sì, ho aumentato - Di quante sigarette al giorno? \_\_ \_\_

**Se attualmente fuma sigarette elettroniche/IQOS/JUUL, il numero fumato al giorno è variato in modo significativo rispetto al periodo pre-Covid-19 (prima di marzo 2020)?**

- No
- Sì, ho ridotto - Di quante volte al giorno? \_\_ \_\_
- Sì, ho aumentato - Di quante volte al giorno? \_\_ \_\_

**Secondo lei, quanto il periodo che stiamo vivendo sta influenzando la sua abitudine al fumo?**

- per niente
- un po'
- abbastanza
- molto

**Se ha risposto "abbastanza/molto", qual è il motivo principale del cambiamento della abitudine al fumo?**

- rappresenta un ulteriore fattore di rischio in caso di Covid-19
- ci sono meno occasioni di stare in ambienti dove è possibile fumare
- è aumentato il livello di stress e il fumo aiuta a superare i momenti difficili
- ci sono più occasioni di stare in ambienti dove è possibile fumare
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

## 6 - Stato di salute

Ad oggi, ha mai fatto un test per accertare la positività all'infezione da Covid-19?

	Effettuazione test	Esito test
<b>Prelievo di sangue con pungidito (risultato entro pochi minuti)</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Positivo
<b>Prelievo di sangue classico</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Positivo
<b>Tampone naso-faringeo rapido (risultato entro pochi minuti)</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Positivo
<b>Tampone naso-faringeo classico</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Positivo

Dopo un eventuale test positivo, per lei è stato necessario:

- Isolamento a domicilio
- Ricovero ospedaliero in reparto Covid
- Ricovero ospedaliero in reparto Covid (sub-intensiva o terapia intensiva)
- Nessuna delle precedenti

Ha mai ricevuto da un medico la raccomandazione di rimanere in isolamento per possibile infezione da Covid-19?

- No
- Sì, perché aveva sintomi sospetti di infezione da Covid-19
- Sì, perché è venuta/o in contatto con persone positive al Covid-19

Lei è un operatore sanitario?

- No
- Sì

Se sì, ha lavorato a contatto con pazienti con casi sospetti o confermati di Covid-19?

- No
- Sì

Un medico le ha mai diagnosticato una o più delle seguenti condizioni o malattie?

Pressione alta

- No
- Sì - A che età? \_\_\_ - È in terapia farmacologica  No  Sì

Colesterolo alto

- No
- Sì - A che età? \_\_\_ - È in terapia farmacologica  No  Sì

Trigliceridi alti

- No
- Sì - A che età? \_\_\_ - È in terapia farmacologica  No  Sì

Diabete

No

Sì - A che età? \_\_\_ - È in terapia farmacologica  No  Sì

Patologie respiratorie croniche

No

Sì - A che età? \_\_\_ - È in terapia farmacologica  No  Sì

Tumore maligno

No

Sì - A che età? \_\_\_ In quale sede? \_\_\_\_\_ - È in terapia farmacologica  No  Sì

## 7 - Benessere mentale

Nel rispondere alle domande che seguono, faccia riferimento al periodo che comprende gli ultimi 14 giorni.

**Nelle ultime due settimane, per quanti giorni ha provato poco interesse o poco piacere nel fare le cose?**

- mai
- alcuni giorni
- più di metà dei giorni
- quasi tutti i giorni

**Nelle ultime due settimane, per quanti giorni si è sentita/o giù di morale, depressa/o o senza speranze?**

- mai
- alcuni giorni
- più di metà dei giorni
- quasi tutti i giorni

**Nelle ultime due settimane quanto ha sperimentato un sonno inquieto o disturbato?**

- per niente
- un poco
- moderatamente
- molto
- moltissimo

**Nelle domande che seguono indichi la FREQUENZA dell'evento e se la risposta è diversa da "MAI" compili anche la seconda colonna - INTENSITA'**

**Nelle ultime due settimane, si è sentita/o nervoso o facilmente spaventata/o ?**

FREQUENZA	INTENSITÀ
<input type="radio"/> mai	<input type="radio"/> disagio minimo
<input type="radio"/> solo una volta	<input type="radio"/> disagio moderato
<input type="radio"/> 2-3 volte	<input type="radio"/> disagio marcato
<input type="radio"/> 4 o + volte, quasi tutti i giorni	<input type="radio"/> disturbo estremo

**Nelle ultime due settimane, si è sentita/o irritabile o ha avuto scoppi d'ira?**

FREQUENZA	INTENSITÀ
<input type="radio"/> mai	<input type="radio"/> disagio minimo
<input type="radio"/> solo una volta	<input type="radio"/> disagio moderato
<input type="radio"/> 2-3 volte	<input type="radio"/> disagio marcato
<input type="radio"/> 4 o + volte, quasi tutti i giorni	<input type="radio"/> disturbo estremo

**Nelle ultime due settimane, si è sentita/o incapace di provare sentimenti di tristezza o di affetto?**

FREQUENZA	INTENSITÀ
<input type="radio"/> mai <input type="radio"/> solo una volta <input type="radio"/> 2-3 volte <input type="radio"/> 4 o + volte, quasi tutti i giorni	<input type="radio"/> disagio minimo <input type="radio"/> disagio moderato <input type="radio"/> disagio marcato <input type="radio"/> disturbo estremo

**Nelle ultime due settimane, ha avuto disturbi fisici legati ai pensieri sull'emergenza in corso? (ad es., sudorazione, tremori, tachicardia, mancanza di respiro, nausea o diarrea)**

FREQUENZA	INTENSITÀ
<input type="radio"/> mai <input type="radio"/> solo una volta <input type="radio"/> 2-3 volte <input type="radio"/> 4 o + volte, quasi tutti i giorni	<input type="radio"/> disagio minimo <input type="radio"/> disagio moderato <input type="radio"/> disagio marcato <input type="radio"/> disturbo estremo

**Nelle ultime due settimane, ha sentito di essere di supporto/aiuto per qualcuno?**

- per niente
- un po'
- abbastanza
- molto
- moltissimo

**Nelle ultime due settimane, quanto ha potuto contare sul supporto/aiuto di queste persone?**

(rispondere a tutte)

- |   |                              |                              |                                     |                           |
|---|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| <u>Familiari o altri parenti</u>  | <input type="radio"/> sempre | <input type="radio"/> spesso | <input type="radio"/> qualche volta | <input type="radio"/> mai |
| <u>Amici/conoscenti/vicini di casa/colleghi</u>                           | <input type="radio"/> sempre | <input type="radio"/> spesso | <input type="radio"/> qualche volta | <input type="radio"/> mai |
| <u>Altre persone a titolo gratuito</u><br>(es. volontari di associazioni) | <input type="radio"/> sempre | <input type="radio"/> spesso | <input type="radio"/> qualche volta | <input type="radio"/> mai |
| <u>Altre persone a pagamento</u><br>(es. badante, colf)                   | <input type="radio"/> sempre | <input type="radio"/> spesso | <input type="radio"/> qualche volta | <input type="radio"/> mai |



## 8 - Informazioni sul lavoro

### Qual è la sua professione?

- Dipendente
- Libero professionista/lavoratore autonomo
- Pensionato
- Casalinga
- Studente
- Non occupato

### Se attualmente lei è occupata/o, il suo lavoro è:

- a tempo pieno
- a tempo parziale

### Se attualmente lei è occupata/o, come definirebbe la sua attività lavorativa rispetto al tipo di attività fisica che comporta?

Indichi quale di queste 4 categorie corrisponde meglio al lavoro che svolge/svolgeva

- Lavoro sedentario - passa la maggior parte del tempo seduta/o (ad es. impiegata/o d'ufficio, autista)
- Lavoro in piedi - passa la maggior parte del tempo in piedi o camminando, non è però richiesto uno sforzo intenso (ad es. rappresentante, cameriera/e, cuoca/o, maestra/o d'asilo, commessa/o, parrucchiera/e, etc)
- Lavoro manuale - viene richiesto un sforzo fisico medio come maneggiare attrezzi pesanti (ad es. stiratrice, tessitrice, collaboratrice domestica, idraulico, meccanico, etc)
- Lavoro manuale pesante - viene richiesto uno sforzo fisico vigoroso come maneggiare attrezzi molto pesanti (ad es. operaia/o di impresa pulizie, agricoltore, atleta professionista, operaia/o metalmeccanica/o, muratore, etc)

### Negli ultimi 30 giorni, ha continuato/sta continuando a frequentare il suo abituale luogo di lavoro?

- Sì, in modo regolare
- Sì, con riduzione della frequenza (lavoro sia da casa sia sul luogo di lavoro)
- No, lavoro solo da casa (lavoro agile/smart working)
- No, attività lavorativa sospesa
- Sono stato licenziata/o

## 9 - Situazione abitativa

**Quante persone convivono con lei al momento della compilazione di questo questionario? \_\_\_\_**  
(0 se vive da sola/o)

**Di quante persone si prende cura attualmente?**

Minori (meno di 14 anni) \_\_\_\_

Anziani (più di 64 anni) \_\_\_\_

Disabili/non autonomi \_\_\_\_

**Quanti locali ha l'abitazione in cui vive?**

1

2

3+

**L'abitazione in cui vive ha uno spazio esterno come un giardino o un terrazzo?**

Sì

No

**La casa in cui vive è?**

in affitto

di proprietà

**Grazie della sua attenzione e disponibilità!  
Il suo contributo è stato molto prezioso!**