

*Organizzazione Mondiale della Sanità*  
*Divisione di Salute Mentale*  
*Ginevra*



# **WHOQOL-Breve**

*(World Health Organization Quality Of Life -  
Versione Breve)*

Versione italiana FINALE a cura del  
Centro Collaborativo Italiano  
Marzo 2000

## **Informazioni personali**

*Prima di iniziare la compilazione di questo questionario, La preghiamo di rispondere ad alcune domande generali, facendo un segno sulla risposta corretta o scrivendo nello spazio apposito.*

### **A. Sesso**

1. maschio |\_\_\_|  
2. femmina

### **B. Età (in anni)**

|\_\_\_| |\_\_\_|

### **C. Scolarità**

1. nessun titolo di studio  
2. scuola elementare  
3. scuola media inferiore  
4. scuola media superiore  
5. laurea - diploma para-universitario  
6. specializzazione post-laurea

|\_\_\_|

### **D. Stato civile**

1. celibe/nubile  
2. coniugato/a  
3. convivente  
4. separato/a  
5. divorziato/a  
6. vedovo/a

|\_\_\_|

### **E. Situazione abitativa**

1. vive solo  
2. vive con altri

|\_\_\_|

### **F. Condizione lavorativa**

1. Ha un lavoro retribuito  
2. Non ha un lavoro retribuito  
    1. Casalinga  
    2. Pensionato  
    3. Studente  
    4. Disoccupato  
    5. In cerca di prima occupazione  
    6. Altra condizione non lavorativa

|\_\_\_|

|\_\_\_|

|\_\_\_|

|\_\_\_|

|\_\_\_|

|\_\_\_|

|\_\_\_|

|\_\_\_|

### **G. Attualmente Lei soffre di qualche malattia o disturbo?**

1. No |\_\_\_|  
2. Sì (ma lieve o di breve durata; esempio, raffreddore o mal di schiena leggero) |\_\_\_|  
3. Sì, di una certa gravità |\_\_\_|

Secondo Lei c'è qualcosa che non va nel Suo stato di salute? Di cosa si tratta?

**Problemi di** .....

**Malattie:** .....

**COME VALUTA COMPLESSIVAMENTE LE SUE CONDIZIONI DI SALUTE DA UN PUNTO DI VISTA FISICO?**

___	___	___	___	___
<i>molto scadenti</i>	<i>scadenti</i>	<i>nè scadenti né buone</i>	<i>buone</i>	<i>molto buone</i>

**COME VALUTA COMPLESSIVAMENTE LE SUE CONDIZIONI DI SALUTE DA UN PUNTO DI VISTA PSICOLOGICO?**

___	___	___	___	___
<i>molto scadenti</i>	<i>scadenti</i>	<i>nè scadenti né buone</i>	<i>buone</i>	<i>molto buone</i>

## Istruzioni

Questo questionario riguarda quello che Lei pensa della qualità della Sua vita, della Sua salute, e di altri aspetti della Sua vita. **Per favore, risponda a tutte le domande:** se è incerto sulla risposta da fornire ad una domanda, scelga, per favore, quella che corrisponde di più alla sua opinione; spesso si tratterà della risposta che Le è venuta in mente per prima.

Per favore, nel rispondere tenga conto delle sue abitudini di vita, delle Sue speranze, dei Suoi gusti e delle Sue preoccupazioni e pensi a quello che Le è successo **negli ultimi 15 giorni**.

Ad esempio, alla seguente domanda:

Ottiene dagli altri l'aiuto di cui ha bisogno ?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 Completamente

Lei deve fare un segno sul numero che meglio esprime in che misura Lei ha ricevuto l'aiuto di cui ha bisogno **negli ultimi 15 giorni**. Quindi, Lei deve fare un segno sul numero 4 se ha ricevuto 'Molto' aiuto dagli altri, o sul numero 1 se non ha ricevuto 'Per niente' l'aiuto di aveva bisogno. Legga attentamente ogni domanda, rifletta sui Suoi stati d'animo e, come Le abbiamo già suggerito, faccia un segno sulla risposta che meglio corrisponde alla sua opinione o ai suoi sentimenti.

**1 (G1) Come valuta la qualità della Sua vita ?**

1 Molto cattiva 2 Cattiva 3 Nè cattiva, nè buona 4 Buona 5 Molto buona

**2 (G4) E' soddisfatto/a della Sua salute ?**

1 Molto insoddisfatto/a 2 Insoddisfatto/a 3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a 4 Soddisfatto/a 5 Molto soddisfatto/a

Nelle domande seguenti, Le viene chiesto **in che misura** Lei ha sperimentato determinate cose negli **ULTIMI 15 GIORNI**.

**3 (F1.4) In che misura i dolori fisici Le impediscono di fare le cose che deve fare ?**

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

**4 (F11.3) Ha bisogno di trattamenti o interventi medici per poter affrontare la vita di tutti i giorni ?**

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

**5 (F4.1) Quanto si gode la vita?**

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

**6 (F24.2) In che misura Lei pensa che la Sua vita abbia un significato?**

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

**7 (F5.3) Riesce a concentrarsi nelle cose che fa?**

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

**8 (F16.1) Quanto si sente al sicuro nella Sua vita di tutti i giorni ?**

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

**9 (F22.1) L'ambiente in cui vive è sicuro per la salute (nel senso del rumore, inquinamento, clima ed altre caratteristiche ambientali)?**

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

Nelle domande seguenti, Le viene chiesto **in che misura** Lei ha sperimentato o è stato capace di fare certe cose negli **ULTIMI 15 GIORNI**.

**10 (F2.1) Ha l'energia necessaria da poter svolgere le attività di tutti i giorni ?**

*1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 completamente*

**11 (F7.1) Accetta di buon grado il Suo aspetto esteriore?**

*1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo*

**12 (F18.1) Le Sue risorse economiche Le bastano per soddisfare i Suoi bisogni ?**

*1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 Completamente*

**13 (F20.1) Le informazioni di cui dispone Le bastano per la vita di tutti i giorni ?**

*1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 Completamente*

**14 (F21.1) Ha la possibilità di dedicarsi ad attività di svago nel tempo libero?**

*1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 Completamente*

**15 (F9.1) In che misura riesce a muoversi ?**

*1 Molto poco 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo*

Nelle domande seguenti, Le viene chiesto quanto si è sentito **bene o soddisfatto** relativamente a vari aspetti della Sua vita negli **ULTIMI 15 GIORNI**.

**16 (F3.3) E' soddisfatto/a di come dorme ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**17 (F10.3) E' soddisfatto/a di come riesce a fare le cose di tutti i giorni ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**18 (F12.4) E' soddisfatto/a della Sua capacità di impegnarsi in attività ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**19 (F6.3) E' soddisfatto/a di Sé stesso ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**20 (F13.3) E' soddisfatto/a dei Suoi rapporti personali con gli altri?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**21 (F15.3) E' soddisfatto/a della Sua vita sessuale ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**22 (F14.4) E' soddisfatto/a del sostegno che riceve dai Suoi amici ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**23 (F17.3) E' soddisfatto/a delle condizioni della Sua abitazione ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**24 (F19.3) E' soddisfatto/a della disponibilità ed accessibilità dei servizi sanitari ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**25 (F23.3) E' soddisfatto/a dei mezzi di trasporto che ha a disposizione ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

La domanda che segue si riferisce a **quanto spesso** Lei ha provato o sperimentato certe cose negli **ULTIMI 15 GIORNI**.

**26** (F8.1) **Quanto spesso prova dei sentimenti negativi, come cattivo umore, disperazione, ansia o depressione ?**  
 1 *Mai*    2 *Raramente*    3 *Abbastanza spesso*    4 *Molto spesso*    5 *Sempre*

Qualcuno L'ha aiutata a compilare il questionario?  
 .....

Quanto tempo ha impiegato a compilare il questionario?  
 .....

Ha qualche osservazione in merito al questionario?  
 .....  
 ...

**LA RINGRAZIAMO PER LA SUA COLLABORAZIONE**



**SEZIONE RISERVATA ALL'INTERVISTATORE****I) Tipo di assistenza sanitaria**

- |   |                              |     |
|---|------------------------------|-----|
| 1 | Nessun trattamento           | ___ |
| 2 | Ricoverato                   | ___ |
| 3 | In trattamento ambulatoriale | ___ |
| 4 | In trattamento domiciliare   | ___ |

**L) Modalità di somministrazione del questionario**

- |   |                            |     |
|---|----------------------------|-----|
| 1 | Autosomministrazione       | ___ |
| 2 | Somministrazione assistita | ___ |
| 3 | Eterosomministrazione      | ___ |

**M) Tempo di somministrazione (in minuti)** |\_\_\_| |\_\_\_|**N) Numero progressivo dell'intervista** |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_|**O) Nome dell'intervistatore**

.....

**P) Codice centro** .....

\_\_\_\_\_

**SEZIONE RISERVATA AL SANITARIO: NON COMPILARE****VALUTAZIONE SINTETICA DELLE CONDIZIONI DI SALUTE  
OPERATA DAL SANITARIO (Categorie diagnostiche tratte  
dall'ICD-10)**

__	__	__	__	__
<i>molto scadenti</i>	<i>scadenti</i>	<i>nè scadenti né buone</i>	<i>buone</i>	<i>molto buone</i>

*RESPIRATORIO*

- |  |   |
|--|---|
| <p>0) <i>NESSUNA PATOLOGIA</i><br/>.....<br/>.</p> <p>1) <i>MALATTIE INFETTIVE O PARASSITARIE<br/>(INCLUSO HIV+)</i><br/>.....<br/>.</p> <p>2) <i>NEOPLASIE</i><br/>.....<br/>.</p> <p>3) <i>MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI<br/>EMOPOIETICI E DISTURBI DEL SISTEMA<br/>IMMUNITARIO</i><br/>.....<br/>.</p> <p>4) <i>MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E<br/>METABOLICHE</i><br/>.....<br/>.</p> <p>5) <i>DISTURBI MENTALI E DEL<br/>COMPORTEMENTO</i><br/>.....<br/>.</p> <p>6) <i>MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO</i><br/>.....<br/>.</p> <p>7) <i>MALATTIE DEGLI OCCHI ED ANNESSI</i><br/>.....<br/>.</p> <p>8) <i>MALATTIE DELL'ORECCHIO E DELLA<br/>MASTOIDE</i><br/>.....<br/>.</p> <p>9) <i>MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO</i><br/>.....<br/>.</p> <p>10) <i>MALATTIE DEL SISTEMA</i></p> | <p>.....</p> <p>11) <i>MALATTIE DEL SISTEMA DIGESTIVO</i><br/>.....<br/>.</p> <p>12) <i>MALATTIE DELLA PELLE E DEI TESSUTI<br/>SOTTOCUTANEI</i><br/>.....<br/>.</p> <p>.....</p> <p>13) <i>MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-<br/>SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO</i><br/>.....<br/>.</p> <p>14) <i>MALATTIE DEL SISTEMA UROGENITALE</i><br/>.....<br/>.....</p> <p>15) <i>GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO</i><br/>.....<br/>.</p> <p>16) <i>ALCUNE CONDIZIONI CHE HANNO<br/>ORIGINE NEL PERIODO PERINATALE</i><br/>.....<br/>.</p> <p>17) <i>MALFORMAZIONI, DEFORMAZIONI ED<br/>ANORMALITA' CROMOSOMICHE</i><br/>.....<br/>.</p> <p>18) <i>SINTOMI, SEGNI E RISULTATI ANORMALI<br/>CLINICI E DI LABORATORIO, NON<br/>ALTRIMENTI CLASSIFICATI</i><br/>.....<br/>.</p> |
|--|---|

19) LESIONI, AVVELENAMENTI ED ALTRE  
CONSEGUENZE DI CAUSE ESTERNE

.....

.

20) CAUSE ESTERNE DI MORBILITA' E  
MORBIDITA'

.....

.

21) FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO  
DI SALUTE ED IL CONTATTO CON I SERVIZI  
SANITARI

.....

.

22) ALTRO (SPECIFICARE)

.....

.