

Responsabile del trattamento dei dati: il Dott. Claudio De Della Stiviera dell'Istituto di Tecnologia Biomedica (diresione@itb.cnr.it).
 Il Responsabile della protezione dei dati per il CNR è contattabile alla email: gdpr@itb.cnr.it
 Può rivolgersi al responsabile della ricerca sopra indicato per ogni informazione o segnalazione.

Che tipo di dati vengono raccolti?
 I dati inseriti dall'utente nella compilazione del questionario, la compilazione del questionario non richiesta dai nominativi. Sono richiesti dati sulla localizzazione geografica (paese e CAP), dati socio-demografici, dati sanitari e informazioni sull'esposizione al rischio di infezione da Covid-19.
 I dati personali comunicati volontariamente e passibile inserire l'indirizzo di posta elettronica o il numero di telefono per ricevere comunicazioni relative all'indagine.
 I dati di navigazione da piattaforma di survey non identifica l'utente attraverso tecnologia informatica e non attiva cookie di profilazione. Maggiori informazioni sono contenute nella cookies policy, installabile al banner in cima alla pagina.
 Quali sono le finalità per le quali sono raccolti e trattati i dati? I dati raccolti con il questionario sono usati esclusivamente per finalità di ricerca, descritte sopra. Queste finalità assicurano l'anonimizzazione dei dati al fine di ridurre al minimo ogni rischio. I dati personali relativi al trattamento di posta elettronica o al numero di telefono, comunicazione indicata, sono utilizzati esclusivamente per comunicazioni relative all'indagine. Sono trattati e conservati in un file separato e protetto da password in modo da non rendere possibile il collegamento delle risposte del questionario con dati identificativi.
 Conservazione: I dati sono conservati anche oltre il termine di questo indagine perché andranno a costituire un archivio elettronico molto importante per la sorveglianza sanitaria e la prevenzione. Sono adottate misure di sicurezza del per controllare gli accessi ai dati sia per proteggere i dati. I dati sono coperti e conservati in un server CNR protetto da firewall. Non trasmettiamo i dati ai soggetti terzi. Quali sono i suoi diritti sui dati personali raccolti: riguardo ai dati personali (relativi al numero di telefono o all'indirizzo e-mail) lei ha diritto di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento, portabilità, nonché il diritto di opporsi al trattamento (Regolamento generale sulla protezione dei dati n. 679/2016). Lei ha inoltre il diritto di porre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.
 Come potrà conoscere i risultati che sono stati ottenuti con questo progetto: lei potrà in ogni momento conoscere i risultati preliminari del progetto a questa pagina internet. I risultati finali saranno diffusi tramite pubblicazioni scientifiche o altro attività di disseminazione.

CNR è Titolare del trattamento dei dati. Il Responsabile del trattamento è il Direttore di ITB-CNR con sede in Segrate (MI), Via Fratelli Cervi 93, 20090, che agisce nel rispetto del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e del Codice novellato in materia di protezione dei dati personali. Le informazioni del questionario sono raccolte in forma anonima e saranno utilizzate esclusivamente ai fini di ricerca.

1. Dichiaro di aver letto l'informativa e autorizzo il trattamento dei dati
 Sì
 No

NOTA: il questionario va compilato una sola volta da ogni partecipante, che deve abitare in Italia al momento della compilazione

Avanti

Passaggio 1: dichiarare di avere letto il consenso e contrassegnare SI al trattamento dei dati se si vuol partecipare.
Passaggio 2: selezionare avanti per andare nella pagina successiva.

Caratteristiche socio-demografiche

• Sesso alla nascita
 M F

3 OBBLIGATORIO

• Anno di nascita

4 OBBLIGATORIO

• Origine etnica
 Europa
 Asia
 America settentrionale
 America centrale/meridionale
 Africa
 Oceania
 Altro

5 OBBLIGATORIO

• CAP di domicilio
 Sono consentiti soltanto valori compresi tra 1 e 99999

6 OBBLIGATORIO

• Comune di domicilio

7 OBBLIGATORIO

• Titolo di studio
 Nessuno
 Licenza elementare
 Licenza scuola media inferiore
 Diploma scuola media superiore
 Laurea/diploma universitario
 Post-laurea (dottorato di ricerca, master, specializzazione)

8 OBBLIGATORIO

• Stato occupazionale
 Lavoratore
 Studente
 Disoccupato
 Pensionato
 Altro

9 OBBLIGATORIO

• Ultima occupazione lavorativa
 Forze armate
 Dirigenti
 Professioni intellettuali e scientifiche (ad es. medici, ingegneri, ricercatori, docenti)
 Professioni tecniche intermedie (ad es. tecnici sanitari, tecnici informatici)
 Impiegati di ufficio
 Professioni qualificate nelle attività commerciali e nei servizi (ad es. esercenti, addetti alle vendite)
 Personale specializzato addetto all'agricoltura, alle foreste e alla pesca
 Artigiani e operai specializzati
 Conducenti di impianti, operai di macchinari fissi e mobili, addetti al montaggio e conducenti di veicoli
 Altro

10 OBBLIGATORIO

3. Controllare di aver risposto a tutte le domande obbligatorie contrassegnato con *

Valutazione clinica

Nel periodo dal 1° Febbraio 2020 ad oggi, ha o ha avuto uno o più dei seguenti sintomi?

- Febbre, con temperatura superiore ai 37,5°C per almeno tre giorni consecutivi
- Tosse
- Mal di gola e/o raffreddore
- Mal di testa
- Dolori a muscoli, ossa, articolazioni
- Perdita di gusto e/o olfatto
- Difficoltà respiratoria (senso di affanno a riposo)
- Dolore al petto (dolore allo sterno)
- Tachicardia
- Disturbi gastrointestinali (diarrea, nausea, vomito)
- Congiuntivite (occhi arrossati)
- Polmonite

11

Soffre cronicamente o le sono state diagnosticate una o più di queste condizioni?

- Malattie polmonari (ad es. asma, broncopneumopatia ostruttiva)
- Malattie cardiache (ad es. cardiopatia ischemica, fibrillazione atriale)
- Ipertensione
- Malattie renali
- Malattie del sistema immunitario (ad es. tiroidite, psoriasi, artrite reumatoide)
- Malattie oncologiche
- Malattie metaboliche (ad es. diabete, obesità, gotta)
- Malattie epatiche (ad es. epatite, cirrosi, insufficienza epatica)
- Depressione e/o ansia

12

Altre condizioni da segnalare

- Interventi chirurgici nell'ultimo anno in anestesia generale
- Trapianti
- Allergie
- Gravidanza
- Non autonomo nello svolgere le attività quotidiane
- E' un operatore sanitario (ad es. medico, infermiere, soccorritore, OSS, farmacista)

13

Ha effettuato le seguenti vaccinazioni?

	No	Si
• Antinfluenzale nello scorso autunno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Antipneumococcica negli ultimi 12 mesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Altre vaccinazioni negli ultimi 12 mesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14

OBBLIGATORIO

Assume regolarmente uno o più dei seguenti farmaci?

- Aspirina (cardioaspirina, aspirinetta, cardirene)
- Farmaci per il trattamento della pressione arteriosa
- Farmaci per il trattamento del colesterolo
- Farmaci per il trattamento del diabete
- Farmaci antitumorali
- Cortisonici
- Farmaci per tiroide (ad es. eutirox)

15

• E' entrato/a in stretto contatto (contatto diretto a meno di 2 metri di distanza, o in ambiente chiuso come casa, sede di lavoro, mezzo di trasporto) con casi accertati di COVID-19, vivi o deceduti?

- Sì No

16

OBBLIGATORIO

• E' entrato/a in stretto contatto (contatto diretto a meno di 2 metri di distanza, o in ambiente chiuso come casa, sede di lavoro, mezzo di trasporto) con casi sospetti di COVID-19, vivi o deceduti?

- Sì No Non so

17

OBBLIGATORIO

• Ha contattato i numeri di emergenza e/o il medico di base per segnalare eventuali sintomi di sospetta infezione da COVID-19?

- No
 No ma mi sono recato in ospedale di mia iniziativa
 Sì e mi hanno suggerito isolamento
 Sì e non mi hanno suggerito isolamento
 Sì e mi hanno invitato in ospedale

18

OBBLIGATORIO

• Ha effettuato il tampone per COVID-19?

- Sì, con risultato positivo
 Sì, con risultato negativo
 Sì, ma non conosco il risultato
 No, non l'ho effettuato

19

OBBLIGATORIO

• E' stato ricoverato per infezione da COVID-19 sospetta o accertata?

- Sì No

20

OBBLIGATORIO

Indichi altre possibili situazioni che potrebbero averla messa a rischio di contagio da COVID-19
(al massimo 200 caratteri)

21

Contrassegnare eventuali sintomi dal 1° Febbraio se si hanno avuti. Se vengono indicati sintomi in questo periodo si chiede di specificare il mese **obbligatorio**. -Se non si hanno avuto sintomi nel periodo indicato ma si sono verificati nei mesi precedenti indicare nella casella N° 36 "Eventuali ed ulteriori informazioni e commenti" senza contrassegnare i sintomi della casella 11.

Caratteristiche personali e stato di salute

Come considera il suo stato di salute in generale?

<input type="radio"/>	Molto cattivo	<input type="radio"/>	Cattivo	<input type="radio"/>	Discreto	<input type="radio"/>	Buono	<input type="radio"/>	Molto buono
-----------------------	---------------	-----------------------	---------	-----------------------	----------	-----------------------	-------	-----------------------	-------------

22 OBBLIGATORIO

Ha paura di essere infettato da COVID-19?

<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	Poco	<input type="radio"/>	Neutrale	<input type="radio"/>	Abbastanza	<input type="radio"/>	Sì
-----------------------	----	-----------------------	------	-----------------------	----------	-----------------------	------------	-----------------------	----

23 OBBLIGATORIO

Ha paura che i suoi familiari possano contrarre l'infezione da COVID-19?

<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	Poco	<input type="radio"/>	Neutrale	<input type="radio"/>	Abbastanza	<input type="radio"/>	Sì
-----------------------	----	-----------------------	------	-----------------------	----------	-----------------------	------------	-----------------------	----

24 OBBLIGATORIO

Caratteristiche abitative

La sua abitazione si trova in:

- Centro città con più di 100.000 abitanti
- Periferia di città con più di 100.000 abitanti
- Piccolo centro
- Campagna

25 OBBLIGATORIO

La sua abitazione si trova in una zona con traffico stradale:

- Elevato (vicino ad una strada altamente trafficata)
- Moderato
- Ridotto

26 OBBLIGATORIO

Quanti locali ha la sua abitazione (esclusi il bagno e i vani accessori)?

- Uno
- Due
- Tre
- Più di tre

27 OBBLIGATORIO

Oltre a lei, quante persone vivono presso la sua abitazione?

- Nessuna
- Una
- Due
- Più di due

28 OBBLIGATORIO

Tra i suoi conviventi ci sono persone anziane, o affette da immunodeficienze congenite o da patologie croniche?

- Sì
- No

29 OBBLIGATORIO

Stili di vita

Nel periodo precedente il decreto di emergenza emanato dal Governo, in media con quante persone entrava in stretto contatto durante la giornata?

- Meno di 10
- Tra 10 e 100
- Più di 100

30 OBBLIGATORIO

Fuma?

- Non fumo, o ho fumato meno di 100 sigarette nella vita e attualmente non fumo
- Sono ex-fumatore/fumatrice (ho fumato almeno 100 sigarette nella vita e attualmente non fumo)
- Sì, fumo meno di 10 sigarette al giorno
- Sì, fumo tra 10 e 20 sigarette al giorno
- Sì, fumo più di 20 sigarette al giorno (più di un pacchetto al giorno)

31 OBBLIGATORIO

Da quanti anni fuma? 31.a OBBLIGATORIO

se si è fumatori o exfumatori bisogna rispondere anche a questa domanda specificando gli anni in cifre numeriche.

Nel periodo precedente il decreto di emergenza emanato dal Governo, per quanto tempo svolgeva regolarmente attività fisica moderata (camminata veloce) o intensa (nuoto, corsa)?

- Non svolgevo attività fisica o la svolgevo per meno di 10 minuti a settimana
- Tra 10 minuti e due ore e mezza a settimana
- Più di due ore e mezza a settimana

32 OBBLIGATORIO

Abitudini dopo le misure di contenimento

Indichi la sua attività lavorativa successiva alle misure di contenimento introdotte dal Governo Italiano dal 9 Marzo 2020

- Continuo a lavorare in sede
- Continuo a lavorare da casa
- Ho dovuto interrompere l'attività lavorativa a causa dell'emergenza
- Non svolgo un'attività lavorativa

33 OBBLIGATORIO

Dal 9 Marzo 2020, quante volte esce in una settimana?

- Non esco mai
- 1
- 2-3
- 4-5
- 6 o più

34 OBBLIGATORIO

Dal 9 Marzo 2020, utilizza i mezzi pubblici per andare al lavoro o per svolgere commissioni?

- No, mai
- Sì, 1-3 volte a settimana
- Sì, 4-6 volte alla settimana
- Sì, 7 o più volte alla settimana

35 OBBLIGATORIO

Eventuali ulteriori informazioni e commenti
al massimo 200 caratteri

36

Precedente Avanti

Utilizzare la casella N° 36 per indicarci eventi importati che ritenete rilevanti.

Espressione di interesse

Adesione a partecipare a future indagini

Se ha intenzione di partecipare a prossime fasi dello studio, indichi un recapito e-mail

e/o un recapito telefonico

Per ricevere informazioni sul progetto, è possibile contattare il team di ricerca a questo indirizzo e-mail
epicovid19@itb.cnr.it

37

Prima di inviare il questionario, inserire le lettere che compaiono nel riquadro qui sotto, assicurandosi di distinguere tra lettere maiuscole e minuscole.

Se l'invio non ha successo verificare anche di avere risposto a tutte le domande obbligatorie.

Se l'invio tarda a concludersi, attendere qualche istante, possono esserci problemi temporanei di connessione o di contemporaneo invio di molti altri questionari.

Un messaggio finale vi informerà del corretto invio.

Per ogni partecipante deve essere inviato un solo questionario.

Verifica che sei un essere umano

rules

Inserire il testo visualizzato

38

Questo è il codice **CAPTCHA** (codice di verifica non sono un robot). In questo caso per esempio compare la parola **rules** (la parola compare scritta tutta in minuscolo).
Bisogna riscrivere la parola **rules** in minuscolo nella casella "inserire il testo visualizzato".

Precedente

Invia

39

facendo **INVIA**, il questionario viene inviato a noi, e le compare il messaggio di ringraziamento: **grazie della sua partecipazione!**
In questo passaggio le viene data la possibilità di stampare le sue risposte oppure di inviarle alla sua mail come file pdf.