

## Caro Sacerdote,

la Sua Diocesi ha promosso la somministrazione di un questionario in modalità del tutto volontaria e anonima riguardo ai Suoi bisogni di spiritualità, benessere psicologico e qualità di vita.

Il questionario è il primo passo di un percorso che ha lo scopo di promuovere e rendere più facilmente accessibili servizi e formazione (uno 'sportello' dedicato), che rispondano in modo specifico ai bisogni del clero e della vita consacrata.

Al fine di garantire l'accesso unicamente ai sacerdoti è necessario registrarsi con nome e cognome e indirizzo mail, tuttavia questi dati non potranno essere ricondotti alle risposte da Lei fornite. Dopo l'accesso sarà ammesso alla compilazione del questionario. Quest'ultimo non potrà in nessun modo essere ricollegato alle credenziali di registrazione e verrà elaborato in maniera del tutto anonima, garantendo la segretezza dei dati forniti.

Ringraziamo per la Sua collaborazione.

*Equipe Formazione Umana Conferenza Episcopale della Toscana*

[\[Pagina di registrazione\]](#) [\[Pagina di login\]](#)

### **SEGRETEZZA DEI DATI FORNITI CON IL PRESENTE QUESTIONARIO**

Si fa presente ai sensi della legge 675/1996 e del successivo D.L.vo 196/2003 che tutte le informazioni raccolte con i questionari saranno utilizzate esclusivamente per scopi di ricerca scientifica (art. 12, c. 1, punto d). I dati raccolti nell'ambito della presente indagine, inoltre, sono tutelati dal segreto statistico e pertanto non possono essere comunicati o esternati se non in forma aggregata, in modo che non se ne possa fare alcun riferimento individuale, e possono essere utilizzati solo per scopi statistici (art. 9 del decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322). I dati raccolti infine verranno resi anonimi, in sede di trattamento informatico, ai sensi dell'art. 1, c. 2 punto i) della legge 675/1996.

# Questionario

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.

- Pagina 1
- pagina 2
- Pagina 3
- Pagina 4
- Pagina 5
- Pagina 6
- Fine questionario

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

- Molto scadenti
- Scadenti
- Nè scadenti nè buone
- Buone
- Molto buone

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

- Molto scadenti
- Scadenti
- Nè scadenti nè buone
- Buone
- Molto buone

Scheda precedente

Scheda successiva

## Questionario

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.

- [Pagina 1](#) [Pagina 2](#) [Pagina 3](#) [Pagina 4](#) [Pagina 5](#)  
[Pagina 6](#) [FINE questionario](#)

### COME VALUTA LA QUALITÀ DELLA SUA VITA?

- Molto cattiva  
 Cattiva  
 Né buona né cattiva  
 Buona  
 Molto buona

### È SODDISFATTO DELLA SUA SALUTE?

- Molto insoddisfatto  
 Insoddisfatto  
 Né insoddisfatto né soddisfatto  
 Soddisfatto  
 Molto soddisfatto

### IN CHE MISURA I DOLORI FISICI LE IMPEDISCONO DI FARE LE COSE CHE DEVE FARE?

- Per niente  
 Poco  
 Abbastanza  
 Molto  
 moltissimo

### HA BISOGNO DI TRATTAMENTI O INTERVENTI MEDICI PER POTER AFFRONTARE LA VITA DI TUTTI I GIORNI?

- Per niente  
 Poco  
 Abbastanza  
 Molto  
 moltissimo

### QUANTO SI GODE LA VITA?

- Per niente  
 Poco  
 Abbastanza  
 Molto  
 moltissimo

### IN CHE MISURA LEI PENSA CHE LA SUA VITA ABBA UN SIGNIFICATO?

- Per niente  
 Poco  
 Abbastanza  
 Molto  
 moltissimo

### RIESCE A CONCENTRARSÌ NELLE COSE CHE FA?

- Per niente  
 Poco  
 Abbastanza  
 Molto  
 moltissimo

### QUANTO SI SENTE AL SICURO NELLA SUA VITA DI TUTTI I GIORNI?

- Per niente  
 Poco  
 Abbastanza  
 Molto  
 moltissimo

### L'AMBIENTE IN CUI VIVE È SICURO PER LA SALUTE?

(nel senso del rumore, inquinamento, clima ed altre caratteristiche ambientali)

- Poco  
 Abbastanza  
 Molto  
 moltissimo

### HA L'ENERGIA NECESSARIA PER POTER SVOLGERE LE ATTIVITÀ DI TUTTI I GIORNI?

- Per niente  
 Poco  
 Abbastanza  
 Molto  
 moltissimo

### ACCETTA DI BUON GRADO IL SUO ASPETTO ESTERIORE?

- Per niente  
 Poco  
 Abbastanza  
 Molto  
 moltissimo

### LE SUE RISORSE ECONOMICHE LE BASTANO PER SODDISFARE I SUOI BISOGNI?

- Per niente  
 Poco  
 Abbastanza  
 Molto  
 moltissimo

### LE INFORMAZIONI DI CUI DISPONE LE BASTANO PER LA VITA DI TUTTI I GIORNI?

- Per niente  
 Poco  
 Abbastanza  
 Molto  
 moltissimo

### HA LA POSSIBILITÀ DI DEDICARSI AD ATTIVITÀ DI SVAGO NEL TEMPO LIBERO?

- Per niente  
 Poco  
 Abbastanza  
 Molto  
 moltissimo

### IN CHE MISURA RIESCE A MUOVERSI?

- Per niente  
 Poco  
 Abbastanza  
 Molto  
 moltissimo

[Scheda precedente](#)

[Scheda successiva](#)

# Questionario

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.

- Pagina 1
- pagina 2**
- Pagina 3
- Pagina 4
- Pagina 5
- Pagina 6
- Fine questionario**

## È SODDISFATTO DI COME DORME?

- Molto insoddisfatto
- Insoddisfatto
- Nè insoddisfatto nè soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto

## È SODDISFATTO DI COME RIESCE A FARE LE COSE DI TUTTI I GIORNI?

- Molto insoddisfatto
- Insoddisfatto
- Nè insoddisfatto nè soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto

## È SODDISFATTO DELLA SUA CAPACITÀ DI IMPEGNARSI IN ATTIVITÀ?

- Molto insoddisfatto
- Insoddisfatto
- Nè insoddisfatto nè soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto

## È SODDISFATTO DI SE STESSO?

- Molto insoddisfatto
- Insoddisfatto
- Nè insoddisfatto nè soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto

## È SODDISFATTO DEI SUOI RAPPORTI PERSONALI CON GLI ALTRI?

- Molto insoddisfatto
- Insoddisfatto
- Nè insoddisfatto nè soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto

## È SODDISFATTO DELLA SUA VITA SESSUALE?

- Molto insoddisfatto
- Insoddisfatto
- Nè insoddisfatto nè soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto

## È SODDISFATTO DEL SOSTEGNO CHE RICEVE DAI SUOI AMICI?

- Molto insoddisfatto
- Insoddisfatto
- Nè insoddisfatto nè soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto

## È SODDISFATTO DELLE CONDIZIONI DELLA SUA ABITAZIONE?

- Molto insoddisfatto
- Insoddisfatto
- Nè insoddisfatto nè soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto

## È SODDISFATTO DELLA DISPONIBILITÀ ED ACCESSIBILITÀ DEI SERVIZI SANITARI?

- Molto insoddisfatto
- Insoddisfatto
- Nè insoddisfatto nè soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto

## È SODDISFATTO DEI MEZZI DI TRASPORTO CHE HA A DISPOSIZIONE?

- Molto insoddisfatto
- Insoddisfatto
- Nè insoddisfatto nè soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto

## QUANTO SPESSO PROVA SENTIMENTI NEGATIVI, COME CATTIVO UMORE, DISPERAZIONE, ANSIA O DEPRESSIONE?

- Mai
- Raramente
- Abbastanza spesso
- Molto spesso
- Sempre

Scheda precedente

Scheda successiva



## Questionario

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.

# Questionario

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.

Pagina 1	pagina 2	Pagina 3	Pagina 4	Pagina 5
Pagina 6	Fine questionario			

Il questionario è concluso.  
Clicchi sul tasto invia per inoltrare le risposte.

E' necessario dare conferma sulla presa visione dei termini di privacy.

## SEGRETEZZA DEI DATI FORNITI CON IL PRESENTE QUESTIONARIO

Si fa presente ai sensi della legge 675/1996 e del successivo D.L.vo 196/2003 che tutte le informazioni raccolte con i questionari saranno utilizzate esclusivamente per scopi di ricerca scientifica (art. 12, c. 1, punto d). I dati raccolti nell'ambito della presente indagine, inoltre, sono tutelati dal segreto statistico e pertanto non possono essere comunicati o esternati se non in forma aggregata, in modo che non se ne possa fare alcun riferimento individuale, e possono essere utilizzati solo per scopi statistici (art. 9 del decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322). I dati raccolti infine verranno resi anonimi, in sede di trattamento informatico, ai sensi dell'art. 1, c. 2 punto i) della legge 675/1996.

### Ho preso visione del testo informativo sui dati \*

Confermo

Non sono un robot   
reCAPTCHA  
Privacy - Termini

Invia

Scheda precedente

# Questionario

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.

Pagina 1 pagina 2 Pagina 3 Pagina 4 Pagina 5  
Pagina 6 Fine questionario

## 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 Lei 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 Lei 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 cliccare sul numero che meglio esprime in che misura Lei ha ricevuto l'aiuto di cui ha bisogno negli ultimi 15 giorni. Quindi, Lei deve cliccare sul numero

## SECONDO LEI C'È QUALCOSA CHE NON VA NEL SUO STATO DI SALUTE? DI COSA SI TRATTA?

- Sì  
 No

### Problemi di:

### Malattie:

## SEGRETEZZA DEI DATI FORNITI CON IL PRESENTE QUESTIONARIO

Si fa presente ai sensi della legge 675/1996 e del successivo D.L.vo 196/2003 che tutte le informazioni raccolte con i questionari saranno utilizzate esclusivamente per scopi di ricerca scientifica (art. 12, c. 1, punto d). I dati raccolti nell'ambito della presente indagine, inoltre, sono tutelati dal segreto statistico e pertanto non possono essere comunicati o esternati se non in forma aggregata, in modo che non se ne possa fare alcun riferimento individuale, e possono essere utilizzati solo per scopi statistici (art. 9 del decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322). I dati raccolti infine verranno resi anonimi, in sede di trattamento informatico, ai sensi dell'art. 1, c. 2 punto i) della legge 675/1996.

Scheda successiva