

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_

Età  21-30  31-40  41-50  51-60

Sesso  M  F Stato civile  "single"  convivente  coniugato  separato  vedovo

N° figli  \_\_\_\_\_  
 Proprio titolo di studio \_\_\_\_\_

L'abitazione è nella stessa regione della sede di servizio  Propria abitazione  Abitazione del partner  Abitazione dei figli  Abitazione dei genitori

Anzianità di Servizio \_\_\_\_\_ anni Funzione svolta  Amministrativa  Operativa con detenuti  Altro

Richieste di trasferimento Effettuate \_\_\_\_\_ Accolte \_\_\_\_\_

Come valuta la qualità della sua vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Molto cattiva	Cattiva	Nè buona nè cattiva	Buona	Molto Buona
Quanto è soddisfatto del suo stato di salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Molto Insoddisfatto	Insoddisfatto	Nè soddisfatto Nè insoddisfatto	Soddisfatto	Molto Soddisfatto
Fino a che punto sente che i problemi fisici le impediscono di fare ciò che le e' necessario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Per nulla	Un po'	In maniera moderata	Moltissimo	In modo estremo
Quanto sente necessarie le cure mediche per poter fare le sue attività quotidiane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Per nulla	Un po'	In maniera moderata	Moltissimo	In modo estremo
Quanto riesce a godersi la sua vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Per nulla	Un po'	In maniera moderata	Moltissimo	In modo estremo
Quanto sente significativa la sua vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Per nulla	Un po'	In maniera moderata	Moltissimo	In modo estremo
Quanto le riesce di concentrarsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Per nulla	Un po'	In maniera moderata	Moltissimo	Estremamente
Quanto si sente sicuro nella vita di tutti i giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Per nulla	Un po'	In maniera moderata	Moltissimo	Estremamente
Quanto e' sano l'ambiente fisico che la circonda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Per nulla	Un po'	In maniera moderata	Moltissimo	Estremamente
Si sente abbastanza energia per la vita di tutti i giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Per nulla	Un po'	Moderatamente	In gran parte	Completamente
Quanto accetta il suo aspetto fisico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Per nulla	Un po'	Moderatamente	In gran parte	Completamente
Ha abbastanza soldi per far fronte alle sue necessità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Per nulla	Un po'	Moderatamente	In gran parte	Completamente
Quanto le sono disponibili le informazioni necessarie per la vita di tutti i giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Per nulla	Un po'	Moderatamente	In gran parte	Completamente
Quante occasioni ha di fare ciò che le piace?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Per nulla	Un po'	Moderatamente	In gran parte	Completamente
Quanto le va di andare in giro a spasso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Molto poco	Poco	Nè poco nè molto	Molto	Veramente molto
Quanto è soddisfatto del suo sonno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Molto Insoddisfatto	Insoddisfatto	Nè soddisfatto nè insoddisfatto	Soddisfatto	Molto Soddisfatto
Quanto è soddisfatto della sua capacità di fare le attività della vita di tutti i giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Molto Insoddisfatto	Insoddisfatto	Nè soddisfatto nè insoddisfatto	Soddisfatto	Molto Soddisfatto
Quanto è soddisfatto della sua capacità di lavorare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Molto Insoddisfatto	Insoddisfatto	Nè soddisfatto nè insoddisfatto	Soddisfatto	Molto Soddisfatto
Quanto e' soddisfatto di se' stesso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Molto Insoddisfatto	Insoddisfatto	Nè soddisfatto nè insoddisfatto	Soddisfatto	Molto Soddisfatto
Quanto è soddisfatto dei suoi rapporti personali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Molto Insoddisfatto	Insoddisfatto	Nè soddisfatto nè insoddisfatto	Soddisfatto	Molto Soddisfatto
Quanto e' soddisfatto della sua vita sessuale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Molto Insoddisfatto	Insoddisfatto	Nè soddisfatto nè insoddisfatto	Soddisfatto	Molto Soddisfatto
Quanto è soddisfatto dell'aiuto che riceve dai suoi amici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Quest. Benessere e Ambiente Sociale e Lavorativo**

	Molto Insoddisfatto	Insoddisfatto	Nè soddisfatto nè insoddisfatto	Soddisfatto	Molto Soddisfatto
Quanto è soddisfatto delle condizioni del luogo in cui vive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Molto Insoddisfatto	Insoddisfatto	Nè soddisfatto nè insoddisfatto	Soddisfatto	Molto Soddisfatto
Quanto è soddisfatto del suo accesso ai servizi sanitari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Molto Insoddisfatto	Insoddisfatto	Nè soddisfatto nè insoddisfatto	Soddisfatto	Molto Soddisfatto
Quanto è soddisfatto dei suoi mezzi di trasporto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Molto Insoddisfatto	Insoddisfatto	Nè soddisfatto nè insoddisfatto	Soddisfatto	Molto Soddisfatto
Quanto spesso ha vissuto sensazioni negative come umore depresso, disperazione, ansia, depressione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mai	Talvolta	Abbastanza Spesso	Molto Spesso	Sempre
Quanto interesse le suscita la sua attività professionale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Molto interessato	Discretamente interessato	Debolmente interessato	Per nulla interessato	
Svolge quest'attività con piacere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Molto piacere	Abbastanza piacere	Scarso Piacere	Nessun Piacere	
E' interessato ad attività di hobby o di svago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Molto interessato	Discretamente interessato	Debolmente interessato	Per nulla interessato	
Qual è la qualità delle sua attività di svago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ottima	Buona	Mediocre	Insoddisfacente	
Con quale frequenza vede i suoi famigliari (parenti, figli, genitori)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Molto frequentemente	Frequentemente	Raramente	Mai	
Come sono i rapporti con la sua famiglia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ottimi	Buoni	Abbastanza Buoni	Insoddisfacenti	
Con quante persone instaura rapporti al di fuori del suo ambito familiare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Molte persone	Un numero abbastanza considerevole	Qualche persona soltanto	Nessuno	
Cerca di stabilire un contatto sociale con gli altri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Molto attivamente	Attivamente	Moderatamente	Per nulla	
Qual è in generale la qualità dei rapporti con le persone che incontra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ottima	Buona	Abbastanza buona	Insoddisfacente	
Come le sembrano gli scambi interpersonali con la gente che incontra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Molto Arricchenti	Arricchenti	Poco Arricchenti	Non arricchenti	
Le persone che fanno parte della sua cerchia sociale cercano di rivederla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Molto spesso	Spesso	Raramente	Mai	
Rispetta le regole sociali, le regole di educazione, le regole del saper vivere, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Molto spesso	Spesso	Raramente	Mai	
Prende parte alla vita associativa (circoli, club, comunità religiose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pienamente	Moderatamente	Molto poco	Per nulla	
Le piace cercare di informarsi allo scopo di conoscere un campo per lei nuovo (cose, situazioni, argomenti)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Molto sovente	Sovente	Raramente	Mai	
Le piace l'informazione scientifica, tecnica e culturale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Moltissimo	Abbastanza	Un poco	Per nulla	
Nel suo ambiente sociale, incontra difficoltà nell'esprimere le sue opinioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sempre	Spesso	Talvolta	Mai	
Si sente escluso, rifiutato dal suo ambiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sempre	Spesso	Talvolta	Mai	
Attribuisce importanza al suo aspetto fisico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Moltissima	Discreta	Poca	Nessuna	
Ha difficoltà ad amministrare i suoi beni, i suoi redditi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sempre	Spesso	Talvolta	Mai	
Si sente capace o ha facoltà di gestire come vuole e secondo le sue esigenze il suo ambiente (per esempio può affrontare i suoi problemi quotidiani)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Certamente	Pressappoco	Pochissimo	Per nulla	
Nell'ultimo mese, con che frequenza si è sentito fuori di sé poiché è avvenuto qualcosa di inaspettato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mai	Quasi mai	A volte	Abbastanza spesso	Molto spesso
Nell'ultimo mese, con che frequenza ha avuto la sensazione di non essere in grado di avere controllo sulle cose importanti della sua vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mai	Quasi mai	A volte	Abbastanza spesso	Molto spesso
Nell'ultimo mese, con che frequenza si è sentito nervoso o "stressato"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mai	Quasi mai	A volte	Abbastanza spesso	Molto spesso

**Quest. Benessere e Ambiente Sociale e Lavorativo**

Nell'ultimo mese, con che frequenza si è sentito fiducioso sulla sua capacità di gestire i suoi problemi personali?	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Abbastanza spesso	<input type="checkbox"/> Molto spesso
Nell'ultimo mese, con che frequenza ha avuto la sensazione che le cose andassero come diceva lei?	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Abbastanza spesso	<input type="checkbox"/> Molto spesso
Nell'ultimo mese, con che frequenza ha avuto la sensazione di non riuscire a star dietro a tutte le cose che doveva fare?	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Abbastanza spesso	<input type="checkbox"/> Molto spesso
Nell'ultimo mese, con che frequenza ha avvertito di essere in grado di controllare ciò che la irrita nella sua vita?	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Abbastanza spesso	<input type="checkbox"/> Molto spesso
Nell'ultimo mese, con che frequenza ha sentito di padroneggiare la situazione?	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Abbastanza spesso	<input type="checkbox"/> Molto spesso
Nell'ultimo mese, con che frequenza è stato arrabbiato per cose che erano fuori dal suo controllo?	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Abbastanza spesso	<input type="checkbox"/> Molto spesso
Nell'ultimo mese, con che frequenza ha avuto la sensazione che le difficoltà si stavano accumulando a un punto tale per cui non poteva superarle?	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Abbastanza spesso	<input type="checkbox"/> Molto spesso
Ho chiaro cosa ci si aspetta da me al lavoro	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Posso decidere quando fare una pausa	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Le richieste di lavoro che mi vengono fatte da varie persone/uffici sono difficili da combinare fra loro	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
So come svolgere il mio lavoro	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Sono soggetto a molestie personali sotto forma di parole o comportamenti scortes	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Ho scadenze irraggiungibili	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Se il lavoro diventa difficile, posso contare sull'aiuto dei miei colleghi	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Ricevo informazioni di supporto che mi aiutano nel lavoro che svolgo	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Devo lavorare molto intensamente	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Ho voce in capitolo nel decidere la velocità con la quale svolgere il mio lavoro	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Ho chiari i miei compiti e le mie responsabilità	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Devo trascurare alcuni compiti perché ho troppo da fare	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Mi sono chiari gli obiettivi e i traguardi del mio reparto/ufficio	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Ci sono attriti o conflitti fra i colleghi	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Ho libertà di scelta nel decidere come svolgere il mio lavoro	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Non ho la possibilità di prendere sufficienti pause	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Capisco in che modo il mio lavoro si inserisce negli obiettivi generali dell'organizzazione	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Ricevo pressioni per lavorare oltre l'orario	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Ho libertà di scelta nel decidere cosa fare al lavoro	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Devo svolgere il mio lavoro molto velocemente	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Al lavoro sono soggetto a prepotenze e vessazioni	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Ho scadenze temporali impossibili da rispettare	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Posso fare affidamento sul mio capo nel caso avessi problemi di lavoro	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
I colleghi mi danno l'aiuto e il supporto di cui ho bisogno	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Ho voce in capitolo su come svolgere il mio lavoro	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
Ho sufficienti opportunità di chiedere spiegazioni ai dirigenti sui cambiamenti relativi al lavoro	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Qualche volta	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre

**Quest. Benessere e Ambiente Sociale e Lavorativo**

Al lavoro i miei colleghi mi dimostrano il rispetto che merito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
Il personale viene sempre consultato in merito ai cambiamenti nel lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
Se qualcosa al lavoro mi ha disturbato o infastidito posso parlarne con il mio capo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
Il mio orario di lavoro può essere flessibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
I colleghi sono disponibili ad ascoltare i miei problemi di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
Quando ci sono dei cambiamenti al lavoro, mi è chiaro che effetto avranno in pratica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
Sono supportato in lavori emotivamente impegnativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
Le relazioni sul luogo di lavoro sono tese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
Il mio capo mi incoraggia nel lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
Come ritiene che debba essere, nello stesso spazio lavorativo, la colorazione delle pareti, finestre porte e pavimenti ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Colore Uniforme	Diverse Colorazioni	Per me è indifferente	Non so cosa rispondere	
Ritiene che sarebbe utile avere una chiara distinzione tra ambienti diversi in funzione della loro funzione (sale riunioni, luoghi di riposo, palestre, scale, corridoi, bagni, ecc) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Si, tutti distinti	Si, ma solo alcuni distinti	Per me è indifferente	Non so cosa rispondere	
Come ritiene preferibile che i corpi illuminanti siano disposti nei corridoi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	In modo trasversale	In modo longitudinale	Per me è indifferente	Non so cosa rispondere	
Dove pensa che sia meglio collocare un nuovo edificio penitenziario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lontano dalle città	Vicino o dentro le città	Per me è indifferente	Non so cosa rispondere	
Indipendentemente da dove sia collocato un edificio penitenziario come è meglio che siano le caratteristiche dei trasporti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Solo privati o Istituzionali	Sia privati che pubblici	Per me è indifferente	Non so cosa rispondere	
Come percepisce il suo ambiente di lavoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gradevole	Sgradevole	Neutro	Non so cosa rispondere	
Qual è la sua opinione sulla vigilanza dinamica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Soluzione Ottimale	Soluzione Migliorabile	Soluzione inadeguata	Per me è indifferente	Non so cosa rispondere
Le attuali attività dei detenuti sono congrue per l'obiettivo del recupero sociale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Congrue	Congrue ma migliorabili	Non Congrue	Indifferenti	Non so cosa rispondere
Come dovrebbero essere distribuiti i detenuti in funzione della loro etnia e cultura di appartenenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gruppi separati omogenei	Gruppi misti	In modo indifferente	Non so cosa rispondere	
Come gestisce la sua arma in dotazione alla fine del servizio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lasciata in istituto	Conservata da me	Come di volta in volta è comodo	Secondo com'è più appropriato	Come capita
Ritiene che nel suo ambiente di lavoro vi siano rumori fastidiosi e sgradevoli per intensità, durata o frequenza ? <i>(possibile dare più risposte)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nelle aree di detenzione	Nelle aree esterne	Nelle aree amministrative	Nei luoghi per le attività sociali	In nessun luogo
Nel caso di presenti una condizione di stress come può essere meglio gestito? <i>(possibile dare più risposte)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medico di famiglia	Specialisti esterni	Specialisti interni all'istituto	Familiari	Collegli o amici
Nella sua quotidianità fa uso di ..... <i>(possibile dare più risposte)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Caffè	Sigarette	Ansiolitici o sonniferi	Cannabis	Sostanze Stupefacenti
Assume alcolici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Solo ai pasti o come aperitivo	Solo in momenti di socialità	Solo la sera	Spesso	Mai
In caso di disperazione, a seguito di fatti che appaiono ingestibili, travolgenti, con possibili gravi conseguenze personali, come ritiene possa essere aiutato? <i>(possibile dare più risposte)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Utilizzando dispositivi di allarme	Chiamando un centro di supporto	Recandosi da uno specialista	Ricorrendo a familiari o amici	In nessun modo
Come si può rilevare la presenza di un livello di stress eccessivo in sé stessi o in amici e colleghi? <i>(possibile dare più risposte)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In sé stessi osservando le prestazioni, lo stato d'animo o i disturbi fisici	Negli altri osservando il loro comportamento	Negli altri ascoltando le loro parole	In sé stessi o negli altri valutando il carico di lavoro	Solo da parte di specialisti
Presenta una delle seguenti condizioni da un punto di vista sanitario (sia per gli aspetti somatici che psicologici)? <i>(possibile dare più risposte)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	condizione di malattia o di invalidità	riconoscimento di malattia per causa di servizio	periodi di congedo concessi dalla CMO	prescrizione di farmaci	Non ha mai avuto problemi di salute

**Grazie per la sua collaborazione**