

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE DEGLI OPERATORI

Il questionario anonimo che le chiediamo di compilare ha lo scopo di fornire indicazioni sulle prestazioni offerte dalla strutture in cui lavora.

Le Sue indicazioni serviranno ad impostare azioni di miglioramento sui servizi offerti, anche per le persone che ne usufruiranno in futuro.

Le chiediamo di barrare con una X la risposta che Le sembra più adatta. Le ricordiamo di barrare solo una risposta.

Dopo aver compilato il questionario lo inserisca nell'apposita cassetta di raccolta presente nella struttura.

La ringraziamo per il contributo e la collaborazione che ci vorrà offrire.

ETA'	<input type="checkbox"/> 18-30	<input type="checkbox"/> 30-50	<input type="checkbox"/> più di 50			
SESSO	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina				
ANZIANITA' DI SERVIZIO	<input type="checkbox"/> meno di 1 anno	<input type="checkbox"/> 1-4 anni	<input type="checkbox"/> più di 4 anni			
PROFESSIONE	<input type="checkbox"/> asa/oss	<input type="checkbox"/> inf. pro.le	<input type="checkbox"/> medico	<input type="checkbox"/> fisioterap.	<input type="checkbox"/> anim.	<input type="checkbox"/> altro
1. E' SODDISFATTO DELL' ACCURATEZZA E TEMPISTICA DELLE INFORMAZIONI CHE LE GIUNGONO?	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> molto poco		
◇ informazioni in merito agli aspetti organizzativi	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> molto poco		
◇ informazioni relative ai piani assistenziali	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> molto poco		
2. E' SODDISFATTO DEL RAPPORTO CON I SUOI COLLABORATORI?	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> molto poco		
◇ percepisce rispetto del suo ruolo, sostegno e comprensione dai suoi collaboratori?	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> molto poco		

◊in base al carico di lavoro ed alla complessità delle persone che deve assistere riesce a dedicare spazio al lavoro/discussione d'equipe?	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> molto poco	
◊è soddisfatto del clima relazionale e del coinvolgimento in equipe con i suoi collaboratori?	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> molto poco	
◊è soddisfatto dal grado di coordinamento tra il suo lavoro e quello dei suoi collaboratori?	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> molto poco	
3. E' SODDISFATTO DELLA GESTIONE DEI CONFLITTI CHE INSORGONO TRA OPERATORI E TRA OPERATORI E REFERENTI?	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> molto poco	
4. LE E' CHIARO QUALI SONO LE PERSONE RESPONSABILI/DI RIFERIMENTO PER LO SVOLGIMENTO DEL SUO LAVORO?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no			
5. E' SODDISFATTO DEL GRADO DI COINVOLGIMENTO NEI PROCESSI DECISIONALI CHE RIGUARDANO IL SUO LAVORO?	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> molto poco	
6. LA SUA PROFESSIONE LE OFFRE ANCHE LA POSSIBILITA' DI RELAZIONARSI CON GLI OSPITI?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no			
◊se ha risposto positivamente alla domanda precedente, come valuta in percentuale la quantità di tempo che riesce a dedicare alla relazione con l'ospite?	<input type="checkbox"/> meno del 50%	<input type="checkbox"/> più del 50%	<input type="checkbox"/> 100%		
◊ vive serenamente la relazione con l'ospite?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no			
7. RIESCE AD INSTAURARE CON I FAMILIARI DEGLI OSPITI UN RAPPORTO DI COLLABORAZIONE?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no			
◊pensa di dedicare il tempo necessario al soddisfacimento delle richieste di familiari?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no			
8. E' SODDISFATTO DEL SUO AMBIENTE FISICO DI LAVORO?	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> molto poco	
◊ritiene sufficienti gli spazi e gli strumenti messi a disposizione per lo svolgimento del suo lavoro?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no			
9. E' SODDISFATTO DEI SUOI ORARI DI LAVORO?	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> molto poco	