

QUESTIONARIO SODDISFAZIONE PERSONALE SANITARIO OPERATIVO Data \_\_/\_\_/\_\_

Lavoratore/lavoratrice turnista  Lavoratore/lavoratrice diurno/a  UO MRS / RGG (degenza, riabilitazione ambulatoriale e domiciliare)  UO Cure Palliative – Hospice  UO Cure Palliative – UCP-Dom v UO STAR  Servizio C-DOM

**1. INDICHI IL GRADO DI SODDISFAZIONE IN MERITO ALL'ORGANIZZAZIONE DELLA STRUTTURA (REPARTO / SERVIZIO) IN CUI SVOLGE LA SUA ATTIVITA' LAVORATIVA**

OTTIMO  BUONO  SUFFICIENTE  INSUFFICIENTE  NON SO

**2. INDICHI IL GRADO DI CHIAREZZA DEI COMPITI E DELLE ATTIVITA' CHE LE SONO STATI ASSEGNATI (chiarezza dei compiti, ruoli, obiettivi del reparto/servizio)**

OTTIMO  BUONO  SUFFICIENTE  INSUFFICIENTE  NON SO

**3. COME VALUTA LA QUALITA' DELLA MODALITA' DI TRASMISSIONE DELLE INFORMAZIONI ALL'INTERNO DEL SUO REPARTO/SERVIZIO**

OTTIMO  BUONO  SUFFICIENTE  INSUFFICIENTE  NON SO

**4. COME VALUTA LA QUALITA' DELLA MODALITA' DI TRASMISSIONE DELLE INFORMAZIONI NEL CONTESTO DELLA FONDAZIONE NEL SUO COMPLESSO**

OTTIMO  BUONO  SUFFICIENTE  INSUFFICIENTE  NON SO

**5. COME VALUTA L'ATTIVITA' DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO SVOLTA ALL'INTERNO DELLA FONDAZIONE**

OTTIMO  BUONO  SUFFICIENTE  INSUFFICIENTE  NON SO

**6. COME VALUTA IL RAPPORTO CON I SUOI DIRETTI RESPONSABILI**

OTTIMO  BUONO  SUFFICIENTE  INSUFFICIENTE  NON SO

**7. COME VALUTA IL RAPPORTO ALL'INTERNO DELL'EQUIPE O DEL GRUPPO DI LAVORO (disponibilità dei colleghi, relazioni sul luogo di lavoro, possibilità di cambi turno in merito alle necessità personali)**

OTTIMO  BUONO  SUFFICIENTE  INSUFFICIENTE  NON SO

**8. COME VALUTA LA MODALITA' DI GESTIONE DEI CONFLITTI DA PARTE DEL SUO SUPERIORE GERARCHICO**

OTTIMO  BUONO  SUFFICIENTE  INSUFFICIENTE  NON SO

9. **COME VALUTA LA QUANTITA' DI TEMPO DEDICATA ALLA RELAZIONE CON I PAZIENTI E I LORO FAMILIARI**  
(laddove applicabile)

OTTIMO     BUONO     SUFFICIENTE     INSUFFICIENTE     NON SO

10. **COME VALUTA LA QUANTITA' DI TEMPO ASSEGNATA PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' LAVORATIVE**

OTTIMO     BUONO     SUFFICIENTE     INSUFFICIENTE     NON SO

11. **COME VALUTA IL RAPPORTO CON LA STRUTTURA AMMINISTRATIVA NEL SUO COMPLESSO** (laddove applicabile)

OTTIMO     BUONO     SUFFICIENTE     INSUFFICIENTE     NON SO

12. **COME VALUTA LA QUALITA' DEL SERVIZIO MENSA** (laddove applicabile)

OTTIMO     BUONO     SUFFICIENTE     INSUFFICIENTE     NON SO

13. **COME VALUTA LA QUALITA' DEGLI SPOGLIATOI – RISERVATEZZA, SPAZI A DISPOSIZIONE, PULIZIA DEGLI AMBIENTI** (laddove applicabile)

OTTIMO     BUONO     SUFFICIENTE     INSUFFICIENTE     NON SO

14. OSSERVAZIONI.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Grazie per la collaborazione! La rilevazione della soddisfazione permette un lavoro di miglioramento continuo della qualità. I questionari sono anonimi, i dati sono riservati e vengono elaborati statisticamente per fornire informazioni complessive sulla soddisfazione degli Operatori.