SERENI ORIZZONTI
Residenze per anziani in Europa

Questionario sul Grado di Soddisfazione dei LAVORATORI

DATI			Facoltativi		
	UdO			*Mansione*	
				Età	
	Data			*Sesso*	☐ **M** ☐ **F**

N°	Descrizione
1.1	Conosce l'Unità d'Offerta, i servizi gestiti, la sua organizzazione? ☐ SI ☐ NO ☐ ABBASTANZA Commenti: ....
1.2	Ritiene i suoi Responsabili preparati e competenti? ☐ SI ☐ NO ☐ ABBASTANZA Commenti: ....
1.3	I suoi Responsabili sono disponibili alla discussione in caso di problemi lavorativi? ☐ SI ☐ NO ☐ ABBASTANZA Commenti: ....
1.4	A chi si rivolgerebbe per parlar dei suoi problemi personali riguardanti il lavoro? ☐ Psicologo di UdO ☐ Direzione ☐ Al proprio Responsabile diretto ☐ Ai colleghi Commenti: ....
1.5	Lei è soddisfatto della mansione che svolge? ☐ SI ☐ NO ☐ ABBASTANZA Commenti: ....

N°	Descrizione
1.6	Le sue condizioni di lavoro sono buone? ☐ SI ☐ NO ☐ ABBASTANZA Commenti: ....
1.7	Si ritiene soddisfatto dell'organizzazione dell'Unità d'Offerta (numero operatori, turnazione, strumenti e attrezzature, procedure operative, ecc.)? ☐ SI ☐ NO ☐ ABBASTANZA Commenti: ....
1.8	Su quali di questi argomenti si dovrebbe intervenire per migliorare il funzionamento del servizio? ☐ Orari e/o turni ☐ Riunioni operative e formazione ☐ Attrezzature e/o materiali ☐ Procedure operative Altro: ....
2.1	All'interno del suo servizio, ritiene di lavora con colleghi professionali e motivati? ☐ SI ☐ NO ☐ ABBASTANZA Commenti: ....
2.2	Lei è soddisfatto del rapporto con i colleghi? ☐ SI ☐ NO ☐ ABBASTANZA Commenti: ....

N°	Descrizione
2.3	C'è una buona comunicazione con i colleghi del proprio servizio? ☐ SI ☐ NO ☐ ABBASTANZA Commenti: ....
2.4	C'è una buona comunicazione con le altre figure professionali? ☐ SI ☐ NO ☐ ABBASTANZA Commenti: ....
3.1	In quale modo affronta i problemi che incontra nel fare il suo lavoro? ☐ Confrontandomi con i colleghi ☐ Cercando di risolverli autonomamente ☐ Confrontandomi con altre figure professionali ☐ Rivolgendomi ai responsabili Cosa potrebbe essere fatto per agevolare il lavoro? ....
3.2	Ritiene che il suo lavoro venga riconosciuto? ☐ Dai colleghi del proprio servizio ☐ SI ☐ NO ☐ Dai colleghi di altri servizi ☐ SI ☐ NO ☐ Dai responsabili (Coordinatori/Direzione) ☐ SI ☐ NO ☐ Dagli Ospiti ☐ SI ☐ NO
3.3	Generalmente ha le risorse ed il tempo per eseguire le sue mansioni? ☐ SI ☐ NO Se NO perché: ....

N°	Descrizione
3.4	E' avvenuto qualche cambiamento che ha migliorato la situazione? ☐ SI ☐ NO Commenti: ....
4.1	Vorrebbe partecipare a corsi di aggiornamento riguardanti la sua professione? ☐ SI ☐ NO Commenti: ....
4.2	Potrebbe indicare gli argomenti o i temi (sanitari, sicurezza ecc.) che vorrebbe approfondire e di cui sente la necessità per poter svolgere meglio la sua mansione? Argomenti: ....
Note	Note e suggerimenti: ....

A cura della Sereni Orizzonti 1 S.p.A.

ANALISI	Registrazione nel Registro dei Reclami: ☐ SI ☐ NO

Data	*Firma Responsabile di Funzione*

Data	*Firma Direttore UdO*