



**CASA ANZIANI INTERCOMUNALE
UGGIATE TREVANO**

SCHEDA C

**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE
DELLA SODDISFAZIONE DEL PERSONALE**

ETA' (dato facoltativo):

18 – 30

31 – 41

41 – 50

51 - 65

oltre 65

SCOLARITA' (dato facoltativo) :

- Licenza elementare
- Licenza media inferiore
- Attestato di qualifica professionale
- Diploma
- Laurea

ANZIANITA' DI SERVIZIO PRESSO LA CASA ANZIANI (espressa in anni) (dato facoltativo):

0 – 1

1 – 3

3 – 5

5 -10

oltre 10

MANSIONE SVOLTA (dato facoltativo):

- Medico
- Infermiere Professionale
- Terapista della Riabilitazione
- O.S.S.
- A.S.A.
- Animatore
- Parrucchiere
- Volontario servizio civile
- Personale amministrativo
- Addetto pulizie
- Addetto ristorazione
- Manutentore
- Addetto trasporto Ospiti / consegna pasti
- Volontario
- Addetto alla cura del piede

1. La Sua attuale attività corrisponde con ciò che si aspettava di svolgere?

SI

NO

NON HO OPINIONI

Se NO perché?

2. Qual è l'aspetto più importante nel lavoro con gli anziani?

3. Quali sono gli aspetti della Sua attività che ritiene più faticosi?

4. Nello svolgimento della Sua attività può contare su:

	SI	NO	NON SO
Obiettivi di lavoro chiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collaborazione con i colleghi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attrezzature, presidi e ausili idonei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempi adeguati rispetto ai protocolli operativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Come valuta il Suo rapporto con i colleghi e le altre figure professionali?

	Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
Medici:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infermieri Professionali:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapisti della Riabilitazione:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.S.S.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.S.A.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animatori:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personale amministrativo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addetti pulizie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addetti ristorazione:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manutentore:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addetti trasporto Ospiti / consegna pasti:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volontari:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parrocchiere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addetti alla cura del piede:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volontari Servizio Civile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Cosa manca per lo svolgimento attuale della Sua attività?

7. Cosa sarebbe utile per migliorare la collaborazione con i colleghi e le altre figure professionali?

8. Come valuta il Suo rapporto con gli Ospiti?

9. Cosa sarebbe utile per migliorare il Suo rapporto con gli Ospiti?

10. Che rapporto ha con i familiari degli Ospiti?

11. Cosa sarebbe utile per migliorare la collaborazione con i familiari degli Ospiti?

12. Ritieni che le funzioni da Lei svolte rispondano alla Sua preparazione specifica?

SI

NO

NON HO OPINIONI

Se NO perché?

13. Nella struttura in cui opera Le sono offerte opportunità di crescita professionale (formazione, aggiornamenti, partecipazione a convegni, ecc.)?

SÌ

NO

Se NO perché?

14. Su quali argomenti richiederebbe una maggiore formazione?

15. Si sente valorizzato nella struttura in cui opera?

SÌ

NO

NON HO OPINIONI

Se NO perché?

16. Valorizzare in termine numerico (da 1 a 10) l'importanza data a ciascuno dei seguenti aspetti:

Retribuzione

Orario di lavoro

Adeguatezza attrezzature

Formazione / aggiornamento

17. Eventuali critiche, consigli e/o suggerimenti:

Data _____

FIRMA (non obbligatoria): _____

