



C E N S I S



**QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DELL'EMPOWERMENT DEI
PROFESSIONISTI IN SANITÀ**

Strumento proposto per la rilevazione di livello nazionale

Responsabili scientifici delle attività di ricerca:

prof. Francesco di Stanislao (Università Politecnica delle Marche ed esperto Agenas)
collaboratori: dott.ssa Flavia Cardinali, dott.ssa Sara Carzaniga, dott.ssa Giorgia Duranti.

dott.ssa Concetta Maria Vaccaro (Responsabile welfare e salute, Fondazione Censis)
collaboratori: dott.ssa Vittoria Coletta, dott.ssa Ughetta Favazzi.

Gentile collega

Ringraziandola per la Sua collaborazione, Le chiediamo di compilare il questionario riportato nelle pagine seguenti.

Si tratta di un questionario autosomministrato che prevede la compilazione da parte dell'intervistato senza la presenza dell'intervistatore. Il questionario va compilato personalmente e **individualmente**.

Le informazioni che fornirà saranno utilizzate nel rispetto del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e i dati forniti verranno trattati in forma assolutamente **anonima**. Nell'ambito della diffusione dei risultati dell'indagine i dati saranno utilizzati in forma esclusivamente aggregata.

Per la compilazione del questionario saranno necessari **meno di 10 minuti**.

Il questionario è suddiviso in 10 aree di indagine. In ciascuna area (es. COMFORT, AGGIORNAMENTO, INFORMAZIONE) sono indicati diversi *item* (es. pulizia, qualità dell'ambiente di lavoro, ecc.).

Per ciascun *item* l'intervistato può esprimere un giudizio scegliendo UNA tra le modalità: "Per nulla" "Poco" "Abbastanza" "Molto". Il giudizio va espresso tracciando una X sulla casella corrispondente alla modalità scelta.

Il personale amministrativo potrà esprimere un giudizio rispetto agli item pertinenti al proprio ruolo professionale non rispondendo, ad esempio, alle domande relative all'assistenza prestata ai pazienti.

**LE SUE RISPOSTE SONO PER NOI MOLTO IMPORTANTI E LA
RINGRAZIAMO SIN DA ORA PER LA SUA COLLABORAZIONE**

COMFORT

1. Come giudicherebbe il comfort dell'ambiente in cui lavora nell'ambito della sua Unità Operativa?

	Insufficiente	Mediocre	Sufficiente	Buono
1. Qualità dell'ambiente di lavoro (illuminazione, temperatura, silenziosità, condizioni dell'edificio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Disponibilità di spazio di lavoro per singolo operatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Servizi igienici (bagni, spogliatoi, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Disponibilità parcheggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AGGIORNAMENTO

2. A suo avviso, l'Azienda per cui lavora promuove l'aggiornamento?

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
1. Le attività formative individuali a cui partecipo mi aiutano nel lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'Azienda facilita i dipendenti che vogliono migliorare le proprie conoscenze attraverso la formazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La programmazione degli interventi formativi si basa su bisogni formativi reali sui quali gli operatori sono stati consultati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMAZIONE

3. Rispetto al sistema di trasferimento di informazioni interno all'Azienda e nell'ambito dell'Unità Operativa, che opinione ha?

3.1. AZIENDA

Per nulla Poco Abbastanza Molto

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Gli obiettivi dell'Azienda per lei sono chiari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ha un'idea chiara dei meccanismi decisionali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. È curato l'aspetto dell'informazione al paziente/utente attraverso strumenti mirati (sportello, colloqui con il personale in orari definiti, ecc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3.2. UNITÀ OPERATIVA

Per nulla Poco Abbastanza Molto

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. È prassi la consultazione degli operatori per contribuire alla definizione degli obiettivi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. I cambiamenti gestionali e organizzativi ed i risultati attesi sono comunicati in maniera chiara a tutto il personale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. È curato l'aspetto dell'informazione al paziente/utente attraverso strumenti mirati (sportello, colloqui con il personale in orari definiti, ecc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA

4. Rispetto allo svolgimento del suo lavoro, cosa pensa?

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
1. Si sente libero di esprimere le sue opinioni anche quando sono in contrasto con quelle dei suoi superiori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ritiene adeguata la distribuzione delle responsabilità, la divisione dei compiti, tra le diverse figure professionali (medici, infermieri, tecnici, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il suo lavoro le permette di utilizzare tutte le sue capacità e conoscenze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ritiene adeguata l'organizzazione della turnistica nella sua Unità Operativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SODDISFAZIONE

5. Pensando al rapporto con il suo lavoro, cosa pensa?

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
1. Il suo lavoro corrisponde a quello auspicato per il suo progetto di vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le sue capacità professionali sono valorizzate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si sente realizzato attraverso il lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. L'immagine dell'Azienda all'esterno è positiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MECCANISMI PREMIANTI/ AVANZAMENTO DI CARRIERA

6. Rispetto ai meccanismi premianti e di avanzamento di carriera nell'ambito della sua Azienda, che opinione ha?

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
1. I livelli retributivi sono equi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La sua Azienda le offre la possibilità di crescere professionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I meccanismi premianti tengono conto delle differenze nell'impegno e non sono a pioggia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IDENTIFICAZIONE

7. Se dovesse definire il rapporto con la sua Azienda e con la sua Unità Operativa, cosa direbbe?

7.1 AZIENDA

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
1. Si sente parte integrante dell'Azienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vive con soddisfazione i successi dell'Azienda come fossero i suoi successi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Raccomanderebbe la sua Azienda come luogo di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.2 UNITÀ OPERATIVA

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
1. Si sente parte integrante della sua Unità Operativa/ “siamo una squadra”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Raccomanderebbe la sua Unità Operativa come luogo di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELAZIONI

8. Pensando alle relazioni instaurate sul posto di lavoro, cosa direbbe?

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
1. È soddisfatto del supporto che ottiene dai suoi superiori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I dirigenti sono pronti ad affrontare le difficoltà che si incontrano nello svolgimento del lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SALUTE E SICUREZZA

9. Pensando alla tutela della salute e alle misure di sicurezza adottate dall’Azienda cosa direbbe?

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
1. L’Azienda adotta misure adeguate di protezione e prevenzione dei rischi di salute per il personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Viene coinvolto nelle iniziative adottate in tema di prevenzione e sicurezza per il personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. In caso di aggressioni o violenze (da parte dello staff/pazienti/familiari dei pazienti) l’Azienda adotta delle misure per tutelare i dipendenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. In caso di errori o incidenti, si sente tutelato dall’Azienda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MALESSERE

10. Pensando alla sua giornata lavorativa, cosa direbbe?

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
- Le capita spesso di desiderare di lasciare questa Azienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Il suo lavoro ha un impatto negativo sulla sua vita privata/familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- I rapporti con i colleghi le provocano malessere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- I rapporti con i superiori le provocano malessere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Negli ultimi 12 mesi si sono verificati conflitti con i suoi superiori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dati anagrafici

1	Sono:	
1.1	Donna <input type="checkbox"/>	Uomo <input type="checkbox"/>

2	Il mio contratto di lavoro:	
2.1	A tempo determinato	<input type="checkbox"/>
2.2	A tempo indeterminato	<input type="checkbox"/>
2.3	Altro (cooperativa,ecc.)	<input type="checkbox"/>

3	La mia età:	
3.1	Fino a 40 anni	<input type="checkbox"/>
3.2	Oltre 41 anni	<input type="checkbox"/>

4	La mia anzianità di servizio:	
4.1	Meno di 5 anni	<input type="checkbox"/>
4.2	Da 5 a 20 anni	<input type="checkbox"/>
4.3	Oltre 20 anni	<input type="checkbox"/>

5	La mia area professionale:	
5.1	Medica	<input type="checkbox"/>
5.2	Infermieristica	<input type="checkbox"/>
5.3	Altre professioni sanitarie	<input type="checkbox"/>
5.4	Altro (O.S.S. – A.S.A.-ecc.)	<input type="checkbox"/>
5.5.	Amministrativa	<input type="checkbox"/>

6	Unità Operativa	