



La Crisalide Srl
Via Carso, 28 – 26015 – Soresina (Cr)
P. Iva: 01846850194
Mail: lacrisalide.autismo@gmail.com
Pec: lacrisalide-autismo@pec.it

MODULO DI SODDISFAZIONE DEGLI OPERATORI

Centro Riabilitativo Ambulatoriale “La Crisalide”

Gentile Operatore,
ti chiediamo di compilare questo questionario in modo sincero e anonimo. Il tuo feedback è prezioso per migliorare l’organizzazione del lavoro e la qualità dei servizi offerti.

1. DATI GENERALI (facoltativi)

- Professione: _____
- Anzianità di servizio nel centro:
 - Meno di 1 anno
 - 1–3 anni
 - 3–5 anni
 - Più di 5 anni
- Contratto:
 - Tempo determinato
 - Tempo indeterminato
 - Collaborazione
 - Altro: _____

2. VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI

Per ciascun aspetto, indica il tuo livello di soddisfazione (1 = per niente soddisfatto, 5 = molto soddisfatto)

Aspetti organizzativi	1	2	3	4	5
Chiarezza del ruolo e delle mansioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicazione interna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto da parte della direzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accesso a risorse e materiali adeguati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carico di lavoro adeguato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualità della supervisione clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opportunità di formazione e aggiornamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



La Crisalide Srl
Via Carso, 28 – 26015 – Soresina (Cr)
P. Iva: 01846850194
Mail: lacrisalide.autismo@gmail.com
Pec: lacrisalide-autismo@pec.it

Aspetti organizzativi

1 2 3 4 5



Qualità del lavoro in équipe

Clima lavorativo generale

Soddisfazione generale del proprio lavoro



3. PUNTI DI FORZA DEL CENTRO

(Es. aspetti del lavoro che apprezzi particolarmente)

 _____
 _____



4. CRITICITÀ O ASPETTI DA MIGLIORARE

(Es. difficoltà riscontrate, suggerimenti per il miglioramento)

 _____
 _____

5. OSSERVAZIONI LIBERE

(Es. proposte, riflessioni personali, bisogni formativi, ecc.)

 _____
 _____

6. TI SENTI COINVOLTO NEI PROCESSI DECISIONALI DEL CENTRO?

Sì In parte No

Data: _____ Firma (facoltativa): _____

Grazie per il tuo contributo! Il benessere di chi lavora è fondamentale per offrire un servizio di qualità ai nostri utenti.