

**Servizio Gestione Rischio Clinico***Programma di applicazione del Safety Walk Round***QUESTIONARIO POST INTERVISTA***Allegato 2B*

Rev. 00

Presidio Ospedaliero/Distretto:.....
Struttura/Servizio:

DATI INDIVIDUALI DEL /LA COMPILATORE/TRICE: F ☐ M ☐

Professione: MEDICO ☐ FARMACISTA ☐ INFERMIERE ☐ OSTETRICA ☐
TECNICO RIABILITAZIONE ☐ TECNICO RADIOLOGIA O LABORATORIO ☐ ASSISTENTE SOCIALE ☐
OPERATORE SOCIO SANITARIO ☐ ALTRO _____

	Anni di lavoro nella specialità	Anni lavoro nella struttura/servizio
meno di 6 mesi	☐	☐
da 6 a 12 mesi	☐	☐
da 1 a 2 anni	☐	☐
da 3 a 4 anni	☐	☐
da 5- 10 anni	☐	☐
1) Ha ricevuto informazioni sui risultati delle interviste? Se sì in che modo: Riunione d'equipe ☐ Diffusione del report ☐ Altro _____		Si No
2) Ritiene che i risultati delle interviste siano stati presi in considerazione dai responsabili e coordinatori della sua struttura/servizio ?		Si No
3) Ritiene che i risultati delle interviste siano stati presi in considerazione dai responsabili della sua struttura Ospedaliera o struttura territoriale		Si No
4) A sua conoscenza sono stati introdotti miglioramenti o azioni correttive nel lavoro e/o organizzazione della sua struttura/servizio dopo questa iniziativa ? Se sì quali..... per quale motivo.....		Si No
5) Ritiene che il giro per la sicurezza effettuato nel suo servizio abbia favorito o migliorato il lavoro di gruppo nella sua unità operativa ?		Si No

Data di compilazione :

GRAZIE PER AVER COMPILATO IL QUESTIONARIO