



FONDAZIONE I.P.S. CARD. GUSMINI – E.T.S.

2026

Gentili Ospiti e Familiari,

è sempre attuale l'obiettivo di un possibile e continuo miglioramento. Per questo saremmo lieti di conoscere la Vostra Opinione rispetto alcuni servizi offerti dalla Fondazione. Vi chiediamo cortesemente di compilare il presente questionario esprimendo il Vostro parere ai quesiti proposti e segnalare, dove ritenuto opportuno, osservazioni per eventuali insoddisfazioni o proposte di miglioramento.

Il questionario è anonimo. Se compilato in formato cartaceo, Vi invitiamo a restituirlo negli appositi contenitori messi a disposizione nel proprio reparto.

Una volta esaminati i dati, sarà nostra cura diffondere i risultati attraverso la pubblicazione sul nostro sito istituzionale, nelle bacheche di reparto e in appositi incontri.





























































Ringraziando anticipatamente e confidando in un riscontro, porgiamo un cordiale saluto.

IL PRESIDENTE
Avv. Angelo Capelli

Unità Operativa	Annualità
CENTRO DIURNO INTEGRATO	2026

Barrare con una X

Compilato da:	<input type="checkbox"/> Utente	<input type="checkbox"/> Familiare/Caregiver/Ads
---------------	---------------------------------	--

Qual è il Suo grado di soddisfazione rispetto a:	Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
il modo con cui è stato accolto all'arrivo e la completezza delle informazioni (<u>da compilare solo se arrivato da meno di un anno</u>)				
le cure mediche				
l'assistenza infermieristica				
l'assistenza del personale di supporto (Asa e OSS)				
le attività del personale educativo				
le attività e gli eventi dell'animazione				
le attività di fisioterapia e riabilitazione				
il rapporto umano con il personale				
l'igiene e la cura della persona				
il rispetto della propria riservatezza				
la qualità dei pasti				
l'aspetto della propria camera				
spazi comuni e arredi (sale pranzo, animazione, palestra, giardino etc.)				
la pulizia dei locali				
in generale, i servizi ricevuti				

⇒ Se desidera lasciarci ulteriori osservazioni può indicarle qui di seguito: _____
