



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

2026

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL SERVIZIO
DI RIABILITAZIONE AMBULATORIALE

Gentile Signora/Signore,
il questionario che Le chiediamo cortesemente di compilare ha lo scopo di farci capire se la riabilitazione che Le è stata fornita ha risposto alle Sue attese.
Le Sue risposte serviranno a migliorare il servizio, adeguandolo ai bisogni e alle aspettative delle persone che ne usufruiscono.
Le chiediamo di mettere un segno sulla risposta che Le sembra più adatta.
Per restituire il questionario compilato, La invitiamo ad utilizzare la busta che le verrà consegnata, restituendola, chiusa, al personale oppure ad inviarla presso gli Uffici Amministrativi della Fondazione Cardinal Gusmini (indirizzo sull'intestazione).

La ringraziamo per la collaborazione.

Il Presidente
Avv. Angelo Capelli

Il questionario viene compilato in data

- ☐ dall'utente ☐ dal familiare ☐ dalla badante/assistente alla persona/assistente familiare
☐ altro

Sesso compilatore: ☐ F ☐ M

Età compilatore:

Scolarità compilatore

☐ Nessuna	☐ Scuola dell'obbligo	☐ Scuola superiore	☐ Laurea
-------------------------------	---	--	------------------------------

Nazionalità compilatore:

☐ Italiana	☐ Europea	☐ Extraeuropea
--------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

1) Come ha prenotato?

☐ D'urgenza	☐ Programmato	☐ E' un ricovero in day hospital
---------------------------------	-----------------------------------	--

Le prossime domande prevedono possibilità di risposta con valori che vanno da 1 a 7, in cui 1 corrisponde a "per niente soddisfatto" e 7 a "molto soddisfatto".

2) È soddisfatto del servizio prenotazione (orari apertura, attesa al telefono/sportello, cortesia operatori, informazioni ricevute)?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
Per niente soddisfatto			Abbastanza soddisfatto		Molto soddisfatto	

3) È soddisfatto del tempo di attesa intercorso tra la data di prenotazione e la data di prestazione?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Per niente soddisfatto

Abbastanza soddisfatto

Molto soddisfatto

4) È soddisfatto del servizio di accettazione (attesa allo sportello, cortesia operatori, informazioni ricevute)?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Per niente soddisfatto

Abbastanza soddisfatto

Molto soddisfatto

5) È soddisfatto dell'accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Per niente soddisfatto

Abbastanza soddisfatto

Molto soddisfatto

6) È soddisfatto del rispetto degli orari previsti?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Per niente soddisfatto

Abbastanza soddisfatto

Molto soddisfatto

7) È soddisfatto dell'attenzione ricevuta dal personale medico (accuratezza visita, cortesia)?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Per niente soddisfatto

Abbastanza soddisfatto

Molto soddisfatto

8) È soddisfatto della chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Per niente soddisfatto

Abbastanza soddisfatto

Molto soddisfatto

9) È soddisfatto dell'attenzione ricevuta dal personale infermieristico e/o tecnico (accuratezza, cortesia, informazioni)?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Per niente soddisfatto

Abbastanza soddisfatto

Molto soddisfatto

10) È soddisfatto del rispetto della riservatezza personale?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Per niente soddisfatto

Abbastanza soddisfatto

Molto soddisfatto

11) Complessivamente quanto è soddisfatto del nostro servizio?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Per niente soddisfatto

Abbastanza soddisfatto

Molto soddisfatto

12) Consiglierebbe ad altri la nostra struttura?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Per niente soddisfatto

Abbastanza soddisfatto

Molto soddisfatto

Indicate le eventuali difficoltà che avete incontrato (es. tempi attesa, scarse informazioni, difficoltà nel contattare gli operatori...):

.....

.....

.....

Altre osservazioni/suggerimenti:

.....

.....

.....

Grazie per la collaborazione.