



SCHEMA RETTE UNITA' DI OFFERTA C.D.D./ C.S.S./ C.D.P./R.L.- U.O.P.163 Aggiornamento **30/06/2025**

| Denominazione U.D.O.                      | Tipologia                                                       | n. Posti accreditati contratto | Estremi autorizzativi                                                                 | Modalità di accesso                     | Orari apertura                                                                          | Retta giornaliera                                                                                                                  |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Centro Diurno Disabili                    | Ospiti semiresidenziali Diversamente abili maschili e femminili | 30                             | Aut. Funz. Decr.n.116/2005 Prov.PV del 29.07.2005 DGR Lombardia n.1647 del 29.12.2005 | Domanda diretta e/o Serv. Pubblico/Enti | Lunedì>Venerdì dalle 08.00 alle 16.00 per 47 sett.anno(minimo) tranne festivi           | Euro 42/00<br>Pasti compresi<br>Mantenimento posto 80%                                                                             |
| Comunità Socio Sanitaria "La Quercia"     | Ospiti residenziali Diversamente abili maschili e femminili     | 10                             | Aut. N.345/2003 Prov.PV del 07.03.2003 DGR Lombardia n.20095 del 23.12.2004           | Domanda diretta e/o Serv. Pubblico/Enti | 365 gg./anno festivi compresi                                                           | Euro 106/66 die<br>Euro 80/00 die<br>per residenti<br>prov.PV<br>Compresi pasti e<br>frequenza C.D.D.<br>Mantenimento<br>posto 80% |
| Comunità Socio Sanitaria "La Pallavicina" | Ospiti residenziali Diversamente abili maschili e femminili     | 8                              | Aut. N.402/2005 Prov.PV del 29.07.2005 DGR Lombardia n.989 del 15.12.2010             | Domanda diretta e/o Serv. Pubblico/Enti | 365 gg./anno festivi compresi                                                           |                                                                                                                                    |
| Comunità Socio Sanitaria "Il Gelso"       | Ospiti residenziali Diversamente abili maschili e femminili     | 5                              | Aut. N.348/2003 Prov.PV del 01.04.2004 DGR Lombardia n.20095 del 23.12.2004           | Domanda diretta e/o Serv. Pubblico/Enti | 365 gg./anno festivi compresi                                                           |                                                                                                                                    |
| Centro Diurno Psichiatrico U.O.P. 163     | Pazienti Psichiatrici semiresidenziali                          | 15 accessi giornalieri         | Del.Reg. n.VII/13016 del 16.05.2003 Iscr.reg.accreditati n.634                        | Domanda e inserimento da CPS competente | Lunedì>venerdì dalle 08.00 alle 16.00 ; sabato dalle 08.00 alle 14.00 tranne gg.festivi | //<br>Pasti compresi                                                                                                               |
| Res. Leggera U.O.P.163                    | Pazienti Psichiatrici residenziali                              | 2                              | Connessa a C.D.P. U.O.P. 163                                                          | Domanda e inserimento da CPS competente | 365 gg./anno festivi compresi                                                           | Euro 30/00 die<br>Pasti compresi                                                                                                   |

Eventuali costi non espressamente indicati nel presente schema non sono compresi all'interno della retta stabilita.



RILEVAZIONE CUSTOMER ANNO \_\_\_\_\_

Grado di soddisfazione delle Famiglie/Caregivers

CENTRO DIURNO DISABILI

Struttura e ambienti

| BARRARE LA VOCE PRESCELTA PER CIASCUNA DOMANDA          | Sì Molto | Abbastanza | Poco | No |
|---------------------------------------------------------|----------|------------|------|----|
| La struttura e gli spazi sono adeguati per la funzione? |          |            |      |    |
| Gli spazi comuni sono curati e puliti?                  |          |            |      |    |
| I servizi igienici sono adeguatamente igienizzati?      |          |            |      |    |
| Le aule/camere sono pulite e in ordine?                 |          |            |      |    |

Personale

| BARRARE LA VOCE PRESCELTA PER CIASCUNA DOMANDA                                           | Sì Molto | Abbastanza | Poco | No |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|------|----|
| Il personale è sufficiente per il tipo di servizio?                                      |          |            |      |    |
| Il personale è professionalmente preparato?                                              |          |            |      |    |
| Il personale è cortese e disponibile ?                                                   |          |            |      |    |
| Lei è informato/a delle persone e delle modalità cui ricorrere per le diverse necessità? |          |            |      |    |

Servizi offerti

| BARRARE LA VOCE PRESCELTA PER CIASCUNA DOMANDA                                              | Sì Molto | Abbastanza | Poco | No |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|------|----|
| Il servizio mensa è soddisfacente?                                                          |          |            |      |    |
| Gli Ospiti sono adeguatamente assistiti dal punto di vista Igienico e della cura personale? |          |            |      |    |
| La struttura predispone adeguati interventi sanitari e assistenziali?                       |          |            |      |    |
| Le attività educative rispondono ai bisogni individuali di Sviluppo delle autonomie?        |          |            |      |    |
| Le attività del tempo libero sono varie e stimolanti?                                       |          |            |      |    |
| Le Struttura è disponibile e aperta alla comunicazione Con le Famiglie/caregivers?          |          |            |      |    |
| Ritiene soddisfatte le aspettative che aveva al momento dell'inserimento?                   |          |            |      |    |



## RILEVAZIONE CUSTOMER ANNO 2024

### Grado di soddisfazione degli Ospiti

#### CENTRO DIURNO DISABILI /COMUNITA' SOCIO SANITARIE

1

**TI PIACE VENIRE AL CENTRO DIURNO  
/ABITARE IN COMUNITA'?**

S I'

ABBASTANZA

N O

2

**TI PIACCONO LE STANZE DOVE FAI ATTIVITA' ?**

S I'

ABBASTANZA

N O

3

**MANGI BENE AL CENTRO ?**

S I'

ABBASTANZA

N O

4

**TI TROVI BENE CON I TUOI COMPAGNI ?**

S I'

ABBASTANZA

N O

5

**TI TROVI BENE CON GLI OPERATORI ?**

S I'

ABBASTANZA

N O

6

**GLI OPERATORI TI AIUTANO QUANDO HAI BISOGNO ?**

S I'

ABBASTANZA

N O

7

**TI PIACCONO LE ATTIVITA' CHE GLI OPERATORI ORGANIZZANO PER TE**

?

S I'

ABBASTANZA

N O

8

**TI PIACCONO LE USCITE ORGANIZZATE DAL  
CENTRO?**

S I'

ABBASTANZA

N O



RILEVAZIONE CUSTOMER ANNO \_\_\_\_\_

Grado di soddisfazione delle Famiglie/Caregivers

COMUNITA' SOCIO SANITARIE

LA QUERCIA

LA PALLAVICINA

IL GELSO

Struttura e ambienti

| BARRARE LA VOCE PRESCELTA PER CIASCUNA DOMANDA          | Sì Molto | Abbastanza | Poco | No |
|---------------------------------------------------------|----------|------------|------|----|
| La struttura e gli spazi sono adeguati per la funzione? |          |            |      |    |
| Gli spazi comuni sono curati e puliti?                  |          |            |      |    |
| I servizi igienici sono adeguatamente igienizzati?      |          |            |      |    |
| Le aule/camere sono pulite e in ordine?                 |          |            |      |    |

Personale

| BARRARE LA VOCE PRESCELTA PER CIASCUNA DOMANDA                                           | Sì Molto | Abbastanza | Poco | No |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|------|----|
| Il personale è sufficiente per il tipo di servizio?                                      |          |            |      |    |
| Il personale è professionalmente preparato?                                              |          |            |      |    |
| Il personale è cortese e disponibile ?                                                   |          |            |      |    |
| Lei è informato/a delle persone e delle modalità cui ricorrere per le diverse necessità? |          |            |      |    |

Servizi offerti

| BARRARE LA VOCE PRESCELTA PER CIASCUNA DOMANDA                                              | Sì Molto | Abbastanza | Poco | No |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|------|----|
| Il servizio mensa è soddisfacente?                                                          |          |            |      |    |
| Gli Ospiti sono adeguatamente assistiti dal punto di vista Igienico e della cura personale? |          |            |      |    |
| La struttura predispone adeguati interventi sanitari e assistenziali?                       |          |            |      |    |
| Le attività educative rispondono ai bisogni individuali di Sviluppo delle autonomie?        |          |            |      |    |
| Le attività del tempo libero sono varie e stimolanti?                                       |          |            |      |    |
| Le Struttura è disponibile e aperta alla comunicazione Con le Famiglie/cargivers?           |          |            |      |    |
| Ritiene soddisfatte le aspettative che aveva al momento dell'inserimento?                   |          |            |      |    |



*P.I.C.S.d .C. Provincia Italiana Congregazione Servi della Carità – Opera Don Guanella*

*Ente ecclesiastico non commerciale - p.iva 01084241007*

**CASA "LA PALLAVICINA"**

Strada Campoferro n. 22 - 27058 Voghera (PV) - Tel.0383 213175 Fax.0383 48009

[voghera.direzione@guanelliani.it](mailto:voghera.direzione@guanelliani.it) / [voghera.direzione@pec.guanelliani.it](mailto:voghera.direzione@pec.guanelliani.it)

---



RILEVAZIONE CUSTOMER ANNO \_\_\_\_\_

Grado di soddisfazione degli Ospiti

COMUNITA' SOCIO SANITARIE LA QUERCIA LA PALLAVICINA IL GELSO

1

**TI PIACE ABITARE IN COMUNITA'**

S I'

ABBASTANZA

N O

2

**TI PIACCONO LE STANZE DELLA COMUNITA'**

S I'

ABBASTANZA

N O

3

**MANGI BENE IN COMUNITA'**

S I'

ABBASTANZA

N O

4

**TI TROVI BENE CON I TUOI COMPAGNI**

S I'

ABBASTANZA

N O

5

**TI TROVI BENE CON GLI OPERATORI**

S I'

ABBASTANZA

N O

6

**GLI OPERATORI TI AIUTANO QUANDO HAI BISOGNO**

S I'

ABBASTANZA

N O

7

**TI PIACCONO LE ATTIVITA' CHE GLI OPERATORI ORGANIZZANO PER TE**

S I'

ABBASTANZA

N O

8

**TI PIACCONO LE USCITE ORGANIZZATE DALLA  
COMUNITA'**

S I'

ABBASTANZA

N O



## RILEVAZIONE CUSTOMER ANNO 2024

Grado di soddisfazione degli Ospiti

CENTRO DIURNO / R.L. U.O.P.163

### Struttura e ambienti

| BARRARE LA VOCE PRESCELTA PER CIASCUNA DOMANDA          | Sì Molto | Abbastanza | Poco | No |
|---------------------------------------------------------|----------|------------|------|----|
| La struttura e gli spazi sono adeguati per la funzione? |          |            |      |    |
| Gli spazi comuni sono curati e puliti?                  |          |            |      |    |
| I servizi igienici sono adeguatamente igienizzati?      |          |            |      |    |
| Le aule/camere sono pulite e in ordine?                 |          |            |      |    |

### Personale

| BARRARE LA VOCE PRESCELTA PER CIASCUNA DOMANDA                                           | Sì Molto | Abbastanza | Poco | No |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|------|----|
| Il personale è sufficiente per il tipo di servizio?                                      |          |            |      |    |
| Il personale è professionalmente preparato?                                              |          |            |      |    |
| Il personale è cortese e disponibile ?                                                   |          |            |      |    |
| Lei è informato/a delle persone e delle modalità cui ricorrere per le diverse necessità? |          |            |      |    |

### Servizi offerti

| BARRARE LA VOCE PRESCELTA PER CIASCUNA DOMANDA                                              | Sì Molto | Abbastanza | Poco | No |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|------|----|
| Il servizio mensa è soddisfacente?                                                          |          |            |      |    |
| Gli Ospiti sono adeguatamente assistiti dal punto di vista Igienico e della cura personale? |          |            |      |    |
| La struttura predispone adeguati interventi sanitari e assistenziali?                       |          |            |      |    |
| Le attività educative rispondono ai bisogni individuali di Sviluppo delle autonomie?        |          |            |      |    |
| Le attività del tempo libero sono varie e stimolanti?                                       |          |            |      |    |
| Le Struttura è disponibile e aperta alla comunicazione Con le Famiglie/cargivers?           |          |            |      |    |
| Ritiene soddisfatte le aspettative che aveva al momento dell'inserimento?                   |          |            |      |    |



P.I.C.S.d.C. Provincia Italiana Congregazione Servi della Carità - Opera Don Guanella

Ente ecclesiastico non commerciale - p.iva 01084241007

**CASA "LA PALLAVICINA"**

Strada Campoferro n. 22 - 27058 Voghera (PV) - Tel.0383 213175 Fax.0383 48009

voghera.direzione@guanelliani.it / voghera.direzione@pec.guanelliani.it

## MODULO APPREZZAMENTI/SUGGERIMENTI/RECLAMI

Alla c.a. del Direttore  
Casa "La Pallavicina"

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_  
(Specificare grado parentela e/o incarico : Familiare - Tutore-Curatore- ADS)

Dell'Ospite sig./ra \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome dell'Utente)

Desidera esporre il seguente (BARRARE LA VOCE PRESCELTA E DESCRIVERE NELLE RIGHE SOTTOSTANTI):

APPREZZAMENTO

SUGGERIMENTO

DISSERVIZIO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_