



**FONDAZIONE  
AMBROSETTI PARAVICINI – E.T.S.  
MORBEGNO (SO)**

# ***CARTA DEI SERVIZI***

## ***CURE DOMICILIARI (C-Dom)***

*Giugno 2026*

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

## PREMESSA

La Carta dei Servizi intende offrire informazioni sul servizio di **Cure Domiciliari (C-Dom)**.

## SEDE

**Ente erogatore:** Fondazione Ambrosetti Paravicini – E.T.S.  
**Sede:** Via Paravicini, 16 - Morbegno (So)  
**Ingresso C-Dom:** **Viale Stelvio, 142 – Morbegno (So)**

## SEGRETERIA E COORDINAMENTO

**Orario di apertura al pubblico della Segreteria della Fondazione**

**Ingresso Via Stelvio, 142 – Morbegno (So):**

dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 12:00 e dalle 14:30 alle 16:30.

**Telefono:** 0342-604011

Il **Coordinamento infermieristico** è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle 12:30 e dalle ore 14:00 alle ore 16:00

➤ **0342-604083 - 3204314511**

**E-mail:** [info@ambrosettiparavicini.it](mailto:info@ambrosettiparavicini.it) – [adi@ambrosettiparavicini.it](mailto:adi@ambrosettiparavicini.it)

**Sito Internet:** [www.ambrosettiparavicini.it](http://www.ambrosettiparavicini.it)

## FINALITA' DEL SERVIZIO E DESTINATARI

Le **Cure Domiciliari (C-Dom)** si rivolge a persone residenti in Regione Lombardia, di qualunque età, che necessitano di cure domiciliari in quanto in situazione di fragilità. Per accedere al servizio devono essere presenti tutte le seguenti condizioni:

- bisogni sanitari e sociosanitari gestibili al domicilio;
- non autosufficienza, parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo;
- incapacità nel cammino;
- presenza di una rete familiare di supporto;
- condizioni abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza.

Le richieste di soli prelievi sono erogabili unicamente per pazienti con invalidità civile al 100% ed accompagnamento.

La Fondazione svolge la propria attività in regime di accreditamento con Regione Lombardia con impiego di idoneo personale (infermieri, fisioterapisti, O.S.S.-A.S.A.)

## MODALITA' DI ACCESSO E ORARI DI SERVIZIO

Per accedere al servizio è necessaria una prescrizione medica rilasciata dal Medico di Medicina Generale (ricetta rossa o dematerializzata).

In caso di ricovero ospedaliero, la prescrizione può essere redatta dal medico ospedaliero al momento della dimissione, nell'ambito del percorso di dimissione protetta.

L'utente, o un suo familiare, in possesso della prescrizione medica può rivolgersi all'Ufficio Fragilità dell'ASST, situato in Via Morelli n. 1 a Morbegno (tel. 0342 643229). L'ASST procede alla valutazione dei bisogni della persona e alla definizione del Progetto Individuale (PI), nel quale viene individuato il livello assistenziale appropriato.

Successivamente, il cittadino può scegliere uno degli enti accreditati per l'erogazione del servizio.

Le prestazioni erogate nell'ambito del servizio non prevedono oneri economici a carico dell'utente.

La presa in carico a bassa intensità assistenziale è articolata in giornate di assistenza erogate nei giorni feriali, dal lunedì al venerdì, nella fascia oraria compresa tra le ore 7.30 e le ore 12.30.

La presa in carico ad alta intensità assistenziale è garantita nei sette giorni settimanali, secondo quanto previsto dal Progetto Individuale e dal Piano Assistenziale. Al momento dell'attivazione del servizio vengono forniti all'utente i recapiti dedicati per il contatto con gli operatori.

La Fondazione garantisce inoltre una reperibilità telefonica infermieristica dedicata alla gestione degli utenti presi in carico, attiva 7 giorni su 7 dalle ore 8.00 alle ore 18.00, attraverso recapiti telefonici comunicati direttamente al domicilio della persona assistita.

### **PRESA IN CARICO**

L'ente scelto prende in carico il paziente e predispose il **Piano Assistenziale Individuale (PAI)**, nel quale vengono definiti nel dettaglio:

- gli interventi da effettuare
- le prestazioni previste
- la frequenza degli accessi

La presa in carico è garantita entro 72 ore dalla segnalazione da parte del servizio Fragilità, salvo urgenze segnalate dal Medico di Medicina Generale o dalla struttura Ospedaliera che vengono attivate entro 48 ore.

### **CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Gli interventi degli operatori della Fondazione sono programmati ed articolati in base al P.A.I. con possibilità di una copertura distribuita su 7 giorni settimanali per complessive 49 ore di operatività del servizio.

### **EQUIPE ASSISTENZIALE**

L'equipe assistenziale del servizio Cure Domiciliari è composta da operatori in possesso di idonea formazione ed esperienza:

- medici;
- coordinatore infermieristico
- infermieri;
- psicologo;
- fisioterapista;
- educatore;
- assistente sociale;
- ausiliari socio assistenziali/operatore socio sanitario.

Il servizio si realizza in stretta collaborazione con il Medico di Medicina Generale.

### **PRESTAZIONI EROGATE**

Le prestazioni erogate rientrano fra le azioni ed interventi previsti nella normativa specifica.

In particolare, le famiglie potranno fruire di:

- assistenza infermieristica domiciliare
- assistenza fisioterapica domiciliare
- assistenza socio-sanitaria domiciliare
- assistenza domiciliare medico specialistica in neurologia e medicina fisica e riabilitativa (solo per over 65)

### **DISTRIBUZIONE TERRITORIALE**

La Fondazione eroga il servizio Cure Domiciliari nel distretto territoriale della A.S.S.T. della Valtellina e Alto Lario per gli ambiti di Morbegno – Valchiavenna Alto Lario.

### **CARTELLINO DI RICONOSCIMENTO**

Il riconoscimento degli operatori è assicurato da un apposito cartellino di riconoscimento, visibile all'utente ed ai suoi familiari che riporta la fotografia, il nome, il numero di matricola, il profilo professionale dell'operatore.

### **ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE**

La Fondazione ha definito procedura per l'accesso agli atti amministrativi ed alla documentazione sociosanitaria.

Per accedere a tale documentazione è necessario compilare apposito "Modulo per l'accesso agli atti amministrativi" richiedibile presso gli uffici della Fondazione. La procedura è gratuita. Il rilascio avviene entro 30 gg dal ricevimento della richiesta.

### **VERIFICA DELLA SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO**

Per valutare e conoscere l'opinione sul servizio erogato, la qualità degli interventi e per avere un utile strumento indirizzato al miglioramento qualitativo, viene proposto un questionario di gradimento.

IL questionario compilato può essere restituito in forma anonima alla Fondazione.

I dati emersi da tali indagini vengono valutati e discussi nelle riunioni d'équipe.

Inoltre è prevista opportuna procedura per la gestione dei disservizi.

Le segnalazioni di disservizi devono essere effettuate compilando il modulo allegato alla presente che può essere consegnato direttamente agli Uffici Amministrativi della Fondazione oppure utilizzando la cassetta postale posizionata presso l'ingresso della struttura.

I responsabili della Fondazione si impegnano a fornire riscontro sulle segnalazioni entro 30 giorni dalla data di protocollo del modulo.

### **TUTELA DELLA PRIVACY (D.Lgs. 196/03)**

Tutti gli operatori sono tenuti a mantenere la massima riservatezza sulle informazioni accessibili per motivi di servizio nel rispetto della normativa vigente.

### **ALLEGATI**

- Modulo per la segnalazione dei disservizi.
- Questionario sulla qualità del servizio





## **Fondazione Ambrosetti Paravicini - E.T.S.**

via Paravicini n. 16 • 23017 Morbegno (So) • C.F. e P.IVA 00539680140  
www.ambrosettiparavicini.it • email: info@ambrosettiparavicini.it  
pec: ambrosettiparavicini@pec.it • telefono: 0342 604011 • fax: 0342 604030

Gentile Sig./Sig.ra

Le chiediamo gentilmente la collaborazione nel compilare il questionario allegato **come diretto interessato o familiare** della persona da assistita dalla Fondazione.

La compilazione le permette di esprimere il suo parere su come il personale della Fondazione si è preso cura dell'utente ed ha prestato attenzione alle vostre difficoltà.

Le risposte al questionario vengono utilizzate per farci capire se l'assistenza che è stata fornita è stata adeguata alle vostre esigenze e serviranno per rendere sempre più efficiente la qualità del servizio.

Le ricordiamo che **IL QUESTIONARIO E' ANONIMO** e va consegnato alla:

**Fondazione Ambrosetti Paravicini – E.T.S.**

tramite:

- l'operatore che ha prestato assistenza a domicilio;
- personalmente nelle cassette postali presenti negli ingressi di Via Morelli, 5 o Paravicini, 16 a Morbegno.

La ringraziamo per la collaborazione e le porgiamo cordiali saluti.

### **Questionario di gradimento sui servizi domiciliari ricevuti**

**Il Questionario è compilato autonomamente dalla persona assistita**

**Il Questionario è compilato con l'aiuto di:**

Coniuge/Partner convivente

Altro familiare/parente convivente \_\_\_\_\_  
*precisare il grado di parentela: (figlio/a, fratello/sorella, cognato/a, cugino/a, genero/nuora, nipote, madre/padre, nonno/nonna, zio/zia,)*

Altro familiare/parente NON convivente \_\_\_\_\_  
*precisare il grado di parentela: (figlio/a, fratello/sorella, cognato/a, cugino/a, genero/nuora, nipote, madre/padre, nonno/nonna, zio/zia,)*

Badante

Vicino di casa

Volontario

Amico/a

Altra persona (*precisare chi*) \_\_\_\_\_

**Il Questionario è compilato dal tutore/curatore/amministratore di sostegno della persona assistita**



### Informazioni anagrafiche riferite alla persona assistita

- Sesso**             Maschio             Femmina
- Età in anni compiuti** \_\_\_\_\_
- Nazionalità**     Italiana             Unione Europea             Extra Comunitaria
- Scolarità**       Nessuna             Elementare             Media inferiore  
                     Media superiore     Laurea/post laurea

## Assistenza Domiciliare (C-Dom)

**1 – Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto/a della assistenza domiciliare?**

- Molto                       Abbastanza                       Poco                       Per nulla

**2 – Rispetto a ciò che si aspettava l'assistenza è stata:**

- Migliore
- Come mi aspettavo
- Peggioro

**3 – Quale dei seguenti aspetti hanno influito maggiormente sul suo livello di soddisfazione?  
(indicare gli aspetti ritenuti principali, massimo 6)**

- Facilità di accesso al servizio
- Possibilità di scegliere da chi farmi curare
- Rapidità dell'avvio dell'assistenza
- Coinvolgimento nella definizione del programma di assistenza/cura
- Totale gratuità delle cure
- Presenza del mio medico di base/di famiglia
- Competenza/capacità degli operatori
- Comportamento degli operatori (*esempio*: gentilezza, disponibilità)
- Adeguatezza delle cure ricevute
- Verifica/controllo da parte del mio medico di famiglia



**4 - Quale dei seguenti aspetti non l'hanno soddisfatta/o?**

*(indicare gli aspetti ritenuti principali, massimo 6)*

- Difficoltà per l'accesso al servizio
- Mancanza di informazioni per scegliere da chi farsi curare
- Non conoscenza del "piano di assistenza", ossia del programma delle cure
- Assenza/mancanza del controllo delle cure da parte del mio medico di base/di famiglia
- Ritardo nell'avvio delle cure
- Inadeguatezza delle cure ricevute
- Durata insufficiente delle cure ricevute
- Mi hanno curato operatori inesperti/incapaci
- Mi hanno curato operatori con atteggiamento di fretteolosità, non gentilezza, non disponibilità
- Frequente ricambio degli operatori
- Eccessivo impegno per i miei familiari

**5 - Chi ha proposto/suggerito l'assistenza domiciliare? (indicare solo UNA risposta, ritenuta prevalente)**

- Il medico di base/di famiglia
- L'ospedale
- L'assistente sociale del Comune
- La struttura residenziale a cui si era chiesto il ricovero
- La struttura diurna a cui si era chiesto la frequenza
- Altro *(da specificare)* \_\_\_\_\_
- Un medico-specialista
- Il medico del distretto sociosanitario

**6 - Chi ha predisposto il piano di assistenza, ossia il programma delle cure?**

*(indicare solo UNA risposta, ritenuta prevalente)*

- L'erogatore scelto per le cure
- Il medico di base/di famiglia
- L'ospedale
- Non so chi l'abbia fatto
- Altro *(da specificare)* \_\_\_\_\_

**7a - Considerando che la scelta dell'erogatore da cui farsi curare spetta all'assistito e/o ai suoi familiari, è stato chiesto l'aiuto di qualcuno per effettuarla?**

- non è stato chiesto l'aiuto di nessuno
- è stato chiesto aiuto al medico di base/di famiglia
- è stato chiesto aiuto agli operatori del servizio sociale del Comune
- è stato chiesto aiuto a parenti/amici/conoscenti
- altro *da specificare* \_\_\_\_\_



## Fondazione Ambrosetti Paravicini - E.T.S.

via Paravicini n. 16 • 23017 Morbegno (So) • C.F. e P.IVA 00539680140  
www.ambrosettiparavicini.it • email: info@ambrosettiparavicini.it  
pec: ambrosettiparavicini@pec.it • telefono: 0342 604011 • fax: 0342 604030

### 7b - Se non è stato chiesto l'aiuto di nessuno, indicare come è stata effettuata la scelta del servizio da cui farsi curare:

- è stato scelto quello più vicino a casa
- ne avevo sentito parlare bene
- conoscevo già personalmente l'erogatore delle cure/lo avevo già utilizzato
- avevano già utilizzato lo stesso erogatore altri parenti/amici/conoscenti/vicini di casa
- altro *da specificare* \_\_\_\_\_

### 8 - Il piano di assistenza, ossia il programma delle cure, è stato presentato prima che venisse attuato?

- Sì
- No
- In parte

### 9 - Chi ha spiegato il piano di assistenza, ossia il programma delle cure?

- L'erogatore che ha effettuato le cure
- Il medico di base/di famiglia
- Nessuno
- Altro (*da specificare*) \_\_\_\_\_

### 10 - Le informazioni sul piano di assistenza, ossia sul programma delle cure, sono state chiare?

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Molto                    | Abbastanza               | Poco                     | Per nulla                |

### 11 - Se si è risposto "Sì" o "In parte" alla domanda 8, indicare se è stato effettuato/rispettato quanto previsto nel piano di assistenza, ossia nel programma delle cure

- qualcosa in più
- quello che era previsto
- qualcosa in meno
- è durato più del previsto
- è durato meno del previsto

### 12 - Quali operatori sono intervenuti nelle cure?

- Medico di base/di famiglia
- Medico specialista (*esempio*: palliativista, cardiologo, fisiatra, geriatra, ecc..)
- Pediatra di libera scelta
- Psicologo
- Infermiere
- Fisioterapista
- Assistente Sociale
- Animatore
- Educatore
- Operatore professionale per la cura/igiene personale (generalmente in sigla si chiama "ASA" oppure "OSS"), che aiuta *per esempio*: ad alzarsi e andare a letto, a vestirsi, a fare il bagno ecc..)
- Altro operatore (*da specificare [es. volontario]*) \_\_\_\_\_



## **Fondazione Ambrosetti Paravicini - E.T.S.**

via Paravicini n. 16 • 23017 Morbegno (So) • C.F. e P.IVA 00539680140  
www.ambrosettiparavicini.it • email: info@ambrosettiparavicini.it  
pec: ambrosettiparavicini@pec.it • telefono: 0342 604011 • fax: 0342 604030

### **13 - Operatori non intervenuti, ma che avrebbe desiderato intervenissero nelle cure:**

- Medico di base/di famiglia
- Medico specialista (*esempio*: palliativista, cardiologo, fisiatra, geriatra, ecc..)
- Pediatra di libera scelta
- Psicologo
- Infermiere
- Fisioterapista
- Assistente Sociale
- Animatore
- Educatore
- Operatore professionale per la cura/igiene personale (generalmente in sigla si chiama “ASA” oppure “OSS”), che aiuta *per esempio*: ad alzarsi e andare a letto, a vestirsi, a fare il bagno ecc..)
- Altro operatore (*da specificare [es. volontario]*) \_\_\_\_\_

### **14a - Qualcuno ha effettuato verifiche/controlli sulle cure ricevute?**

- Sì
- No

### **14b - Se qualcuno ha effettuato verifiche/controlli sulle cure ricevute, indicare chi:**

- Medico di base/di famiglia
- Personale dell’A.T.S.
- Personale del servizio che ha effettuato le cure
- Altra persona (*da specificare*) \_\_\_\_\_

### **15 – Persone a cui sono state comunicate eventuali insoddisfazioni:**

- Medico di base/di famiglia
- Personale dell’A.T.S.
- Personale dell’ente erogatore che ha effettuato le cure
- Altra persona (*da specificare*) \_\_\_\_\_
- Non ho trovato nessuno a cui poterlo comunicare

### **16 - Sapeva che, se insoddisfatta/o, aveva la possibilità di cambiare l’erogatore delle cure?**

- Sì
- No

### **17 - E’ stato cambiato l’erogatore delle cure?**

- Sì
- No



***Fondazione Ambrosetti Paravicini - E.T.S.***

via Paravicini n. 16 • 23017 Morbegno (So) • C.F. e P.IVA 00539680140  
www.ambrosettiparavicini.it • email: info@ambrosettiparavicini.it  
pec: ambrosettiparavicini@pec.it • telefono: 0342 604011 • fax: 0342 604030

**18 - Eventuali osservazioni critiche:**

---

---

---

---

---

---

---

**19 - Eventuali suggerimenti/proposte migliorative:**

---

---

---

---

---

---

---