

# CARTA DEI SERVIZI

## Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Distretto ASST Bergamo Ovest  
(ATS della Provincia di Bergamo)



## Servizio accreditato presso la Regione Lombardia

**PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO ADI**

Tel. 0363.56.12.13 - cell. 393.97.40.106

da lunedì a venerdì 9,00 - 17,00  
(segreteria telefonica negli orari di chiusura)

Via Tadini n.16 – 24058 Romano di Lombardia (BG)

AI PAZIENTI E' GARANTITA UNA REPERIBILITA' TELEFONICA QUOTIDIANA  
DALLE 9,00 ALLE 18,00 PER I CASI DI EFFETTIVA NECESSITA'

CELL DI SERVIZIO 3939740106

## I PRINCIPI FONDAMENTALI DELLA CARTA DEI SERVIZI

**EGUAGLIANZA.** I servizi devono essere erogati secondo regole uguali per tutti, senza nessun tipo di preferenza o discriminazione, anche se i servizi devono essere progettati in modo personale tenendo conto delle esigenze, nei limiti delle competenze, tenendo conto delle necessità di ogni singolo ospite/utente/cliente.

**IMPARZIALITA'** e continuità. Il comportamento degli operatori nei confronti degli utenti deve essere di imparzialità, obiettività e di giustizia. Cum Sortis garantisce la regolarità e la continuità della prestazione.

**PARTECIPAZIONE.** Cum Sortis nella gestione delle singole attività, siano esse di tipo diurno, residenziale, sociale ha come obiettivo di perseguire il miglioramento continuo, si impegna a raccogliere in modo positivo reclami/suggerimenti/perplexità/momenti di riflessione, sul servizio erogato, sulla qualità dello stesso, rendendo in tal modo l'utente partecipe delle decisioni, cercando di soddisfare sempre, nel migliore dei modi, le richieste degli stessi.

**EFFICIENZA ED EFFICACIA.** I servizi vengono forniti utilizzando in modo armonico tutte le risorse di cui si dispone, secondo criteri di efficienza e efficacia. Cum Sortis si impegna a garantire un costante aggiornamento del personale per offrire servizi sempre più rispondenti alle esigenze specifiche del cliente, ed a migliorarne continuamente la qualità.

**RISERVATEZZA.** Cum Sortis assicura a tutti gli utenti il rispetto della privacy al fine di tutelarne la dignità.

## I DIRITTI E DOVERI DEI CLIENTI E DEI LORO FAMILIARI

### DIRITTI

- Il Cliente ha diritto di essere supportato con professionalità ed attenzione, nel pieno rispetto della dignità umana e delle proprie convinzioni filosofiche, politiche e religiose.
- Il cliente ha diritto al rispetto del proprio ambiente di vita da parte degli operatori.
- Il cliente ha diritto ad essere tempestivamente informato relativamente a variazioni degli orari settimanali, degli operatori, e relativamente ad altre variazioni nell'erogazione del Servizio che potrebbero verificarsi.
- Il cliente ha diritto di ottenere tutte le informazioni relative al Servizio, alle prestazioni erogate ed alle modalità di accesso a quest'ultimo.
- Il cliente ha diritto alla riservatezza nel trattamento dei propri dati personali.
- Il cliente ha diritto a formulare osservazioni e suggerimenti che possano migliorare la qualità del Servizio.
- Il cliente ha diritto a presentare reclami. Al Cliente verrà tempestivamente comunicato l'esito del reclamo inoltrato.
- Il cliente ha diritto di essere periodicamente intervistato sul proprio grado di soddisfazione relativamente al servizio offerto da Cum Sortis.

### DOVERI

- Il cliente ha il dovere di rispettare la dignità del personale presente.
- Il cliente ha il dovere di informare tempestivamente il Responsabile del Servizio relativamente alla propria intenzione di rinunciare ai servizi ed alle prestazioni programmate al fine di evitare sprechi di tempi e di risorse.

## LA NOSTRA IDENTITA'

### CHI SIAMO

Il Consorzio Cum Sortis Sol.Co Bassa Bergamasca - Società Cooperativa Sociale a responsabilità limitata- nasce nel 2000 da un progetto di gemmazione di 4 consorzi territoriali promosso da Sol.Co. Bergamo, con il patrocinio di Confcooperative – Unione Provinciale di Bergamo, con lo scopo di lavorare a fianco delle cooperative socie per gestire servizi ed elaborare progetti ed iniziative di carattere sociale. Cum Sortis è iscritto al registro delle ONLUS (Organizzazioni non lucrative di utilità sociale).

### LA NOSTRA MISSION

Cum Sortis è la rete imprenditoriale delle cooperative sociali della bassa bergamasca che ha a cuore lo sviluppo libero, armonico ed integrale delle persone, in particolare di quelle che hanno meno risorse individuali e contestuali, per realizzarsi come esseri umani e come cittadini e lo sviluppo socio economico delle comunità locali, attraverso prospettive solidaristiche e cooperative, per promuovere e realizzare processi di inclusione sociale.

### DOVE OPERIAMO

Tutti i **comuni della bassa bergamasca** (Distretto ASST Bergamo ovest) sono il nostro ambito di intervento privilegiato. Ci rivolgiamo alla gente della nostra comunità per cercare insieme risposte a bisogni comuni. "Cum Sortis" (essere uniti nella stessa sorte): è questa consapevolezza che ci fa operare, attraverso le cooperative e associazioni nostre socie, su un territorio che "ci appartiene" perché è lo stesso che abitiamo noi.

### LE RISORSE IN CAMPO

Nel nostro consorzio lavorano in sinergia, per uno scopo comune, sette cooperative sociali: realizzando e gestendo 17 centri residenziali, 11 centri diurni, 25 servizi territoriali; dando sostegno e prossimità a circa 1000 persone; offrendo occupazione a più di 400 persone, in prevalenza giovani; inserendo stabilmente al lavoro circa 35 persone svantaggiate; accompagnando in programmi propedeutici all'inserimento lavorativo oltre 35 persone all'anno; coinvolgendo in processi di gestione imprenditoriale democratica oltre 200 soci; raggiungendo con i propri progetti più di 30 comuni della bassa bergamasca; collaborando con oltre 40 associazioni locali di volontariato; producendo attività per oltre 11 milioni di euro.

In particolare, per l'erogazione del servizio ADI il Consorzio Cum Sortis si avvale della collaborazione di una cooperativa associata:



### Gasparina di Sopra Società Cooperativa Sociale ONLUS

Via Dante Alighieri n. 190, Cascina Gasparina, 24058 Romano di Lombardia (BG),  
Telefono: 0363901274 e-mail: gasparina.segreteria@gmail.com sito internet [www.gasparina.org](http://www.gasparina.org)

## ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)

E' un **servizio socio-sanitario** che offre gratuitamente cure e assistenza a domicilio a persone che rispondono ai seguenti requisiti:

a) condizioni di non autosufficienza, disabilità motoria o particolare fragilità clinica che rendono impossibile recarsi presso servizi ambulatoriali, in modo permanente o transitorio;

b) presenza di supporto familiare o informale;

Problematiche di tipo sociale, quali la difficoltà a reperire accompagnatori per raggiungere gli ambulatori e la non disponibilità di una rete familiare o amicale, non costituiscono criteri sufficienti per accedere al servizio ADI. In questi casi il cittadino dovrà, eventualmente, rivolgersi ai Servizi Sociali Comunali.

E' un servizio accreditato presso la Regione Lombardia, operante nell'ATS della provincia di Bergamo, nel Distretto dell'ASST Bergamo Ovest.

L'accreditamento riguarda **anche l'assistenza ai malati oncologici e alle persone con SLA:**

L'ADI assicura assistenza socio-sanitaria a domicilio, al fine di evitare o posticipare l'allontanamento della persona dal proprio ambiente domestico e familiare, per mezzo di prestazioni che supportano l'assistenza offerta dai familiari o da altre figure di riferimento.

L'ADI mira a garantire interventi adeguati all'evolversi della situazione clinica e sociale, tramite il coinvolgimento di tutti gli attori (professionisti e familiari) che possono mettere a disposizione risorse e competenze in questo campo.

Il Servizio offre, l'assistenza dell'infermiere, interventi di cura della persona, consulenza specialistica (medico fisiatra, geriatra, palliativista), consulenza psicologica, prestazioni di fisioterapia.

Ogni operatore è munito di cartellino di riconoscimento.

Per i pazienti che **non possiedono i requisiti richiesti dall'Ats** per usufruire del Servizio A.D.I., è possibile fornire prestazioni a pagamento, a chi le richieda.

## Come si accede al servizio

Il servizio di Cure Domiciliari (Cure estemporanee e Assistenza Domiciliare Integrata) è **richiesto dal Medico di Assistenza Primaria (MAP)**, anche nel caso di dimissioni programmate da reparti ospedalieri. La richiesta deve pervenire al Servizio Territoriale Valutazione Multidimensionale (STVM), per la verifica dell'appropriatezza dell'assistenza.

Gli interventi vengono attivati solamente in presenza di un **bisogno sanitario** (infermieristico, riabilitativo o specialistico).

Oltre all'operatore sanitario può essere attivato l'intervento di una figura ASA/OSS per l'aiuto nell'igiene personale o l'intervento di un educatore.

**L'ORARIO DEL SERVIZIO** prevede una copertura settimanale di almeno 49 ore di assistenza domiciliare, distribuite 7 giorni su 7, nella fascia oraria compresa **tra le ore 8:00 e le 16:00 dal lunedì al venerdì, tra le 9:00 e le 14:00 il sabato e la domenica** (in casi di comprovata necessità, con prestazioni programmate).

Gli interventi domiciliari comprendono diverse tipologie assistenziali con differente intensità.

### 1. PRESTAZIONI SALTUARIE A DOMICILIO

Sono volte al soddisfacimento di necessità occasionali, eventualmente ripetibili:

**prelievo, posizionamento di catetere vescicale a permanenza, clistere.**

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO: non richiede l'autorizzazione del Distretto. Il MAP compila l'impegnativa su ricettario regionale, esplicitando il tipo di prestazione richiesta a domicilio e indicando la motivazione clinica della richiesta, per pazienti non deambulanti. Copia dell'impegnativa deve essere consegnata all'ente scelto per l'erogazione del servizio e ha **validità massima di 8 mesi**.

**PRELIEVI A DOMICILIO:** sull'impegnativa del medico deve essere indicato anche il codice corrispondente alla **tipologia di paziente avente diritto al prelievo domiciliare gratuito** (invalido al 100% con accompagnamento, paziente tumorale terminale, pazienti temporaneamente non deambulanti).

## 2. PROFILI PRESTAZIONALI E ALTRI PROFILI:

Comprendono "pacchetti" di prestazioni sanitarie ed eventualmente socio-sanitarie (cioè con la presenza anche di **prestazioni** dell'ASA per l'igiene personale), con varia intensità assistenziale.

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO:

- ✓ il Medico richiede l'attivazione del Servizio ADI al Distretto di competenza, che effettua una valutazione della richiesta.
  - ✓ Successivamente all'autorizzazione del Distretto, il paziente (o un familiare) contatta telefonicamente una delle strutture accreditate sul territorio per l'erogazione del servizio ADI. L'elenco delle strutture viene consegnato dal MAP o dal Distretto ASL di competenza. L'inizio dell'assistenza avviene entro 72 ore dalla richiesta oppure, in casi di urgenza, entro 24 ore.
  - ✓ L'operatore dell'ente accreditato effettua la valutazione del paziente al domicilio e compila un Fascicolo Socio Assistenziale e sanitario (FASAS) che viene consultato/compilato da tutti gli operatori che partecipano all'assistenza, i quali vi annotano i propri interventi (compreso il MAP e gli Specialisti).
  - ✓ Viene formulato un PAI (Piano di Assistenza Individualizzato) sottoscritto da Ente erogatore, MAP e paziente (o familiare)
  - ✓ Il MAP terrà i contatti con gli operatori del soggetto erogatore e con gli specialisti.
- Per lo svolgimento del Servizio gli operatori dell'ente erogatore sono provvisti del **materiale necessario** previsto dal protocollo (guanti, materiale per medicazioni, disinfezione, ecc.) e di un **cartellino di riconoscimento** che identifica la figura professionale e l'ente per il quale opera.

## Modalità di dimissione

L'assistenza al paziente prosegue fino alla risoluzione dei problemi sanitari di competenza infermieristica, ricovero in struttura (ospedale, hospice, RSA) o decesso. In questi casi viene concluso o interrotto il PAI, in accordo con il MAP. Nel caso in cui il paziente venga trasferito definitivamente in struttura, l'infermiera consegnerà al paziente o ai familiari la **scheda infermieristica di dimissioni**, per assicurare la continuità delle cure.

## Interventi a favore di pazienti complessi e pazienti con SLA

Per pazienti che richiedono elevata intensità assistenziale, con accessi che possono essere anche quotidiani e con il coinvolgimento di diverse figure professionali, garantendo eventuali prestazioni anche il sabato e/o i festivi (tra le 9 e le 14), quando necessario.

## Riabilitazione domiciliare

Possono usufruire di prestazioni di fisioterapia domiciliare soltanto **alcune categorie di pazienti**, riconducibili a **specifiche diagnosi**, secondo quanto stabilito dall'Ats della provincia di Bergamo. Le modalità di svolgimento di tali prestazioni rispettano quanto indicato dalle linee guida definite dall'Ats per l'anno in corso.

## Modalità di segnalazione reclami

Nel caso i pazienti o familiari vogliano presentare reclami relativamente al Servizio possono rivolgersi alla **Coordinatrice (Coord. Infermieristica Birolini Meena)**, contattandola telefonicamente al cell. 393

9740106 oppure presentando una descrizione scritta della situazione verificatasi, oggetto del reclamo (v. **Scheda reclami** allegata). La Coordinatrice registrerà immediatamente la lamentela e successivamente procederà a verificare quanto accaduto, raccogliendo tutte le informazioni necessarie per stabilire la fondatezza del reclamo e per dare una risposta esplicativa al paziente/familiare in tempi brevi (entro 15 giorni). In particolare attuerà tempestivamente gli interventi correttivi necessari per risolvere il disservizio, in caso di necessità, e per evitare che si ripresentino le situazioni problematiche oggetto della lamentela.

## TUTELA UTENTI

L'assistito/famigliare o tutore nei casi in cui ritengano negata o limitata la fruibilità delle prestazioni o dell'offerta possono rivolgersi all'Ufficio Pubblica Tutela (UPT) dell'ATS di Bergamo via Galliccioli, 4 – tel. 035 385296 [upt@ats.bergamo.it](mailto:upt@ats.bergamo.it) oppure può recarsi presso

l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASST Bergamo Ovest

*URP - OSPEDALE DI TREVIGLIO-CARAVAGGIO*

*Tel. 0363-42.43.25*

*URP - OSPEDALE DI ROMANO DI LOMBARDIA*

*Tel. 0363-99.02.34*

Per ulteriori informazioni consultare il sito <http://www.asst-bgovest.it>

## CUSTOMER SATISFACTION

Ogni utente può esprimere valutazioni circa il gradimento del servizio compilando il modulo customer satisfaction, almeno una volta l'anno al fine di valutare la qualità del servizio erogato dagli operatori e quindi offrirle un servizio sempre migliore e più rispondente alle esigenze dell'utente.

Il questionario è anonimo e viene distribuito ad un campione delle persone che usufruiscono del servizio, le risposte non consentono pertanto l'identificazione. Le domande sono scritte in modo da rendere il compito semplice e veloce. Nel complesso, la compilazione del questionario non dovrebbe richiedere più di 15 minuti.

Nel questionario viene trattato il grado di soddisfazione relativo: al livello di assistenza fornita, alla chiarezza delle informazioni ricevute sul Piano di Assistenza Individuale, alla sua adeguatezza.

## Procedura per la richiesta della documentazione sanitaria

- Richiesta di documentazione sanitaria da parte del/degli interessato/i

Il richiedente dovrà compilare l'apposito modulo disponibile presso l'ufficio di segreteria della Sede Operativa; al richiedente dovrebbe essere data la possibilità di scegliere come ricevere la documentazione: consegnata brevi manu oppure tramite servizio postale (con spese a carico del destinatario). Il richiedente dovrà provvedere, al momento della richiesta, al pagamento relativo alle spese di fotocopiatura della cartella secondo le apposite tariffe prestabilite dall'Amministrazione. Il richiedente viene inoltre informato del tempo d'attesa stabilito dall'Amministrazione per il rilascio della cartella.

- Richiesta di documentazione sanitaria derivante da pubblica autorità

L'autorità sanitaria, nella persona del Ministro della Sanità, dell'Assessore Regionale e/o del Sindaco può ottenere, senza alcun aggravio di spesa e per provati motivi di tutela della salute pubblica, copia di cartella clinica. Nella richiesta, su carta intestata, dovranno risultare il motivo e la dizione specifica "a tutela della salute pubblica".

## Procedura per il rilascio della documentazione sanitaria

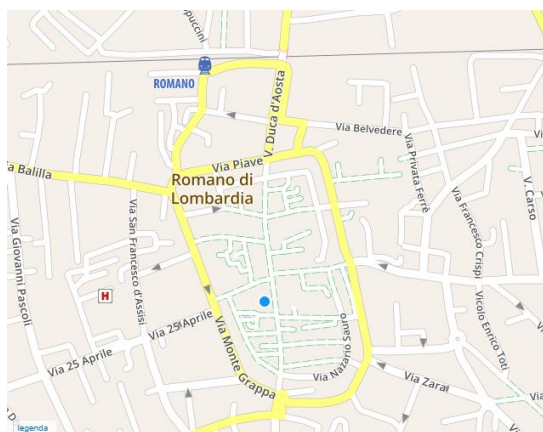
La documentazione sanitaria può essere rilasciata dal Responsabile del trattamento dei dati all'interessato, munito di documento di riconoscimento o ad un delegato, munito di documento di riconoscimento proprio, di delega firmata e di documento di riconoscimento del delegante. Il costo per le copie della documentazione è di 0,50 € più iva per pagina.

## COME RAGGIUNGERCI

La sede operativa del Servizio ADI è a Romano di Lombardia in Via Tadini n.16, nel centro storico della città.

È possibile raggiungere la sede del servizio in auto da Milano: prendendo l'autostrada A4 fino all'uscita di Seriate, proseguendo secondo le indicazioni per SS498 fino a raggiungere Romano di Lombardia.

Con mezzi pubblici si raggiunge facilmente la sede: autobus di linea di varie Società, treni sulla tratta Milano-Venezia.



## LISTINO PRESTAZIONI IN REGIME PRIVATISTICO

Prelievo ordinario con consegna campioni in laboratorio	€ 20,00
Prelievo ripetibile (TAO) con consegna campioni in laboratorio	€ 15,00
Iniezione intramuscolare	€ 15,00
Iniezione intramuscolare (ciclo)	€ 12,00
Clistere evacuativo senza sonda	€ 20,00
Clistere evacuativo con sonda e svuotamento ampolla rettale	€ 35,00
Cambio catetere vescicale	€ 30,00
Fleboterapia con prescrizione medica	€ 30,00
Medicazione semplice	Da € 25,00 a € 35,00
Medicazione complessa	Da € 35,00 a € 45,00

### INOLTRE...

Il Consorzio Cum Sortis è titolare del **Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)**, Accreditato presso l'Azienda Speciale Consortile Solidalia (Comuni Ambito di Romano di Lombardia) e l'Aziende Speciale Consortile Risorsa Sociale (Comuni Ambito di Treviglio).

Il SAD è costituito dal complesso di **interventi di natura socio assistenziale** prestati a domicilio di persone in condizioni di fragilità, in prevalenza anziani e disabili. Per richiedere il Servizio occorre rivolgersi all'Assistente Sociale del Comune di residenza.







CONSORZIO

**CUM SORTIS**

SOLCO BASSA BERGAMASCA

**MODULO DI RECLAMO- SEGNALAZIONE**

Alla cortese attenzione del Coordinatore del Servizio

GENERALITA'

Nome e Cognome

In qualità di

(specificare familiare di riferimento; tutore legale; amministratore di sostegno; altro)

GENERALITA' DELL'UTENTE

Nome e Cognome

Oggetto della comunicazione	<input type="checkbox"/>	SUGGERIMENTO
	<input type="checkbox"/>	SEGNALAZIONE
	<input type="checkbox"/>	RECLAMO
	<input type="checkbox"/>	ALTRO

Breve descrizione

---

---

---

---

---

In attesa di vostro riscontro porgo distinti saluti.

Data

Firma

Il servizio s'impegna a rispondere al presente reclamo entro quindici giorni dalla ricezione della presente.

A cura del Referente Qualità:			
– La segnalazione origina una non conformità	rSI	rNO	
– Viene inviata una risposta al segnalante in data		n° protocollo	



## CUSTOMER SATISFACTION

Gentile Signora/Signore,

Le chiediamo la cortesia di compilare questo questionario al fine di valutare la qualità del servizio erogato dai nostri operatori e quindi offrirle un servizio sempre migliore e più rispondente alle sue esigenze.

Il questionario è anonimo e viene distribuito ad un campione delle persone che usufruiscono del servizio, le risposte non consentono pertanto la Sua identificazione. Le domande sono scritte in modo da rendere il Suo compito più semplice e veloce.

Nel complesso, la compilazione del questionario non dovrebbe richiedere più di 15 minuti, Le chiediamo di mettere un segno sulla risposta che le sembra più adatta.

La ringraziamo anticipatamente per la sua collaborazione.

oooooooooooooooooooooooo

Il questionario viene compilato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ da:

- Assistito/a
- Coniuge/Partner convivente
- Altro familiare/parente convivente (specificare) \_\_\_\_\_
- Altro familiare/parente NON convivente (specificare) \_\_\_\_\_
- Badante

### Informazioni Generali

Sesso           q Maschio                     q Femmina               Età in anni compiuti \_\_\_\_\_

Nazionalità   q Italiana                       q Unione Europea     q Extracomunitaria

Scolarità      q Nessuna                       q Scuola obbligo      q Diploma scuola superiore

q Laurea/altro titolo universitario

**1. Si ritiene soddisfatto dell'assistenza domiciliare che Le è stata fornita dai nostri operatori?**

- Sì                                       q No                                       q In parte

**Se ha risposto NO, indichi chi ha fatto queste verifiche/controllo:**

q Medico di famiglia   q ATS   q Personale Cooperativa   q Altra persona, specificare \_\_\_\_\_

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

- Migliore                               q Come mi aspettavo               q Peggior

**3. Quale dei seguenti aspetti hanno influito maggiormente sulla sua soddisfazione?**

(ne indichi tre)

- Rapidità nell'avvio dell'assistenza
- Chiarezza del piano di assistenza
- Presenza ed affiancamento del mio medico di famiglia
- Competenza/capacità degli operatori
- Gentilezza e premurosità degli operatori
- Risposta completa ai miei bisogni (tempi di assistenza e materiali utilizzati)

**4. Quale dei seguenti aspetti non l'hanno soddisfatto/a?**

(ne indichi tre)

- Ritardo nell'avvio delle cure
- Insufficienza delle cure ricevute
- Brevità delle cure ricevute
- Non conoscenza del piano di assistenza
- Assenza del mio medico di famiglia
- Mi hanno curato operatori con atteggiamento sbrigativo – non gentilezza

**5. Chi le ha proposto/consigliato l'assistenza domiciliare?**

- q L'ospedale/clinica                      q Medico di famiglia                      q Servizio di cure domiciliari ATS (STVM)  
q La struttura residenziale a cui avevo fatto richiesta di ricovero      q Un medico specialista  
q L'assistente sociale del comune

**6. Lei era d'accordo all'attivazione del servizio?**

- q Moltissimo                      q Molto                      q Abbastanza                      q Poco                      q Per nulla

**7. I suoi familiari erano d'accordo?**

- q Moltissimo                      q Molto                      q Abbastanza                      q Poco                      q Per nulla

**8. Lei ha potuto conoscere e condividere il suo programma di assistenza prima che iniziasse?**

- Si                      q No                      q In parte

**9. Chi le ha spiegato il suo programma di assistenza?**

- q L'infermiere od altro operatore del servizio                      q Il mio medico di famiglia                      q Nessuno

**10. Ritieni che le informazioni che Le sono state date fossero chiare?**

- q Moltissimo                      q Molto                      q Abbastanza                      q Poco                      q Per nulla

**11. E' stato effettuato tutto quello che era previsto nel programma dell'assistenza?**

- q Qualcosa in più                      q Quello che era previsto                      q Qualcosa in meno                      q Cambiato durante percorso

*Se è stato cambiato, il programma di cure è risultato più adeguato ai suoi bisogni?*

- q si                      q no

**12. Quali operatori l'hanno assistito?**

- Medico di Famiglia  
 Fisioterapista  
 Infermiere  
 Operatore per cura/igiene personale (è l'operatore professionale che l'aiuta ad alzarsi dal letto, a vestirsi, a fare il bagno, l'igiene ecc.)  
 Psicologo  
 Altro medico specialista (palliatore, nutrizionista ecc.) \_\_\_\_\_

**13. Quando ci sono stati cambiamenti di operatori (per ferie, malattie ecc.) ha avuto disagi?**

- Si                      q No

Se *SI* quali difficoltà \_\_\_\_\_

**14. Ritieni che le cure domiciliari siano adatte alla sua situazione?**

- Si                      q No                      q Abbastanza

Se ha risposto NO, indichi perché

---

**15. Indichi eventuali osservazioni o suggerimenti:**

---

---

---