



**Ambulatorio di Medicina Riabilitativa  
Accreditato S.S.N. Asl 7 di Catanzaro  
via Frischia, 139 SELLIA MARINA (CZ)  
tel. 0961 964071 – fax 0961 1916824**

**Responsabile sanitario: dott. Roberto Colao**

e-mail: [colaoroberto@gmail.com](mailto:colaoroberto@gmail.com)  
pec: [medicinariabilitativa@pec.it](mailto:medicinariabilitativa@pec.it)

# CARTA DEI SERVIZI

*Sellia Marina, Gennaio 2023*

## **LA CARTA DEI SERVIZI**

<i>LE FINALITA' DELLA CARTA</i>	<i>pag. 3</i>
<i>PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA</i>	<i>pag. 4</i>
<i>INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA</i>	<i>pag. 4</i>
<b><i>COME RAGGIUNGERE L' AMBULATORIO</i></b>	
<i>ORGANIZZAZIONE DELL' AMBULATORIO</i>	<i>pag. 4</i>
<i>ORARIO DI APERTURA AL PUBBLICO</i>	<i>pag. 4</i>
<i>TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI FORNITE</i>	<i>pag. 5</i>
<i>SERVIZI SANITARI DELL' AMBULATORIO DI MEDICINA RIABILITATIVA</i>	<i>pag. 6</i>
<i>COME ACCEDERE IN AMBULATORIO</i>	<i>pag. 7</i>
<b><i>ASSISTENZA</i></b>	
Medico Fisiatra	<i>pag. 7</i>
Terapista coordinatore	<i>pag. 8</i>
Fisioterapisti	<i>pag. 8</i>
Uffici Accettazione	<i>pag. 8</i>
<b><i>LA VITA IN AMBULATORIO</i></b>	<i>pag. 8</i>
Fumo	
Pulizia	
Uso di telefoni cellulari	
Antinfortunistica	
<b><i>DIRITTI E DOVERI DEI PAZIENTI</i></b>	<i>pag. 9</i>
Diritto alla riservatezza	

## LE FINALITA' DELLA CARTA

La presente Carta dei Servizi ha lo scopo di assicurare agli utenti dell'**Ambulatorio di Medicina Riabilitativa** la conoscenza del servizio fornito.

La Carta, oltre a rappresentare il concreto impegno dell'Ambulatorio a promuovere e garantire la qualità del servizio, costituisce anche una opportunità attraverso la quale recepire le reali esigenze delle persone che si avvicinano alla nostra struttura.

## PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA

**L'Ambulatorio di Medicina Riabilitativa** di Sellia Marina svolge prestazioni sanitarie in ambito riabilitativo motorio dirette agli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale, avvalendosi di tecnologie all'avanguardia e di alte professionalità.

E' dotato di **Autorizzazione Sanitaria Regionale per la erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione**, ai sensi dell'articolo 8 ter del D.Lgs 19/06/1999 n° 229, rilasciata con decreto n° 2913 del 09.06.1998 dalla Giunta Regionale Calabria, nonché di **Accreditamento Sanitario Regionale** ottenuto con decreto della Giunta Regionale Calabria n° 16 del 17.01.2000. Attualmente è classificata tra le strutture private sanitarie della Regione Calabria aventi **Accreditamento definitivo** ai sensi del Decreto di Giunta Regionale n°1 del 05.01.2011 e della delibera ASP di Catanzaro n° 1915 del 22.12.2009 (CODICE STRUTTURA SSA067).

Nell'anno 2006 ha ottenuto una ulteriore **Autorizzazione Sanitaria Regionale per la erogazione di 36 prestazioni/die di riabilitazione estensiva individuale**, rilasciata con decreto n° 669 del 08/02/06 dalla Giunta Regionale Calabria, nonché **l'Accreditamento Sanitario Regionale** con decreto della Giunta Regionale Calabria n° 6322 del 29/05/06. Attualmente è classificata tra le strutture private sanitarie della Regione Calabria aventi **Accreditamento definitivo** ai sensi del Decreto di Giunta Regionale n° 1 del 05.01.2011 e della delibera ASP n° 333 del 12.03.2010 ( CODICE STRUTTURA CRE024). Inoltre è dotato di impianto di Idrochinesiterapia dotato di specifica **Autorizzazione Sanitaria Regionale** rilasciata in prima istanza con deliberazione Asl n.7 di Catanzaro n° 5216/2007 e successivamente rinnovata con deliberazione Asp di Catanzaro n. 555 del 28/02/12.

Operativo dal 1998, nella sua breve storia ha conseguito importanti risultati sia in termini di qualità e di gradimento dei trattamenti, sia nel numero di pazienti trattati.

Il modello funzionale ed organizzativo è finalizzato alla presa in carico del paziente al momento della dimissione dal reparto di riabilitazione ospedaliera o immediatamente dopo l'infortunio o la fase acuta della malattia.

Il principale obiettivo è di rispondere tempestivamente alle necessità del paziente

intervenendo con trattamenti di elevata qualità.

I protocolli riabilitativi sono specificamente orientati al recupero delle capacità funzionali.

L'attività svolta dal Ambulatorio è accreditata dal Servizio Sanitario Nazionale.

Organizzativamente, l'**Ambulatorio di Medicina Riabilitativa** è diretto da un medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione, responsabile del servizio con funzioni di coordinamento del settore sanitario ed amministrativo.

## **INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA**

Come raggiungere il Ambulatorio:

**L'Ambulatorio di Medicina Riabilitativa** è a Sellia Marina, CZ in via Frischia 139.

E' raggiungibile con auto attraverso la S.S. 106 – E 90 Reggio Calabria – Taranto provenendo sia da Catanzaro che da Crotone. All'altezza del Km 201 si lascia la strada statale per proseguire verso il centro storico del paese di Sellia Marina per circa 800 mt.

Si raggiunge così la sede dell'ambulatorio, localizzato in prossimità delle Scuole Medie, della farmacia, del Municipio.

Servizi pubblici di autobus delle autolinee Romano e delle Ferrovie Calabro Lucane permettono di raggiungere direttamente la struttura da Catanzaro, Sersale, Cropani, Botricello, Crotone.

## **ORGANIZZAZIONE DELL'AMBULATORIO**

La struttura è dotata di spazi dedicati a:

Rieducazione funzionale, potenziamento muscolare, allenamento allo sforzo fisico prolungato, svolti in palestra riabilitativa.

Neuropsicomotricità e Logopedia

Inoltre è presente un servizio di riabilitazione in ambiente acquatico (idrochinesiterapia) che viene svolto in vasca con due diverse profondità; riabilitazione vascolare, mediante due percorsi vascolari; idromassoterapia, in vasca specifica per idromassaggio.

E' disponibile una sala di attesa per i pazienti ed i loro familiari.

Numeri utili:

- 0961 964071      centralino
- 0961 1916824    fax
- *colaoroberto@gmail.com* e-mail

## **ORARIO DI APERTURA AL PUBBLICO**

<b>Lunedì – Venerdì</b>	<b>Mattino</b>	<b>8:00 - 13:00</b>
	<b>Pomeriggio</b>	<b>14:30 - 19:00</b>
<b>Sabato</b>	<b>chiuso</b>	

## **ACCESSO AI DATI DELLA STRUTTURA**

L'Ambulatorio di Medicina Riabilitativa mette a disposizione, attraverso il proprio Responsabile dell'accettazione, presente durante l'orario di apertura sopra definito, i dati di miglioramento della struttura aggiornati annualmente quali la soddisfazione del cliente e gli obiettivi di miglioramento raggiunti.

## **TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI FORNITE**

**L'Ambulatorio di Medicina Riabilitativa** svolge attività, accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale, di recupero e rieducazione funzionale in regime ambulatoriale;

All'Ambulatorio possono accedere:

- J Cittadini italiani e stranieri, iscritti al S.S.N. secondo quanto disposto dalla legislazione italiana
- J Stranieri presenti in Italia non iscritti al S.S.N. dietro pagamento delle tariffe delle prestazioni

Il personale del Ambulatorio garantisce alta professionalità nel trattamento riabilitativo con particolare riferimento a patologie post-traumatiche e disabilità secondarie a malattie reumatologiche, ortopediche e neurologiche congenite o acquisite.

Elabora progetti e somministra programmi di riabilitazione personalizzata non solo in funzione del recupero delle attività quotidiane e della cura di sé, ma anche in funzione del reinserimento sociale e lavorativo.

## **SERVIZI SANITARI OFFERTI:**

- Visita specialistica fisiatrica.
- Manipolazioni della colonna vertebrale: praticate dal medico specialista fisiatra.
- Riabilitazione funzionale in palestra:
  - cinesiterapia, attiva o passiva, segmentarla, polisegmentaria o globale praticata dal fisioterapista;

-tecniche di FNMP (facilitazione neuro muscolari propriocettive);

- esercizio terapeutico dinamico attivo con l'utilizzo di strumentario: pedana a controllo elettronico e feedback visivo, bike, tappeto rotante, cicloergometro per arti superiori;

-trazioni elettromeccaniche.

●Terapia fisica strumentale

- elettroterapia antalgica (corrente continua , ionoforesi, diadinamiche, interferenziali, TENS)

- Elettroterapia di stimolazione (corrente continua interrotta, corrente faradica, ad impulsi regolabili, Kotz)

- Terapia con energia radiante (Diatermia ad onde corte, TECARterapia , Laserterapia)

\_ Terapia con energia vibratoria (ultrasuonoterapia)

- Terapia con energia magnetica (magnetoterapia)

- Ozono Terapia

- Onde d'urto

- Laser ad alta intensità (Laserix, Theal Therapy)

- Neurostimolazione Interattiva

- Vibra (Vibrazioni mecano sonore).

- **Riabilitazione Estensiva Ambulatoriale**

- **Riabilitazione funzionale in ambiente acquatico:** La struttura si avvale inoltre di un'area dedicata alla riabilitazione in acqua. Sono presenti quattro vasche, una prima per la riabilitazione dove il paziente esegue un programma di esercizi terapeutici, due percorsi vascolari a temperatura differenziata ed una quarta vasca per l'idromassaggio.

- **Logopedia:** utilizzo di specifiche tecniche terapeutiche per turbe, congenite o acquisite, del linguaggio e della deglutizione

- **Neuropsicomotricità dell'età evolutiva:** mediante l'utilizzo di tecniche specifiche, si facilita l'utente ad evocare delle competenze non comparse nel corso dello sviluppo, a causa di patologie congenite acquisite ( neonatali-perinatali o post-natali)

-**Riabilitazione Robotica:** Nella Struttura è presente una sala all'avanguardia dedicata esclusivamente all'utilizzo della tecnologia robotica. Si avvale dei sistemi operativi Amadeo, Diego, Myro, Pablo e Tymo, ciascuno dedicato a trattamenti robotici specifici avanzati.

- **NIRVANA:** Riabilitazione virtuale con l'utilizzo del sistema NIRVANA, un sistema medicale che sfrutta tecniche di realtà virtuale a supporto della riabilitazione motoria in cui il paziente è immerso in un ambiente di lavoro realistico. Questo sistema è utilizzato neuropsicomotricità infantile e nella riabilitazione neuromotoria del paziente adulto.

**COME ACCEDERE AI SERVIZI: La Struttura** è accreditata con il S.S.N. ed eroga prestazioni per conto della Azienda Sanitaria Provinciale n. 7 di Catanzaro.

Per le visite fisiatriche e per le prestazioni che possono essere erogate in regime mutualistico basterà la proposta su impegnativa del proprio Medico curante. Il paziente in possesso dell'impegnativa potrà prenotarsi, direttamente o per telefono, presso la segreteria dell'Ambulatorio.

Quando possibile, il paziente viene sottoposto a visita fisiatrica o inizia le cure nella stessa giornata di prenotazione. In alternativa viene iscritto in lista di attesa. In tal caso verrà avvertito telefonicamente appena si sarà reso disponibile il posto per l'inizio del trattamento. Al momento della visita fisiatrica o dell'inizio delle cure il paziente è tenuto al pagamento del ticket sanitario.

La procedura di accesso alle cure è la stessa anche nel caso in cui il paziente debba sottoporsi ad un trattamento riabilitativo erogato in regime privato. Non necessita, in tal caso, la richiesta del proprio Medico curante.

Copia del tariffario relativo alle prestazioni erogate privatamente è a disposizione degli utenti, affissa nel locale accettazione.

Per l'accesso al trattamento riabilitativo di tipo estensivo (ex art.26 legge 833/78) è necessaria una specifica autorizzazione dell'ASP rilasciata dall'U.O. di Riabilitazione del distretto socio-sanitario di appartenenza dell'utente. Il paziente una volta autorizzato dalla U.O. ASP viene iscritto nella lista d'attesa. La lista di attesa, redatta dall'ASP, viene trasmessa alla Struttura che è tenuta alla sua stretta osservanza.

L'interessato può chiedere notizie sulla propria prenotazione e sui tempi di attesa rivolgendosi alla segreteria durante l'orario di apertura.

Al momento dell'inizio del ciclo il paziente esibirà:

- J Documento di identità
- J Tessera sanitaria con il codice sanitario regionale, rilasciata dalla ASP di appartenenza
- J Codice fiscale
- J Eventuale documentazione clinica relativa alle patologie presentate (cartelle cliniche, radiografie, analisi, prescrizione di terapie effettuate ed altri accertamenti diagnostici già eseguiti).

Consigliamo inoltre di portare, oltre gli effetti strettamente personali, tuta e scarpe da ginnastica quando nel trattamento è prevista una attività di palestra. Al momento dell'inizio del ciclo il paziente riceverà:

- J La Carta dei servizi
- J Il Questionario di soddisfazione paziente
- J Modulo di consenso al trattamento dei dati personali e per il consenso informato

## **ASSISTENZA**

L'ambulatorio garantisce tutti gli aspetti relativi all'assistenza e all'ospitalità degli utenti tramite il proprio personale, individuabile attraverso il tesserino di riconoscimento.

## **Il medico fisiatra**

E' responsabile della conduzione del servizio ambulatoriale, svolge funzioni di coordinamento, sovrintende alla organizzazione delle attività cliniche.

Coordina la riunione dell'équipe riabilitativa.

La presenza del medico fisiatra è assicurata dal lunedì al venerdì dalle ore 08,30 alle ore 13,00 e dalle ore 14:30 alle ore 19:00

Al medico fisiatra è affidata ogni decisione diagnostica e terapeutica, con particolare riferimento al coordinamento dell'équipe riabilitativa, alla formulazione del progetto riabilitativo individuale ed alle relative verifiche periodiche.

## **Terapista coordinatore**

Il Terapista coordinatore collabora con il Medico Fisiatra circa l'organizzazione e il coordinamento delle attività riabilitative, ed è parte integrante della équipe riabilitativa.

## **Fisioterapisti**

Gli operatori dell'area riabilitativa, in riferimento alla diagnosi ed alla prescrizione medica, in collaborazione con il Medico Fisiatra, garantiscono la terapia riabilitativa. La terapia riabilitativa si svolge con il terapeuta che sarà assegnato a ciascun paziente per il trattamento personalizzato.

Logopedista

Neuropsicomotricista dell'età evolutiva

## **Ufficio Accettazione**

E' a disposizione degli Utenti e dei loro familiari. E' preposto alla ricezione dei pazienti ed all'avvio delle procedure di accettazione. Provvede inoltre all'avvio del paziente all'inizio del ciclo di trattamento. Raccoglie la firma giornaliera su un apposito foglio di presenza. E' preposto al riconoscimento del paziente, alla raccolta dei dati personali dello stesso, alla riscossione del ticket e delle quote dovute ai trattamenti di tipo privato. Riceve le segnalazioni e reclami da parte degli Utenti. Mette a disposizione i dati di miglioramento della struttura.

L'operatore è a disposizione del pubblico durante tutto l'orario di apertura dell'Ambulatorio.

## **LA VITA IN AMBULATORIO**

## **Fumo**

Nell' Ambulatorio è vietato fumare, secondo quanto disposto dalle normative vigenti.

## **Pulizia**

Il paziente è tenuto ad osservare le più comuni norme igieniche, nei limiti consentiti dalle proprie condizioni cliniche.

## **Antinfortunistica**

Ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e ss.mm., il personale dell'Ambulatorio è addestrato ad intervenire per controllare gli incendi e tutelare la sicurezza dei pazienti.

In caso di situazione a rischio (incendio, fumo, interruzione di energia elettrica, terremoti etc.):

- Evitare ogni condizione di panico
- Affidarsi e seguire scrupolosamente le direttive del personale
- Non perdere tempo a recuperare oggetti personali

## **DIRITTI E DOVERI DEI PAZIENTI**

### **Diritto alla riservatezza**

Il Regolamento (EU) 2016/679-GDPR in materia di protezione dei dati personali, ha dettato norme precise sull'uso di dati personali.

A tale proposito l'utente firma un modulo che autorizza l'Ambulatorio al trattamento dei dati personali esclusivamente per fini istituzionali (rapporti con il Ministero della Sanità, Regione Calabria, ASL, Aziende Ospedaliere, Ricerca Scientifica) nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge.

I dati personali degli Utenti, quindi, non potranno avere altro utilizzo al di fuori di quanto sopra riportato.

Il Titolare del Trattamento dei dati è Medicina Riabilitativa srl, nella persona del legale Rappresentante Dott.ssa Anna Mazziotta. Ai sensi dell'art. 37 del GDPR 2016/679 è stato designato un Responsabile della protezione dei dati personali DPO (Data Protection Officer) quale riferimento primario del Titolare per tutte le questioni rilevanti sulle normative privacy. Per qualsiasi problematica connessa al trattamento dei propri dati, gli utenti possono contattare direttamente il DPO.

## **QUALITA' DEL SERVIZIO**

### **STANDARDS DI QUALITA'**

#### **Tempi di attesa**

Un obiettivo fondamentale dell'Ambulatorio di Medicina Riabilitativa è quello di limitare al massimo i tempi di attesa per l'inizio delle cure. La permanenza dei pazienti in lista di attesa è ridotta ad un massimo di cinque giorni lavorativi dal momento della prenotazione

per l'inizio del trattamento. L'intervallo di tempo di attesa è ridotto a tre giorni per l'ottenimento della visita fisiatrica.

## **Valutazione della soddisfazione del paziente e dell'operatore**

Durante la esecuzione del ciclo è sottoposto a ciascun paziente un questionario di valutazione dei servizi forniti dall'Ambulatorio. Il questionario compilato in forma anonima, proprio per garantire all'estensore la massima libertà di giudizio, è utilizzato quale verifica del buon funzionamento dell'Ambulatorio ed eventualmente per apportare quelle modifiche - se possibili- che possono migliorare la qualità del servizio reso.

Inoltre, per monitorare la soddisfazione dei nostri operatori è stato predisposto un apposito questionario.

Il questionario compilato in forma anonima, proprio per garantire all'estensore la massima libertà di giudizio, è utilizzato anche quale fonte informativa attraverso cui individuare azioni finalizzate al miglioramento dei servizi.

## **Reclami**

L' Ambulatorio riconosce come suo impegno prioritario la costante verifica della adeguatezza delle prestazioni offerte ed il miglioramento degli standard qualitativi delle stesse: a questo fine si avvale anche della collaborazione degli Utenti ai suoi servizi.

Può essere presentato reclamo presso l'accettazione, a seguito di disservizio, atto o comportamento che abbia negato o limitato la fruibilità delle prestazioni.

La Direzione dell'azienda riceve le osservazioni e i reclami presentati, verifica le cause, esamina le motivazioni e stabilisce, se ritenute necessarie, le azioni opportune per la risoluzione del problema. Di tale risoluzione sarà data comunicazione a chi ha presentato il reclamo entro tre giorni.

Il Referente URP è il Dott. Roberto Colao.

## **Risorse umane e tecnologiche**

Finalità precipua dell'Ambulatorio di Medicina Riabilitativa è quella di mantenere alto il livello di formazione ed aggiornamento delle professionalità operanti al suo interno, attraverso la incentivazione alla partecipazione ad eventi di tipo scientifico e tecnico-pratico, in osservanza a quanto stabilito dal programma ministeriale di Formazione Continua in Medicina (ECM). La formazione degli operatori dell'Ambulatorio è inoltre garantita da incontri formativi interni che periodicamente vengono effettuati.

Un ulteriore obiettivo è quello di mantenere elevati gli standards tecnologici delle apparecchiature utilizzate. In questo senso gli sforzi dell'Ambulatorio di Medicina Riabilitativa sono sempre proiettati verso l'utilizzo di nuove metodiche di trattamento validate dalla ricerca scientifica e messe a disposizione dalle industrie elettromedicali.

## **ADDESTRAMENTO ED EDUCAZIONE DEI PAZIENTI E DEI CAREGIVER**

Il caregiver assiste alla visita ed alla valutazione del paziente, alla redazione del progetto e del programma riabilitativo. Lo stesso progetto e programma vengono discussi e condivisi con il paziente e con il caregiver utilizzando metodologie e linguaggio appropriati. Il caregiver viene coinvolto nelle fasi del programma riabilitativo finalizzato al recupero delle principali abilità nello svolgimento delle attività di vita quotidiana. Alla valutazione finale del paziente che si avvia al proprio domicilio vengono fornite ulteriori indicazioni allo stesso e al proprio caregiver sulle modalità operative già visionate ed apprese durante le fasi di cura sopra menzionate.

Sellia Marina, 11 Gennaio 2023

La Direzione

Allegato N. 1: ELENCO DEL PERSONALE DELL' AMBULATORIO  
Allegato N. 2: ELENCO DELLE PRESTAZIONI EROGABILI DAL SSN  
Allegato N. 3: ELENCO DELLE PRESTAZIONI NON EROGATE DAL SSN  
Allegato N. 4 QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL CLIENTE  
Allegato N. 5 PIANO DI MIGLIORAMENTO  
Allegato N. 6 MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DI  
CONSENSO INFORMATO  
Allegato N. 7 QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELL'OPERATORE

### **Allegato N. 1: ELENCO DEL PERSONALE**

#### **Medico Fisiatra Responsabile sanitario:**

Dott. Roberto Colao

#### **Medico Fisiatra:**

Dott.ssa Annamaria Colao

#### **Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva:**

Dott.ssa Anna Mazziotta

#### **Terapisti della riabilitazione:**

Ciambrone Rosanna

Critelli Simona

Mercuri Desirèe

Di Carolo Giovita

Rossiello Stefania

Fabiano Iolanda

Torchia Giulia

Bevacqua Viviana

Grillone Claudia

Luciano Letizia

**Logopedisti:**

Talarico Carmen

Scalzo Concetta

**Terapista occupazionale**

Gigliotti Rossana

**Neuropsicomotricista:**

Scalise Teresa

**Psicologa:**

Fittante Piera

**Assistente Sociale:**

Biamonte Eleonora

**Operatore addetto all'assistenza**

Cannistrà Rosy

**Responsabile dell'accettazione:**

Spadafora Angela Maria

93.11.1	RIED MOT STRUMENTALE IN MOTULESO GRAVE
93.11.2	RIED MOT SEMPLICE IN MOTULESO GRAVE
93.11.3	RIED MOT STRUMENTALE IN MOTUL SEGMENTALE
93.11.4	RIED MOT INDIV SEMPLICE IN MOTUL SEGMENTALE
93.26	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI
93.19.1	ESERCIZI POSTURALI INDIVIDUALI
93.19.2	ESERCIZI POSTURALI DI GRUPPO
89.7	VISITA GENERALE FISIATRICA
93.15	MOBILIZZAZIONI DELLA COLONNA VERTEBRALE
93.16	MOBILIZZAZIONI ARTICOLAZIONI PERIFERICHE
93.39.7	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DERIVATI (PER PATOLOGIE POST-TRAUMATICHE O PARALISI PERIFERICHE RECENTI (ENTRO 6 MESI).
93.39.8	MAGNETOTERAPIA (OSTEOPENIA ED OSTEOPOROSI, FASI INFIAMMATORIE DELLE ARTITI ED ARTROSI)
93.05.5	TEST STABILOMETRICO STATICO E DINAMICO
89.01	VISITA FISIATRICA DI CONTROLLO
93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO

ALLEGATO N. 2  
ELENCO PRESTAZIONI EROGATE DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

ALLEGATO N3  
PRESTAZIONI NON EROGATE DAL SSN

ELETTROTERAPIA ANTALGICA TENS	€ 7,00 SINGOLA SEDUTA
ELETTROTERAPIA ANTALGIA DIADINAMICA	€ 7,00 SINGOLA SEDUTA
LASER TERAPIA ANTALGICA	€ 10,00 SINGOLA SEDUTA
DIATERMIA ONDE CORTE	€ 7,00 SINGOLA SEDUTA
ULTRASUONI	€ 7,00 SINGOLA SEDUTA
TRAZIONI VERTEBRALI	€ 7,00 SINGOLA SEDUTA
MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO	€ 70,00 SINGOLA SEDUTA
IONOFORESI	€ 7,00 SINGOLA SEDUTA
IDROCHINESITERAPIA e percorsi vascolari	€ 35,00 SINGOLA SEDUTA
INTERIX	€ 30,00 SINGOLA SEDUTA
CORRENTI GALVANICHE	€ 12,00 SINGOLA SEDUTA
TECAR TERAPIA	€ 36,00 SINGOLA SEDUTA
ONDE D'URTO RADIALI ONDE D'URTO FOCALI (LITOTRISSIA EXTRACORPOREA)	€ 40,00 SINGOLA SEDUTA (RADIALI) €60,00 SINGOLA SEDUTA(FOCALI)
VIBRAZIONI MECCANO SONORE	€ 20,00 SINGOLA SEDUTA
LASERIX	€ 25,00 SINGOLA SEDUTA
OZONO TERAPIA	€ 40,00 SINGOLA SEDUTA
RIABILITAZIONE ROBOTICA CON SISTEMA TYROMOTION	COSTO DA DEFINIRE
MASSOTERAPIA DISTRETTUALE 10' - REFLESSOGENA	€ 15,00 SINGOLA SEDUTA
MASSOTERAPIA DISTRETTUALE 15' - REFLESSOGENA	€ 20,00 SINGOLA SEDUTA
MASSOTERAPIA DISTRETTUALE 20' - REFLESSOGENA	€ 25,00 SINGOLA SEDUTA
THEAL THERAPY	€ 36, SINGOLA SEDUTA

## Allegato N. 4 QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL CLIENTE

### AREA NEUROLOGICA

#### Questionario di soddisfazione del cliente

(verifica sulle prestazioni delle risorse e sulla qualità del prodotto/servizio erogato)

*Gentile Cliente,*

*L'attenzione al paziente rappresenta, per il nostro Ambulatorio, un valore ma anche una utile fonte informativa attraverso cui individuare azioni finalizzate al miglioramento dei servizi.*

*In funzione di ciò, ci farebbe cosa gradita conoscere le Sue impressioni relative al servizio erogato, alle prestazioni delle nostre risorse ed alle vostre aspettative.*

*Vi chiediamo, pertanto, di dedicare alcuni minuti del vostro tempo alla compilazione del presente questionario.*

*Per ciascuna delle domande poste, barrare la relativa casella corrispondente alla vostra valutazione (1- Insufficiente; 2- Scarso; 3- Accettabile; 4- Buono; 5- Ottimo)*

*Grazie per la collaborazione.*

<b>Livello di soddisfazione</b>	<i>Insufficiente</i>	<i>Scarso</i>	<i>Sufficiente</i>	<i>Buono</i>	<i>Ottimo</i>
1- Chiarezza delle informazioni ricevute dal personale	<input type="checkbox"/>				
2- Livello qualitativo del servizio offerto	<input type="checkbox"/>				
3- Professionalità del personale	<input type="checkbox"/>				
4- Cortesia e disponibilità del personale in fase di erogazione dei servizi	<input type="checkbox"/>				
5- Grado di riservatezza riscontrato	<input type="checkbox"/>				
6- Attrezzature/supporti tecnici	<input type="checkbox"/>				
7- Gestione di situazioni anomale	<input type="checkbox"/>				
8- Tempestività nella erogazione del servizio	<input type="checkbox"/>				
9- Valutazione globale	<input type="checkbox"/>				

**Note (eventuali suggerimenti, critiche, ecc.):**

.....  
.....  
Data di compilazione: \_\_\_\_\_

## AREA ORTOPEDICA

### Questionario di soddisfazione del cliente

(verifica sulle prestazioni delle risorse e sulla qualità del prodotto/servizio erogato)

*Gentile Cliente,*

*L'attenzione al paziente rappresenta, per il nostro Ambulatorio, un valore ma anche una utile fonte informativa attraverso cui individuare azioni finalizzate al miglioramento dei servizi.*

*In funzione di ciò, ci farebbe cosa gradita conoscere le Sue impressioni relative al servizio erogato, alle prestazioni delle nostre risorse ed alle vostre aspettative.*

*Vi chiediamo, pertanto, di dedicare alcuni minuti del vostro tempo alla compilazione del presente questionario.*

*Per ciascuna delle domande poste, barrare la relativa casella corrispondente alla vostra valutazione (1- Insufficiente; 2- Scarso; 3- Accettabile; 4- Buono; 5- Ottimo)*

*Grazie per la collaborazione.*

<b>Livello di soddisfazione</b>	<i>Insufficiente</i>	<i>Scarso</i>	<i>Sufficiente</i>	<i>Buono</i>	<i>Ottimo</i>
1- Chiarezza delle informazioni ricevute dal personale	<input type="checkbox"/>				
2- Livello qualitativo del servizio offerto	<input type="checkbox"/>				
3- Professionalità del personale	<input type="checkbox"/>				
4- Cortesia e disponibilità del personale in fase di erogazione dei servizi	<input type="checkbox"/>				
5- Grado di riservatezza riscontrato	<input type="checkbox"/>				
6- Attrezzature/supporti tecnici	<input type="checkbox"/>				
7- Gestione di situazioni anomale	<input type="checkbox"/>				
8- Tempestività nella erogazione del servizio	<input type="checkbox"/>				
9- Valutazione globale	<input type="checkbox"/>				

**Note** (eventuali suggerimenti, critiche, ecc.):

.....  
.....  
Data di compilazione: \_\_\_\_\_

## **IDROKINESITERAPIA**

### **Questionario di soddisfazione del cliente**

*(verifica sulle prestazioni delle risorse e sulla qualità del prodotto/servizio erogato)*

*Gentile Cliente,*

*L'attenzione al paziente rappresenta, per il nostro Ambulatorio, un valore ma anche una utile fonte informativa attraverso cui individuare azioni finalizzate al miglioramento dei servizi.*

*In funzione di ciò, ci farebbe cosa gradita conoscere le Sue impressioni relative al servizio erogato, alle prestazioni delle nostre risorse ed alle vostre aspettative.*

*Vi chiediamo, pertanto, di dedicare alcuni minuti del vostro tempo alla compilazione del presente questionario.*

*Per ciascuna delle domande poste, barrare la relativa casella corrispondente alla vostra valutazione (1- Insufficiente; 2- Scarso; 3- Accettabile; 4- Buono; 5- Ottimo)*

*Grazie per la collaborazione.*

<b>Livello di soddisfazione</b>	<i>Insufficiente</i>	<i>Scarso</i>	<i>Sufficiente</i>	<i>Buono</i>	<i>Ottimo</i>
1- Chiarezza delle informazioni ricevute dal personale	<input type="checkbox"/>				
2- Livello qualitativo del servizio offerto	<input type="checkbox"/>				
3- Professionalità del personale	<input type="checkbox"/>				
4- Cortesia e disponibilità del personale in fase di erogazione dei servizi	<input type="checkbox"/>				
5- Grado di riservatezza riscontrato	<input type="checkbox"/>				
6- Attrezzature/supporti tecnici	<input type="checkbox"/>				
7- Gestione di situazioni anomale	<input type="checkbox"/>				
8- Tempestività nella erogazione del servizio	<input type="checkbox"/>				
9- Valutazione globale	<input type="checkbox"/>				

Note (eventuali suggerimenti, critiche, ecc.):

.....  
.....

Data di compilazione: \_\_\_\_\_

## LOGOPEDIA

### Questionario di soddisfazione del cliente

(verifica sulle prestazioni delle risorse e sulla qualità del prodotto/servizio erogato)

Gentile Cliente,

L'attenzione al paziente rappresenta, per il nostro Ambulatorio, un valore ma anche una utile fonte informativa attraverso cui individuare azioni finalizzate al miglioramento dei servizi.

In funzione di ciò, ci farebbe cosa gradita conoscere le Sue impressioni relative al servizio erogato, alle prestazioni delle nostre risorse ed alle vostre aspettative.

Vi chiediamo, pertanto, di dedicare alcuni minuti del vostro tempo alla compilazione del presente questionario.

Per ciascuna delle domande poste, barrare la relativa casella corrispondente alla vostra valutazione (1- Insufficiente; 2- Scarso; 3- Accettabile; 4- Buono; 5- Ottimo)

Grazie per la collaborazione.

<b>Livello di soddisfazione</b>	<i>Insufficiente</i>	<i>Scarso</i>	<i>Sufficiente</i>	<i>Buono</i>	<i>Ottimo</i>
1- Chiarezza delle informazioni ricevute dal personale	<input type="checkbox"/>				
2- Livello qualitativo del servizio offerto	<input type="checkbox"/>				
3- Professionalità del personale	<input type="checkbox"/>				
4- Cortesia e disponibilità del personale in fase di erogazione dei servizi	<input type="checkbox"/>				
5- Grado di riservatezza riscontrato	<input type="checkbox"/>				
6- Attrezzature/supporti tecnici	<input type="checkbox"/>				
7- Gestione di situazioni anomale	<input type="checkbox"/>				
8- Tempestività nella erogazione del servizio	<input type="checkbox"/>				

9- Valutazione globale

**Note** (eventuali suggerimenti, critiche, ecc.):

.....  
.....

Data di compilazione: \_\_\_\_\_

## NEUROPSICOMOTRICITA'

### Questionario di soddisfazione del cliente

(verifica sulle prestazioni delle risorse e sulla qualità del prodotto/servizio erogato)

*Gentile Cliente,*

*L'attenzione al paziente rappresenta, per il nostro Ambulatorio, un valore ma anche una utile fonte informativa attraverso cui individuare azioni finalizzate al miglioramento dei servizi.*

*In funzione di ciò, ci farebbe cosa gradita conoscere le Sue impressioni relative al servizio erogato, alle prestazioni delle nostre risorse ed alle vostre aspettative.*

*Vi chiediamo, pertanto, di dedicare alcuni minuti del vostro tempo alla compilazione del presente questionario.*

*Per ciascuna delle domande poste, barrare la relativa casella corrispondente alla vostra valutazione (1- Insufficiente; 2- Scarso; 3- Accettabile; 4- Buono; 5- Ottimo)*

*Grazie per la collaborazione.*

<b>Livello di soddisfazione</b>	<i>Insufficiente</i>	<i>Scarso</i>	<i>Sufficiente</i>	<i>Buono</i>	<i>Ottimo</i>
1- Chiarezza delle informazioni ricevute dal personale	<input type="checkbox"/>				
2- Livello qualitativo del servizio offerto	<input type="checkbox"/>				
3- Professionalità del personale	<input type="checkbox"/>				
4- Cortesia e disponibilità del personale in fase di erogazione dei servizi	<input type="checkbox"/>				
5- Grado di riservatezza riscontrato	<input type="checkbox"/>				
6- Attrezzature/supporti tecnici	<input type="checkbox"/>				
7- Gestione di situazioni anomale	<input type="checkbox"/>				
8- Tempestività nella erogazione del servizio	<input type="checkbox"/>				

9- Valutazione globale

**Note** (*eventuali suggerimenti, critiche, ecc.*):

.....  
.....

Data di compilazione: \_\_\_\_\_

Allegato N. 5 PIANO DI MIGLIORAMENTO

**PIANO DI MIGLIORAMENTO Anno 2023**

<b>Processo</b>	<b>Attività</b>	<b>Obiettivo di miglioramento da perseguire</b>	<b>Strumenti</b>	<b>Risorse ed aree coinvolte</b>	<b>Indicatore di riferimento</b>	<b>Valore raggiunto entro il 31.12.2023</b>
-----------------	-----------------	---	------------------	----------------------------------	----------------------------------	---

Approvv.to	Verifica degli articoli/prodotti approvvigionati	Corrispondenza tra beni consegnati/servizi erogati e specifiche (tipologie e quantità) contenute nei documenti di riferimento (ordine di acquisto, documenti contabili, certificazioni, qualifiche personale, accreditamenti)	Controllo fornitori qualificati	Resp.le Acquisti Direzione	Anomalie riscontrate non superiore a 2	
Commerciale	Comunicazione e con il cliente	Erogazione del massimo delle prestazioni convenzionate consentite sia relativamente all'area fisioterapia sia relativamente all'area riabilitazione neurologica	Potenziamento delle attività di marketing	Direzione	Raggiungimento della soglia massima di prestazioni convenzionate fissate dall'ASP di Catanzaro per l'anno 2023	-

Risorse	Formazione/ Addestramento risorse	Efficacia azioni di formazione e addestramento	Verifica dell'efficacia delle attività di F/A	Tutte le Risorse	Esito positivo di verifica dell'efficacia di almeno il 90% delle attività di F/A	
Risorse	Messa a disposizione risorse tecniche e strutturali	Integrazione risorse tecniche	Scelta risorsa tecnica	Direzione	Acquisto di almeno 1 nuova attrezzatura	
	Miglioramento della struttura	Rendere la struttura sempre più fruibile ed accogliente per i pazienti	Scelta intervento di miglioramento	Direzione	Realizzazione di almeno 1 nuovo intervento di miglioramento	
Progettazione	Monitoraggio della progettazione	Raggiungimento degli obiettivi rispetto ai dati/ input di progettazione nell'Area Riabilitazione Neurologica	Verifiche intermedie della progettazione di cui la prima circa venti giorni prima della scadenza del ciclo previsto, quando i cicli sono superiori a trenta giorni di trattamento	Resp. erogazione servizio	Effettuazione della Verifica intermedia in almeno il 90% dei progetti superiori a trenta giorni di trattamento	

			Riesame annuale della progettazione quando i cicli sono superiori a trenta giorni di trattamento	Resp. erogazione servizio	Effettuazione del riesame annuale delle Specifiche dell'outcome funzionale e del Programma riabilitativo in almeno il 90% dei progetti superiori a trenta giorni di trattamento	
	Monitoraggio della progettazione e	Raggiungimento degli obiettivi rispetto ai dati/ input di progettazione nell'Area fisiokinesiterapia	Verifiche della progettazione a fine ciclo trattamento registrate su Cartella Clinica	Resp. erogazione servizio	Effettuazione della Verifica a fine ciclo trattamento in almeno il 90% dei progetti relativi alle patologie più complesse	

Realizzazione del servizio	Erogazione del servizio	Consolidare l'applicazione della robotica nell'erogazione dei servizi di Riabilitazione neurologica e Neuropsicomotricità	Utilizzo della robotica in tutti i casi in cui questa sia utile e/o necessaria	Direzione Resp. erogazione servizio	Utilizzo della robotica con una percentuale di almeno il 40% nell'erogazione dei servizi di Riabilitazione Neuromotoria e con una percentuale di almeno il 70% nell'erogazione dei servizi di Riabilitazione Neuropsicomotoria	
----------------------------	-------------------------	---	--	-------------------------------------	--	--

Misurazione, analisi e miglioramento	Monitoraggi e misurazioni	Soddisfazione del cliente rilevata per ogni singola Area dell'Organizzazione	Analisi delle esigenze del cliente	Direzione Resp.le Gestione Qualità	Mantenimento del livello di soddisfazione del cliente pari a valore 5 della scala pentenaria utilizzata per l'analisi dei dati rilevati attraverso la somministrazione del questionario di soddisfazione cliente	
					Raggiungimento della soglia del Buono e dell'Ottimo, in totale, non inferiore all'90% del campione esaminato in ogni singola Area dell'Organizzazione	
					Analisi di almeno il 90% dei suggerimenti espressi dagli utenti durante l'indagine di Soddisfazione del cliente	

Data di emissione: 09/01/2023

Firma: Direzione

# Allegato N. 6 MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DI CONSENSO INFORMATO

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PAZIENTE e DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO MEDICO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
e residente in Via \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_  
, recapito \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

## CONSENSO

Consenso prestato:  dal Paziente  dall'accompagnatore  in qualità di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
e residente in Via \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_  
, recapito \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### Informativa:

Egregio/a Signor/a, la informiamo che i dati personali rilasciati e quelli eventualmente comunicati per individuare le persone di riferimento saranno trattati secondo le indicazioni riportate.

L'informativa è obbligatoria per il rilascio del consenso, pertanto la invitiamo a leggere attentamente la pagina iniziale della presente scheda. Il titolare del trattamento La porta a conoscenza delle seguenti informazioni:

- I dati personali da Lei forniti sono classificati in Dati Personali Comuni e Particolari (ex Sensibili).
- Il trattamento dei dati personali è finalizzato unicamente per espletare attività amministrative e sanitarie e di informazioni inerenti la situazione del paziente.
- I dati personali raccolti saranno comunicati solo ai soggetti autorizzati.

L'interessato, dichiara di aver ricevuto le dovute informazioni dal Medico Fisiatra \_\_\_\_\_  
, per il tipo di terapia più appropriato nella mia situazione. Inoltre sono stato/a informato/a che tale trattamento qualora si verificassero condizioni particolari che mi verranno spiegate, potrebbe essere modificato. Mi ritengo adeguatamente informato/a e non desidero ricevere ulteriori informazioni. Autorizzo inoltre il Medico Fisiatra \_\_\_\_\_ a comunicare notizie relative al mio stato di salute a:

si  no  nessuno

si  no  solo a \_\_\_\_\_

si  no  tutti coloro che lo richiederanno

Dichiarazioni particolari: \_\_\_\_\_

Dopo averla informata sul trattamento dei dati personali, Le chiediamo ai sensi dell'art. 7 del Regolamento (UE) 2016/679, di voler esprimere, con la consapevolezza delle conseguenze che comporta la concessione o meno del consenso, se acconsente o meno al trattamento dei dati così come illustrato in precedenza e per le seguenti finalità:

- a) utilizzo di foto ad integrazione della sua documentazione clinica che rappresentano il decorso di particolari condizioni fisiche. Tali immagini sono ad uso esclusivamente interno della struttura e non saranno in alcun modo diffuse (consenso facoltativo).
- b) utilizzo di foto e filmati video in forma digitale e/o in forma convenzionale, effettuate da personale autorizzato e che le foto/immagini e filmati video potranno essere usati e pubblicati esclusivamente per attività istituzionali e/o di comunicazione della struttura, anche su Internet. Le immagini pubblicate non dovranno mai essere lesive dell'onore, della reputazione o della dignità dell'interessato. Il sottoscritto è informato che l'utilizzo delle immagini è concesso in forma gratuita per usi non commerciali.

Il sottoscritto, in qualità di

si  no  diretto interessato

si  no  persona responsabile del soggetto interessato e sopra identificato,

esprime esplicito consenso per quanto riportato alla lettera: a) si  no  b) si  no

**Allegato N. 7 QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELL'OPERATORE**

*Gentile Operatore,*

*L'attenzione alla soddisfazione dei nostri operatori rappresenta, per il nostro Ambulatorio, un valore ma anche una utile fonte informativa attraverso cui individuare azioni finalizzate al miglioramento dei servizi.*

*In funzione di ciò, vi chiediamo, di dedicare alcuni minuti del vostro tempo alla compilazione del presente questionario. Per ciascuna delle domande poste, barrare la relativa casella corrispondente alla vostra valutazione*

*Grazie per la collaborazione.*

<b>Livello di soddisfazione</b>	<i>Per niente soddisfatto</i>	<i>Poco soddisfatto</i>	<i>Abbastanza soddisfatto</i>	<i>Soddisfatto</i>	<i>Molto Soddisfatto</i>	<i>Non saprei</i>
<b>1. Ambiente di lavoro</b>						
1.1 Arredamento confortevole						
1.2 Strumentazione adeguata						
1.3 Carico di lavoro adeguato						
1.4 Rapporto professionale positivo con i colleghi						
1.5 Ti ritieni parte integrante della struttura						
1.6 Ti ritieni corresponsabile dell'attività complessiva						
<b>2. Motivazioni</b>						
2.1 Ritieni il tuo ruolo adeguato alle tue capacità						
2.2 Le mansioni che ricopri sono attinenti alla tua formazione						
2.3 Il rapporto con i colleghi influenza positivamente il tuo lavoro						
2.4 Ritieni che il miglioramento continuo sia un buon obiettivo						
2.5 Ti ritieni coinvolto nel Sistema Qualità della struttura						
<b>3. Difficoltà</b>						
3.1 Le principali difficoltà nel tuo lavoro dipendono dal carico di lavoro    b. dai colleghi    c. dalla carenza attrezzature/macchinari/materiale d. dall'ambiente dai suoi superiori    f. non saprei						
3.2 Ti ritieni corresponsabile di ciò che non va bene nel lavoro						
<b>4. Sistema Qualità secondo ISO 9001</b>						
4.1 La certificazione e l'accreditamento sono utili secondo te						
4.2 Conosci bene gli obiettivi della qualità fissati dalla direzione						
4.3 Conosci la politica della qualità approvata dalla direzione						
4.4 L'adozione di un sistema qualità ha effettivamente migliorato la qualità del servizio offerto						
4.5 Le difficoltà a seguito della certificazione sistema qualità sono diminuite						
4.6 La qualità nella struttura secondo te è imposta    b. sentita    c. vissuta    d. ignoro l'esistenza e. non saprei						

**Note (eventuali suggerimenti, critiche, ecc.):**

Data di compilazione: \_\_\_\_\_

