

TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI

TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI DELL' AMBULATORIO DI FISIOTERAPIA

DECORRENZA 01/01/2026

VALUTAZIONE FUNZIONALE € 40,00

	TEMPI	TARIFFA per seduta
kinesiterapia Segmentaria	30'	€ 30,00
kinesiterapia Correttiva Individuale	60'	€ 40,00
kinesiterapia Correttiva di Gruppo (max 6 persone)	45'	€ 15,00
Rieducazione Neuromotoria	45'	€ 30,00
Riabilitazione Cardiologica	45'	€ 30,00
Riabilitazione Respiratoria	30'	€ 40,00
Riabilitazione del pavimento pelvico	60'	€ 30,00
Terapia Manuale	45'	€ 40,00
Trazioni Vertebrali Manuali (Pompages)	30'	€ 25,00
Applicazione Kinesio Taping (incluso il materiale)	10'	€ 5,00
Bendaggio Funzionale (escluso il materiale)	20'	€ 15,00
Rieducazione Logopedica	60'	€ 40,00
Rieducazione posturale con il metodo Pilates (Seduta Individuale)	60'	€ 40,00
Rieducazione posturale con il metodo Pilates (Seduta di gruppo)	60'	€ 25,00

MASSOTERAPIA

	TEMPI	TARIFFA per seduta
Massaggio miofasciale	20'	€ 20,00
Massoterapia distrettuale	15'	€ 15,00
Linfodrenaggio manuale (un distretto)	30'	€ 25,00
Linfodrenaggio manuale (due distretti)	60'	€ 40,00

TERAPIE FISICHE STRUMENTALI

	TEMPI	TARIFFA per seduta
Elettroterapia antalgica (Ionoforesi, Tens, Diadinamica, Interferenziali, Kotz)	30'	€ 10,00
Elettrostimolazioni	30'	€ 10,00
Ultrasuonoterapia	15'	€ 10,00
Laserterapia dai 10' ai 15' per distretto articolare		€ 10,00
Radarterapia	20'	€ 10,00
Magnetoterapia	30'	€ 10,00
Tecarterapia	30'	€ 30,00
Onde d' urto	30'	€ 50,00

NOTE:

a) per i dipendenti della Fondazione le tariffe sono ridotte del 30%

b) per atleti tesserati di società sportive le tariffe sono ridotte del 20%

c) il pagamento delle prestazioni va effettuato prima dell'inizio delle terapie

d) per i familiari dei dipendenti le tariffe sono ridotte del 10%

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO AMBULATORIO DI FISIOTERAPIA

La Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus sta conducendo l'indagine periodica per valutare la soddisfazione dei servizi offerti.

La Sua preziosa opinione potrà aiutarci a migliorare il servizio erogato. La preghiamo, pertanto, di esprimere il Suo parere segnando con una "X" la risposta che ritiene più opportuna.

Le ricordiamo che il questionario è in forma anonima (a Sua libera scelta potrà firmarlo) e che le risposte ottenute saranno trattate nel rispetto delle norme vigenti in materia di trattamento dei dati personali.



ACCOGLIENZA <i>E' soddisfatto del modo in cui è stato accolto presso la struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cortesie e disponibilità del personale di accoglienza	☐	☐	☐	☐	☐
Completezza delle informazioni ricevute e gestione pratiche amministrative	☐	☐	☐	☐	☐
LA STRUTTURA <i>E' soddisfatto degli ambienti della struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Gradevolezza degli spazi interni (comodità, temperatura, ventilazione, luminosità, arredi ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Facilità di accesso agli ambienti (ascensori, corrimani, illuminazione, segnaletica...)	☐	☐	☐	☐	☐
Pulizia e igiene degli ambienti	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto delle cure a Lei rivolte?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Valutazione fisioterapica	☐	☐	☐	☐	☐
Coinvolgimento nella definizione del programma riabilitativo	☐	☐	☐	☐	☐
Soddisfazione/benefici circa il ciclo di trattamenti impostati	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto della qualità delle prestazioni da parte dei seguenti operatori?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Fisioterapisti	☐	☐	☐	☐	☐
RELAZIONI CON IL PERSONALE <i>E' soddisfatto del rapporto instaurato con il personale?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Disponibilità, cortesia, umanità	☐	☐	☐	☐	☐
Capacità di ascolto e chiarezza nel <u>fornire informazioni</u>	☐	☐	☐	☐	☐

Ci indichi, se lo desidera, cosa potremmo fare per migliorare il servizio offerto

Grazie per la collaborazione



FONDAZIONE
ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS

P.zza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR) - Tel: 0372/6201 - Fax: 0372/620299
C.F. 80004030195 - P.I. 00385470190 Web: www.fondazionesospiro.it - Mail: fondazione@fondazionesospiro.it

(MOD 06 01/4)

MODULO PER SEGNALAZIONE / SUGGERIMENTO O RECLAMO

☐ Segnalazione/Suggerimento

☐ Reclamo

Unità Abitativa/Operativa

Ospite/Residente (cognome e nome)

Familiare (nome, cognome, grado di parentela)

Indirizzo

Tel.

Mail

Nominativo dell'operatore di Fondazione (in caso di reclamo/segnalazione/Suggerimento verbali):

Reclamo del dipendente

Nome e cognome

Oggetto del reclamo/segnalazione/suggerimento

Data

Firma (del reclamante o di chi ha ricevuto il reclamo)

Consegna del modulo compilato al Responsabile Unità abitativa/operativa

Data di ricevimento

Firma del Responsabile di Funzione che riceve il reclamo

