

## Allegato 1

Cure in accreditamento provvisorio con la Regione Emilia Romagna

Erogate agli assistiti Inail secondo la Convenzione per l'erogazione di prestazioni integrative di riabilitazione

- a. **Medicina fisica e riabilitativa (Recupero e riabilitazione funzionale)**
  1. Prima visita di medicina fisica e riabilitazione
  2. Visita di medicina fisica e riabilitazione di controllo
  
- b. **Presidio di Medicina Fisica e Riabilitazione**
  1. Rieducazione motoria individuale in motuleso grave semplice
  2. Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale strumentale complessa
  3. Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice
  4. Rieducazione motoria in gruppo



## Medici in servizio 2017

(aggiornamento al 11 Aprile 2017)

Direttore Sanitario: Dott.ssa MARA ANGELA MASCHERPA

<b>1</b>	<b>Cognome MASCHERPA</b>	<b>Nome MARA ANGELA</b>	<i>Lav. Sub. Tempo Indeterm.</i>
	<i>Specializzazione</i>	Medico - Specialista Idrologia Medica	
<b>2</b>	<b>Cognome FILIPPINI</b>	<b>Nome FRANCESCA</b>	<i>Lav. Sub. Tempo Indeterm.</i>
	<i>Specializzazione</i>	Medico - Specialista Idrologia Medica	
<b>3</b>	<b>Cognome MAINARDI</b>	<b>Nome PAOLA</b>	<i>Lav. Sub. Tempo Indeterm.</i>
	<i>Specializzazione</i>	Medico - Specialista Idrologia medica	
<b>1</b>	<b>Cognome MARCHIONNI</b>	<b>Nome VALENTINA</b>	<i>Contratto Prestaz. Prof.le</i>
	<i>Specializzazione1:</i>	Medicina Fisica e Riabilitazione	<i>Inizio Contratto</i> <b>13/02/2017</b>
	<i>Specializzazione2:</i>		<i>Fine Contratto</i> <b>31/03/2017</b>
	<i>Note/Abilitazioni:</i>		
<b>2</b>	<b>Cognome DE LISI</b>	<b>Nome VINCENZO</b>	<i>Contratto Prestaz. Prof.le</i>
	<i>Specializzazione1:</i>	Malattia dell'apparato cardiovascolare	<i>Inizio Contratto</i> <b>14/02/2017</b>
	<i>Specializzazione2:</i>		<i>Fine Contratto</i> <b>31/03/2017</b>
	<i>Note/Abilitazioni:</i>		
<b>3</b>	<b>Cognome PAGLIARELLA</b>	<b>Nome MARTINA</b>	<i>Contratto Prestaz. Prof.le</i>
	<i>Specializzazione1:</i>	Otorinolaringoiatria	<i>Inizio Contratto</i> <b>06/03/2017</b>
	<i>Specializzazione2:</i>		<i>Fine Contratto</i> <b>31/03/2017</b>
	<i>Note/Abilitazioni:</i>	Specialista	
<b>4</b>	<b>Cognome PELOSI</b>	<b>Nome GABRIELLA</b>	<i>Contratto Prestaz. Prof.le</i>
	<i>Specializzazione1:</i>	Audiologia	<i>Inizio Contratto</i> <b>06/03/2017</b>
	<i>Specializzazione2:</i>	Otorinolaringoiatria	<i>Fine Contratto</i> <b>31/03/2017</b>
	<i>Note/Abilitazioni:</i>		
<b>5</b>	<b>Cognome ZANOTTI</b>	<b>Nome ELISABETTA</b>	<i>Contratto Prestaz. Prof.le</i>
	<i>Specializzazione1:</i>	Otorinolaringoiatria	<i>Inizio Contratto</i> <b>07/03/2017</b>
	<i>Specializzazione2:</i>		<i>Fine Contratto</i> <b>31/03/2017</b>
	<i>Note/Abilitazioni:</i>		
<b>6</b>	<b>Cognome ORSI</b>	<b>Nome ANDREA</b>	<i>Contratto Prestaz. Prof.le</i>
	<i>Specializzazione1:</i>	Master I Liv. Medicina Termale Indirizzo Estetico	<i>Inizio Contratto</i> <b>09/03/2017</b>
	<i>Specializzazione2:</i>		<i>Fine Contratto</i> <b>31/03/2017</b>
	<i>Note/Abilitazioni:</i>		
<b>7</b>	<b>Cognome MAURI</b>	<b>Nome MARIA</b>	<i>Contratto Prestaz. Prof.le</i>
	<i>Specializzazione1:</i>	Igiene e Medicina Preventiva	<i>Inizio Contratto</i> <b>23/03/2017</b>
	<i>Specializzazione2:</i>		<i>Fine Contratto</i> <b>31/03/2017</b>
	<i>Note/Abilitazioni:</i>		
<b>8</b>	<b>Cognome DE LISI</b>	<b>Nome VINCENZO</b>	<i>Contratto Prestaz. Prof.le</i>
	<i>Specializzazione1:</i>	Malattia dell'apparato cardiovascolare	<i>Inizio Contratto</i> <b>01/04/2017</b>
	<i>Specializzazione2:</i>		<i>Fine Contratto</i> <b>30/04/2017</b>
	<i>Note/Abilitazioni:</i>		

<b>9</b> Cognome	<b>MARCHIONNI</b>	Nome	<b>VALENTINA</b>	Contratto Prestaz. Prof.le
Specializzazione1:	Medicina Fisica e Riabilitazione	Inizio Contratto		<b>01/04/2017</b>
Specializzazione2:		Fine Contratto		<b>30/04/2017</b>
Note/Abilitazioni:				
<b>10</b> Cognome	<b>MAURI</b>	Nome	<b>MARIA</b>	Contratto Prestaz. Prof.le
Specializzazione1:	Igiene e Medicina Preventiva	Inizio Contratto		<b>01/04/2017</b>
Specializzazione2:		Fine Contratto		<b>30/04/2017</b>
Note/Abilitazioni:				
<b>11</b> Cognome	<b>ORSI</b>	Nome	<b>ANDREA</b>	Contratto Prestaz. Prof.le
Specializzazione1:	Master I Liv. Medicina Termale Indirizzo Estetico	Inizio Contratto		<b>01/04/2017</b>
Specializzazione2:		Fine Contratto		<b>30/04/2017</b>
Note/Abilitazioni:				
<b>12</b> Cognome	<b>PAGLIARELLA</b>	Nome	<b>MARTINA</b>	Contratto Prestaz. Prof.le
Specializzazione1:	Otorinolaringoiatria	Inizio Contratto		<b>01/04/2017</b>
Specializzazione2:		Fine Contratto		<b>30/04/2017</b>
Note/Abilitazioni:	Specialista			
<b>13</b> Cognome	<b>PELOSI</b>	Nome	<b>GABRIELLA</b>	Contratto Prestaz. Prof.le
Specializzazione1:	Audiologia	Inizio Contratto		<b>01/04/2017</b>
Specializzazione2:	Otorinolaringoiatria	Fine Contratto		<b>30/04/2017</b>
Note/Abilitazioni:				
<b>14</b> Cognome	<b>ZANOTTI</b>	Nome	<b>ELISABETTA</b>	Contratto Prestaz. Prof.le
Specializzazione1:	Otorinolaringoiatria	Inizio Contratto		<b>01/04/2017</b>
Specializzazione2:		Fine Contratto		<b>30/04/2017</b>
Note/Abilitazioni:				



Data \_\_\_\_\_

Rev.: 14 del 21/06/2016

## SCHEDA PER LA RILEVAZIONE DEL LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEL CLIENTE

Gentile Cliente, Le chiediamo qualche minuto del Suo tempo per migliorare la qualità del nostro servizio.

PARTE GENERALE		Molto	Abbastanza	Poco	Niente
Indichi quanto è soddisfatto per:					
TEMPI	Tempo di attesa all'accoglienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orario visita medica prenotato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tempi d'attesa per le casse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PULIZIA	Pulizia delle sale d'attesa e delle sale comuni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pulizia dei giardini e la manutenzione del verde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STRUTTURA	Indicazioni e segnaletica all'interno di Riccione Terme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CORTESIA DEL PERSONALE	Cortesia: Addette all'accoglienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cortesia: Medici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPETENZA DEL PERSONALE	Competenza: Addette all'accoglienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Competenza: Medici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRODOTTI	Prodotti cosmetici usati nei massaggi o trattamenti estetici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prodotti della Cosmesi di Riccione Terme Group acquistati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PARTE INDIVIDUALE

### INDICHI LA CURA FATTA CON L'IMPEGNATIVA

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sordità rinogena (+ inalazioni) | <input type="checkbox"/> vasculopatie                      |
| <input type="checkbox"/> cure inalatorie                 | <input type="checkbox"/> fanghi e/o bagni (o idromassaggi) |
| <input type="checkbox"/> ventilazione polmonare          | <input type="checkbox"/> fanghi e/o bagni in piscina       |

### Indichi quanto è soddisfatto della sua cura e del reparto

		Molto	Abbastanza	Poco	Niente
PER IL SUO TRATTAMENTO	tempi di attesa per i trattamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	pulizia del reparto di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	funzionalità delle attrezzature usate per i trattamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CORTESIA DEL PERSONALE	Cortesia: Personale del reparto di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cortesia: Medici Insuffiatori (solo per Sordità Rinogena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPETENZA DEL PERSONALE	Competenza: Personale del reparto di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Competenza: Medici Insuffiatori (solo per Sordità Rinogena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soddisfazione globale sul servizio ricevuto a Riccione Terme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Come ci ha conosciuto? \_\_\_\_\_ Ritorrerà a Riccione Terme ? Sì  / No

Sì, Perché \_\_\_\_\_ No, Perché? \_\_\_\_\_

I suoi consigli o suggerimenti : \_\_\_\_\_

Per un'eventuale risposta, ci lasci i suoi dati: **Nome e Cognome** \_\_\_\_\_





Email \_\_\_\_\_ Cell/ Tel \_\_\_\_\_

Ha acquistato altri trattamenti? (oltre quelli relativi all'impegnativa)

**1° TRATTAMENTO ACQUISTATO (cure a pagamento aggiuntive)**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> sordità rinogena       | <input type="checkbox"/> fanghi e/o bagni (o idromassaggi) | <input type="checkbox"/> vasculopatie           | <input type="checkbox"/> OASI SPA (trattamenti e pacchetti) |
| <input type="checkbox"/> cure inalatorie        | <input type="checkbox"/> fanghi e/o bagni in piscina       | <input type="checkbox"/> massaggi               | <input type="checkbox"/> Percorso Termale Sensoriale        |
| <input type="checkbox"/> ventilazione polmonare |  | <input type="checkbox"/> riabilitazione motoria | <input type="checkbox"/> Shop (negoziolo)                   |





**Quanto si ritiene soddisfatto per**

	Molto	Abbastanza	Poco	Niente
				
<b>PER IL SUO TRATTAMENTO</b>				
tempi di attesa per i trattamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pulizia del reparto di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
funzionalità delle attrezzature usate per i trattamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CORTESIA DEL PERSONALE</b>				
Cortesìa: Personale del reparto di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortesìa: Medici Insufflatori (solo per Sordità Rinogena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COMPETENZA DEL PERSONALE</b>				
Competenza: Personale del reparto di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Competenza: Medici Insufflatori (solo per Sordità Rinogena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2° TRATTAMENTO ACQUISTATO (ulteriori cure a pagamento aggiuntive)**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> sordità rinogena       | <input type="checkbox"/> fanghi e/o bagni (o idromassaggi) | <input type="checkbox"/> vasculopatie           | <input type="checkbox"/> OASI SPA (trattamenti e pacchetti) |
| <input type="checkbox"/> cure inalatorie        | <input type="checkbox"/> fanghi e/o bagni in piscina       | <input type="checkbox"/> massaggi               | <input type="checkbox"/> Percorso Termale Sensoriale        |
| <input type="checkbox"/> ventilazione polmonare |  | <input type="checkbox"/> riabilitazione motoria | <input type="checkbox"/> Shop (negoziolo)                   |

**Quanto si ritiene soddisfatto per**

	Molto	Abbastanza	Poco	Niente
				
<b>PER IL SUO TRATTAMENTO</b>				
tempi di attesa per i trattamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pulizia del reparto di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
funzionalità delle attrezzature usate per i trattamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CORTESIA DEL PERSONALE</b>				
Cortesìa: Personale del reparto di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortesìa: Medici Insufflatori (solo per Sordità Rinogena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COMPETENZA DEL PERSONALE</b>				
Competenza: Personale del reparto di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Competenza: Medici Insufflatori (solo per Sordità Rinogena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




# MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

Data \_\_\_\_\_

Rev.: 4 del 06.04.2017

## SCHEDA PER LA RILEVAZIONE DEL LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEL CLIENTE

Gentile Cliente, Le chiediamo qualche minuto del Suo tempo per migliorare la qualità del nostro servizio.

ACCOGLIENZA E VISITE		Molto	Neutro	Niente
Quanto si ritiene soddisfatto per:				
<b>TEMPI</b>	Tempo di attesa all'accoglienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orario visita medica prenotato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PULIZIA</b>	Pulizia delle sale d'attesa e delle sale comuni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indicazioni e segnaletica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CORTESIA DEL PERSONALE</b>	Cortesia: Addette all'accoglienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cortesia: Medici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COMPETENZA DEL PERSONALE</b>	Competenza: Addette all'accoglienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Competenza: Medici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- visita fisiatrica
- fisioterapia
- massoterapia
- magnetoterapia
- laserterapia

### VISITA E CURE EFFETTUATE

- tecarterapia
- kinesiotaping
- ionoforesi
- elettrostimolazione
- ultrasuoni

- T.E.N.S.
- ionoforesi
- idrochinesiterapia
- bendaggio funzionale

TERAPIE				
Quanto si ritiene soddisfatto rispetto alla Sua cura ed il reparto cure		Molto	Neutro	Niente
				
<b>PER IL SUO TRATTAMENTO</b>	tempi di attesa per i trattamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	pulizia del reparto di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	funzionalità delle attrezzature usate per i trattamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CORTESIA DEL PERSONALE</b>	Cortesia dei Fisioterapisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COMPETENZA DEL PERSONALE</b>	Competenza dei Fisioterapisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soddisfazione globale sui servizi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Usufruirà ancora dei nostri servizi? Sì  / No

Sì, Perché \_\_\_\_\_ No, Perché? \_\_\_\_\_

I suoi consigli o suggerimenti : \_\_\_\_\_

Per una eventuale risposta, ci lasci i suoi dati: **Nome e Cognome** \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Cell/ Tel \_\_\_\_\_

# MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

Data \_\_\_\_\_

Rev.: 1 del 18/07/2015

## MODULO DI RECLAMO

Io sottoscritto/a  
(nome)

| (cognome)

nato/a il

|a

| Prov.

Residente a

| Prov.

| CAP

Via

N.°

Tel.

| Email

### DICHIARO DI ESSERE

(barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste)

 Il diretto interessato il genitore (con potestà legale) il tutore il curatore l'amministratore di sostegno l'erede

Del minore (nome)

| (cognome)

nato/a il

|a

| Prov.

### RECLAMO PER

Una situazione o un fatto che si è verificato presso il reparto di "Medicina fisica e Riabilitazione"

Giorno evento

| Servizio

**COME PRESENTARE UN RECLAMO:** Il presente reclamo può essere presentato di persona all'accoglienza, per fax (0541 606502), per posta ordinaria (Riccione Terme S.p.A. - via Torino 4/16 - Riccione), per Email [medicinafisica@riccioneterme.it](mailto:medicinafisica@riccioneterme.it), attraverso le cassette di raccolta che trova nella struttura sanitaria.

Acconto al trattamento dei miei dati personali che verranno trattati, ai sensi del D. Lgs 196/03 da Riccione Terme S.p.A., con l'ausilio di strumenti informatici solo ed esclusivamente per finalità gestionali e statistiche, iniziative marketing e promozioni legate alla propria attività. L'interessato potrà far valere i propri diritti come espressi dall'art.7 del D.Lgs. n°196/2003, rivolgendosi al titolare del trattamento individuato nella "Riccione Terme S.p.A." - Viale Torino 4/16 - 47838 Riccione (Rn) scrivendo a [info@riccioneterme.it](mailto:info@riccioneterme.it)

Sì     No