



**TABELLA RETTE E TARIFFE DEI SERVIZI anno 2024**

<b>R.S.A</b>	<b>Camera doppia € 58,00</b> <b>Camera singola € 60,00</b>
<b>Per l'ingresso in RSA è richiesto il versamento di un deposito cauzionale pari ad una mensilità di 30 giorni</b>	
<hr/>	
<b>R.S.A. Aperta</b>	
<b>Servizio Socio Assistenziale a domicilio</b>	<b>€ 23,00</b>
<b>Frequenza in RSA/CDI di 4 ore (con pranzo)</b>	<b>€ 10,00</b>
<b>Frequenza in RSA/CDI superiore alle 4 ore (con pranzo e merenda)</b>	<b>€ 15,00</b>
<hr/>	
<b>C.D.I.</b>	<b>giornaliero € 23,00</b> <b>fisso mensile € 120,00</b>
<b>Contributo trasporto CDI</b>	<b>0/10 Km. € 2,90</b> <b>Oltre 10,1 Km. € 3,50</b>
<hr/>	
<b>Servizio pasti al domicilio</b>	<b>€ 8,50 IVA compresa</b>
<b>Utilizzo camera mortuoria</b>	<b>€ 150,00 + IVA</b>
<b>rilascio copia cartelle cliniche e accertamenti sanitari</b>	<b>€ 25,00</b>

**TABELLA TARIFFE PRESTAZIONI AMBULATORIALI PRIVATE**

**TERAPIA FISICA E RIABILITATIVA**

**anno 2024**

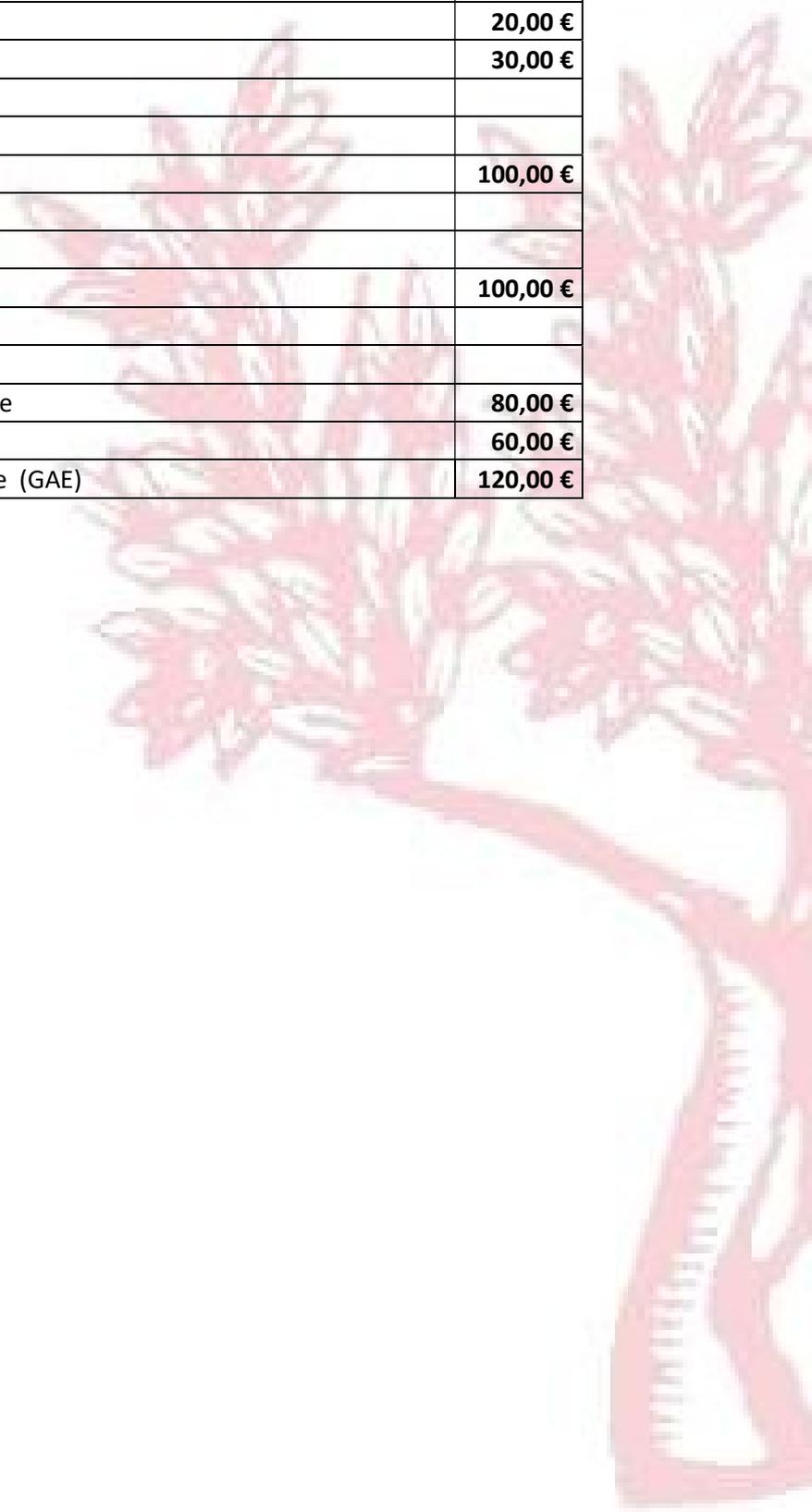
<b>TARIFFARIO PRESTAZIONI AMBULATORIALI PRIVATE</b>	<b>Prezzo</b>
<b>Descrizione</b>	
<b>Terapia Fisica e Riabilitativa</b>	
Kinesi Rieducativa passiva (40 minuti)	<b>27,00</b>
Massaggio Segmentale (20 minuti)	<b>22,00</b>
Massaggio Rachide in toto (30 minuti)	<b>32,00</b>
Linfodrenaggio manuale (45 minuti)	<b>47,00</b>
Pressoterapia	<b>32,00</b>
Endotermia (doctor Tecar)	<b>22,00</b>
Ionoforesi (per segmento)	<b>12,00</b>
Tens	<b>12,00</b>
Elettroterapia	<b>12,00</b>
Ultrasonoterapia	<b>10200</b>
Shiatzu	<b>42,00</b>
Terapia Posturale Individuale (mcKenzie, R.P.G., Mezieres)	<b>42,00</b>
Logoterapia (singola seduta)	<b>22,00</b>
Rieducazione Neuromotoria (50 minuti)	<b>42,00</b>
Kinesiotaping (applicazione singola)	<b>12,00</b>
Kinesiotaping (10 applicazioni)	<b>52,00</b>
<b><i>PACCHETTI: FKT+TERAPIA FISICA (50% di sconto sulla Terapia Fisica)</i></b>	
<b>Terapia di gruppo</b>	
Kinesiterapia per rachialgia (10 sedute bisettimanali) - 8 persone (1 ora)	<b>100,00</b>
Kinesiterapia osteoporosi - 6 persone (1 ora)	<b>100,00</b>

**TABELLA TARIFFE PRESTAZIONI AMBULATORIALI PRIVATE**

**anno 2024**

Descrizione	Prezzo
<b>Radiologia diagnostica – Dr. Squarcia, Dr. Martinelli, Dr. Cavalli</b>	
Densitometria ossea – 1 segmento	50,00 €
Densitometria ossea – 2 segmenti	55,00 €
Diagnostica ecografica del capo e del collo	50,00 €
Ecografia addome completo	80,00 €
Ecografia addome inferiore	50,00 €
Ecografia addome superiore	65,00 €
Ecografia della cute e del tessuto sottocutaneo	50,00 €
Ecografia muscolo-tendinea	50,00 €
Ecografia grossi vasi addominali	50,00 €
Ecografia mammella bilaterale	50,00 €
Ecografia osteo-articolare	50,00 €
Ecografia del pene	50,00 €
Ecografia dei testicoli	50,00 €
Radiografia tessuti molli faccia, capo e collo	25,00 €
Radiografia ossa facciali	25,00 €
Radiografia colonna cervicale	25,00 €
Radiografia completa della colonna	50,00 €
Radiografia cranio e seni paranasali	30,00 €
Radiografia del bacino	25,00 €
Radiografia del torace di routine	25,00 €
Radiografia coste, sterno, clavicola (monolaterale)	25,00 €
Radiografia della colonna toracica (dorsale)	25,00 €
Radiografia della colonna lombosacrale	25,00 €
Radiografia dell'addome	30,00 €
Radiografia femore, ginocchio, gamba	30,00 €
Radiografia Piede, Caviglia	25,00 €
Radiografia polso, mano	25,00 €
Radiografia gomito, avambraccio	25,00 €
Radiografia spalla e arto superiore	25,00 €
<b>Neurologia – Dr. Abbas</b>	
Elettromiografia Privata	100,00 €
Visita neurologica privata	100,00 €
<b>Ortopedia – Dr. Denti</b>	
Visita Ortopedica	70,00 €
Visita Ortopedica Controllo	40,00 €
Infiltrazioni di cortisone	25,00 €
Infiltrazioni di acido ialuronico	50,00 €

<b>Ortopedia – Dr. Uri</b>	
Visita Ortopedica	100,00 €
Infiltrazioni di cortisone	30,00 €
Infiltrazioni di acido ialuronico	50,00 €
<b>Fisiatria – Dr.ssa Pedrini</b>	
Visita Fisiatrica	120,00 €
Visita Fisiatrica di controllo	80,00 €
Visita per Invalidità Civile	150,00 €
Infiltrazioni di Acido Ialuronico	60,00 €
Onde d’urto focalizzate – 1 seduta	50,00 €
Onde d’urto focalizzate – ciclo di 3 sedute	120,00 €
Mesoterapia	40,00 €
<b>Cardiologia – Dr. Brunelli</b>	
Visita cardiologica con ECG	150,00 €
Ecocardiografia colordoppler a riposo	100,00 €
ECG	30,00 €
Holter cardiaco	60,00 €
Holter pressorio	50,00 €
<b>Chirurgia Vascolare – Dr.ssa Azzoni I.</b>	
Visita con Doppler	150,00 €
Ogni Doppler aggiuntivo al primo	40,00 €
Visita Chirurgica Vascolare	100,00 €
Visita Chirurgica Vascolare di Controllo	80,00 €
Sclerosanti	100,00 €
<b>Oculistica – dr. Comparini</b>	
Visita Oculistica privata	90,00 €
Esame del Fundus Oculi	50,00 €
<b>Ginecologia – dr.ssa Azzoni D.</b>	
Visita ginecologica + ecografia	100,00
Tampone	15,00 €
Pap Test	20,00 €
<b>Ginecologia – dr.ssa Anghileri</b>	
Visita ginecologica + ecografia	120,00 €
Pap Test	20,00 €
<b>Podologia – Dr. Zagni</b>	
Visita podologica	70,00 €
Visita podologica di controllo	35,00 €
Visita biomeccanica	70,00 €
Trattamento podologico	60,00 €
Trattamento podologico avanzato	70,00 €



Prestazione podologica di base	50,00 €
Ortesi in silicone	30,00 €
<b><i>Otorinolaringoiatria – Dr. Neroni</i></b>	
Visita otorinolaringoiatrica	100,00 €
Audiometria	20,00 €
Fibroscopia	30,00 €
<b><i>Urologia - Dr. Pegoraro</i></b>	
Visita Urologica	100,00 €
<b><i>Diabetologia - Dr. Mantovani</i></b>	
Visita Diabetologica	100,00 €
<b><i>Ozonoterapia - Dr. Adinolfi</i></b>	
Ozonoterapia paravertebrale/intramuscolare	80,00 €
Ozonoterapia sottocutanea	60,00 €
Ozonoterapia Grande Auto-Emo infusione (GAE)	120,00 €

**Servizio di parrucchiere**

**listino prezzi 2024**

<b>TAGLIO</b>	<b>€ 11.00</b>
<b>PIEGA</b>	<b>€ 15.00</b>
<b>TAGLIO + PIEGA</b>	<b>€ 25.00</b>
<b>TINTA + PIEGA</b>	<b>€ 33.00</b>
<b>TAGLIO + PIEGA + TINTA</b>	<b>€ 43.00</b>
<b>PERMANENTE + PIEGA</b>	<b>€ 36.00</b>
<b>PERMANENTE + TAGLIO + PIEGA</b>	<b>€ 45.00</b>
<b>TAGLIO UOMO</b>	<b>€ 10.00</b>







Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona Istituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus	<b>QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELL'UTENTE DEI SERVIZI SANITARI E POLIAMBULATORIALI</b>	MPURP.04 Rev0
---	---	------------------

**Ambulatoriale**

Data compilazione (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

DD01 Come ha prenotato? Telefonicamente  Allo sportello  Internet  Altro  Non so  Nessuna prenotazione

**Quanto è soddisfatto dei seguenti aspetti? (indicare da 1 a 7)**

D02 Servizio di prenotazione (orari di apertura, attesa al telefono/allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

D03 Tempo di attesa dalla prenotazione alla data della prestazione

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

D04 Servizio di accettazione amministrativa e pagamento ticket (attesa allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

D05 Accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

D06 Rispetto degli orari previsti

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

D07 Attenzione ricevuta dal personale medico (accuratezza della visita, cortesia)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

D08 Chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

D09 Attenzione ricevuta dal personale infermieristico e/o tecnico (accuratezza, cortesia, informazioni)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

D10 Rispetto della riservatezza personale

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

D11 Complessivamente quanto e' soddisfatto del nostro servizio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

D12 Consiglierebbe ad altri questa struttura?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto      Molto soddisfatto

A13 Sesso F  M

A14 Età

A15 Scolarità: nessuna  Scuola dell'obbligo  Scuola Superiore  Laurea

A16 Nazionalità Italiana  Europea  Extraeuropea

Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona Istituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus	<b>QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE dell'Ospite in RSA/Cure Intermedie</b>	MPURP.02 Rev0
---	---	------------------

Gent.le Sig.ra/Sig.re

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere informazioni e suggerimenti dagli Ospiti e dalle loro famiglie, per valutare la soddisfazione dei servizi offerti.

La Vostra opinione è importante per migliorare la qualità della permanenza dell'ospite in Struttura e alla creazione di un rapporto più costruttivo tra Fondazione e Famiglie. Potrà restituire il questionario depositandolo nei raccoglitori di reparto o nella cassetta rossa all'ingresso della Struttura.

Il questionario è anonimo.

Grazie per la collaborazione.

IL DIRETTORE SANITARIO

**Lei è ospite della Fondazione in:**

**Cure Intermedie**

**RSA** da:  mesi,  anni,  non risposto

					
	Molto soddisfatto	soddisfatto	accettabile	Non soddisfatto	Non so
<b>ACCOGLIENZA</b>					
1. Ritiene che le informazioni ricevute al momento dell'ingresso siano complete ed esaustive?					
2. Come valuta la cortesia e disponibilità del personale di accoglienza?					
3. Come valuta il grado di riservatezza mantenuto dal personale nei suoi confronti?					
4. Come valuta la modalità adottata dalla Fondazione per mantenere i rapporti con i familiari					
<b>ASSISTENZA</b>					
5. Come valuta la qualità delle cure riservate all'igiene personale					
6. Come giudica l'assistenza medica fornita					
7. Come giudica l'assistenza infermieristica fornita					
8. Come valuta gli interventi di riabilitazione					
9. Come valuta le attività educative/animative					
<b>GIORNATA/ORGANIZZAZIONE</b>					
10. Come valuta gli orari di vita dei reparti (sveglia, alzata e messa a letto)					
11. Come valuta gli orari dei pasti					
<b>SERVIZI OFFERTI</b>					
12. Come valuta il servizio offerto dalla parrucchiera					
13. Come giudica il livello di pulizia della biancheria piana (lenzuola, asciugamani, ecc.....)					
14. Come valuta il livello del servizio interno di lavanderia (per i capi personali)					
15. Come valuta la qualità e varietà del cibo					

					
	Molto soddisfatto	soddisfatto	accettabile	Non soddisfatto	Non so
16. Come valuta il servizio di distribuzione dei pasti e l'aiuto all'alimentazione					
17. Come valuta i servizi amministrativi (orario pubblico e informazioni)					
18. Come valuta l'assistenza religiosa					
<b>STRUTTURA</b>					
19. Come giudica il comfort della camera da letto e del bagno (accessibilità, comodità d'uso)					
20. Come giudica il comfort degli spazi comuni					
21. Come valuta il "microclima" (temperatura, umidità, aerazione, ecc.....)					
22. Come giudica il livello di pulizia della camera e dei servizi igienici					
23. Come giudica il livello di pulizia degli spazi comuni (corridoi, sale...)					
24. Come giudica la facilità di accesso agli ambienti (ascensori, segnaletica, ecc.)					

### Osservazioni e suggerimenti

---



---



---



---

Data di compilazione .....

Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona Istituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus	<b>QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE familiare/caregiver dell'ospite RSA/Cure Intermedie</b>	MPURP.03 Rev0
---	--	------------------

Gent.le Sig.ra/Sig.re

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere informazioni e suggerimenti dagli Ospiti e dalle loro famiglie, per valutare la soddisfazione dei servizi offerti.

La Vostra opinione è importante per migliorare la qualità della permanenza dell'ospite in Struttura e alla creazione di un rapporto più costruttivo tra Fondazione e Famiglie. Potrà restituire il questionario depositandolo nei raccoglitori di reparto o nella cassetta rossa all'ingresso della Struttura.

Il questionario è anonimo.

Grazie per la collaborazione.

IL DIRETTORE SANITARIO

Lei è  parente. Grado di parentela .....,  Altro .....

La persona che Lei viene a trovare è ospite della Fondazione in:

Cure Intermedie -  RSA da:  mesi,  anni,  non risposto

					
	Molto soddisfatto	soddisfatto	accettabile	Non soddisfatto	Non so
<b>ACCOGLIENZA</b>					
1. Ritiene che le informazioni ricevute al momento dell'ingresso siano complete ed esaustive?					
2. Come valuta la cortesia e disponibilità del personale di accoglienza?					
3. Come valuta il grado di riservatezza mantenuto dal personale nei suoi confronti?					
4. Come valuta la modalità adottata dalla Fondazione per mantenere i rapporti con i familiari					
<b>ASSISTENZA</b>					
5. Come valuta la qualità delle cure riservate all'igiene personale					
6. Come giudica l'assistenza medica fornita					
7. Come giudica l'assistenza infermieristica fornita					
8. Come valuta gli interventi di riabilitazione					
9. Come valuta le attività educative/animative					
<b>GIORNATA/ORGANIZZAZIONE</b>					
10. Come valuta gli orari di vita dei reparti (sveglia, alzata e messa a letto)					
11. Come valuta gli orari dei pasti					
<b>SERVIZI OFFERTI</b>					
12. Come valuta il servizio offerto dalla parrucchiera					
13. Come giudica il livello di pulizia della biancheria piana (lenzuola, asciugamani, ecc.....)					

					
	Molto soddisfatto	soddisfatto	accettabile	Non soddisfatto	Non so
14. Come valuta il livello del servizio interno di lavanderia (per i capi personali)					
15. Come valuta la qualità e varietà del cibo					
16. Come valuta il servizio di distribuzione dei pasti e l'aiuto all'alimentazione					
17. Come valuta i servizi amministrativi (orario pubblico e informazioni)					
18. Come valuta l'assistenza religiosa					
<b>STRUTTURA</b>					
19. Come giudica il comfort della camera da letto e del bagno (accessibilità, comodità d'uso)					
20. Come giudica il comfort degli spazi comuni					
21. Come valuta il "microclima" (temperatura, umidità, aerazione, ecc.....)					
22. Come giudica il livello di pulizia della camera e dei servizi igienici					
23. Come giudica il livello di pulizia degli spazi comuni (corridoi, sale...)					
24. Come giudica la facilità di accesso agli ambienti (ascensori, segnaletica, ecc.)					

### Osservazioni e suggerimenti

---



---



---



---



---



---



---



---

Data di compilazione .....