



Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Scienze della Formazione
Milano



Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS
Centro Orientamento Formazione Sviluppo
Milano

Corso di Perfezionamento
**Tecnologie per l'autonomia
e l'integrazione sociale delle persone disabili**
Anno Accademico 2003/2004

Follow up a un anno: Indagine sulla soddisfazione dell'utente rispetto agli ausili forniti

FOLLOW-UP

CANDIDATO: Laura Villabruna

***Abstract.** Spesso nel sistema di prescrizione e fornitura di ausili all'interno di un Istituto di Riabilitazione manca una fase di verifica del lavoro svolto all'interno del progetto riabilitativo.*

Con questo lavoro si intende indagare il grado di soddisfazione dell'utente in merito all'ausilio prescritto e ai servizi ad esso connesso, utilizzando il questionario QUEST (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology), somministrato telefonicamente. Si vuole altresì conoscere le eventuali cause dell'abbandono dell'ausilio, integrando lo strumento d'indagine con domande più specifiche. Intenzionalmente si sono scelte le due tipologie di ausili che rientrano tra quelli che, dall'esperienza degli operatori sanitari che lavorano sul territorio, spesso non vengono usati al domicilio: tra gli ausili per la mobilità il deambulatore da interno e, tra gli ausili per il bagno, il sedile girevole per vasca e l'asse per il trasferimento in vasca.

Si sono considerati gli utenti ricoverati all'Istituto Geriatrico Redaelli di Milano nel 2003 a cui è stato prescritto o consigliato uno di questi ausili all'interno del programma riabilitativo. La finalità del progetto è individuare i successi e i punti deboli del sistema di prescrizione e fornitura e in base a questo ipotizzarne un intervento migliorativo.

**Direttore del Corso:
Responsabile Tecnico Scientifico:**

**Prof. Giuseppe Vico
Ing. Renzo Andrich**

1. Sintesi del progetto

Il progetto intende indagare il grado di soddisfazione dell'utente riguardo a determinati ausili per la mobilità (*deambulatori da interno*) e per l'igiene della persona (*sedili girevole per vasca e assi per trasferimento in vasca*) che il Servizio di Riabilitazione dell'Istituto Geriatrico Redaelli di Milano ha prescritto o consigliato durante i ricoveri avvenuti nel corso del 2003.

Intenzionalmente si sono scelte le due tipologie di ausili che rientrano tra quelli che, dall'esperienza degli operatori sanitari che lavorano sul territorio, spesso non vengono usati al domicilio.

Si vuole pertanto analizzare questo fenomeno, con l'obiettivo di evidenziare le motivazioni dell'abbandono o, al contrario, sapere se si è verificato il miglioramento dell'autonomia previsto grazie all'uso dell'ausilio prescritto.

Nel contempo, dai risultati dell'indagine, ci si auspica di poter ottenere una verifica del proprio lavoro in modo da aver conferma di svolgere in modo adeguato il percorso riabilitativo e di aver contribuito al miglioramento della qualità della vita dell'utente, o piuttosto riflettere e modificare alcuni aspetti dell'iter dall'iniziativa al controllo e verifica dell'ausilio, secondo le 7 fasi identificate dal progetto HEART (Consorzio EUSTAT, 1999: "Tecnologie per l'autonomia" pag.16). Ciò permetterebbe di rivalutare il modo in cui il progetto riabilitativo coinvolge l'utente nella scelta dell'ausilio oltre al medico fisiatra, il fisioterapista, il terapeuta occupazionale, e, in seconda istanza, il tecnico ortopedico e la Asl autorizzante.

Si è scelto di inserire l'asse per vasca poiché, non essendo prescrivibile secondo il nomenclatore tariffario, permette di indagare se la scelta di acquistare l'ausilio e il conseguente investimento economico possa avere una ripercussione sull'utilizzo e sulla soddisfazione dell'utente.

In secondo luogo, si dà la possibilità al terapeuta che consiglia e addestra all'uso dell'ausilio di ottenere informazioni sulla reale efficacia.

Strumento di valutazione è il QUEST (Demers, Weiss-Lambrou, Ska., 2000) somministrato telefonicamente all'utente o ad un familiare di riferimento. Al fine di indagare le motivazioni di eventuale insoddisfazione o di non uso dell'ausilio si intende integrare il QUEST con una griglia che sintetizzi gli eventuali commenti dell'utente in caso di risposta diversa da "molto soddisfatto".

Il contesto in cui tale progetto si inserisce è costituito da utenti anziani, quindi di età superiore ai 65 anni, residenti a Milano, che sono rientrati al domicilio dopo un ricovero riabilitativo all'istituto geriatrico Redaelli. Essi si distinguono per due tipi di ricovero:

- Ricovero nei reparti di post-acuta o IPA a cui accedono pazienti provenienti dall'ospedale dopo ictus cerebri, frattura di femore, amputazione di coscia, idrocefalo normoteso...
- Ricovero nei reparti di degenza riabilitativa o IDR a cui accedono pazienti provenienti dal domicilio a cui serve mantenere o potenziare le capacità funzionali.

Tale differenziazione è importante perché incide sull'approccio all'ausilio: i primi infatti devono elaborare l'impatto con la nuova situazione che si è venuta a creare, il progetto riabilitativo è spesso di lunga durata, essi sono nuovi al mondo degli ausili e li vivono in modo ambivalente, comprendendone la funzionalità, ma riconoscendo che sono segno del cambiamento rispetto al "prima". Gli utenti che provengono dal domicilio invece frequentemente hanno una storia riabilitativa precedente, usano già un ausilio o si sono adoperati a soluzioni funzionali ma rischiose in termini di sicurezza. Essi se da una parte conoscono la loro situazione e sono in grado di identificare i bisogni, dall'altra faticano a definire obiettivi e soprattutto ad inserire nuovi strumenti per migliorare la loro condizioni. Su tutti questi aspetti incide poi l'età, la motivazione, il contesto culturale e sociale...

Attualmente nel servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale gli ausili vengono prescritti dal medico fisiatra verso la fine del programma riabilitativo, quando l'utente ha svolto la maggior parte del percorso di fisioterapia e/o terapia occupazionale. L'ausilio viene valutato e provato con l'utente per verificarne la funzionalità. Per i deambulatori da interno, il fisioterapista spesso fa sì che il paziente possa utilizzare l'ausilio anche in reparto e non solo in palestra. Il terapeuta occupazionale valuta le capacità di muoversi con il deambulatore nell'ambiente domestico del Servizio di Terapia Occupazionale.

In tutti i casi viene richiesta la planimetria dell'appartamento ed eventualmente viene svolto un sopralluogo a domicilio. Per quanto riguarda gli ausili per la vasca il terapeuta occupazionale analizza la planimetria del bagno e le misure della vasca, prova con l'utente e l'eventuale badante gli ausili nel bagno attrezzato dell'istituto. Quando viene identificato quello più idoneo, avviene l'addestramento all'uso per paziente e/o carer. Una volta individuati gli ausili per i diversi aspetti della vita quotidiana, medico fisiatra, fisioterapista e/o terapeuta occupazionale si confrontano e il medico procede con la prescrizione. In questo lavoro i codici del Nomenclatore Tariffario (DM 333/92) relativi agli ausili prescrivibili per i quali si procede al follow-up sono:

- 12.06.06.003 deambulatore due ruote due puntali di appoggio al terreno
- 02.06.09.109 regolazione in altezza
- 12.06.06.130 telaio pieghevole e smontabile
- 09.33.03.003 sedile girevole per vasca

Una volta compilato dal tecnico ortopedico scelto dall'utente la prescrizione viene consegnata alla famiglia per essere portata alla Asl di appartenenza (distretti 1-2-3-4-5 di Milano); successivamente all'autorizzazione e, nel caso in cui l'ausilio non sia stato consegnato dalla Asl in comodato d'uso, le terapeute responsabili degli ausili procedono all'ordine; la consegna da parte del tecnico ortopedico avviene in istituto o al domicilio del paziente, se è già stato dimesso. Si procede poi al collaudo, che avviene attraverso la valutazione diretta nel primo caso, o telefonando all'utente o ad una persona di riferimento per invitare a portare l'ausilio in visione al prescrittore che ne vaglia la corrispondenza alla prescrizione e, nella maggior parte dei casi, anche l'aspetto funzionale.

Da questo momento non si conosce più nulla del paziente e dell'ausilio, a meno che egli non venga nuovamente ricoverato.

La copia della pratica destinata al prescrittore viene archiviata ed è grazie a questa che vengono recuperati i dati degli utenti che entrano nello studio.

In questa ricerca non sono pertanto rientrati gli utenti a cui il deambulatore è stato consegnato dalla Asl che ha provveduto successivamente al collaudo.

Per l'ausilio considerato, che non viene prescritto, si procede alla ricerca dei dati contenuti nella cartella riabilitativa e alle relazioni di dimissione dal servizio di terapia occupazionale in cui vengono indicati gli ausili che si consigliano per le attività della vita quotidiana.

La scelta dello strumento QUEST è avvenuta perché è semplice da somministrare anche telefonicamente ed è alla portata dell'utenza considerata.

Sarebbe stato interessante proporre anche il questionario PIADS (Lutay, Day, 2002), per approfondire gli aspetti più psicologici legati agli ausili presi in esame, ma è stato ritenuto poco funzionale sia per la difficoltà di somministrazione per telefono sia per le possibili rinunce all'intervista da parte dell'anziano.

Oggetto dello studio sono 35 utenti, a cui è stato prescritto e consegnato nel 2003 un deambulatore e 14 utenti, a cui è stato fornito un sedile girevole per vasca (5 utenti), o a cui è stata consigliata l'asse per vasca (9 utenti).

E' evidente che il follow-up in esame non può fornire una panoramica completa relativa alla soddisfazione dell'utente riguardo ai numerosi ausili prescritti o consigliati (quando non prescrivibili) dal Servizio di Riabilitazione dell'Istituto Redaelli nel 2003.

E' stato comunque interessante e utile analizzarne una parte, rispettando il termine dell'anno dalla consegna che viene ritenuto l'ideale per sapere se l'utente ha ritenuto soddisfacente e funzionale l'ausilio inserendolo quindi nella vita quotidiana.

Il progetto è quindi da considerare come il punto di partenza per eventuali approfondimenti che potrebbero realizzarsi allargando lo studio agli stessi ausili, ma forniti dalla Asl, o prendendo in considerazione altre variabili nell'analisi dei risultati.

Questo progetto ha fornito spunti di riflessione sotto diversi parametri. L'elemento più utile è stata la possibilità di identificare l'eventuale fase o le fasi operative che hanno creato insoddisfazione nell'utente.

In seguito a questo sono stati ipotizzati degli interventi per ovviare alle problematiche emerse, con la consapevolezza che alcuni siano semplici da realizzare sia dal punto di vista operativo che

economico mentre per altri occorre un maggior coinvolgimento dell'ente in termini organizzativi e finanziari.

L'intervento immediato riguarda l'informazione dei terapisti su alcuni aspetti relativi all'ausilio che spesso vengono trascurati o demandati al tecnico ortopedico: temi di garanzia, manutenzione e assistenza prevista.

Una volta istruito l'utente e il familiare sui vari aspetti relativi all'ausilio, oltre che aver proceduto all'addestramento all'uso, si dovrebbe verificare l'efficacia del lavoro svolto attraverso un follow-up, che potrebbe ricalcare lo studio oggetto di questo lavoro o essere ampliato, analizzando diverse variabili.

Sicuramente avere avuto la possibilità di contattare a distanza di tempo gli utenti è stato uno stimolo motivazionale per la professione, oltre che un utile strumento di verifica della qualità del nostro operato.

2. Premesse teoriche

La soddisfazione dell'utente sta assumendo sempre maggior rilievo all'interno delle aziende sanitarie dove, a partire dalla seconda riforma del Servizio Sanitario Nazionale (D.Lgs.502/92 e successive modificazioni) è stata posta particolare attenzione al punto di vista del cittadino-cliente. E' noto che la persona che necessita di un intervento sanitario viene attualmente considerata come fruitore di un Servizio, e che la Sanità italiana negli ultimi anni si è orientata a stimolare le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, a trasformarsi in aziende capaci sia di rispondere ai bisogni dell'utente sia di razionalizzare i costi e di ridurre gli sprechi.

In quest'ambito sono stati svolti numerosi progetti con l'obiettivo di valutare la qualità relativa ai servizi erogati in modo da poter intervenire per potenziare l'efficienza in un'ottica aziendale di miglioramento dell'offerta e aumento della competitività..

La qualità può essere definita come "*la capacità di una organizzazione di garantire al cliente una risposta ai suoi bisogni e ai suoi desideri nei termini concordati*" (Leonardi, 1997). Occorre distinguere però tra *qualità attesa*, *qualità fornita* e *qualità percepita*.

La prima è quanto il cliente si aspetta. La seconda è quanto l'organizzazione eroga, che sarà poi vissuto in modo personale dal singolo cliente in termini di qualità percepita.

Nel valutare un servizio, l'utente si basa su fattori oggettivi, ciò che gli viene fornito, e su fattori soggettivi, ossia ciò che lui si aspetta di ricevere.

La percezione del servizio sanitario da parte del cliente infatti dipende da:

- ciò che **all'utente piacerebbe ricevere** dal servizio e ciò che *idealmente* il servizio dovrebbe fornire
- ciò che **l'utente realmente si aspetta**, quindi ciò che secondo il cliente il servizio dovrebbe dare
- ciò che **l'utente pensa di aver bisogno** che non necessariamente coincide con ciò che vuole

In questo contesto non è facile misurare la soddisfazione dell'utente e per raggiungere il più possibile la qualità secondo la definizione suddetta è indispensabile che le caratteristiche del servizio offerto siano in funzione delle aspettative e dei bisogni dell'utente.

Il miglioramento della soddisfazione dell'utente-paziente-cliente è diventato uno fra gli obiettivi principali in tema di organizzazione sia dei servizi pubblici che privati.

Tra gli strumenti utilizzati per testare la soddisfazione, il questionario è sicuramente il mezzo più impiegato: esso può essere precostituito, definito di volta in volta, formato da una parte precostituita e da una parte definita ogni volta.

Nella costruzione dei questionari esistono delle regole da rispettare relativamente a:

- formulazione delle domande: devono essere semplici, univoche e non orientare alle risposta
- sequenza delle domande: partire da quelle di carattere generale per entrare poi nello specifico
- scale di misurazione: indicare scale omogenee e non diversificate per domanda.

All'interno del Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale (SRRF) dell'Istituto Redaelli di Milano non è mai stato svolto un lavoro sulla soddisfazione dell'utente in merito alle prestazioni fornite all'interno del progetto riabilitativo.

La scelta dell'ausilio diventa spesso il punto focale del percorso riabilitativo ed è il mezzo con cui il paziente dovrà convivere tornando al domicilio. E' noto quanto sia importante il suo coinvolgimento nella scelta, quanto sia indispensabile un'attenta valutazione dell'ambiente domestico e come sia necessario un adeguato addestramento all'uso da parte del terapeuta.

Sappiamo che la scelta di un mezzo ausiliario incide sulla vita della persona che lo utilizzerà: esso dà un importante contributo all'autonomia, ma in molti casi porta a modificare alcune abitudini ed è spesso necessario un graduale adattamento al nuovo stile di vita. La valutazione deve essere effettuata in modo che l'ausilio sia *competente*, cioè svolgere la funzione per la quale è stato selezionato rispetto

ad altri, sia *contestuale*, adatto quindi all'ambiente in cui sarà usato e *consonante*, ossia adatto a quella persona e al suo stile di vita (Mainini, Ferrari, Zini, 1982).

Di conseguenza, per evitare che l'ausilio risulti inefficace e che venga abbandonato, è obbligatorio conoscere il punto di vista dell'utente, i suoi bisogni, le aspettative, le sue abitudini e predisposizioni nei confronti del mezzo assistivo.

Questo progetto è nato quindi dalla necessità e dal desiderio di sapere se il lavoro svolto ha prodotto risultati positivi soddisfacendo l'utente o, al contrario, se saranno necessarie delle modifiche all'interno del processo per rendere più efficace il nostro operato.

Lo strumento di valutazione scelto è il QUEST 2.0, che in base anche alle caratteristiche suddette, si è rivelato immediatamente rispondente alle esigenze del nostro Servizio.

Il QUEST 2.0 è il primo e, finora, l'unico strumento che dà la possibilità di indagare la soddisfazione dell'utente in modo specifico sull'ausilio e sui servizi correlati. Esso è nato da quattro anni di ricerca condotta da Louise Demers e dai suoi colleghi ricercatori Rhoda Weiss-Lambrou e Bernadette Ska presso l'Institut de Réadaptation de Montreal (Canada).

La base teorica su cui si sono appoggiati gli autori per sviluppare il QUEST è il modello MPT, Matching a Person with Technology (Scherer, 1991), un metodo assistito da questionari che serve all'operatore per valutare la predisposizione dell'utente disabile a risolvere un problema con un ausilio tecnologico, per prevedere in che misura l'ausilio proposto verrà effettivamente accettato ed utilizzato e per prevenirne l'eventuale abbandono. La seconda versione è stata creata per renderne più agevole l'uso: è in formato cartaceo, può essere autosomministrata o compilata con l'operatore.

Il questionario è strutturato in modo da rilevare il livello di soddisfazione dell'utente in 12 item suddivise in due parti: 8 item sono relativi alle caratteristiche dell'ausilio (dimensioni, peso, regolazione, sicurezza, durabilità, facilità d'uso, comodità efficacia) e 4 ai servizi (fornitura, manutenzione, professionalità, verifica). Ad ogni item viene chiesto un punteggio da 1 a 5, dove 1 significa "per niente soddisfatto" e 5 "molto soddisfatto". Nella scheda, per indagare i motivi dell'insoddisfazione, per ogni item è previsto uno spazio dove indicare i commenti in caso di risposta diversa da "molto soddisfatto".

Infine viene chiesto di indicare quali sono gli aspetti, tra quelli elencati, più importanti per un ausilio. L'ultima parte è riservata alla rilevazione dei risultati ed è compilata dal valutatore.

I risultati del QUEST possono essere analizzati in due modi:

- attraverso statistiche descrittive: indicando le medie dei punteggi delle sottoscale Ausilio e Servizi si ottiene la panoramica della soddisfazione o insoddisfazione dell'utente.
- attraverso l'analisi item per item, considerando i punteggi di ogni item e rilevando le eventuali aree problematiche. Questo metodo permette anche di confrontare la soddisfazione degli utenti su diversi ausili della stessa categoria.

Il QUEST può essere usato da diversi professionisti del settore degli ausili: può essere usato a scopi clinici, di ricerca e di mercato; può contribuire a monitorare nel tempo la soddisfazione verso l'ausilio per apportare eventualmente delle modifiche; permette di ottenere dati di outcome presentando i benefici degli ausili nella vita quotidiana, giustificandone il valore e l'impatto.

Il motivo per cui è stato scelto questo strumento per il progetto di follow-up tema di questo elaborato è stata la possibilità che fornisce di identificare in modo chiaro e diretto se l'utente è rimasto soddisfatto dell'ausilio in tutte le sue caratteristiche e se i servizi forniti sono stati all'altezza delle sue esigenze.

E' stato subito giudicato facile da capire per l'utenza geriatrica ed è stata ritenuta funzionale l'opportunità di poter segnare gli eventuali commenti in caso di insoddisfazione, in modo da poter approfondire l'analisi sulle cause.

Grazie agli item relativi all'ausilio si spera di ricavare informazioni connesse al momento della valutazione, analizzando sia la soddisfazione sia l'accettazione sia l'esito positivo nell'introduzione dell'ausilio nella vita dell'utente. Si suppone poi che i quattro item relativi ai Servizi possano fornire una panoramica sulla qualità delle prestazioni tecniche fornite dal nostro Servizio.

3. Contesto

L'Istituto Redaelli

L'Istituto geriatrico Redaelli di Milano accoglie circa 1100 utenti alloggiati in 13 reparti, così suddivisi:

- 2 reparti (80 posti letto) ospitano pazienti provenienti dall'ospedale per la riabilitazione dopo un evento acuto (IPA)
- 2 reparti (80 posti letto) ricevono utenti provenienti dal domicilio per un ricovero riabilitativo di mantenimento (IDR)
- 2 reparti distinti accolgono malati di Alzheimer per ricoveri a carico regionale e in RSA.
- 1 reparto (20 posti) è destinato all'hospice
- 1 reparto (12 posti) agli Stati Vegetativi permanenti
- 7 reparti sono Residenze Sanitarie Assistenziali
- 1 Day Hospital e 1 Centro Diurno Integrato.

Quasi tutti gli utenti sono residenti a Milano e provincia, raramente provengono da altri comuni. Spesso conoscono già l'Istituto perché, insieme al Pio Albergo Trivulzio, è noto per la cura e la riabilitazione delle patologie geriatriche.

La città di Milano è suddivisa in cinque distretti Asl: in ciascun distretto è presente un Ufficio Protesi ed Ausili a cui l'utente con invalidità in corso di accertamento o accertata si rivolge per l'autorizzazione ed eventualmente la fornitura dell'ausilio prescritto.

Una volta dimessi dai reparti di post-acuta e di mantenimento i pazienti solitamente ritornano al domicilio, a meno che non sopravvenga un nuovo fatto acuto per il quale si rende necessario un nuovo ricovero in ospedale o per situazioni cliniche, sociali, familiari e abitative viene scelto dall'utente o dai familiari il passaggio in una struttura protetta (RSA).

In post-acuta il ricovero dura fino a 3 mesi a seconda della patologia d'ingresso e della necessità cliniche e riabilitative.

Il medico geriatra può richiedere alla ASL una proroga dei tempi di ricovero e l'utente viene trasferito nel reparto di mantenimento riabilitativo dove le cure e la riabilitazione possono proseguire fino ad un massimo di 6 mesi.

Il Servizio di Recupero e Riabilitazione Funzionale dell'Istituto Redaelli

L'equipe del Servizio di Recupero e Riabilitazione Funzionale dell'Istituto è costituita da:

- 2 fisiatristi a tempo pieno, di cui 1 responsabile del servizio, che si occupano delle visite nel reparto post-acuta e mantenimento
- 1 fisiatra presente due pomeriggi a settimana per le visite in post-acuta e in RSA
- 1 geriatra specializzando all'ultimo anno in fisiatria che collabora con le attività cliniche del servizio di riabilitazione all'interno del reparto IDR in cui opera
- 31 fisioterapisti (di cui 1 part-time a 24 ore e 7 a 18 ore)
- 5 terapisti occupazionali (di cui 2 part-time a 24 ore e 1 a 18 ore)
- 2 logopediste (di cui 1 part-time a 24 ore)

In seguito alla visita fisiatrica, che avviene di norma entro una settimana dall'ingresso del paziente, viene stilato il progetto riabilitativo articolato in programmi di fisioterapia e/o Terapia Occupazionale e/o Logopedia.

Il Servizio di Riabilitazione è frequentato da alcuni tecnici ortopedici che sono, talvolta, di riferimento per consigli e confronti sulla risoluzione dei problemi relativi ad ausili o sistemi di postura in situazioni particolarmente complicate e rimangono a disposizione per le prescrizioni degli ausili se l'utente non ha un fornitore a cui rivolgersi.

Occasionalmente altre ditte fornitrici si rendono disponibili a far visionare e provare ausili di nuova produzione.

Il Servizio di Riabilitazione possiede 37 carrozzine standard e leggere, di cui 12 monocomando e 10 bascule, 90 deambulatori, di cui 20 ascellari, 1 con appoggio frontale, 2 con appoggio antibrachiale, quadripodi e bastoni. All'interno del Servizio di Terapia occupazionale sono presenti 2 sedili girevoli per vasca, 1 sedile (asse per vasca), 1 sedile doccia, 1 alzavc da 10 cm con braccioli e uno senza oltre ad altri piccoli ausili per la vita quotidiana. Gli ausili per la mobilità vengono prestati all'utente appena viene ricoverato, per facilitarne gli spostamenti.

Putroppo non sono un numero sufficiente, sono datate e non godono di buone condizioni di manutenzione: all'interno dei reparti sono presenti altre carrozzine comoda, di vecchia generazione che sono temporaneamente date agli utenti che hanno ridotte capacità motorie.

Gli ausili per il bagno vengono utilizzati con l'utente per valutare le sue capacità funzionali all'interno dell'istituto, dove è presente una vasca da bagno, e mostrare le tipologie di soluzioni relativa al suo bisogno.

Gli stessi ausili, se necessario, vengono provati a casa del paziente durante il sopralluogo domiciliare che viene previsto, se non si ha la possibilità di ottenere dai parenti una valida planimetria dell'abitazione.

L'ideale sarebbe sempre effettuare il sopralluogo con l'utente, ma questo accade solo se l'utente è in grado di deambulare e se non sussistono importanti barriere architettoniche esterne all'abitazione.

La verifica dell'accessibilità del domicilio viene svolta dal terapeuta occupazionale e dal fisioterapista che spesso collaborano ognuno per la propria competenza. Occasionalmente essi operano individualmente.

Trovo che tale possibilità sia uno strumento molto utile nella successiva proposta di ausili: con l'esperienza ci si è resi conto che a volte la planimetria non è sufficiente ad individuare le problematiche che l'utente vive nella quotidianità e capita che vengano omesse rilevazioni che incidono sulla reale possibilità fruizione degli spazi.

E' ancora più frequente che grazie al sopralluogo vengano ridimensionate le difficoltà che parevano insormontabili o al contrario prese in considerazione delle variabili che l'utente aveva trascurato.

In questo caso più che in altri si ha l'opportunità di selezionare l'ausilio da proporre all'utente rispondendo alle tre domande relative all'attività, alla persona e all'ambiente: l'ausilio "è competente? è consonante? è contestuale?".

4. Bacino d'utenza

Nel 2003 l'istituto Redaelli ha ospitato 1013 utenti ricoverati per la riabilitazione: nella tabella sottostante si possono osservare quanti pazienti sono stati ricoverati in post acuta e quanti in riabilitazione di mantenimento. Non si considerano, ai fini dello studio, gli ingressi in Day Hospital, che sono stati 603.

Totale utenti ricoverati nel 2003	1013	
Utenti ricoverati in post-acuta	573	56.5%
Utenti ricoverati in mantenimento	440	43.5%

Ingressi nel 2003

Per un ciclo di trattamenti riabilitativi in reparto o in palestra (FKT e/o T.O.) sono stati presi in carico dal Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale 978 utenti. La tabella seguente indica la ripartizione sul totale utenti ricoverati per evidenziare quantitativamente l'intervento del SRRF.

Totale utenti presi in carico dal SRRF	978	96.5%
Utenti della post-acuta	558	97%
Utenti del mantenimento	420	95.5%

Ingressi al SRRF nel 2003

A 438 utenti sono stati prescritti uno o più ausili. Essi sono quasi tutti residenti a Milano o provincia, molti abitano in affitto negli alloggi popolari in cui sono presenti barriere architettoniche.

La condizione socio-economica per molti non consente la possibilità di radicali modifiche strutturali all'ambiente domestico e anche dal punto di vista psicologico è noto che l'anziano non sia favorevole ai cambiamenti. E' importante pertanto riuscire a trovare gli adattamenti e gli ausili più funzionali evitando di proporre trasformazioni ideali ma costose e, in questo contesto, irrealizzabili.

In questo studio si vuole differenziare gli utenti ricoverati in post-acuta da quelli in regime di mantenimento perché si verifica un diverso approccio all'ausilio: per i primi infatti il percorso di individuazione dei bisogni, definizione degli obiettivi e identificazione delle soluzioni è spesso più lungo e difficile: l'utente non conosce il mondo degli ausili e lo percepisce in modo ambivalente: se da una parte ne riconosce la funzionalità, dall'altra lo vive come lo stigma del cambiamento rispetto al "prima".

E' per questo molto importante renderlo partecipe al processo riabilitativo, cercando di stimolare l'empowerment, ossia l'iniziativa, le capacità di scelta e di perseguire degli obiettivi nel recupero del maggior grado di autonomia.

L'utente che accede dal domicilio ai reparti di mantenimento invece ha di norma una storia riabilitativa alle spalle: possiede un ausilio o si è adoperato a trovare da solo delle soluzioni funzionali che a volte mancano di sicurezza. E' spesso reticente ad abbandonare tali soluzioni che ormai sono radicate nelle sue abitudini. L'obiettivo riabilitativo, in questi casi, diventa il passaggio di conoscenza e la dimostrazione pratica delle diverse possibilità per migliorare la sua qualità di vita.

Al contrario, a volte, occorre contrastare l'atteggiamento di *passiva rassegnazione* (Conorzio EUSTAT, 1999: Tecnologie per l'autonomia, pag.26) che assume l'utenza più anziana alla proposta di inserimento di ausili. Il vissuto di malattia e l'età avanzata fanno sì che ci si affidi completamente alle scelte altrui: apparentemente l'ausilio viene accettato, salvo poi abbandonarlo appena tomati nel proprio ambiente.

E' chiaro che non è possibile standardizzare queste due categorie di utenti in modo rigido poiché su questi aspetti incide poi l'età, la spinta motivazionale, il contesto socio-famigliare, il livello culturale...

La famiglia, se presente e disponibile, è coinvolta nel percorso riabilitativo, soprattutto nel momento dell'individuazione delle soluzioni alle problematiche emerse e nella scelta dell'ausilio.

Per i motivi sopra citati è fondamentale renderla partecipe delle capacità funzionali del parente in modo da stimolarlo all'accettazione dell'ausilio.

Ad essa e all'operatore che seguirà l'utente al domicilio saranno successivamente date le indicazioni su come supervisionare o assistere l'utente nell'uso dell'ausilio.

Non dimentichiamo che la presenza o meno di operatori esterni, siano essi *assistenti personali* (che forniscono prestazioni a pagamento, i cosiddetti badanti) o *aiutanti informali* (i familiari, gli amici...) (Consorzio EUSTAT, 1999: Tecnologie per l'autonomia, pag.26) influisce sul tipo di ausilio che sarà per lui più funzionale.

Può infatti non essere una buona soluzione proporre un deambulatore ad un utente che in palestra lo usa sotto stretta supervisione e a casa non avrà la possibilità di essere assistito continuamente. Ritengo però che sia più funzionale l'addestramento all'uso della carrozzina se l'ambiente domestico è accessibile.

Allo stesso modo, lo stesso utente, assistito 24 ore su 24, potrebbe essere accompagnato a braccetto del badante: in questo caso, quest'ultimo potrebbe essere considerato il miglior strumento di autonomia.

5. Situazione iniziale

All'interno del Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale, da circa 5 anni è stato creato un team di due fisioterapiste addette agli ausili.

Da circa un anno ad una fisioterapista si è sostituita una terapeuta occupazionale: tale servizio si occupa di catalogare gli ausili di proprietà dell'istituto, mantenerli in ordine e organizzare il lavoro degli altri terapisti nel prestito degli ausili ai pazienti durante la degenza. Inoltre si occupano della manutenzione degli ausili presenti in palestra, personalmente o richiedendo l'intervento di un operaio interno all'ente, e organizzano gli ordini di nuovo materiale in base al budget disponibile.

Una grossa parte del lavoro è costituita dalla gestione amministrativa delle prescrizioni 03 dal ricevimento dopo l'autorizzazione della Asl al collaudo.

Il Servizio di Riabilitazione è organizzato in modo che per ogni pratica in uscita venga compilata una riga di un quaderno predisposto come nella tabella seguente:

nome pz	reparto	terapista	ausilio	fornitore	Data consegna 03	Data ritorno 03	Data ordine ausilio	Data consegna ausilio
------------	---------	-----------	---------	-----------	---------------------	--------------------	------------------------	--------------------------

Modello utilizzato per registrare le pratiche 03 in uscita

Le prime 6 colonne sono compilate dal fisiatra prescrittore o dal terapeuta che ha in carico il paziente. Successivamente la terapeuta addetta al materiale ordina telefonicamente l'ausilio autorizzato, se non è già stato fornito dalla Asl in comodato d'uso. Il tecnico ortopedico procederà alla consegna che avviene in Istituto se l'utente è ancora ricoverato o al domicilio, se nel frattempo è stato dimesso. La consegna rispetta solitamente i termini di legge. Nel caso in cui l'utente sia ancora degente, il collaudo infine avviene in istituto; in caso contrario, le terapeute telefonano al domicilio del paziente per invitarlo a portare in visione l'ausilio al prescrittore.

L'ultima fase è l'archiviazione: le copie per il fornitore e la Asl vengono consegnate al tecnico ortopedico che procederà alla richiesta di fatturazione alla Asl. La copia dell'utente verrà consegnata o spedita allo stesso e la copia del prescrittore archiviata.

Grazie a queste copie conservate si è potuto recuperare i nomi e i riferimenti telefonici degli utenti che sono rientrati in questo studio. Per difficoltà legate ai tempi ridotti e alle risorse umane da impiegare nella ricerca sono stati esclusi gli utenti a cui è stato consegnato il deambulatore direttamente dalla Asl.

Il progetto, tema di questo lavoro, è stato svolto dalla terapeuta occupazionale alla quale è stata data la possibilità di frequentare il corso Siva per poter integrare la sua formazione, migliorare e ampliare le sue competenze in materia di ausili.

Teniamo presente che secondo il modello HEART le 7 fasi del processo di fornitura degli ausili nei sistemi pubblici dovrebbero essere caratterizzati da:

- *iniziativa*, ossia primo contatto tra l'utente e il sistema
- *assessment*, ossia valutazione dei bisogni
- *individuazione* della tipologia di soluzione
- *selezione* degli specifici ausili e dei servizi ad essi collegati
- *autorizzazione* da parte di un ente erogatore
- *fornitura* dell'ausilio (consegna, installazione, personalizzazione, addestramento all'uso)
- *follow-up*.

Il confronto con altre realtà operative ha fatto emergere luci ed ombre della nostra organizzazione.

Se da una parte ci si è resi conto che si pone la giusta attenzione ai passaggi che la prescrizione dell'ausilio compie dalla compilazione al collaudo, aspetto deficitario in altre strutture sanitarie, è emerso che denominare "pratica o prescrizione" tale processo sia un limite culturale e professionale.

Da tempo, si è evidenziata la volontà di conoscere il reale utilizzo degli ausili una volta che il paziente viene dimesso dal nostro istituto.

Di fatto, dopo il contatto per procedere al collaudo, si ha la verifica sul reale utilizzo dell'ausilio solo se il paziente viene nuovamente ricoverato; in alcuni casi gli operatori delle Asl in contatto con il

nostro servizio di riabilitazione lamentano il fatto che ausili quali deambulatori o sedili da vasca spesso non vengano utilizzati al domicilio.

6. Obiettivi

Si è voluto pertanto progettare un follow-up degli utenti a cui sono stati prescritti questi ausili nel corso del 2003 e, avvalendosi dello strumento QUEST, sperimentato durante il corso di perfezionamento, verificare la soddisfazione dell'utenza in merito all'ausilio e ai servizi ad esso correlato.

Per approfondire le motivazioni che hanno portato all'eventuale abbandono dell'ausilio si è voluto integrare il questionario con una sintetica griglia in cui fossero identificate le cause più comuni: al termine dell'intervista è stato esplicitamente chiesto se l'ausilio è ancora utilizzato e in caso di risposta negativa si è segnata il motivo.

Con questo studio, attraverso il grado di soddisfazione dell'utente, ci si auspica di identificare con maggior chiarezza i punti di forza e gli aspetti deficitari del Servizio di Riabilitazione, in particolare per quanto concerne il sistema di valutazione e fornitura degli ausili.

Il QUEST infatti, nella sua chiarezza e sinteticità ha permesso di sapere se l'iniziale fase di valutazione dei bisogni sia stata svolta opportunamente e se si sia stati in grado di trovare la soluzione più idonea.

Inoltre si sono ottenuti interessanti valutazioni dell'operato dei fornitori e ricevere il reale feedback sull'uso degli ausili direttamente dagli utenti.

Tali dati potrebbero essere uno spunto di riflessione e confronto tra le diverse figure professionali coinvolte nel processo riabilitativo: medici prescrittori, terapisti, tecnici ortopedici e Asl.

Si era consapevoli che sia il servizio di manutenzione che quello di verifica sarebbero stati fonte di insoddisfazione poiché praticamente inesistenti all'interno del nostro Servizio.

Una volta terminato lo studio si spera di avere la possibilità di migliorare la situazione attuale attraverso interventi specifici: nel caso in cui venga identificata una percentuale significativa di insoddisfazione relativa all'ausilio si potrebbe verificarne la qualità con i fornitori e stimolare il Servizio di Riabilitazione a porre maggior attenzione al momento della valutazione.

In merito ai Servizi si è consci che sarà necessario procedere al miglioramento delle informazioni all'utente in merito alla manutenzione o altri aspetti tecnici.

Se non ci fosse disponibilità ad attuare cambiamenti, oltre ad aver speso tempo ed energie, la situazione resterebbe la medesima con il pericolo di perdere progressivamente la fiducia degli utenti e rischiando nel breve termine di ottenere minori autorizzazioni di fornitura degli ausili presi in esame da parte delle Asl, ormai sempre più attente alla gestione delle proprie risorse, che ricordiamo, sono le risorse pubbliche

In ogni caso, non è di secondaria importanza l'opportunità di poter avere un feedback sulla qualità del proprio lavoro: ciò è uno stimolo al mettersi in gioco e a crescere professionalmente una volta presa coscienza e accettati gli eventuali errori commessi.

7. Articolazione del progetto

L'idea di proporre un'indagine sulla soddisfazione dell'utenza in merito agli ausili è nata durante il corso di perfezionamento, venendo a conoscenza dello studio compiuto nel 1999 dal Siva per verificare l'efficacia delle attività di consulenza.

Si è cercato di adattare la metodologia alla realtà dell'Istituto Redaelli, mantenendo la tecnica dell'intervista telefonica da sottoporre all'utente disabile o ad un familiare.

Si è utilizzata la scheda QUEST, integrata da una griglia in cui venisse segnata la motivazione per cui l'ausilio era stato abbandonato.

Anche in questo caso si è preso spunto dal suddetto studio.

L'esperienza lavorativa precedente come intervistatrice telefonica presso un istituto di ricerche di mercato ha facilitato l'approccio a questo metodo.

Le fasi operative

Fase a. L'ipotesi di progetto è stata discussa con la responsabile del Servizio di Riabilitazione che ha espresso un parere favorevole allo svolgimento e ha contribuito alla definizione iniziale dell'utenza oggetto del follow-up. È stata definito il luogo dove sarebbero effettuate le telefonate, lo Studio di Terapia Occupazionale per le chiamate urbane e quello del medico per le chiamate verso i cellulari, per disporre della linea diretta. Per la prima fase, di selezione dell'utenza e poi per le telefonate, si è deciso di riservare 1 ora-1h e mezza al giorno per 3 giorni alla settimana, nel pomeriggio. Successivamente, nella fase di elaborazione dei risultati si è dedicato 2 ore-2 ore e mezza.

Fase b. Esaminando il quaderno in cui vengono registrate le pratiche 03 in uscita è risultato che nel 2003 a 438 utenti sono stati prescritti uno o più ausili. Si sono considerati coloro ai quali è stato prescritto un deambulatore e la relativa tipologia di ricovero.

Fase c. Utilizzando il raccogliatore delle pratiche 03 collaudate (copia del prescrittore), sono stati trascritti i dati di tutti gli utenti a cui è stato prescritto un deambulatore o un sedile girevole per vasca, seguendo questo schema

Nome cognome Indirizzo/telefono	Anno di nascita	Ausilio	Data consegna	Diagnosi,	Ricovero in IPA-IDR	Distretto Asl di appartenenza
------------------------------------	--------------------	---------	---------------	-----------	------------------------	----------------------------------

Modello usato per rilevare i dati degli utenti rientrati nello studio

Nello studio, infatti, si è scelto di far rientrare solo gli utenti a cui è stato consegnato l'ausilio dal fornitore e non dalla ASL.

Si ha la consapevolezza che questa decisione ha escluso la possibilità di analizzare da vicino la soddisfazione dell'utente quando la consegna e il collaudo non avvengono presso l'Istituto Redaelli e che questo sarebbe stato senz'altro uno spunto di riflessione e di confronto con le ASL. È noto che queste ultime svolgano periodicamente dei controlli sugli ausili che vengono consegnati in comodato d'uso e sarebbe interessante poter confrontare e integrare i relativi dati a disposizione.

L'aver considerato solo gli ausili consegnati dai fornitori ha permesso di recuperare abbastanza facilmente i dati relativi all'utente e ha permesso di avere una panoramica sulla nostra utenza compatibilmente con il tempo a disposizione per lo svolgimento di questo studio, a cui si è dedicata una sola persona sia per le telefonate che per l'analisi dei risultati.

In seguito allo screening sopra descritto per i deambulatori sono emersi i seguenti dati:

Totale utenti con deambulatore	126	Rientrati nello studio	35
IPA	67	IPA	18
IDR	59	IDR	17

Prescrizioni deambulatore nel 2003

Fase d. Si è proceduto individuando gli utenti a cui nel 2003 è stato consigliato un sedile da vasca non prescrivibili (assi): è stato necessario recuperare dalle cartelle fisiatriche del 2003 le dimissioni della terapia occupazionale, in cui vengono indicati gli ausili consigliati che probabilmente l'utente ora possiede.

In questo caso il lavoro è stato più lungo perché è stato necessario leggere la dimissione e dare una veloce scorsa alla diaria scritta dai terapisti in merito al trattamento riabilitativo.

E' purtroppo emerso che gli unici utenti a cui è stata fornita o consigliata l'asse vasca sono quelli che hanno seguito un programma di terapia occupazionale. Si ha la certezza che i fisioterapisti abbiano provato tale ausilio con il paziente altre volte, direttamente o chiedendo la consulenza della terapeuta occupazionale, ma non essendo stato segnalato in cartella è stato impossibile individuarne il nome.

Per questo lavoro è stato possibile condividere il lavoro con una collega per un'ora.

Per il sedile vasca e per l'asse vasca i dati sono i seguenti

Totale utenti con sedile vasca		11	Rientrati nello studio		5
	IPA	6		IPA	3
	IDR	5		IDR	2
Totale utenti con asse vasca		9	Rientrati nello studio		9

Prescrizione-consiglio ausilio vasca nel 2003

Il totale degli utenti rientrati nello studio per gli ausili vasca è quindi 14.

Intenzionalmente si sono scelte le due tipologie di ausili che rientrano tra quelli che, dall'esperienza degli operatori sanitari operanti sul territorio, spesso non vengono usati al domicilio; la spinta motivazionale a conoscere più da vicino questa realtà ed avere un feed-back diretto dall'utente è stato uno stimolo per organizzare questo lavoro.

Inoltre nel Servizio di Riabilitazione dell'Istituto Redaelli sono presenti le figure professionali del Fisioterapista e del Terapista Occupazionale, e in riunione d'équipe si è scelto di considerare le due categorie di ausili, mobilità e vita quotidiana, più specifiche per ogni competenza.

Il sedile da vasca (asse) è stato inserito poiché si ritiene essere l'ausilio più funzionale per il trasferimento in vasca per molti nostri utenti e per questo, dopo un adeguato addestramento, il più consigliato.

Non essendo prescrivibile secondo il nomenclatore tariffario si è ritenuto interessante sapere se l'investimento economico iniziale da parte del paziente poteva avere ripercussioni sulla soddisfazione e sull'uso dello stesso.

Per approfondire le motivazioni che hanno portato all'abbandono dell'ausilio si è voluto integrare il QUEST con una sintetica griglia in cui fossero identificate le motivazioni più comuni: al termine dell'intervista è stato esplicitamente chiesto se l'ausilio è ancora utilizzato e in caso di risposta negativa si è segnata la causa.

SI			
NO			
	MAI USATO		
	SI E' ROTTO		
	NON VA BENE		
	NON E' ADATTO		
	NON PIÙ IN GRADO		
	MEGLIO L'AUSILIO PRECEDENTE		

Si è scelto di somministrare il questionario telefonicamente all'utente o ad un parente di riferimento poiché sarebbe stato troppo impegnativo sia dal punto di vista organizzativo che economico porlo di persona.

Si è escluso di spedire il questionario per posta attendendone il ritorno una volta compilato poiché probabilmente non ci sarebbe stato un sufficiente riscontro e, data l'età dell'utenza, era alto il rischio di difficoltà di comprensione del test.

Inizialmente sono rientrati nello studio solo gli utenti a cui è stato consegnato l'ausilio tra gennaio e luglio. E' stato scelto il periodo di circa un anno dalla consegna poiché, in base a quanto appreso durante il corso di perfezionamento, è la distanza di tempo ideale per conoscere la soddisfazione dell'utente relativamente all'ausilio. Sono occorse 5 ore, di cui 3 fuori dall'orario di lavoro per ordinare i nominativi, trasferire sul computer e stampare gli elenchi.

Fase e. Si sono ordinati e stampati dei dati dei suddetti utenti secondo lo schema precedente.

Fase f. Inizio delle telefonate: si è scelto di telefonare agli utenti che possiedono il deambulatore consegnato nei primi 7 mesi del 2003.

I criteri individuati per lo svolgimento dell'intervista di follow-up sono stati:

- somministrazione in primo luogo all'utente. In caso di impossibilità per problematiche fisiche e/o psicosensoriali l'intervista viene rivolta al familiare di riferimento che di solito corrisponde a colui che ha lasciato il numero in amministrazione e sulla prescrizione.
- L'intervista deve durare al massimo 5 minuti. Prevedendo che gli utenti, entrando in contatto con un servizio, avrebbero cercato di ricevere informazioni o consigli sulla loro situazione personale attuale, si decide di dedicare al massimo ulteriori 5 minuti fornendo indicazioni tecniche specifiche sull'ausilio e rimandando al personale di competenza per ciò che riguarda la fruizione dei servizi offerti dal nostro ente.
- E' stata prevista la possibilità che l'intervistatrice, essendo da sola, interpellasse un utente o familiare col quale avesse avuto contatti durante il ricovero. Tale possibilità interessa 3 utenti che hanno ricevuto un ausilio vasca (1 sedile girevole e 2 assi)
- In caso di utente deceduto o ricoverato in RSA non si procede con la somministrazione del QUEST al familiare, a meno che egli non lo desideri; l'utente comunque rientra nella statistica finale

Fin da subito ci si è resi conto che la previsione di effettuare almeno 3-4 telefonate al giorno non era realizzabile poiché molti numeri non rispondevano o si attivava la segreteria telefonica o gli altri erano errati. Si è tenuto comunque presente che, essendo un periodo di ferie, agosto, i familiari degli utenti a cui corrispondevano molti numeri, probabilmente al momento non erano reperibili.

Fase g. Dati gli scarsi risultati, dopo circa 15 giorni si è deciso di ampliare il numero degli intervistati, includendo tutti i pazienti dell'elenco. Nello studio sono rientrati alla fine tutti i 47 utenti che sono stati ricoverati per la riabilitazione in regime di post-acuta o per un ciclo riabilitativo di mantenimento. Essi sono stati ricoverati a causa di frattura di femore (36%), ictus cerebri (17%), sindrome da allettamento (11%), amputazione di arto inferiore (4%), deterioramento cognitivo da demenza vascolare o M. di Alzheimer (14%), altro (18%). Spesso la patologia d'ingresso è associata ad altre: artropatie, BPCO, depressione che possono avere ripercussioni sulla condizione clinica e sul percorso riabilitativo.

Fase h. Dopo aver svolto circa 10 interviste si sono cercati ulteriori dati nel computer presente nel Servizio Accettazione dopo aver richiesto l'autorizzazione della Responsabile dei servizi Sociali. In esso sono reperibili tutti i riferimenti dell'utenza del Redaelli passata e presente. Si sono verificati quindi i numeri di telefono di tutto l'elenco e a chi appartengono.

Fase i. Si è proseguito il lavoro delle interviste con la stessa tempistica precedente, segnando osservazioni positive e negative da sviluppare in sede di analisi dei risultati.

Si è notato che la collaborazione durante le telefonate è stata molto buona: si è evidenziata una difficoltà da parte dell'utente ad esprimere un giudizio sotto forma numerica, mentre si è dimostrato più semplice somministrare il test ad un familiare più giovane.

Spesso infatti sia i numeri di telefono indicati sul modello 03 e sia quelli ottenuti in Amministrazione corrispondevano ai figli. Questo se da una parte ha facilitato lo svolgimento del lavoro qualora si riuscisse a contattare un congiunto, dall'altro ha procurato un rallentamento poiché spesso non è stato subito possibile interpellarlo poiché era installata la segreteria telefonica o il telefono suonava libero.

L'impossibilità di mostrare il cartaceo all'utente ha creato un impaccio nella proposta finale di scelta dei tre elementi più importanti quando viene prescritto un ausilio poiché a volte è stato necessario elencare i 12 items, troppi per un'intervista telefonica poiché difficili da memorizzare.

La somministrazione telefonica del questionario ha occupato buona parte del lavoro in termini di tempo: se inizialmente, in accordo con la Responsabile del Servizio, si era deciso di utilizzare l'ora in cui in Istituto i pazienti pranzano, prevedendo di svolgere almeno 3-4 interviste all'ora, è accaduto che per diversi imprevisti legati al lavoro della terapeuta con gli utenti interni (colloquio con parenti, confronti con colleghi o riunioni di equipe) non si riuscisse a rispettare tale tempistica. È stato pertanto necessario interpellare, attraverso la Responsabile del Servizio, il Direttore Medico sulla possibilità di dedicare allo studio almeno 1 ora e mezza-2 ore al giorno, organizzandosi in modo da seguire i pazienti in carico al mattino.

Si è riusciti così a migliorare la qualità del lavoro terminando le interviste telefoniche.

Fase I. Una volta terminate le telefonate e compilate le schede finali è quindi iniziata l'analisi dei risultati seguendo la metodologia item per item come mostrato sul manuale del QUEST 2.0, con lo scopo di individuare in modo chiaro il grado di soddisfazione dell'utente nelle diverse aree indagate. Si è scelto di esaminare i punteggi per ognuno degli item di soddisfazione indicando in una tabella sia la percentuale che il numero di soggetti che hanno risposto che erano "più o meno soddisfatti" o meno (punteggi 1, 2, 3 messi insieme) e "piuttosto soddisfatti" o "molto soddisfatti"(punteggi 4 e 5 messi insieme).

Fase m. In base ai risultati emersi sono stati ipotizzati degli interventi, possibilmente a breve medio termine, per migliorare la qualità del servizio offerto: essi verranno illustrati nella sezione specifica.

Considerazioni sulle interviste

Il lavoro si è rivelato molto impegnativo, ma ricco di soddisfazioni. Innanzitutto occorre ammettere la difficoltà nello svolgere un lavoro scientifico: è noto che spesso il personale tecnico non è preparato a lavorare sui risultati del proprio operato in termini statistici, limitandosi ad affermare che la riabilitazione è un campo difficilmente valutabile perché influenzato da numerosi fattori soggettivi.

La somministrazione telefonica del QUEST si è rivelata abbastanza agevole, non fosse per la difficoltà a contattare l'utente alla prima telefonata. Percentualmente, sono stati intervistati più familiari che utenti sia perché il numero di telefono corrispondeva ad essi sia perché l'anziano stesso, sentendosi porre un questionario in cui deve rispondere attraverso un punteggio preferisce delegare al parente.

È effettivamente stato più complicato sottoporre il QUEST telefonicamente al diretto interessato, soprattutto se molto anziano e con un basso livello culturale. Egli tendeva a dare un giudizio globale sull'ausilio e sui servizi avendo difficoltà a esprimere un punto ad ogni item. Si è notato inoltre che, insistendo nella richiesta di esprimere un grado di soddisfazione specifico, la persona spesso rimaneva imbarazzata ed è capitato che si sentisse infastidita.

Sarebbe stato sicuramente più agevole sottoporre il QUEST di persona, leggendo e mostrando la scala da 1 a 5 relativa al livello di soddisfazione. È capitato che in 5 interviste l'utente o il familiare, non abbia dato una risposta. Dal manuale del QUEST si è appreso che l'intervista è da considerarsi comunque valida.

Terminata l'intervista alcuni familiari hanno chiesto informazioni generali in merito alla restituzione o alla sostituzione degli ausili, non sapendo a chi rivolgersi anche per la semplice manutenzione. Come verrà spiegato nei successivi capitoli, queste richieste, sebbene non abbiano influenzato i risultati del QUEST, hanno dato uno spunto importante per l'intervento operativo successivo al follow-up.

8. Risultati

Il QUEST si è confermato uno strumento molto funzionale alle esigenze sia per la facilità di somministrazione sia per la velocità di lettura dei risultati.

Utenti con deambulatore

Tra i 35 utenti a cui è stato prescritto un deambulatore, 26 sono stati intervistati, 3 sono deceduti, 1 è stato ricoverato in RSA e di 5 il numero telefonico non era abilitato.

Tra i 26 intervistati, il QUEST è stato somministrato direttamente all'utente solo in 2 casi. Negli altri, è stato coinvolto il figlio (16 casi) o il coniuge o un altro parente (8 casi). Tre di questi hanno riferito che il congiunto era ricoverato temporaneamente in un istituto per la riabilitazione e 1 in RSA (il figlio ha voluto ugualmente rispondere alle domande).

L'integrazione con una griglia in cui fossero elencati i motivi di un eventuale abbandono dell'ausilio ha permesso di canalizzare le risposte dell'utente e esaminarle con maggior chiarezza e rapidità.

Solo 7 utenti contattati non usano più l'ausilio, 5 di questi per motivi non direttamente correlate al deambulatore; ciò è motivo di grande soddisfazione per il Servizio di Riabilitazione.

In fase di progettazione si voleva analizzare se il tipo di ricovero e quindi la condizione clinica influisse sul successivo utilizzo dell'ausilio: si è notata uniformità nel risultato poiché di questi 7 utenti che non lo usano più 3 erano ricoverati in post acuta, 4 in mantenimento.

I 2 utenti insoddisfatti dell'ausilio erano ricoverati in post acuta: un paziente ha dichiarato che l'ausilio prescritto non ha le stesse caratteristiche di quello usato durante la degenza; l'altro preferisce deambulare aiutandosi con due quadripodi che usava già prima dell'ultimo ricovero.

La somministrazione del QUEST ha fornito risultati interessanti: gli utenti e i famigliari si sono rivelati molto soddisfatti dell'ausilio, un po' meno dei servizi, soprattutto, come ci si aspettava, dal servizio di manutenzione e da quello di verifica.

In relazione all'item sul servizio di manutenzione e assistenza previsti per l'ausilio il risultato è solo apparentemente soddisfacente poiché, sebbene venisse spiegato all'intervistato che si chiedeva il grado di soddisfazione sul servizio *previsto*, l'utente ha risposto che, non avendone mai usufruito, ne era contento.

Tuttavia, è capitato che alla fine dell'intervista chiedesse informazioni e riferimenti in caso di necessità. Alcuni, di loro iniziativa, avrebbero chiamato l'istituto, altri la Asl, pochi il fornitore.

Si è evidenziata la totale ignoranza sulla presenza di garanzia sull'ausilio.

Molta insoddisfazione per il servizio di verifica, il cui commento numericamente più rilevante è "*non c'è stato*".

Si è notata la tendenza a dare il massimo voto, salvo poi lamentarsi di qualche aspetto: per poter segnare tali osservazioni si è scelto di abbassare di un voto il punteggio e inserire quanto riferito nella sezione "commenti". Ciò non influisce sui risultati finali poiché, come detto precedentemente, i punteggi di soddisfazione 4 e 5 rientrano nello stesso gruppo.

Terminate le interviste sui deambulatori il QUEST è stato somministrato agli utenti con sedile vasca girevole o sedile/asse vasca.

Utenti con ausilio per la vasca da bagno

Dei 14 utenti selezionati sono stati intervistati 10 figli. Uno di questi, sebbene il genitore fosse deceduto, ha voluto rispondere ugualmente al questionario. Non è ovviamente rientrato nella statistica relativa all'uso dell'ausilio.

Dei restanti 4 uno è stato irrintracciabile e 3 non hanno acquistato l'asse sebbene fosse stata provata e consigliata durante il ricovero. La motivazione data è imputabile alla scelta del parente di mantenere l'abitudine precedente al ricovero usando un seggiolino nonostante la maggior difficoltà nel trasferimento, o preferendo svolgere l'igiene delle diverse parti del corpo in fasi separate.

Mentre il sedile girevole ha riscosso molta soddisfazione da parte dell'utenza e dei famigliari, tanto che viene ancora usata, l'asse è risultata in generale meno sicura e in 2 casi non è più usata.

Anche per questi ausili si è evidenziata l'insoddisfazione per il servizio di verifica, mentre per quanto riguarda la manutenzione e assistenza previsti, l'utenza, nella maggior parte dei casi, ha vissuto il contatto diretto con il fornitore al momento della consegna: il sedile girevole viene spesso consegnato e installato al domicilio, pertanto si crea un rapporto più diretto tra utente e fornitore. Per l'asse non è prevista manutenzione e assistenza, ma solo garanzia, di cui l'utente, anche in questo caso, non era a conoscenza.

Gli item relativi all'ausilio hanno evidenziato per entrambe le categorie, un buon grado di soddisfazione, superando largamente l'80% di utenti "piuttosto" o "molto soddisfatti": ciò potrebbe significare il coinvolgimento dell'utente nella scelta oltre che un efficiente servizio di valutazione e prescrizione.

Inaspettatamente non sono avvenute lamentele relative al Servizio di fornitura che spesso richiede tempi lunghi: solo il 10% si è detto insoddisfatto.

Gli item considerati più importanti nella scelta di un ausilio sono stati la sicurezza, l'efficacia e la facilità d'uso, che hanno ricevuto più preferenze sia per i deambulatori che per gli ausili vasca.

Dal momento in cui si è deciso di intraprendere questo lavoro, tra le aspettative c'era la curiosità di verificare l'atteggiamento dell'utente e della famiglia al contatto telefonico da parte dell'istituto.

E' stata una sorpresa piacevole accorgersi della disponibilità a collaborare allo studio: questo è stata la dimostrazione di un ricordo positivo del ricovero vissuto l'anno precedente.

Si è potuto constatare l'interesse da parte delle Asl del distretto 5, con la quale si hanno più contatti perché logisticamente attigua all'istituto, e di uno dei nostri maggiori fornitori di ausili verso i risultati di questo progetto. La prima ha dato la disponibilità a collaborare per proseguire i follow-up degli ausili forniti dal suo magazzino e il secondo è stato fondamentale per programmare l'intervento informativo ai terapisti del Servizio di Riabilitazione.

A breve termine infatti si è pensato di dedicare due ore all'interno dell'orario di lavoro per presentare questo studio ed i relativi risultati.

A condurre l'intervento sarebbe la terapeuta che ha partecipato al corso di perfezionamento e il tecnico ortopedico.

Nella prima parte, di circa mezz'ora, la terapeuta si occuperebbe di mostrare la statistica relativa alla soddisfazione dell'utente sugli ausili presi in considerazione e l'obiettivo sarebbe quello di sensibilizzare i colleghi a porre attenzione agli aspetti relativi all'informazione all'utente e familiari sulle possibilità di manutenzione e assistenza previste per l'ausilio.

A questo proposito si è ipotizzata la consegna di un foglio in cui vengano riportati i tempi di garanzia previsti dalla legge e i riferimenti della ditta fornitrice, se l'ausilio non viene consegnato dalla Asl.

Ogni terapeuta dovrebbe accertarsi che alla consegna dell'ausilio sia accluso il libretto d'istruzioni previsto dalla legge e dovrebbe segnalare all'utenza l'importanza degli aspetti trattati in esso, compresi gli eventuali tempi dilatati di garanzia.

Successivamente il tecnico ortopedico si occuperebbe di presentare come e perché è importante la manutenzione di un ausilio, specificatamente di un deambulatore e di una carrozzina manuale. Per quest'ultima verrebbero ipotizzati i problemi più comuni e le diverse soluzioni. I terapisti presenti oltre alle informazioni teoriche avrebbero la possibilità di praticare, in piccoli gruppi, la manutenzione dell'ausilio.

Si spera che questo follow-up possa essere utile non solo al Servizio di Riabilitazione dell'ente, ma che condividendo i pro e contro emersi, diventi spunto di riflessione per altre strutture e soprattutto per gli attori coinvolti nelle varie fasi.

Il primo passo, oltre al suddetto intervento in-formativo all'interno del SRRF, sarebbe la ripresa del follow-up sugli ausili prescritti nel 2004, sia che siano stati forniti dalla Asl che non.

Anche per questo lavoro verrebbe utilizzato il QUEST: con la Responsabile del servizio di Riabilitazione si è ipotizzato che la terapeuta che ha svolto questo lavoro dedicherebbe sistematicamente 1 ora al giorno alle telefonate, rispettando la scadenza di un anno dalla consegna.

A questo proposito è già stata contattata una terapeuta del distretto 5 che potrebbe fornire i dati degli utenti.

In questa sede, aver indicato l'età, la diagnosi clinica del soggetto e il distretto Asl di appartenenza è servito per dare maggiori informazioni sul bacino di utenza a cui il follow-up si rivolgeva: potrebbe essere interessante analizzare in che modo queste variabili influenzano il livello di soddisfazione. Data

l'utenza anziana, un'altra ipotesi potrebbe essere comparare i risultati tra ausili della stessa categoria tenendo conto di altri parametri, e presenza o meno di badanti che assistono all'uso dell'ausilio.

Si ha la consapevolezza però che attualmente sarebbe già un gran risultato proseguire nel follow-up attraverso il QUEST, impegnando una sola persona. Gli approfondimenti potrebbero realizzarsi solo se fosse possibile coinvolgere altro personale o comunque fare sì che una persona si dedichi completamente allo studio, circostanza al momento inattuabile.

9. Relazione tecnica

In questo capitolo vengono indicati schematicamente i risultati del QUEST ed i relativi interventi.

Risultati delle interviste

Per maggior chiarezza si è scelto di indicare sia il numero di utenti che hanno risposto ad ogni item sia la relativa percentuale.

DEAMBULATORI A DUE RUOTE A DUE PUNTE

Analisi domanda per domanda per 26 utenti per le sottoscale "ausilio" e "servizi"

Alcune risposte sono state omesse dall'intervistato.

AUSILIO ITEMS	"PIU' O MENO SODDISFATTO o meno		"PIUTTOSTO SODDISFATTO" o "MOLTO SODDISFATTO"	
	% SOGGETTI	N°	% SOGGETTI	N°
1. DIMENSIONI	11.5	3	88.5	23
2. PESO	11.5	3	88.5	23
3. REGOLAZIONE	8	2	92	24
4. SICUREZZA	4	1	92	24
5. DURABILITA'	4	1	92	24
6. FACILITA' USO	15	4	85	22
7. CONFORT	8	2	85	22
8. EFFICACIA	8	2	92	24
SERVIZI				
9. FORNITURA	11.5	3	88.5	23
10. ASSISTENZA	15	4	81	21
11. S.PROFESSIONALI	15	4	85	22
12. VERIFICA	85	22	15	3

Uso ausilio

SI	73.1%	19 UTENTI
NO	26.9 %	7 UTENTI
MAI USATO	14%	1 UTENTE
SI E' ROTTO		
NON VA BENE		
NON E' ADATTO	14%	1 UTENTE
NON PIU' IN GRADO	71%	5 UTENTI
MEGLIO L'AUSILIO PRECEDENTE		

Preferenze:

DIMENSIONI:7 PESO:3 REGOLAZIONE:0 SICUREZZA: 17 DURABILITA':5 FACILITA' D'USO:13 CONFORT:1 EFFICACIA:12	SERVIZIO FORNITURA:1 ASSISTENZA:0 PROFESSIONALITA':3 VERIFICA:0
---	--

AUSILIO VASCA

Analisi domanda per domanda per 10 utenti per le sottoscale "ausilio" e "servizi"

5 UTENTI PER IL SEDILE GIREVOLE, 5 UTENTI PER L'ASSE VASCA Alcune risposte sono state omesse dall'intervistato. Un utente è deceduto ma il familiare ha voluto rispondere ugualmente al QUEST.

AUSILIO	SEDILE GIREVOLE VASCA				SEDILE VASCA (ASSE)			
	"PIU' O MENO SODDISFATTO o meno		PIUTTOSTO O MOLTO SODDISFATTO		"PIU' O MENO SODDISFATTO o meno		PIUTTOSTO O MOLTO SODDISFATTO	
ITEMS	% SOGGETTI	N°	% SOGGETTI	N°	% SOGGETTI	N°	% SOGGETTI	N°
1.DIMENSIONI	-	-	100%	5	-	-	100%	5
2.PESO	-	-	100%	5	-	-	100%	5
3.REGOLAZIONE	-	-	100%	5	-	-	100%	5
4.SICUREZZA	20%	1	80%	4	20%	1	80%	4
5.DURABILITA'	-	-	100%	5	-	-	100%	5
6.FACILITA' USO	-	-	100%	5	-	-	100%	5
7.CONFORT	-	-	100%	5	40%	2	60%	3
8.EFFICACIA	-	-	100%	5	40%	2	60%	3
SERVIZI								
9.FORNITURA	20%	1	80%	4	20%	1	80%	4
10.ASSISTENZA	20%	1	80%	4	40%	2	60%	3
11.S.PROFESSIONALI	20%	1	80%	4	60%	3	40%	2
12.VERIFICA	100%	5	-	-	100%	5	-	-

Usò Ausilio

Tutti gli utenti con sedile girevole vasca la usano ancora, escludendo l'utente deceduto. Di seguito, i dati relativi all'uso dell'asse.

SI	60%	3 UTENTI
NO	40%	2 UTENTI
MAI USATO		
SI E' ROTTO		
NON VA BENE		
NON E' ADATTO	100%	2 UTENTI
NON PIU' IN GRADO		
MEGLIO L'AUSILIO PRECEDENTE		

Preferenze:

DIMENSIONI: 1 PESO: 7 REGOLAZIONE: 0 SICUREZZA: 7 DURABILITA':1 FACILITA' D'USO: 5 CONFORT: 1 EFFICACIA:7	SERVIZIO FORNITURA:1 ASSISTENZA:0 PROFESSIONALITA':1 VERIFICA:0
---	--

Interventi

Programma trattato dalla terapeuta occupazionale

Risultati del follow-up	
Problematiche emerse:	necessità di fornire maggiori informazioni sulla manutenzione e assistenza dell'ausilio.
	Necessità di una verifica
Porre l'attenzione su quanto dice la legge in merito alla garanzia	
Informazioni sulla garanzia e sull'assistenza	

:

Programma del tecnico ortopedico:

Deambulatori

manutenzione di:	ruote
	impugnature
regolazione e lubrificazione parti mobili (pemi, viti e bulloni)	

Carrozze manuali standard e leggere

1^ parte: tecnico pratica, utilizzando una carrozzina ogni 5 terapisti

pulizia e controlli periodici di	telaio
	sostegni (braccioli, sedile e schienale, pedane)
	parti mobili (snodi, cerniere e cuscinetti)
	forcelle e ruote
manutenzione	ruote piene
	ruote pneumatiche

2^ parte: discussione, ipotizzando le domande più frequenti degli utenti

Cosa controllare e come risolvere i problemi comuni	La carrozzina da ferma non è stabile
	il freno non svolge la funzione
	quando le ruote anteriori vibrano durante il movimento

10. Scenari

Ipotesi n.1

Una signora di 82 anni viene ricoverata in seguito a frattura di femore in reparto post-acuta. Prima dell'evento acuto viveva da sola, autonoma nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana. La signora usciva poco di casa e la figlia si occupava della spesa.

Dopo la visita fisiatrica inizia la terapia riabilitativa in reparto e successivamente in palestra seguendo il programma di fisiokinesiterapia previsto dal medico. Viene prescritta Terapia Occupazionale da svolgere verso la fine del trattamento riabilitativo

Il fisioterapista rieduca gradualmente al cammino: la paziente dopo aver utilizzato il deambulatore ascellare, arriva ad usare il deambulatore due ruote due puntali. Si tenta il passaggio al bastone ma l'utente non si sente abbastanza sicura.

La terapeuta occupazionale valuta l'autonomia della signora nell'abbigliamento e nell'igiene soprattutto della parte inferiore del corpo provando infilacalze e gli altri ausili più utili in caso di difficoltà di flessione del tronco. La terapeuta occupazionale simula con la signora le attività domestiche che svolgerà a casa utilizzando il deambulatore, valuta con lei le sue capacità funzionali e l'eventualità di strategie per migliorare l'autonomia.

I terapisti contattano la figlia per chiedere la planimetria dell'appartamento e fanno presente i risultati riabilitativi raggiunti dalla paziente indicando l'ausilio che sarebbe più idoneo per il domicilio.

Se la signora è sicura nel cammino con deambulatore due ruote due puntali si permette che lo utilizzi nel reparto di degenza da sola o assistita dal personale o dai familiari. In questo modo prende maggior confidenza con l'ausilio e si rende conto maggiormente se risponde alle sue esigenze.

Quando si è in possesso delle misure delle porte e degli ingombri all'interno della casa si valuta se l'ausilio che si intende proporre è adatto al domicilio. Se l'ausilio è ritenuto idoneo per l'équipe riabilitativa e per il paziente si procede con la prescrizione, indicando brevemente all'utente e/o al familiare le tappe che vanno dalla prescrizione alla consegna.

Una volta identificato l'ausilio, l'utente prosegue la terapia riabilitativa fino alla dimissione e, compatibilmente con la condizione ortopedica, il fisioterapista può incoraggiarla a passare all'uso del bastone per tentare una maggiore autonomia.

Attualmente...

Il deambulatore viene consegnato in istituto dal tecnico ortopedico. Il fisioterapista regola l'altezza e lo fa provare al paziente durante i trattamenti riabilitativi o in reparto se la signora è già stata dimessa dalla palestra. Entro 20 giorni il prescrittore procede col collaudo. La signora ritorna al domicilio con il deambulatore.

Nella nuova situazione...

Il deambulatore viene consegnato in istituto dal tecnico ortopedico. Il fisioterapista regola l'altezza e lo fa provare alla signora. Mostra a lei e ai parenti come si regolano le diverse parti dell'ausilio e come può essere piegato.

Il fisioterapista si assicura che insieme all'ausilio ci sia il libretto di istruzioni obbligatorio e mostra le parti relative alla manutenzione, spiegandole brevemente.
Informa che l'ausilio è in garanzia per 12 mesi e consegna lo schema relativo all'allegato 2 del DM, integrandole con le indicazioni di garanzia fornite sul libretto d'istruzioni.
Indica la ditta fornitrice a cui far riferimento in caso di necessità di assistenza.
Entro 20 giorni il prescrittore procede col collaudo. La signora ritorna al domicilio con il deambulatore.

A distanza di 6 mesi la signora viene contattata telefonicamente dalla Terapista Occupazionale che somministra il QUEST.

Ipotesi n.2

Un paziente con morbo di Parkinson viene ricoverato in reparto di riabilitazione di mantenimento per un ciclo di trattamento riabilitativo. Vive con un badante che lo assiste 24ore su 24. Possiede un deambulatore che utilizza, con assistenza, per brevi tratti in casa.

Le gravi problematiche motorie rendono difficile l'uso della vasca da bagno. Finora il badante l'ha sostenuto nello scavalcare il bordo della vasca. Il figlio ha acquistato un seggiolino per vasca in un centro commerciale ma è risultato sempre più importante la difficoltà ad entrare in vasca. Poco prima del ricovero l'assistente sollevava di peso il paziente per farlo entrare in vasca.

Dopo la visita fisiatrica inizia la terapia riabilitativa in reparto e successivamente in palestra seguendo il programma di fisiokinesiterapia previsto dal medico. Viene prescritta Terapia Occupazionale per stimolare le capacità funzionali residue relative all'autonomia di base e valutare gli ausili necessari in bagno per l'alleggerimento assistenziale.

Il paziente, grazie alla fisioterapia, migliora le performances motorie globali e nel cammino con deambulatore, in cui richiede supervisione. Con la terapeuta occupazionale vengono valutate le attività di vita quotidiana e i trasferimenti in vasca. Vengono richieste le misure del bagno, soprattutto della vasca, al figlio, spiegando il programma in corso di svolgimento.

Si valuta sia l'asse vasca sia il sedile girevole per vasca: con il primo l'utente riesce a sedersi ma manca di sicurezza e si affatica nel portare gli arti inferiori all'interno della vasca nonostante l'aiuto della terapeuta. Sarebbe necessario uno schienale, pertanto viene ritenuto più funzionale il sedile girevole con braccioli, gradito all'utente per la comodità e la facilità d'uso. Il badante viene addestrato all'uso.

Una volta ricevute le misure della vasca, idonee per l'installazione del sedile, l'équipe fa presente al figlio la necessità dell'ausilio e l'iter dalla prescrizione alla consegna. Il fisiatra procede con la prescrizione. L'utente, nel frattempo, è al termine del percorso riabilitativo e viene dimesso dal SRRF e dopo 2 giorni, dall'istituto.

Non vedendo tornare la pratica 03 autorizzata dopo circa 10 giorni la terapeuta occupazionale telefona al figlio per sollecitare il ritiro in ASL nel caso in cui quest'ultima non proceda direttamente con la fornitura. Lui comunica che l'ausilio è stato consegnato dalla ASL che l'ha collaudato.

Attualmente...

La terapeuta, durante la telefonata, chiede al figlio se l'ausilio consegnato corrisponde a quello prescritto, con braccioli e, ottenendo risposta affermativa, si congeda.

Nella nuova situazione ...

La terapeuta, durante la telefonata, oltre a domandare se il sedile corrisponde all'ausilio prescritto, chiede se è stato consegnato il libretto di istruzioni e fa presente che l'ausilio è in garanzia, secondo la legge, per 12 mesi, salvo diverso termine indicato sul manuale d'istruzione. Viene altresì detto che per qualsiasi necessità di assistenza, l'utente può rivolgersi alla ASL fornitrice.

Dopo un anno la terapeuta occupazionale telefona all'utente che rimanda al figlio la somministrazione del QUEST.

11. Piano economico

In questo capitolo si vogliono analizzare le risorse necessarie per realizzare gli interventi ipotizzati. Entrambi gli interventi verrebbero svolti in orario di lavoro pertanto non sono presenti spese aggiuntive, ma le risorse esistenti andrebbero ricollocate in modo da poter mettere in pratica quanto descritto precedentemente.

Si è preso come riferimento il Conto Economico relativo ai terapeuti, ossia i costi che l'istituto sostiene per ogni terapeuta, ricavato da un recente studio svolto dalla Responsabile del Servizio.

Intervento a breve termine

Per l'intervento a breve termine di in-formazione ai colleghi si è ipotizzato che il 10% fosse assente per malattia o ferie, oltre a 2 in maternità. La terapeuta occupazionale, essendo in orario di servizio, viene conteggiata insieme alle altre terapeute in servizio. Il totale dei terapeuti è quindi 31 (ai 29 fisioterapisti sono state sommate le 5 terapeute occupazionali e sottratto il 10% arrotondando per difetto). Il luogo in cui si svolgerebbe l'incontro sarebbe la sala polifunzionale dell'istituto dove poter usare il videoproiettore sia per l'intervento della terapeuta sia per la lezione del tecnico ortopedico. Il tecnico ortopedico ha dato disponibilità per presentare a titolo gratuito la sua parte. Qui di seguito è presentato il costo orario di ogni terapeuta.

Costo personale	16.20
segreteria	0.06
attrezzature	0.04
costi generali	1.80
Totale	18.10

costo orario di ogni terapeuta

Per calcolare il costo per l'uso del videoproiettore abbiamo calcolato la quota di ammortamento, sapendo che l'apparecchiatura è stata acquistata nuova 6 mesi fa.

2 ore Tecnico ortopedico	gratis
2 ore di 31 terapeuti	1122.20
Videoproiettore	0.24
Totale	1122.44

Costo totale in € per l'intervento a breve termine

Intervento a medio-lungo termine

Basandosi sui dati raccolti, a 438 persone è stato prescritto uno o più ausili nel 2003.

Si è ipotizzato di iniziare un lavoro sistematico di follow-up dedicando un'ora di lavoro di una terapeuta alla somministrazione del QUEST via telefono.

Se, in seguito a questa esperienza, i dati relativi agli utenti verranno raccolti in modo più preciso, si potranno velocizzare le operazioni relative al bacino d'utenza facilitando il lavoro.

In questo caso le risorse economiche necessarie per attuare l'intervento sarebbero relative al costo orario di produzione della terapeuta, sommato alle spese telefoniche.

Queste ultime sono state calcolate seguendo il tariffario per le telefonate urbane di un operatore telefonico.

Si è ipotizzata un'intervista di 10 minuti.

Scatto alla risposta, iva inclusa	0.62
Costo al minuto 0.19 x 10'	1.90
Totale	2.52

Ipotesi costo telefonico in € per intervista

In base all'esperienza fornita da questo studio, si è ipotizzato di svolgere in media 3 interviste al giorno impiegando per ognuna 10 minuti. Il costo all'ora per l'ente è conteggiato come segue:

Costo personale	18.10
Spese telefoniche 2.52 x 3	7.56
Totale orario	25.66

Ipotesi costo orario in €

Per calcolare il costo annuo complessivo si è considerato che l'ente conteggia 26 giorni lavorativi al mese.

In un anno i giorni lavorativi ammontano a 312. Sottraendo i giorni di ferie un terapeuta lavora 280 giorni.

Il costo annuo ipotizzato, a cui andrebbe incontro l'ente se venisse effettuato il follow-up in modo continuativo, è indicato nella seguente tabella. Si stima che per varie ragioni (malattia della terapeuta, imprevisti lavorativi e altro) da questo monte orario va sottratto il 10%.

Costo orario	Ore dedicate al follow-up	Totale
25.66	252	6466.32

Costo totale in € per l'intervento a medio-lungo termine

Se venissero attuati entrambi gli interventi il costo complessivo sarebbe calcolato come segue:

Costo per l'intervento a brevetermine	1122.44
Costo per l'intervento a medio-lungo termine	6466.32
Totale	7588.76

Ipotesi costo complessivo per gli interventi in €

E' da considerare che gli unici investimenti che l'ente dovrebbe affrontare riguarderebbero le spese di ammortamento del videoproiettore e le spese telefoniche.

Per il resto, si tratterebbe di ricollocare le risorse economiche e umane in modo da poter realizzare gli interventi previsti, investendo sul miglioramento della qualità del lavoro del Servizio di Riabilitazione.

11. Strumenti di lavoro

OPUSCOLO DATO ALL'UTENTE ALLA CONSEGNA DELL'AUSILIO

La garanzia

Il secondo allegato del regolamento che disciplina la fornitura di ausili, ortesi e protesi fissa dei termini di garanzia molto precisi riguardo a ciascun prodotto e alle relative riparazioni quando queste sono previste. Quelle che seguono sono le disposizioni contenute nell'allegato citato. E' opportuno ricordare che solitamente la garanzia viene ritenuta valida quando la rottura non è da imputare a dimostrata imperizia o utilizzo improprio del prodotto in questione. Le riparazioni effettuate nel periodo di garanzia del prodotto, se non imputabili all'imperizia o all'uso scorretto dell'utente, sono a carico del fornitore. La garanzia sulle riparazioni è relativa al solo intervento e non al prodotto nella sua globalità.

Prodotti	mesi
Plantari ad alta resistenza	12
Plantari in materiale deperibile	6
Rialzi	6
Calzature ortopediche predisposte di serie	6
Calzature ortopediche su misura	6
Apparecchi ortopedici per arto inferiore	6
Apparecchi ortopedici per arto superiore	12
Apparecchi ortopedici per tronco	12
Protesi di arto inferiore	12
Protesi di arto superiore	12
Dispositivi per la deambulazione e carrozzelle	12
Apparecchi acustici	12
Protesi per laringectomizzati	12
Protesi oculari	12
Dispositivi addominali	12
Dispositivi ottici correttivi	12
Protesi fisiognomiche	12
Sistemi per la postura	12
Riparazioni	3
Ausili tecnici attinenti la funzione visiva	12
Ausili tecnici attinenti la funzione acustica	12
Ausili tecnici attinenti la funzione della fonazione e della comunicazione	12
Ausili tecnici attinenti la funzione motoria	12

Nota bene:

Questi sono i tempi minimi di garanzia.

Si consiglia di esaminare sul libretto di istruzioni che deve essere consegnato con l'ausilio i tempi previsti dal produttore.

Si ricorda di esaminare con cura il libretto di istruzioni per sapere come utilizzare al meglio l'ausilio e come effettuare la periodica manutenzione.

Bibliografia

- Andrich R: *Pronti...via! Come scegliere l'ausilio giusto per la propria autonomia* Milano: Commissione Europea, 1999
- Andrich R., Besio S.: *"Educazione all'autonomia: la metodologia EUSTAT"* Europa Mediophysica vol.37/1 pp. 558-562. Torino: Minerva Medica, 2001
- Baraghini G, Molinari R, Roli L, Trevisani B: *Un ufficio qualità in ogni ospedale*. Milano: Franco Angeli, 2003
- Besio S: *Il "counselling" nel settore degli ausili tecnologici: aspetti psicologici e risultati di un'indagine* in Europa Mediophysica vol.37, suppl.1 all N.3 pagg. 545-548. Torino: Minerva Medica, 2001
- Consorzio Eustat: *Tecnologie per l'autonomia-Linee guida per i formatori*. Milano: Commissione Europea, 1999
- Demers L, Weiss-Lambrou R, Ska B: *Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST version 2.0) – An outcome measure for assistive technology devices*. Webster: Institute for Matching Person & Technology, 2000
- Fucelli P: *Traduzione del questionario QUEST*. Elaborato Corso di Perfezionamento *Tecnologie per l'Autonomia*. Fondazione Don Carlo Gnocchi e Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano 2001
- Giovine P, Carminati M: *La valutazione della qualità percepita in sanità* Atti del congresso nazionale AIV Torino 23–25 marzo 2000 in www.valutazioneitaliana.it
- Leonardi E.: *Il mondo dei servizi e la qualità*. n°7 Il Sole 24 ore 28.2.97. Milano: Pirola, 1997
- Mainini M L, Ferrari A, Zini M T: *La nascita: relazione madre, padre, bambino*. Atti della Conferenza USL 4 sui Servizi Materni Infantili, pp. 69-102. Parma: USL 4, 1982.
- Scherer M: *Strumento MPT (Matching Person and Technology)*. Webster: IMPT, 1996. (Traduzione italiana a cura di Andrich R, Caracciolo A, Snapir H. Milano: Edizione Don Gnocchi e Università Cattolica del Sacro Cuore, 2002)
- Vaccari A: *"Costi delle attività ambulatoriali riabilitative"* Tesi della Scuola di Direzione Sanità della Regione Lombardia, Milano 2002.
- Vanzetta M, Vallicella F: *Il punto di vista dell'utente: come si misura e quanto costa misurarlo* in Management Infermieristico, n.4/2000 pagg.13-18 Milano: Lauri Edizioni, 2000
- Zammuner S: *Tecniche dell'intervista e del questionario*. Bologna: Il Mulino, 1998
- *Sportello unico per le attività produttive associato dei comuni di Pesaro, Colbordolo, Gabicce mare, Grandara, Mombaroccio, Monteciccardo, Montelabbate, S.angelo in Lizzola e Tavullia* in www.cantieripa.it/allegati/Disegno%20indagine%20-%20SUAP%20Pesaro.doc
- ASL MI1: *Customer satisfaction* in www.forumpa.it/forumpa2002/salute/home/progetti/285.html
- *Verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie nelle aziende ospedaliere* in www.movimentodeicittadini.it/qualita.htm
- *Ausili, ortesi e protesi: il rinnovo* in www.handylex.it
- *Ausili, ortesi e protesi: la fornitura a carico del Servizio Sanitario Nazionale* in www.handylex.it