

# VALUTARE E PRESCRIVERE GLI AUSILI: LA METODOLOGIA DEL SIVA

Renzo Andrich

SIVA, Centro IRCCS S.Maria Nascente, Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS, Milano

## 1. Ausili e autonomia: considerazioni di base

Un recente articolo suggeriva di sintetizzare la questione nelle cosiddette quattro "A": *Qualità dell'ambiente (Accessibilità)*, *Ausili tecnologici*, *Assistenza personale*, complementari tra loro nel sostenere l'*Autonomia* [1]. Autonomia che si esprime come un recupero di un nuovo equilibrio, a fronte di una limitazione delle proprie risorse fisiche e delle abilità, nelle *relazioni con sé*, nelle *relazioni con l'ambiente* (le attività della vita quotidiana) e nelle *relazioni con gli altri* [2].

E' oggi indiscutibile che il conseguimento dell'autonomia personale e familiare, o quanto meno della massima autonomia possibile, debba rappresentare un obiettivo prioritario dell'intervento riabilitativo. Esso comporta la progettazione per ciascun utente di un programma individualizzato che, oltre agli interventi di recupero funzionale, individui fin dall'inizio quegli *interventi ambientali*, quegli *strumenti tecnologici* e quei *supporti assistenziali* necessari alla realizzazione di un progetto di vita indipendente, o più in generale al recupero della qualità di vita desiderata.

Questo concetto certo emerge nel DM 332/99 (Nomenclatore Tariffario delle Protesi) quando all'art.4/3 dice che "*la prescrizione costituisce parte integrante di un programma di prevenzione, cura e riabilitazione...*", ma forse appare ancor meglio interiorizzato nella Legge 328/200 (Riordino Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali) quando questa (art 14) introduce il più ampio concetto di *progetto individuale per la persona disabile*. In quest'ultimo si intravede il superamento di un antico dualismo che quasi opponeva gli ausili tecnici all'assistenza personale, e che ancora affiora in quella modifica (Legge 162/98) alla Legge Quadro sull'handicap (104/92) dedicata ai programmi personalizzati di supporto alla vita indipendente.

E' noto che *accessibilità* ("design for all") e *ausili* ("assistive technologies") costituiscono un binomio inscindibile, e pertanto non si può pensare agli ausili senza considerare l'accessibilità e l'assistenza personale, e viceversa. L'*accessibilità* riguarda l'adattamento dell'ambiente alle persone, va dunque intesa come fruibilità dell'ambiente costruito, dei prodotti e dei servizi di uso generale, da parte della più ampia percentuale di popolazione, incluse le persone anziane e le persone con disabilità. Gli *ausili* riguardano invece l'adattamento della persona all'ambiente, e comprendono dunque sia dispositivi finalizzati a superare certe barriere all'accessibilità, sia dispositivi volti a compensare certe limitazioni funzionali ai fini di facilitare o rendere possibili determinate attività della vita quotidiana. Anche l'*assistenza personale* può essere considerata in senso lato una "tecnologia", in quanto assolve – con altri mezzi – ad un obiettivo omogeneo a quello degli ausili.

Nell'universo degli ausili possiamo distinguere cinque grandi tipologie, ciascuna delle quali caratterizzata da differenti ruoli negli attori coinvolti, e a volte anche da circuiti diversi di mercato. Ci sono ausili che servono a *compensare una menomazione* restituendo la funzione lesa: pensiamo ad esempio ad una protesi acustica, che restituisce l'udito. Altri servono a *compensare una disabilità* consentendo lo svolgimento di attività altrimenti impossibili: pensiamo ad una carrozzina elettronica, ad una posata ad impugnatura facilitata, ad un telecomando per il controllo dell'ambiente. Altri ancora a *rimuovere barriere* che creerebbero handicap, quali un montascale per superare una scalinata in carrozzina, o un software che consente ad un cieco di leggere le pagine del www Internet sul proprio computer. Altri a *rendere più sicuro e meno gravoso il compito della persona che assiste*, quali un sollevatore che facilita il trasferimento dalla carrozzina al letto: ausili dunque non pensati per l'utente, ma per l'assistente. Altri infine servono a *sostenere specifici interventi riabilitativi o educativi* (es. un

software per favorire l'apprendimento di un alunno disabile in un contesto scolastico), e sono dunque uno strumento più in mano agli operatori che agli utenti: si potrebbe però obiettare sulla legittimità di chiamare questi ultimi "ausili", tanto è vero che in letteratura essi vengono definiti, a seconda dei casi, *rehabilitation technologies* o *educational technologies*, e non *assistive technologies*.

Scegliere un ausilio, a qualunque tipologia esso appartenga, personalizzarlo, addestrare l'utente al corretto utilizzo, verificare a posteriori se "sul campo" risponde allo scopo per cui è stato scelto, è compito di forte pregnanza interdisciplinare: richiede valutazioni cliniche, tecniche, psicologiche, sociali; richiede chiarezza di obiettivi e la partecipazione attiva della persona disabile stessa, che è il vero protagonista di una scelta che non può essere imposta ma che deve maturare dentro di sé. Chi suggerisce o prescrive l'ausilio dovrà guardare alla persona nel suo complesso e non alla sola azione nella quale la si vuole rendere autonoma. Per l'utente, il momento della scelta dell'ausilio è spesso un momento di sintesi, un passo importante della vita: implica il riconoscimento e l'esteriorizzazione del proprio limite, impegna la volontà di una nuova acquisizione di autonomia, interagisce con le strategie di rieducazione funzionale, ha profonde ripercussioni sull'attività lavorativa e scolastica, ridimensiona le necessità di assistenza personale. Richiede disponibilità a *modificare sé stessi, il proprio stile di vita e la propria relazione con l'ambiente*. E a volte anche esige, aspetto questo non banale, investimenti economici non indifferenti.

Si tratta dunque di una valutazione complessa che richiede tempo, strumenti e competenza. Essa non va trascurata o delegata ad altri: alla persona stessa, alle aziende produttrici, ai funzionari amministrativi. Gli operatori della riabilitazione devono riappropriarsi di questo momento, che è tipicamente *riabilitativo*, e su di esso esercitare la propria specifica competenza in un'ottica di *empowerment*, ossia favorendo l'apporto attivo – di *partnership* si potrebbe dire – dell'utente [3].

## **2. Il processo di valutazione e prescrizione**

Il lavoro che sottende alla scelta e alla prescrizione degli ausili – che possiamo indicare con il termine *assessment* – non gode di buona visibilità nel nomenclatore delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale. L'unica prestazione che lo cita espressamente è quella denominata *valutazione protesica* (cod.93.03 prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale), ove però la tariffazione, basata sull'ipotesi di un impegno-operatore di 15 minuti, sottende una filosofia di lavoro in cui l'operatore sanitario "dà un occhio" all'esigenza protesica dell'utente, delegando invece la valutazione approfondita al tecnico esterno (es. tecnico ortopedico) il quale, essendo anche il fornitore commerciale, includerà il suo lavoro di *assessment* nel prezzo complessivo del dispositivo. E' una filosofia che può funzionare per certi oggetti semplici (es. stampella) o basati su un lavoro "di arte" (es. un plantare su misura) ma che non è certo adatta per oggetti il cui impegno riabilitativo è preponderante rispetto a quello tecnico-esecutivo (es. una carrozzina).

Nella buona prassi riabilitativa, per fortuna, il lavoro di *assessment* non è confinato solamente a quella prestazione ma viene svolto anche all'interno di altre prestazioni (visite mediche specialistiche, trattamenti riabilitativi, "pacchetti" di degenza o day hospital...), e probabilmente è opportuno che sia così. Ma laddove si rende necessaria una consulenza specialistica in materia è opportuno avere chiara l'entità e la dimensione economica della prestazione di *assessment*. Nell'esperienza del SIVA, ad esempio, un'*assessment* che si concluda nell'ambito di una consulenza definita "semplice" richiede un tempo-operatore di circa un'ora; una consulenza definita "complessa" (es. su sistemi di postura, su ausili informatici ecc.) può richiedere da due a quattro ore/operatore, oltre il tempo dedicato al colloquio di orientamento che precede l'appuntamento, e alla stesura della relazione finale che lo segue. Se si considera poi che alle volte sono necessarie più consulenze, si perviene a costi aziendali di diverse centinaia di migliaia di lire, paragonabili (se non maggiori) al costo di acquisto dell'ausilio stesso.

Si può pertanto capire come a volte le aziende, trovandosi di fatto sulle spalle il lavoro di *assessment* a causa di una prescrizione sommaria e mal documentata, e in certi casi anche il training che dovrebbe

essere invece curato dal servizio di riabilitazione, rifiutino di occuparsene trovandolo antieconomico, oppure approfittino della mancanza di un controllo sulla qualità del prodotto fornito vendendo a scatola chiusa ausili scadenti.

La qualità della prescrizione – quindi il lavoro di assessment che sottende ad essa, e il lavoro di controllo e follow-up che ad essa seguirà – è un fondamentale prerequisite per il successo dell'ausilio. Lo è anche per l'efficienza nell'uso delle risorse, poiché consente la scelta della soluzione che meglio risponde ad un buon rapporto tra costi e risultati, e riduce la probabilità che l'ausilio venga poi sotto-utilizzato o addirittura abbandonato [4]. Ciò motiva le strutture deputate alla riabilitazione (nelle ASL, nella Aziende Ospedaliere, in Enti locali ecc.) a dotarsi di competenze specifiche in merito: formando il proprio personale, costituendo al proprio interno dei nuclei specialistici per l'*assessment* sugli ausili, creando *centri di consulenza specializzati* aperti a tutto il territorio, e che siano dotati anche di specialisti tecnici in grado di “tenere il passo” con le tecnologie più avanzate che man mano si diffondono nel mercato.

Di queste strutture, da decenni consolidate in vari Paesi, il SIVA è stato il precursore italiano. Creato nel 1981, è il centro di ricerca, informazione e consulenza della Fondazione Don Gnocchi nel campo delle tecnologie di ausilio alla riabilitazione, l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone disabili. Esso svolge essenzialmente quattro attività: un *Servizio Consulenza Ausili*, un *Servizio Documentazione, Ricerca e Didattica*. I capitoli che seguono presentano la metodologia di lavoro che il SIVA ha sviluppato – e utilizza correntemente – per l'attività di *assessment* sugli ausili, rivolta ad un'utenza molto ampia ed eterogenea in termini di età, patologie, problematiche e richieste.

### **3. La metodologia della consulenza**

#### ***Composizione dell'équipe e tipologia di prestazioni***

Nella sua configurazione attuale l'équipe è composta da un terapeuta occupazionale (responsabile del servizio), quattro terapisti della riabilitazione specializzati nel campo degli ausili, un consulente psicologo specialista in tecnologie educative, un tecnico informatico.

La presa in carico degli utenti è affidata ai quattro terapisti, che si alternano in turni di presenza telefonica per coprire l'orario settimanale riservato a tale scopo (da lunedì al venerdì, ore 9-13). Essi effettuano un colloquio di orientamento, a seguito del quale provvedono a progettare l'itinerario consulenziale appropriato alla problematica da affrontare. Esso può consistere in una singola consulenza, oppure in una serie successiva di consulenze, oppure in una consulenza multidisciplinare ove varie prestazioni vengono effettuate assieme in modalità di équipe dando luogo a un relazione finale integrata.

Le prestazioni offerte dal Servizio possono essere raggruppate in tre categorie:

- ***Prestazioni di informazione e orientamento***
  - Colloquio telefonico di orientamento
  - Consulenza per lettera
  - Visita libera alla Mostra Permanente degli ausili
- ***Prestazioni di studio e formazione***
  - Consulenza per studio e ricerca su ausili
  - Valutazione tecnico funzionale di ausili
  - Visita didattica alla Mostra permanente
- ***Prestazioni di tipo riabilitativo***
  - Consulenza semplice su ausili
  - Consulenza complessa su ausili
  - Consulenza su ausili a domicilio

Le prestazioni definite di *informazione e orientamento* rispondono all'esigenza di un primo contatto con l'utente; esse consentono a quest'ultimo di farsi un'idea più approfondita delle possibili soluzioni ai propri problemi, e al Servizio di programmare il percorso di consulenza più adatto al suo caso. Queste prestazioni sono per loro natura offerte in modo *gratuito*. A volte il contatto si conclude con la fornitura – al telefono o per posta o per e-mail – di documentazione o di semplici indicazioni; nella maggior parte dei casi vengono invece concordati dei successivi appuntamenti per la consulenza vera e propria..

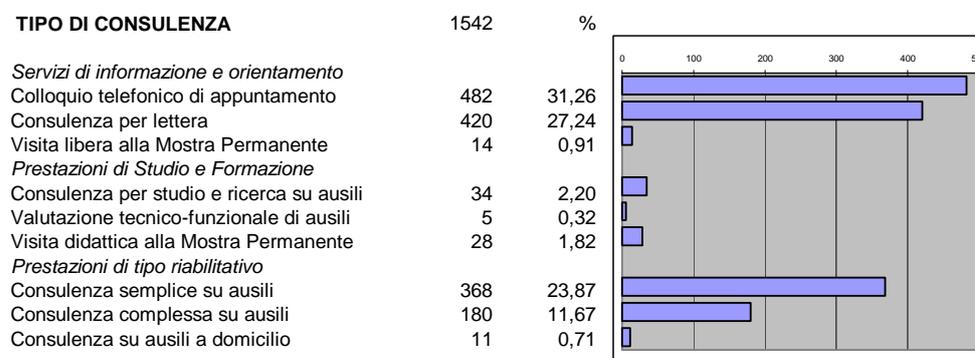
Le prestazioni definite di *ricerca e studio* sono quelle che non hanno per oggetto un caso individuale di una persona disabile; rispondono ad un'esigenza di sensibilizzazione e istruzione in materia, e sono pertanto richieste prevalentemente da operatori della riabilitazione, tecnici, ricercatori, studenti, aziende ecc. Si tratta di prestazioni di natura didattica più che sanitaria, e come tali sono *tariffate*.

Le prestazioni definite di *tipo riabilitativo* sono infine quelle che hanno per oggetto un caso individuale di una persona disabile, alla ricerca degli strumenti per una maggior autonomia o per l'integrazione in determinati contesti (scolastico, lavorativo ecc.). Sono queste le prestazioni nelle quali si svolge il vero e proprio *assessment* di cui si è parlato nei capitoli precedenti, e che pertanto possono essere legittimamente ricondotte a trattamenti riabilitativi secondo la definizione del Servizio Sanitario Nazionale. Poiché l'impegno dedicato ad ogni singolo utente può variare da caso a caso, per individuarne una tariffazione appropriata si è proceduto innanzitutto a segmentare il percorso della consulenza in varie "unità di prestazione", ciascuna riconducibile (per contenuti, operatori coinvolti e tempo-operatore dedicato) ad un *trattamento riabilitativo* di 45 minuti; ad esempio:

- *Valutazione individuale di ausili*
- *Sperimentazione individuale di ausili*
- *Consulenza informatica individuale su ausili*
- *Valutazione individuale di tecnologie educative*
- *Realizzazione ortesi per la mano*

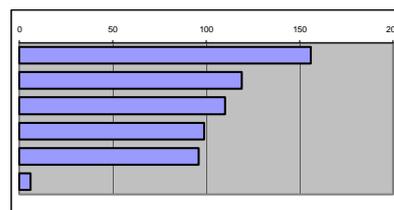
Si è poi definita consulenza *semplice* quella che richiede una sola unità di prestazione, *complessa* quella che ne richiede più di una, *a domicilio* quella - semplice o complessa che sia – effettuata presso il domicilio dell'utente. Questa nomenclazione facilita il medico responsabile del piano di trattamento – se l'utente è preso in carico presso l'IRCCS "S.Maria Nascente" – nell'individuare quanti *trattamenti* dedicare al lavoro di assessment sugli ausili; facilita nel contempo gli operatori Siva e l'utente nella definizione del percorso consulenziale.

Il diagramma sottostante presenta una statistica delle consulenze erogate dal SIVA nel corso del 2000.



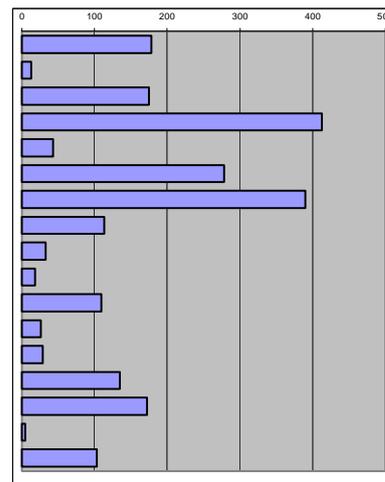
Il diagramma successivo presenta invece l'articolazione delle consulenze *complesse* nelle prestazioni che le hanno composte. Poiché nella gran parte dei casi si tratta di lavoro di equipe interdisciplinare, la durata totale di una sessione di consulenza complessa non supera mai le due ore.

| Consulenze Complesse: n. prestazioni          | 586 | %     |
|---|-----|-------|
| Valutazione individuale di ausili             | 156 | 26,62 |
| Sperimentazione individuale di ausili         | 119 | 20,31 |
| Consulenza informatica individuale su ausili  | 110 | 18,77 |
| Valutazione indiv. di tecnologie educative    | 99  | 16,89 |
| Sperimentazione individuale di tecn.educative | 96  | 16,38 |
| Realizzazione ortesi per la mano              | 6   | 1,02  |



Il diagramma seguente dà infine un'idea del tipo di problematiche trattate.

| ARGOMENTI  | 2233 | %     |
|--|------|-------|
| 03 Ausili per terapia                                | 178  | 7,97  |
| 06 Protesi e ortesi                                  | 13   | 0,58  |
| 09 Ausili per la cura personale                      | 175  | 7,84  |
| 12 Ausili per trasporto e locomozione                | 413  | 18,50 |
| 15 Ausili per la cura della casa                     | 43   | 1,93  |
| 18 Ausili per adattamento della casa                 | 278  | 12,45 |
| 21 Ausili per comunicazione e informazione           | 390  | 17,47 |
| 24 Ausili per manipolare altri oggetti o dispositivi | 113  | 5,06  |
| 27 Ausili per gioco e ricreazione                    | 33   | 1,48  |
| 30 Adattamento posto di lavoro/scuola                | 18   | 0,81  |
| 33 Ausili per l'apprendimento e didattica            | 109  | 4,88  |
| 36 Adattamento di bagni                              | 26   | 1,16  |
| 39 Barriere architettoniche                          | 29   | 1,30  |
| 45 Informazioni generali                             | 135  | 6,05  |
| 48 Informazioni legislative                          | 172  | 7,70  |
| 51 Informazioni sulla ricerca                        | 5    | 0,22  |
| 57 Altro   | 103  | 4,61  |



### *Gestione degli appuntamenti*

Lo strumento per l'organizzazione degli appuntamenti consiste in un registro ove l'operatore di turno al telefono, una volta effettuati il colloquio di orientamento e concordate con l'utente le date e gli orari degli appuntamenti per le consulenze, annota i dati necessari (cognome e nome, età, composizione del gruppo che verrà, nel caso l'utente non si presenti da solo, patologia, breve descrizione del problema da affrontare ecc...). Tali dati verranno tenuti confidenziali e verranno inseriti nel sistema informatico quando l'utente, presentatosi alla consulenza, avrà sottoscritto il modulo di consenso (previsto dalla normativa sulla privacy), in mancanza del quale verranno informatizzati in forma anonima. Qualora l'operatore di turno ravvisi la necessità di ulteriore documentazione tecnica (es. pianta dell'appartamento) o clinica (es. cartella clinica), la richiede all'utente (invitandolo a inviarla preventivamente via posta o fax, o di portarla con sé quando si presenterà per l'appuntamento).

Il registro degli appuntamenti è predisposto per un appuntamento ogni due ore (9 / 11 / 14 / 16), prevedendo una durata media di un'ora e mezza per ogni consulenza, più il tempo necessario alla compilazione della relazione e alla registrazione dei dati nell'apposito sistema informatico di documentazione delle consulenze. A conclusione della consulenza l'operatore incaricato elabora una relazione e registra la consulenza in un sistema informatico appositamente sviluppato allo scopo.

### *Controllo di qualità*

Gli strumenti di controllo di qualità dell'attività di consulenza sono sostanzialmente tre:

- *l'archivio informatico* delle consulenze, dal quale si possono trarre anche tabulati analitici e statistici che documentano la tipologia dell'utenza, della domanda e delle risposte del servizio
- *la supervisione di équipe.*
- *il follow-up.*

La *supervisione di équipe*, effettuata solitamente ogni due settimane, consiste in una riunione della durata di due ore guidata da uno psicologo esterno, che comprende la presentazione di un caso, la discussione dello stesso e l'analisi delle problematiche e delle dinamiche connesse. Il caso è presentato a turno da ciascun componente dell'équipe, scegliendo, tra le consulenze effettuate di recente, quella che si è rivelata più complessa o difficile in termini di contenuti o di relazione con l'utente. La presenza di un conduttore esterno estraneo ai contenuti professionali specifici del Servizio, ma esperto in dinamiche relazionali, aiuta l'équipe ad auto-esplorare problemi, difficoltà e soluzioni, e a creare le basi per mettere a frutto l'esperienza acquisita al fine di un miglioramento sia del servizio reso all'utente che della qualità del lavoro degli operatori.

Il *follow-up*, effettuato a campione di tanto in tanto, si propone di valutare i risultati prodotti dal lavoro di consulenza, sia in termini di *efficacia* (in che misura le soluzioni proposte all'utente siano poi state realizzate) che di *utilità* (quanto la consulenza abbia influito positivamente sulle scelte dell'utente). L'ultimo follow-up è stato condotto nel 2000 tramite *interviste telefoniche* a 130 utenti (13 per ciascuna delle "top ten" – le dieci categorie di ausili più frequentemente consigliate), in cui un operatore (diverso da quello che aveva effettuato la consulenza) ha posto domande sulla *qualità dell'accoglienza*, sulla *qualità delle informazioni* tecniche fornite, se l'ausilio consigliato fosse stato poi *realmente adottato*, e in caso negativo il *perché*. Gli utenti sono stati scelti in modo randomizzato tra coloro che avevano fruito di una consulenza per un caso clinico nel 1998 (escludendo dunque utenti che si sono rivolti per ragioni di studio o ricerca).

Tra i risultati, sono emersi dati significativi:

- sulla *qualità* percepita del servizio (es. accoglienza "ottima" per il 70% degli intervistati, informazione "esauriente" per il 93%)
- sull'*efficacia* e fattibilità della soluzione proposta (il 60% ha realmente scelto l'ausilio consigliato, una percentuale maggiore ha comunque adottato un ausilio anche se diverso, il che è comunque un fatto positivo perché la consulenza ha promosso la soluzione di un problema di autonomia).

Chi ha dichiarato di non aver adottato la soluzione consigliata ha addotto motivi del tipo:

- *cambiamenti familiari intervenuti nel frattempo*
- *costo elevato*
- *ha trovato soluzioni migliori*
- *ha seguito il consiglio di qualcun altro.*

Le indicazioni emerse da questa ricerca sono state poi utilizzate per individuarne criteri di ottimizzazione della qualità del servizio.

#### **4. Gli strumenti della consulenza: la Banca Dati e la Mostra Permanente**

La Banca Dati SIVA è lo strumento fondamentale di informazione per gli operatori del Servizio. Costantemente aggiornata presso il SIVA e distribuita quadrimestralmente su CdRom a circa altri 130 ASL e Centri di Consulenza Ausili, comprende informazione su:

- *gli ausili tecnici* disponibili sul mercato italiano; ogni ausilio è recensito da una *scheda* tecnica particolareggiata e dalla sua *immagine* computerizzata.
- *le aziende* produttrici, distributrici o rivenditrici di ausili
- *organizzazioni non commerciali* di interesse nel settore: centri di ricerca, informazione e consulenza, associazioni e redazioni di riviste
- una *Guida* agli ausili, che permette di "navigare" attraverso le classificazioni degli ausili facendosi una rapida idea di ciò che esiste sul mercato
- il *Nomenclatore Tariffario* delle Protesi (DM 332 del 27/8/99), consultabile in modo ipertestuale



- un *browser Internet* incorporato, predisposto per l'accesso a siti e motori di ricerca specializzati nel settore
- una guida alla rete dei Centri di consulenza sugli ausili collegati al SIVA
- il catalogo delle pubblicazioni e dei manuali prodotti dal SIVA, con possibilità di download dei testi di pubblico dominio
- una copia del sito SivaWeb consultabile anche in assenza di collegamento Internet

Il sistema informativo è completato dal sito Internet [www.siva.it](http://www.siva.it) ove sono contenute le informazioni di pubblico dominio e quelle soggette ad un più elevato tasso di aggiornamento.

Il secondo strumento fondamentale per l'attività di consulenza è costituito dalla *Mostra Permanente*, un laboratorio che si estende su una superficie di circa 300 metri quadri suddiviso in vari ambienti, che rappresentano le più tipiche situazioni di vita quotidiana. In ciascuno di essi è esposta una vasta gamma di ausili, disponibili per essere direttamente sperimentati sotto la guida degli operatori del servizio di consulenza. La

Mostra comprende ausili per la *mobilità e la postura*, tecnologie per il superamento di *barriere architettoniche*, un *ambiente cucina* adattato con relativi ausili per i lavori domestici, un *ambiente camera da letto* adattato, con ausili per la cura personale, per vestirsi e per il controllo dell'ambiente domestico, due *ambienti bagno*, con ausili e adattamenti per l'indipendenza nell'igiene personale, *ausili informatici* per l'accesso al computer, la comunicazione e la domotica, e infine applicazioni informatiche per le *disabilità dell'apprendimento* e per l'integrazione scolastica. Gli ausili esposti sono messi a disposizione gratuitamente dalle rispettive aziende su proposta del SIVA. Rimangono pertanto di proprietà delle aziende stesse, che provvedono alla loro manutenzione tecnica e alla loro sostituzione con modelli più aggiornati quando divenissero obsoleti.

#### Ringraziamenti

Ai colleghi del Siva, che hanno collaborato nelle ricerche e nelle attività descritte in questo lavoro: Serenella Besio, Fabio Brusa, Antonio Caracciolo, Mirella Foglizzo, Ingela Johnson, Hamutal Snapir e, per quanto riguarda la Banca Dati, Marco Lodola, Valter Morlacchi, Francesco Zava.

#### Bibliografia

- [1] Andrich R: *Le quattro "a": accessibilità, ausili, assistenza personale, autonomia*. Atti del Corso Nazionale SIMFER "Ruolo degli ausili ne progetto riabilitativo" (Prato, 24-25/11/2000). Ortho2000 n.6/2000 pp.85/87. Milano: Edi Ermes, 2000
- [2] Andrich R, Porqueddu B: *Educazione all'autonomia: esperienze, strumenti, proposte metodologiche*. Europa Medicophysica 6:3/1990 pp.121-145. Torino: Minerva Medica, 2000
- [3] Eustat Consortium: *Tecnologie per l'autonomia: linee guida per i formatori*. Milano: European Commission, 1999. [www.siva.it/research/eustat](http://www.siva.it/research/eustat)
- [4] Philips B, Zhao H. *Predictors of assistive technology abandonment*. Assistive Technology, 1993; 5: 36-45