

Chi è e cosa fa il Tecnico Audioprotesista?

Il Tecnico Audioprotesista è la figura tecnica di riferimento in tema di rimediazione dell'udito: è infatti l'operatore sanitario che, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, esercita la propria professione al servizio del soggetto ipoacusico.

L'attività del Tecnico Audioprotesista si realizza attraverso interventi specifici autonomi e responsabili, di natura preventiva, tecnico-riabilitativa e relazionale.

La figura sanitaria è stata ufficialmente riconosciuta in Italia con il decreto ministeriale n° 668 del 1994. Il campo proprio di attività e di responsabilità dell'audioprotesista ai sensi della legge 42 del 1999, confermate dalle leggi 251/00 e 43/06, è determinato dal decreto che ne istituisce il profilo sanitario, dall'ordinamento didattico, dalla formazione base e post-base e dal proprio Codice Deontologico.

Il Tecnico Audioprotesista è la figura rilevante nell'approccio sanitario che deve affrontare una deprivazione sensoriale tanto invalidante come l'ipoacusia; soprattutto se si considera il numero in crescita di anziani che presentano deficit uditivi (il 60% della popolazione tra i 70 e i 79 anni, il 33% di quella compresa tra i 60 e i 69 anni, ed il 20% di quelli con età fra i 50 e i 59 anni) e la tendenza a individuare e protesizzare i bambini ipoacusici fin dalla più tenera età in seguito a diagnosi precoci, al giorno d'oggi sempre più diffusamente realizzate.

Il Tecnico Audioprotesista svolge la sua attività in regime di dipendenza o libero-professionale, in strutture pubbliche, private e presso l'assistito, agendo, nell'ambito degli atti professionali di propria competenza, animato da rigore metodologico, in linea con il protocollo applicativo adottato dall'Associazione.

Il Tecnico Audioprotesista con la partecipazione ai propri organismi di rappresentanza, manifesta l'appartenenza al gruppo professionale, l'accettazione dei valori contenuti nel Codice deontologico e l'impegno a viverli nel quotidiano.

Il laureato in Tecniche Audioprotesiche - appartenente alla Classe delle lauree nelle professioni sanitarie, Area tecnico-assistenziale DM 2 aprile 2001 S.O. n. 136 GU n.128/01 - nella propria attività svolta con titolarità e autonomia intellettuale sceglie e propone soluzioni tecnologiche uditive-riabilitative complesse ed in continua evoluzione, secondo le norme sanitarie vigenti e le conoscenze acquisite con la formazione universitaria, la competenza sul campo, l'Aggiornamento e la Formazione continua in Medicina ECM.



ANAP - ANA

STUDIO OSSERVAZIONALE NAZIONALE ACI-ANAP:

*L'UDITO, L'ATTENZIONE E LA VIGILANZA
NELL'OTTICA DELLA SICUREZZA STRADALE*

Coordinatore Nazionale:

Prof. Carlo Giordano

Direttore I Clinica ORL - Università degli Studi di Torino

SI RINGRAZIANO PER LA FATTIVA E PREZIOSA COLLABORAZIONE:

Dott. C. Canovi	<i>Segretario Nazionale ANAP</i>
Prof. G.C. Cianfrone	<i>Direttore Clinica Audiologica di Roma</i>
Dott. E. Gelpi	<i>Presidente Automobile Club d'Italia</i>
Prof. E. Marciano	<i>Direttore Clinica Audiologica di Napoli</i>
Dott. F. Nunziante	<i>Ag. SEC Relazioni Pubbliche ed Istituzionali - Milano</i>
Prof. P. Pagnini	<i>Direttore Clinica Audiologica di Firenze</i>
Prof. L. Pignataro	<i>Direttore Clinica ORL di Milano</i>
Prof. N. Quaranta	<i>Direttore Clinica ORL di Bari</i>
Prof. A. Salami	<i>Direttore Clinica ORL di Genova</i>



La motorizzazione di massa è divenuta uno dei fenomeni più rilevanti di questi ultimi decenni.





Automobile Club d'Italia

Incidenti stradali

Anno 2009



Nel 2009

215.405	incidenti automobilistici
4.237	morti
307.258	feriti

Quotidianamente nel 2009

590	incidenti automobilistici
12	morti
842	feriti

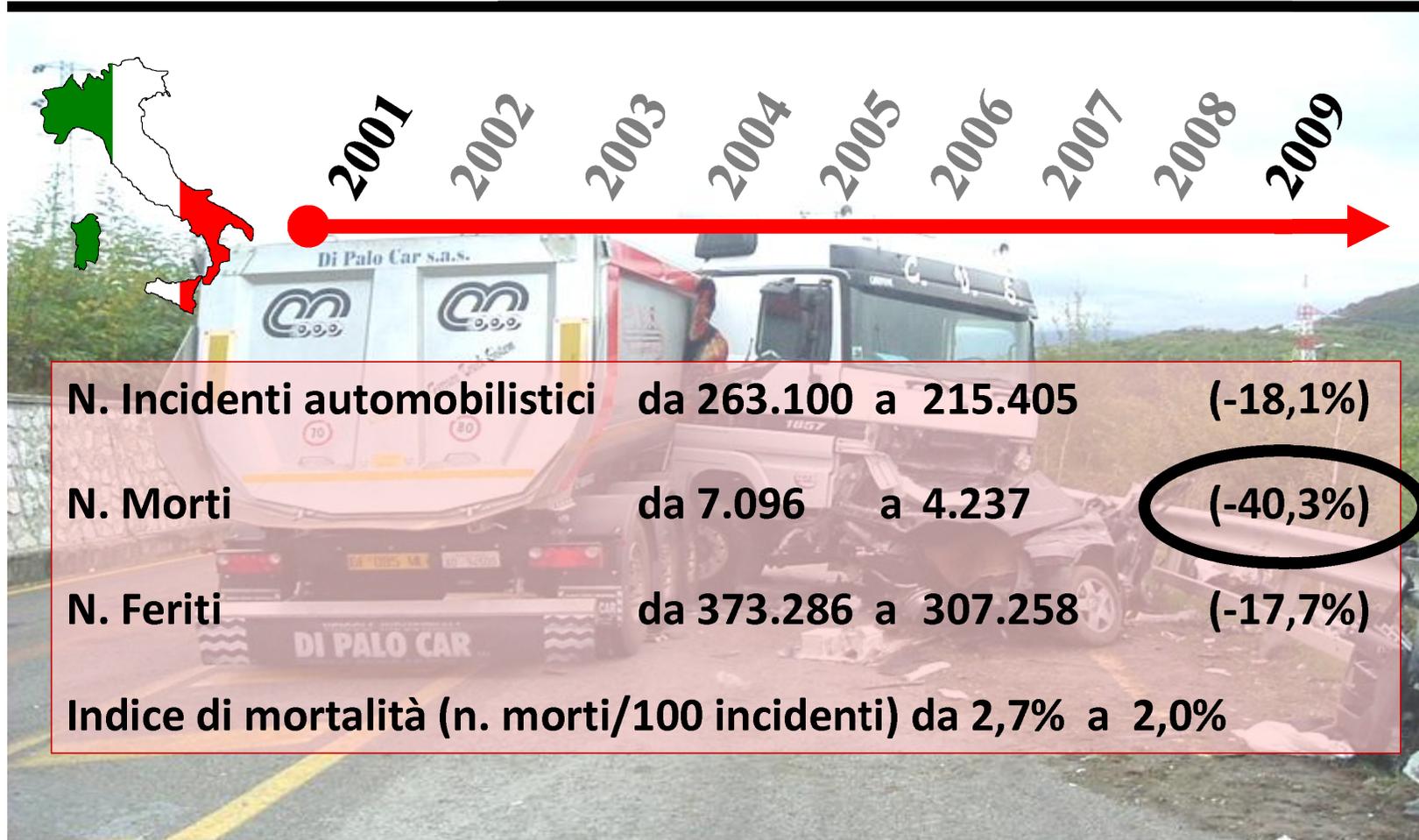




Automobile Club d'Italia

Incidenti stradali

Anno 2009





Automobile Club d'Italia

Incidenti stradali

Anno 2009



L'Unione Europea nel Libro Bianco del 13 settembre 2001, fissa l'obiettivo di ridurre la mortalità sulle strade del 50% entro il 2010.

Riduzione della Mortalità

Spagna e Lettonia	≤ 50%
Estonia e Portogallo	- 49.7%
Francia e Lituania	- 47.6%
Italia	- 40.3%





Automobile Club d'Italia

Incidenti stradali

Anno 2009



CAUSE di INCIDENTE

Mancato rispetto delle precedenza, guida distratta e velocità eccessiva sono le prime tre cause di incidente (44,7% dei sinistri)





Automobile Club d'Italia

Incidenti stradali

Anno 2009



CAUSE di INCIDENTE

Il **comportamento scorretto del pedone** causa solo il **3%** di tutti i sinistri.





Automobile Club d'Italia

Incidenti stradali

Anno 2009



CAUSE di INCIDENTE:

Avaria del veicolo e/o stato psicofisico alterato del conducente.

Il numero dei sinistri causati da queste due circostanze è difficilmente valutabile (è quindi sottostimato) per l'indisponibilità di informazioni al momento del rilievo del sinistro (soprattutto in caso di stato psicofisico alterato).

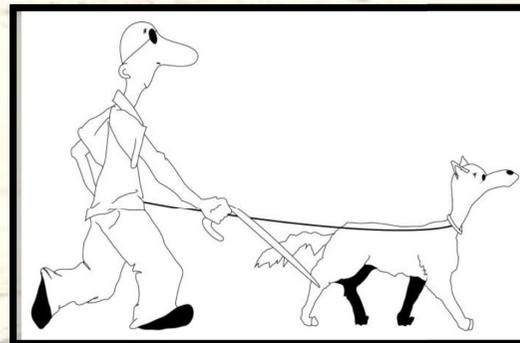
Si rileva una netta discrepanza fra i dati italiani e quelli diffusi da altri Organismi internazionali che hanno condotto studi specifici sulla guida sotto l'effetto di sostanze psicotrope.





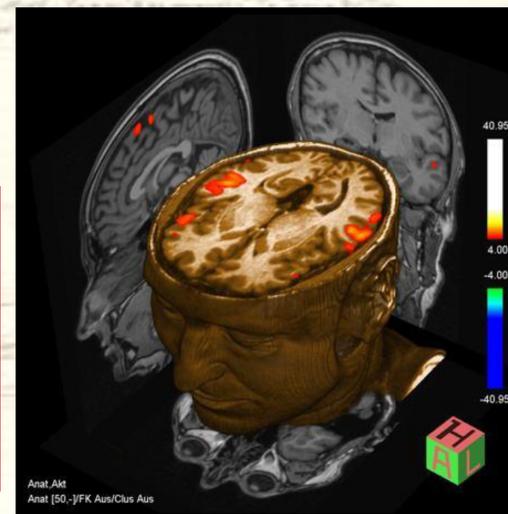
COMUNI CAUSE DI INCIDENTI STRADALI

Il fattore umano è unanimemente considerato come la **causa più importante degli incidenti stradali** ed in questo ambito giocano un ruolo fondamentale i **deficit sensoriali** (udito e vista) ed il **grado di vigilanza/attenzione** alla guida



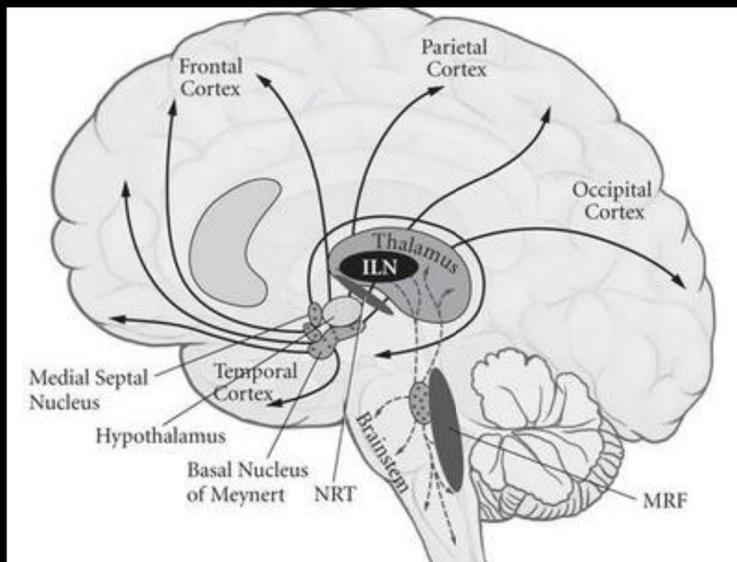
Vigilanza = stato di veglia che non necessariamente è associata alla consapevolezza di ciò che accade nel mondo che ci circonda

Laureys et al 2005



Attenzione:
processo cognitivo che permette di selezionare stimoli ambientali, ignorandone altri.

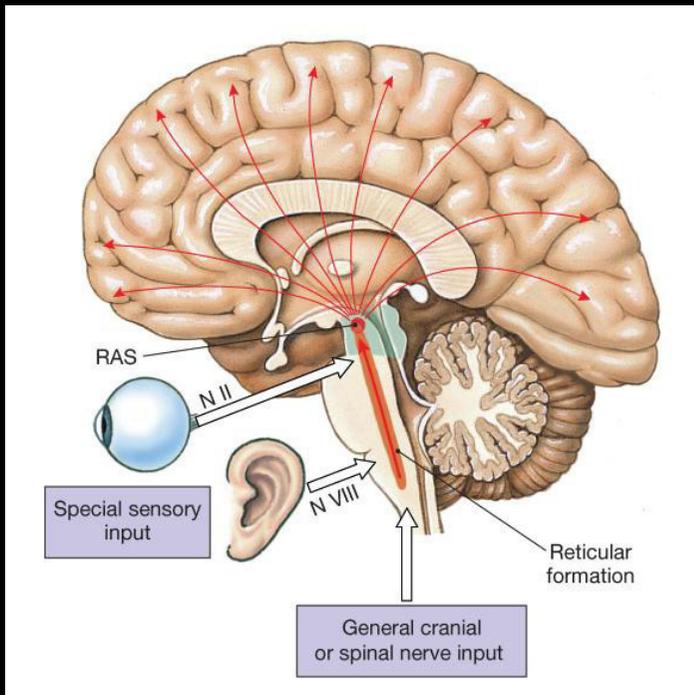
Kahneman, D et al 1973



MANTENIMENTO DELLA VIGILANZA

Il **mantenimento della vigilanza** è dovuto fondamentalmente all'integrità del **sistema reticolare attivante ascendente (SRAA**: un sistema di vie e nuclei diffusi nel tronco encefalico e diencefalico, che modulano l'attività della corteccia cerebrale) ed anche all'integrità di un numero sufficiente di connessioni talamo-corticali ed intercorticali.

Koch et al 2004



MANTENIMENTO DELL' ATTENZIONE

Il **mantenimento dell' attenzione** è garantito da sistemi nervosi centrali di **selezione delle informazioni provenienti dalle strutture sensitivo-sensoriali** le quali verranno poi **processate ai livelli superiori** del SNC, mentre le informazioni sensoriali **di fondo vengono analizzati ad un livello inferiore.**

Schiff et al Brain 2002

Il sistema di vigilanza/attenzione si basa pertanto sull' integrazione fra stimoli sensitivo-sensoriali (in particolare vista e udito) percepiti ed elaborati a livello corticale e il sistema reticolare attivante ascendente.

