

LINEE GUIDA DEL TECNICO AUDIOPROTESISTA

**IN ADEMPIMENTO DEL COMMA 3
DELLA LEGGE 24/2017**

REDATTO A CURA DEL COMITATO SCIENTIFICO ANAP

DICEMBRE 2021

Prefazione del Presidente

Il compito di produrre Linee Guida rientra nel dettame della legge 24/2017 (cd. Legge Gelli-Bianco) del 01 Aprile 2017: **“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”**

L'Art. 5 della legge, buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida, recita:

gli esercenti delle professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubbliche e private nonché dalle Società Scientifiche e dalle Associazioni Tecnico-Scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

UN SEMPLICE ADEMPIMENTO DI LEGGE? Riduttivo definirle in questo modo, ma quando l'intero gruppo di lavoro del Comitato Scientifico ANAP si è trovato in data 20/12/2019 presso la Segreteria Associativa, per discuterne la progettualità, nessuno aveva le idee così chiare su come procedere e quali riferimenti considerare riguardo la complessa descrizioni di atti, evitando che gli stessi potessero essere descritti come un algoritmo, un protocollo, o qualcosa che rischiava divenire un codice di sterile comportamento, una serie di atti in sequenza più consoni ad una procedura informatica che alla sensibilità di chi intellettualmente cerca soluzioni a problematiche complesse, come quelle con cui il professionista si fronteggia nel quotidiano per migliorare la qualità di vita delle persone ipoacusiche nel loro contesto familiare/sociale/lavorativo.

Il Comitato aveva ben compreso la portata delle possibili implicazioni nello stabilire un codice comportamentale rigido che avrebbe ingessato e standardizzato atti professionali in contraddizione con quanto stabilito dalla Legge in merito alla responsabilità del professionista sanitario. In sintesi si è ritenuto opportuno fornire indicazioni corredate

LINEE GUIDA DEL TECNICO AUDIOPROTESISTA

dalla letteratura di riferimento a supporto delle scelte intellettuali effettuate nel percorso protesico riabilitativo. Anche per questo motivo le L. G. dovevano essere formulate secondo una diversa logica, dovevano tener conto della quotidiana pratica lavorativa “*esser di più*”, rispetto a rigidi enunciati teoretici assimilabili a regole standardizzate. Molte volte nella gestione complessa delle criticità, l’Audioprotesista si pone di fronte alle stesse con ipotetiche soluzioni che solo successivamente divengono risultati, iniziali ipotesi che lasciano spazio ad evidenze solo dopo che il Professionista ne verifichi gli esiti “*outcome*”, misurandone effetti psicometrici (oggettivamente misurabili) e psicoacustici (soggettivamente riferibili dall’assistito). Analisi necessarie al fine della gestione del dispositivo, affinché lo stesso possa interpretare e ottimizzare l’udito residuo.

Nelle conclusioni di queste L. G. si fa riferimento alla medicina Traslazionale, espressione di quella ricerca che con i dovuti adattamenti del termine alla nostra disciplina, ci appartiene proprio per quella capacità di cercare soluzioni pratiche, immediatamente spendibili. Dall’esperienza applicativa sul campo, alle soluzioni che spesso, in una più larga scala, sono diventate finanche d’ispirazione a favorire la nascita di tecnologie protesiche, la nascita di metodiche di indagine e/o di procedure di fitting. Gli Audioprotesisti hanno sempre chiamato “Prova” quella sperimentazione sul campo che consentisse di generare soddisfazione in logiche rispettose del comportamento, della credibilità, dell’impegno profuso, qualcosa che oggi trova la massima ispirazione nella Deontologia della Professione.

Quello che è apparso subito chiaro dopo le prime riunioni, fu che le L. G. non potessero essere appunto un rigido protocollo, una dettatura di comportamenti ma certamente si ispirassero alla conoscenza, al sapere condiviso con le Comunità Scientifiche Internazionali, alle evidenze scientifiche (EBP) quindi, mai opinione di pochi e senza rigide ingessature. Il valore umano nel processo applicativo, non potrà mai essere sostituito da nessun computer, nessun auto fitting e nessuna forma di automazione capace di porre gli assistiti di fronte a macchine e non uomini. In ultimo, ma non per ultimo, il tutto in quella cornice valoriale rappresentata dall’etica delle professioni sanitarie e dalle regole deontologiche che si sono dati gli Audioprotesisti, regole accettate dalla Commissione **D’Albo Nazionale** e formulate grazie all’intervento collaborativo di avvocati e giuristi, incaricati dall’associazione di categoria ANAP (da sempre riferimento della categoria professionale) per la stesura del **CODICE DEONTOLOGICO DEL TECNICO AUDIOPROTESISTA**.

SAPERE e.... SAPERE ESSERE PROFESSIONISTI, su queste due colonne portanti il Comitato Scientifico ha deciso si dovesse lavorare al fine della realizzazione delle L. G.

Il passo successivo fu incaricare il collega Lorenzo Notarianni come coordinatore dell’intero gruppo, a lui il compito di selezionare i collaboratori esterni al comitato, ognuno avrebbe dato un contributo in funzione dell’esperienza lavorativa e del personale percorso formativo, tutti professionisti coinvolti sia da un punto di vista clinico che in qualità di ricercatori. Un gruppo che non ha mancato di sviluppare tematiche richieste dal

coordinatore e che si è confrontato nei tanti successivi incontri per analizzare a più riprese lo stato dei lavori.

È nei tanti incontri che si delineata la struttura delle L. G. incontri che nella fase iniziale hanno permesso di mettere in cantiere idee ed esperienze personali e successivamente permettere di realizzare il complesso incastro tra la scienza di riferimento (EBP), valori etici e deontologici. Uno spazio ideale capace di contenere la professione e il professionista come elementi imprescindibili di un progetto di cura, quando competenza e sensibilità umana diventano ingredienti fondamentali per lo svolgimento delle professioni sanitarie, una **fusione tra scienza e coscienza**.

È così che crediamo nel valore delle L.G. affinché possano essere assimilate ad una cassetta di attrezzi, ove il professionista avrà modo di esprimere la propria intellettualità attraverso un importante bagaglio di strumenti, messi lì a sua disposizione.

Strumenti che come un abile artigiano potrà utilizzare nella creazione di un'opera intellettuale, espressione della conoscenza e dell'esperienza personale. Il tutto senza comportamenti indotti, nella piena libertà di scelta, con la consapevolezza che qualsiasi strumento utilizzato è stato oggetto di evidenze riconosciute dalla comunità scientifica internazionale, l'intera L.G. fornisce a fianco dell'indicazione riferimenti alla letteratura scientifica.

Molti gli argomenti e gli spunti per rivedere la professione, ove la tracciabilità degli atti compiuti diventi testimone scrupoloso della centralità dell'assistito (empowerment - person centred care) e dell'impegno profuso dal Professionista, ove le aspettative della persona possano essere inquadrare all'interno delle concrete e reali possibilità e possano essere accettate e condivise nel documento del **libero consenso informato** (o *nella implicita responsabilità contrattuale*). Affinché ogni atto del professionista risulti sempre essere consequenziale di valutazioni e scelte mosse nell'interesse primario dell'assistito, scelte determinate dalla partecipazione attiva dello stesso (empowerment), dall'acquisizione della sua espressa volontà dopo aver compreso l'esito delle misurazioni del beneficio reso. Misurazioni d'obbligo, soprattutto in quei casi ove necessario dipanare ogni possibile sospetto di interesse del professionista stesso (obsolescenza programmata del dispositivo). La misurazione dell'Outcome deve essere strumento dimostrativo di un percorso virtuoso a cui il sanitario ha sottoposto la persona, donandogli consapevolezza e ricevendo consenso.

Non sono mancati riferimenti all'impiego di risorse professionali in tutti i contesti ove l'assistito ne faccia richiesta, *domicilio, ricovero ospedaliero, residenze sanitarie assistenziali* etc. ove il professionista saprà rendere le sue prestazioni al massimo delle proprie capacità e con l'impiego delle risorse di cui potrà, in tal contesto, disporre. Nessuna esclusione, anche un particolare riferimento all'assistenza **bed side**.

E infine, un auspicio, che le L.G. diventino materiale didattico e di formazione professionale sin dai banchi dell'Università, con l'obiettivo di acquisire quelle opportune conoscenze e

LINEE GUIDA DEL TECNICO AUDIOPROTESISTA

quella consapevolezza, in un ambito diverso da quello di un Tribunale giudicante.

Un particolare ringraziamento ai miei colleghi del Comitato Scientifico

***al vice Presidente Giacomo Martinotti, al Segretario Luigi Infantino,
e al coordinatore del gruppo di lavoro LG, Lorenzo Notarianni;***

***ai consiglieri: Alberto Pisetta, Claudio Mariuzzo, Eriberto Martellotti,
Laura Giulianati, Marco Marcato, Mauro Anselmo, Paolo Risso,
Sergio Giuseppe Cosmai, Viola De Nardi;***

ai collaboratori esterni del Comitato Scientifico:

***Pierfilippo Marcoleoni, Emanuela Fascetto, Beatrice Carletti, Borghi Cristian, Gaetano
Lauritano, Francesco Pontoni, Matteo Veronese.***

***Interamente dedicate al Presidente ANAP Dott. Gianni Gruppioni
e al Segretario ANAP Dott. Corrado Canovi.***

Il Presidente ATS ANAP

Massimo Sitzia

INTRODUZIONE

ASSOCIAZIONE TECNICO SCIENTIFICA - ANAP LINEE GUIDA DEL TECNICO AUDIOPROTESISTA

Il Tecnico Audioprotesista, figura di professionista intellettuale protetta e regolamentata dal **Decreto Ministeriale n.668/1994** recante il relativo profilo e dalle **Leggi n.42/1999, n.251/2000, n.43/2006, n.24/2017 e n.3/2018**, è la figura sanitaria che, in possesso del titolo abilitante previo esame di Stato all'esito del relativo percorso formativo universitario esercita la propria attività quale servizio di pubblica necessità a tutela della salute dei cittadini (**art. 32 Cost.**). In particolare, il Tecnico Audioprotesista, dedica la sua opera alla prevenzione e alla rimediazione dei danni uditivi, nello specifico: l'educazione e prevenzione, disamina, cura e riabilitazione personalizzata dei difetti uditivi tramite le più adeguate e appropriate prestazioni sanitarie e le più idonee tecnologie, atte al miglior recupero possibile del campo dinamico uditivo residuo, dell'inclusività sociale, dell'udibilità, della riduzione del handicap¹ percepito e della qualità di vita della persona ipoacusica. L'operato del Tecnico Audioprotesista si realizza attraverso interventi sanitari specifici, autonomi e responsabili, di natura preventiva, tecnico-riabilitativa e relazionale. Il Tecnico Audioprotesista è il professionista sanitario punto di riferimento per la rimediazione delle ipoacusie, per il trattamento psicoacustico dei disturbi del sistema uditivo e gli acufeni e per la prevenzione dell'ipoacusia, con piena titolarità e responsabilità; sceglie e applica soluzioni uditive e riabilitative personalizzate, agisce con indipendenza professionale, culturale, operativa,

giuridica e intellettuale tramite disamina della personalità, le motivazioni, bisogno di appartenenza e inclusione, di autorealizzazione, di riconoscimento e bisogni di ascolto e di relazione specifici della persona assistita e le verifiche audiologiche più appropriate, somministra prove di funzionalità valutativa protesica, prove di selezione, prove di regolazione e adattamento, applicazione e verifica di ausili auditivi onde individuarne il modello e strategia protesica più appropriato; si occupa della attenta valutazione e del controllo del risultato conseguito (outcome²) in fase di applicazione, adattamento e a fine ciclo della terapia protesica e del mantenimento dello stesso mediante atti professionali volti a monitorare nel tempo e verificare: la soglia uditiva rilevata; abilità percettive acquisite e/o modificate; obiettivi di intelligibilità verbale raggiunti, in quiete e nel rumore a mezzo di follow up di controllo periodici e concordati.

L'Audioprotesista, utilizza quale sanitario titolare delle relative competenze riservate, scienze tecnologiche e strategie relazionali avanzate, che prevedono l'uso aggiornato anche dell'informatica e delle nuove tecnologie anche per prestazioni in remoto³ per l'effettuazione ad personam della correzione, la cura e riabilitazione della funzione uditiva, nonché della progettazione di dispositivi personalizzati atti alla protezione della capacità uditiva in ambienti di lavoro (prevenzione primaria della tec-

1 <https://www.camera.it/temiap/2015/06/15/OCD177-1390.pdf>

nopatia da rumore, a mezzo progettazione D.P.I). Sono atti propri della professione del Tecnico Audioprotesista: la scelta, l'applicazione ed il controllo degli ausili uditivi che prevengono o suppliscono la disabilità uditiva, nonché l'educazione protesica dell'ipoacusico e di chi gli è prossimo; la verifica, il controllo continuo sull'efficacia dell'applicazione, che prevede la necessaria manutenzione dei dispositivi erogati durante tutto il ciclo di fornitura. Il Tecnico Audioprotesista svolge la sua attività in regime di dipendenza o libero professionale, in strutture pubbliche, private e se del caso, presso il domicilio dell'assistito; nell'ambito degli atti sanitari di propria competenza agisce con rigore metodologico, in linea con le migliori pratiche applicative adottate e riconosciute quali "buone pratiche"⁴ per il paziente minore, adulto e geriatrico. Il Tecnico Audioprotesista opera, quindi, me-

dante atti sanitari che ne implicano la piena e consapevole responsabilità e autonomia; in particolare, interviene sulla rimediazione dell'ipoacusia, migliorando la funzione uditiva residua a mezzo di un trattamento personalizzato che tiene conto anche delle caratteristiche socio culturali dell'assistito. Altro aspetto dell'operato del professionista risiede nel poter garantire alla persona protesizzata un risultato applicativo che possa protrarsi nel tempo. Solo attraverso atti professionali riservati sarà possibile garantire la verifica funzionale del dispositivo e la corretta applicazione in aggiornamento ai parametri audiologici/psico-elettroacustici (valutazione delle abilità uditive, della discriminazione ed intelligibilità verbale in quiete e nel rumore, della lateralizzazione e della localizzazione spaziale, verifica e l'adattamento dei parametri di personalizzazione, oltre, la proget-

2 [...] Il **Patient-Reported Outcome Measures (PROM)**, o misure di esito riportate dal paziente. Le prime misure di outcome sono misure che consentono di integrare gli indicatori di esito basati su valutazioni cliniche prodotte dai professionisti sanitari con le valutazioni che lo stesso paziente esprime in modo diretto del proprio stato di salute. In tal senso, i PROMs permettono di comprendere se un trattamento o in intervento specifici abbiano fatto la differenza per paziente, tanto in termini di condizioni di salute specifiche e generali, quanto di qualità della vita. I PROMs, infatti, sono questionari in grado di raccogliere informazioni di diverso tipo. La multidimensionalità dei PROMs consente di cogliere una serie ampia di aspetti; infatti, i questionari investigano generalmente una rosa di costrutti o dimensioni diversi che includono: sintomi, funzionalità, salute mentale/disagio psichico, percezione della propria salute, health-related quality of life. Ognuno dei costrutti è misurato mediante metriche che associano un valore alle risposte dei pazienti, con l'obiettivo di produrre uno score. Più nel dettaglio, i questionari utilizzati per la raccolta dei PROMs includono strumenti standardizzati disease/condition-specific, cioè studiati per indagare gli esiti di un intervento o una patologia specifica, e strumenti generici, in grado di misurare la qualità della vita e lo stato di salute percepito dal paziente. Negli ultimi anni, il numero di misure specifiche è cresciuto esponenzialmente, permettendo l'utilizzo dei PROMs per la valutazione degli outcome prodotti in diversi percorsi assistenziali e da numerosi trattamenti, siano essi chirurgici, farmacologici, psicoterapeutici, riabilitativi, etc. A questi si affiancano normalmente questionari generici, come l'EuroQol dimensions questionnaire (EQ-5D)³ e lo Short Form Health Survey (SF-36)⁴. In ambito audioprotesico i questionari psicometrici quali

APHAB, COSI, QIRPA etc sono strumenti che misurano il benessere, la qualità della vita e lo stato di salute percepiti dai pazienti a prescindere dalla loro condizione specifica, dalla loro patologia e dalle loro caratteristiche individuali. Sono strumenti particolarmente utili per effettuare comparazioni tra gruppi o a livello aggregato, come nel caso dei trial clinici. Le modalità di somministrazione dei PROMs sono oggi oggetto di linee guida volte a standardizzare le procedure di raccolta dei dati e il loro uso, a massimizzare la comparabilità dei dati tra diversi trial clinici o studi osservazionali, così come tra diverse organizzazioni sanitarie o sistemi sanitari nell'ambito di sistemi continui di raccolta dei PROMs [...] – (De Rosi, Sabina & Bonciani, Manila & Murante, Anna Maria. (2017). La valutazione degli esiti nella prospettiva dei pazienti. Salute & Territorio. 213. 83-88).

3 Karina F. M. Tao, Tais de C. Moreira, Dona M. P. Jayakody, De Wet Swanepoel, Christopher G. Brennan-Jones, Lize Coetzee & Robert H. Eikelboom (2020) Teleaudiology hearing aid fitting follow-up consultations for adults: single blinded crossover randomised control trial and cohort studies, International Journal of Audiology, DOI: 10.1080/14992027.2020.1805804.

4 In linea generale, le buone pratiche clinico-assistenziali possono essere considerate come una "raccolta eterogenea di fonti di conoscenza prodotte con meccanismi e con intenti diversi" dalle linee-guida, in quanto, sostanzialmente, basate sull'esperienza e "non su studi randomizzati e controllati che ne abbiano testato l'efficacia e la sicurezza, ma che l'opinione più o meno unanime dei componenti ritiene sufficientemente fondata, tanto da non giustificare dubbi tali da rimetterle in discussione"- Fonte: www.diritto.it/linee-guida-e-responsabilita-medica.

tazione degli accoppiatori elettroacustici). La correzione della funzione uditiva mediante gli Ausili Uditivi, Impianti Cocleari, Protesi Impiantabili, comprende: a) la scelta/individuazione o progettazione, da parte dell'Audioprotesista, dei dispositivi più idonei per l'assistito; b) la progettazione e il relativo rilevamento dell'impronta del condotto uditivo esterno, per la realizzazione dell'accoppiamento acustico e vibro-tattile più idoneo; c) l'adattamento del dispositivo medesimo, tramite fitting/mappatura; d) il controllo dell'efficacia immediata; e) l'applicazione dell'ausilio uditivo, oltre, il programma riabilitativo secondo i parametri tempo di utilizzo/guadagno impiegato ed infine la fondamentale educazione protesica del paziente ipoacusico e di chi gli è prossimo (es. familiare, caregiver⁵); f) il controllo periodico della permanenza dell'efficacia nel tempo delle performance funzionali alla rimediazione. L'abbinamento dell'apparecchio individuato e dell'accoppiamento complementare ad esso determina la soluzione acustica selezionata per il singolo paziente. La tipologia dell'impronta (presa con apposita strumentazione e materiali e previe idonee cautele, nel rispetto della **legge 24/17** e della **legge 3/18** sulle professioni protette in materia di atti esclusivi) costituisce un ulteriore elemento essenziale e di personalizzazione per il successo della rimediazione acustica. Gli ausili uditivi sono, quindi, "individuati su misura", in quanto scelti (oltre che mantenuti) dal Tecnico Audioprotesista a seguito di un preciso iter tecnico-sanitario/riabilitativo/assistenziale personalizzato⁶ senza il quale l'efficacia del

dispositivo non può essere garantita. Il Tecnico Audioprotesista esercita le sue competenze in quanto professionista sanitario protetto (**legge 3/18**) dalla specifica regolamentazione dell'ordinamento giuridico. In tale posizione e identità, il Tecnico Audioprotesista è dotato di responsabilità e autonomia che si esplicano nel perseguire la salvaguardia e il miglioramento della salute uditiva e la qualità di vita delle persone assistite mediante: - il colloquio preliminare con la persona assistita per l'individuazione delle necessità percepite e delle aspettative dichiarate; - le indagini miranti alla valutazione delle prestazioni funzionali senza dispositivo acustico, delle loro implicazioni sulle attività personali e le conseguenti ricadute sulla partecipazione attiva (**ICF**); l'individuazione, l'applicazione e l'adattamento personalizzato degli idonei ausili uditivi; - la valutazione dei risultati (**outcome**) della loro applicazione, seguendo l'assistito nel suo iter soggettivo di adattamento; il monitoraggio, controllo e mantenimento nel tempo della permanente funzionalità dell'ausilio nell'evoluzione della condizione generale della persona assistita, consentirà non solo di correggere l'ipoacusia, ma anche di prevenirne gli effetti negativi⁷ della stessa.

Il Tecnico Audioprotesista deve saper entrare in relazione empatica con i propri assistiti. La sua attività si realizza attraverso interventi specifici intellettualmente autonomi e responsabili, di natura preventiva, tecnico riabilitativa e relazionale⁸. Con riferimento alle indicazioni e alle determinazioni delle **Leggi n.42/1999**,

5 [...] Il **caregiver familiare** o **assistente familiare** è colui che **gratuitamente** ed essendo legato da **vincoli affettivi aiuta un proprio congiunto** a causa dell'età avanzata oppure di patologie croniche invalidanti. Si tratta di un'**assistenza a tempo pieno o parziale**, ma che tende a soddisfare tutte le necessità attinenti alla cura della persona. Si va, quindi, da attività espletate per sopperire ai bisogni di tipo fisico, come per esempio la pulizia della casa, alla somministrazione dei pasti e di farmaci, od attività di tipo amministrativo. È chiaro che l'impegno quotidiano del caregiver familiare varia a seconda dello stato di salute del proprio familiare, e questo può determinare anche un

carico emotivo molto forte per il caregiver stesso e tale da andare incontro a disagi di natura psicologica, tipo ansia, depressione, agitazione ed insonnia. [...]. <https://www.diritto.it/caregiver-familiare-riconoscimento-tutela-nel-nostro-ordinamento/>

6 Questo richiede un progetto documentato, compilato dall'audioprotesista e ove necessario e opportuno da una équipe multidisciplinare e garantito da un referente del piano audioprotesico (che può essere chiunque del team), che riassume la pianificazione assistenziale e gli obiettivi di promozione della salute che l'assistito dovrà ricevere e raggiungere in un determinato intervallo di tempo.

n. 251/2000, n.43/2006, n. 24/2017 e n.3/2018, nonché del **D.M. 2/04/2001** sono “**attività riservate**” al Profilo professionale di cui al **D.M. n.668/1994** la selezione, fornitura, adattamento e controllo degli ausili che prevengono, suppliscono la disabilità uditiva, nonché l’educazione protesica dell’ipoacusico e di chi gli è prossimo, il controllo della permanenza dell’efficacia dell’applicazione e la verifica e manutenzione degli ausili applicati quale quota parte dell’intero iter di rimediazione. All’interno delle proprie aree di responsabilità, sono competenze riservate del Tecnico Audioprotesista: - gestire il colloquio con la persona ipoacusica e con chi gli è prossimo; identificare i bisogni della persona mediante l’acquisizione di informazioni oggettive e soggettive; effettuare l’inquadramento e il bilancio audioprotesico; formulare obiettivi razionali e realizzabili per la rimediazione dell’ipoacusia e delle implicazioni su abilità, inclusività, e partecipazione (**ICF**); verifica dell’outcome e mantenimento nel tempo degli obiettivi raggiunti (**follow up**) in coerenza con le conseguenti variazioni di funzionalità corporee (**ICF**); adottare strumenti di valutazione standard e qualora in difetto, costruire strumenti di valutazione non standardizzati, relativamente alle attività professionali proprie e riservate; partecipare alla fase protesica riabilitativa nell’ambito dei progetti di screening uditivi relativi all’arco di vita del soggetto; formulare obiettivi integrati e multidisciplinari per la rimediazione dell’ipoacusia - sensibilizzare la comunità al fenomeno dell’ipoacusia (prevenzione primaria, secondaria e terziaria), in esclusività e in collaborazione con altre figure professionali; progettare campagne di sensibilizzazione ed educazione della

comunità nei confronti dell’ipoacusia e delle azioni per la sua prevenzione, anche tramite un approccio multidisciplinare; educare la comunità scolastica all’approccio corretto con tutte le fonti di suono e rumore, ai differenti livelli di ascolto, ai differenti rischi potenziali sul sistema uditivo; presidiare gli ambienti lavorativi più a rischio e, se del caso, promuovere la prevenzione del danno da rumore; promuovere la sorveglianza degli ambienti particolarmente frequentati dai giovani dove l’esposizione prolungata al rumore può causare danni uditivi permanenti; identificare la soluzione di ascolto, singola o integrata, più adatta alla prevenzione/correzione dello specifico deficit uditivo; contribuire ad una corretta diagnosi da parte del team multidisciplinare; valutare insieme all’assistito e ai suoi prossimi i bisogni al fine di stabilire una strategia per una corretta rimediazione dell’ipoacusia; identificare, ove necessario, il caregiver funzionale al miglior esito della rimediazione del deficit uditivo e coinvolgerlo attivamente nel progetto; elaborare il piano di assistenza audioprotesica personalizzata anche in collaborazione con altri profili sanitari; somministrare prove di funzionalità uditiva, prove di selezione, regolazione e applicazione di ausili acustici; applicare le tecnologie a disposizione per ottimizzare il risultato della rimediazione uditiva; mettere in atto il piano di rimediazione; utilizzare riferimenti riconosciuti dalle comunità scientifiche internazionali per pazienti minori, adulti o geriatrici; prevenire ed affrontare le criticità che emergono durante il processo di rimediazione; progettare e rilevare l’impronta del condotto uditivo esterno; selezionare l’accoppiamento acustico più idoneo

7 Vanderauwera J, Hellemans E, Verhaert N. Research Insights on Neural Effects of Auditory Deprivation and Restoration in Unilateral Hearing Loss: A Systematic Review. *J Clin Med.* 2020;9(3):812. Published 2020 Mar 17. doi:10.3390/jcm9030812

8 Un’assistenza audioprotesica efficace non si limita solo interventi e tecniche di documentata efficacia; essa rappresenta una relazione di sostegno, i cui obiettivi sono di aiutare, assistere,

prendere cura. Lo sviluppo e impiego pertanto di competenze relazionali risulta fondamentale per chi svolge una professione assistenziale che ha come finalità primaria assicurare aiuto e supporto alle persone che esprimono un bisogno o un problema di salute. La comunicazione non è meramente un mezzo per trasmettere informazioni: è conditio sine qua non attraverso il quale è possibile realizzare il rapporto e inclusività sociale.

al caso specifico; adattare e regolare gli ausili uditivi; rimediare l'ipoacusia individuando l'ausilio acustico e progettando l'accoppiamento meccano-acustico più idonei alla migliore compensazione del deficit uditivo e al comfort individuale; controllare elettroacusticamente gli ausili uditivi; effettuare accertamenti anamnestici e strumentali atti alla definizione del campo dinamico uditivo del soggetto e le condizioni di rapporto segnale/rumore; determinare gli obiettivi funzionali delle ability residue secondo le tabelle **ICF/OMS**; gestire la tecnologia degli ausili uditivi; individuare e

gestire l'amplificazione e le tecnologie di elaborazione del segnale atte all'ottimizzazione del rapporto segnale/rumore alla dinamica uditiva residua del soggetto e al suo stile di vita; accompagnare e facilitare la persona tramite il suo empowerment nel processo di selezione delle soluzioni uditive e riabilitative; - utilizzare il counseling formativo/motivazionale audioprotesico; - informare e educare la persona affetta da ipoacusia e dei loro familiari all'utilizzo di ausili uditivi; valutare l'aderenza alla terapia rimediaiva; monitorare e verificare nel tempo efficacia ed efficienza del progetto riabilitativo.

GRUPPO DI LAVORO

Il gruppo di lavoro è costituito da Audioprotesisti abilitati iscritti al rispettivo Albo, docenti della disciplina e di riconosciuta competenza, professionalità, esperienza

maturata che operano nel rispetto degli inalienabili diritti delle persone affette da ipoacusia, per i loro familiari e per la corretta integrazione nei contesti sociali.

MEMBRI E AFFILIAZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO

Massimo Sitzia

(Presidente ATS ANAP)

D.U. Università degli Studi di Siena Tecnico Audioprotesista;

Laurea in Tecniche Audioprotesiche (Università degli studi di Padova);

Laura Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Assistenziali (Università degli Studi La Sapienza di Roma);

Vicepresidente Commissione Albo Nazionale Tecnici Audioprotesisti;

Presidente Albo Tecnici Audioprotesisti Provincia di Latina;

Consulente Tecnico d'Ufficio Tribunale di Latina (iscritto all'Albo Penale e Civile);

Presidente Associazione Tecnico Scientifica (ATS) ANAP;

Componente del MIUR (Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca);

Docente a Contratto Università degli Studi di Roma "Tor Vergata";

Docente a contratto e Responsabile Attività Didattica Professionale del CDL in Tecniche Audioprotesiche Università degli Studi di Siena.

Lorenzo Notarianni

(membro effettivo ATS ANAP e Coordinatore del gruppo di lavoro Linee Guida)

Docente a contratto in Tecniche Audioprotesiche Università di Napoli;

Docente a Contratto in Tecniche Audioprotesiche Università Roma Tor Vergata;

Docente a contratto in Tecniche Audioprotesiche Università degli Studi Padova;

Direttore del tirocinio didattico per il Tirocinio Università di Padova;

Autore di pubblicazioni sulla disciplina nelle varie testate di settore, partecipazioni in qualità di relatore a convegni, seminari e tavole rotonde;

2014 Laurea Magistrale in Scienze Tecniche Assistenziali delle Professioni Sanitarie Università degli Studi di Roma La Sapienza - Facoltà di Medicina e Chirurgia Competenze manageriali in ambito sanitario;

2007 Laurea Triennale in Tecniche Audioprotesiche Università degli Studi di Torino - Facoltà di Medicina e Chirurgia Tecniche Audioprotesiche;

2013 Master I livello in Alta Specializzazione in Tecniche Audioprotesiche Università degli Studi di Torino 2013

Cristian Borghi

(Membro esterno del Comitato scientifico ANAP)

 Università degli studi di Parma, Laurea in tecniche audioprotesiche;

 Docente presso Università degli Studi di Parma nel corso di Tecniche Audioprotesiche.

 Tutor di tirocinio presso l'Università degli studi di Parma;

 Docente presso Università degli Studi di Padova nel corso di Tecniche Audiometriche;

 Docente di Master e Corsi di specializzazione nel settore audioprotesico presso l'Università di Padova;

 Relatore e Responsabile scientifico in numerosi corsi ECM.

Beatrice Carletti

(Membro esterno del Comitato scientifico ANAP)

 Diploma Tecnico di Audiometria Università La Sapienza Roma; Laurea in Tecniche Audiometriche

 Università degli Studi La Sapienza Roma;

 Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche Università La Sapienza;

 Laurea in Tecniche Audioprotesiche Università degli Studi di Roma La Sapienza;

 Master I livello in Riabilitazione uditiva nel bambino e nell'anziano: la gestione delle complessità,

 Università degli Studi di Padova;

 Master I livello Management per le funzioni di coordinamento per le professioni sanitarie,

 Università Campus Bio-Medico di Roma.

Emanuela Fascetto

(Membro esterno del Comitato scientifico ANAP)

 Laurea in Teniche Audioprotesiche Università di Roma Tor Vergata;

 Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Assistenziali Università degli Studi di Roma La Sapienza;

 Laurea in Tecniche Audiometriche Università di Roma Tor Vergata;

 Membro Commissione Nazionale Tecnici Audioprotesisti;

 Consigliere Commissione Albo Provinciale Tecnici Audioprotesisti Ordine TSRM e PSTRP di Latina;

 Membro esterno Comitato Tecnico Scientifico A.N.A.P;

 Tutor di Tirocinio per studenti universitari in Tecniche Audioprotesiche Università di Roma Tor Vergata.

Luigi Infantino

(Segretario/Tesoriere CTS ANAP)

 Laurea in Tecniche Audioprotesiche presso l'Università degli Studi di Torino;

 Responsabile Formazione FIA/ANA/ANAP;

 Segretario/Tesoriere Comitato Scientifico ANAP;

 Consigliere dell'Ordine dei TSRM e PSTRP della provincia di Siena;

 Docente a contratto presso il CdL in Tecniche Audioprotesiche dell'Università degli Studi di Pisa;

 Docente a contratto presso il CdL in Tecniche Audioprotesiche dell'Università degli Studi di Siena;

 Relatore ed organizzatore in numerosi corsi e congressi scientifici.

Gaetano Lauritano

(Membro esterno del Comitato scientifico ANAP)

Diploma in Tecniche di Audiometria e Audioprotesi Università degli studi di Napoli-Federico II;

Laurea in Tecniche Audioprotesiche Università degli studi di Napoli- Federico II;

Master Universitario di I livello dal titolo “La riabilitazione protesica della sordità infantile”

Facoltà Università degli Studi di Padova.

Tutor per studenti universitari in tecniche audioprotesiche convenzione ANA -Università Federico II di Napoli;

Consigliere provinciale Commissione D'albo Tecnici AUDIOPROTESISTI Ordine TSRM e PSTRP

di Napoli Avellino Benevento Caserta. Membro della Commissione Nazionale Tecnici Audioprotesisti Clinical Specialist presso Università degli studi di Napoli Federico II reparto di Audiologia;

Relatore in numerosi corsi ECM.

Pierfilippo Marcoleoni

(Membro esterno del Comitato scientifico ANAP)

Laurea in Tecniche Audioprotesiche conseguita all'università degli Studi di Padova;

Presidente delle Federazione Nazionale Sanità e Welfare di Unimpresa;

Vice Coordinatore Nazionale del Comitato Giovanile di LILT;

Vice Presidente Commissione d'Albo Audioprotesisti di Bari-Taranto-Barletta-Andria-Trani;

Consigliere Nazionale della Commissione d'Albo Audioprotesisti dell'Ordine TSRM-PSTRP.

Claudio Mariuzzo

(Membro del Consiglio direttivo ANAP)

Dottorato in Tecniche Audioprotesiche conseguito il 07/11/07 presso l'Università degli studi di Torino;

Qualifica di Eminente studioso, riconosciuta dal Consiglio unificato del corso di Laurea in Tecniche Audiometriche e Audioprotesiche

della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Ferrara il 06/10/2009;

Docente a contratto nel corso di Laurea in Tecniche Audiometriche della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Ferrara dal 2009 al 2011;

Docente a contratto nel corso di Laurea in Tecniche Audioprotesiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Ferrara dal 2009 al 2015;

Master di 1° livello “Alta specializzazione in tecniche Audioprotesiche” Università degli Studi di Torino

Membro del Consiglio Direttivo dell'ANAP, Associazione Nazionale Audioprotesisti Professionali;

Referee del Ministero della Salute per il Programma di Educazione Continua in Medicina (ECM);

Iscritto all'Albo Consulenti Tecnici del Tribunale di Padova ramo civile dal 01/04/2015 al n. 2871;

Coordinatore dei lavori del Comitato Scientifico dell'ATS ANAP Associazione Nazionale Audioprotesisti Professionali dal 22/11/2018;

Presidente della Commissione di Albo Tecnici Audioprotesisti Ordine TSRM PSTRP VePd dal 01/12/2019;

Membro della Commissione di Albo Nazionale Tecnici Audioprotesisti FNO TSRM PSTRP dal 28/09/2020.

Erierto Martellotti

(Membro effettivo)

Corso Con. S. Ap. per Tecnico Audioprotesista;

Docente presso l'Università la Sapienza nel Master di secondo livello in Audiologia infantile;

Tutor per studenti universitari in Tecniche Audioprotesiche;

Relatore a corsi e convegni.

Alberto Pisetta

(Membro effettivo)

Laurea tecniche Audioprotesiche, Università di Verona;

Laurea Magistrale scienze delle professioni sanitarie tecniche diagnostiche, Università di Padova;

Docente in Tecniche Audioprotesiche Università di Padova, Presidente della Commissione d'Albo tecnici Audioprotesisti dell'Ordine di Verona.

Gianluca Pofi

(Membro esterno del Comitato scientifico ANAP)

Laurea in Tecniche Audiometriche conseguita all'università degli Studi di Roma "La Sapienza";

Laurea in Tecniche Audioprotesiche conseguita all'università degli studi di Roma "Tor Vergata";

Francesco Pontoni

(Membro esterno del Comitato scientifico ANAP)

Laurea di Tecniche audioprotesiche Università degli studi di Padova;

Master universitario di primo livello in "LA RIABILITAZIONE UDITIVA NEL BAMBINO E NELL'ANZIANO: LA GESTIONE DELLE COMPLESSITA" Università degli studi di Padova;

Tutor per studenti universitari in tecniche audioprotesiche Università di Padova, Relatore a corsi e convegni.

Paolo Riso

(Membro effettivo)

Laurea in Tecniche Audioprotesiche Università degli Studi di Padova a Padova;

Master in Alta specializzazione in Tecniche Audioprotesiche Università degli Studi di Torino;

Vice Presidente Commissione D'Albo provinciale dei Tecnici Audioprotesisti Ordine TSRM e PSTRP di Torino Alessandria Asti;

Docente tecniche audioprotesiche Università di Torino e Tutor Università di Torino;

Relatore in diversi Corsi e convegni.

Matteo Veronese

(Membro esterno del Comitato scientifico ANAP)

Dottore in Economia e Commercio Laureato presso L'Università degli studi di Bologna;

Dottore in Tecniche Audioprotesiche Laureato presso L'Università degli studi di Padova;

Titolare di Acustica Italiana SRL, con sede legale a Padova (5 anni);

in precedenza Dirigente amministrativo presso la Deriplast S.p.A (5 anni);

Revisore legale dei conti presso la PWC (PriceWaterhouseCoopers) 12 anni.

STRUTTURAZIONE DELLA LINEA GUIDA

La LG è stata contemplata e strutturata secondo tre macro aree fondamentali:

FASE 1 La fase di pre-applicazione del dispositivo acustico (identificazione, valutazione, profilazione, condivisione).

FASE 2 La fase applicativa del dispositivo acustico (implementazione, monitoraggio, condivisione, verifica, validazione).

FASE 3 La fase post-applicazione del dispositivo acustico (monitoraggio, verifica, condivisione).

Le tre macro fasi indicate sono da considerarsi in rapporto circolare in quanto potrebbe essere necessaria una revisione di processo se si dovessero presentare variazioni riguardanti aspetti audiologici/extraudiologici e/o tecnologici (riferibili al deterioramento dello stesso dispositivo o alle insorte diverse necessità dell'assistito).



“Pyramid of Hearing Aid fitting Priorities”

La presa in carico dell'assistito implica una serie di atti professionali che vanno dall'anamnesi (prossima e remota di ipoacusia) fino al rilevamento del disagio percepito (questionari psicometrici) all'identificazione della capacità uditiva residuale affinché si possa effettuare una ragionevole prognosi di beneficio, nel

rispetto di quanto dovrà emergere nel documento del libero consenso informato. Obiettivo di tali preliminari atti è il coinvolgimento della persona affinché possa ben comprendere le difficoltà che scaturiscono dalla sua disabilità e il rapporto esistente tra quest'ultima e il possibile consolidamento di un handicap; solo tale

consapevolezza potrà favorire l'empowerment della persona assistita attraverso la comprensione dei limiti applicativi (affinché gli stessi limiti non diventino elementi deludenti sul processo protesico riabilitativo, ma argomenti oggetto di miglioramento, semmai, dello stesso processo). Tali riflessioni, gli autori ritengono, che vadano estese anche ai **caregiver** affinché gli stessi possano esercitare azioni di supporto e correzione comunicativa in quelle condizioni di fallimento accusato da parte della persona assistita. Una scarsa alfabetizzazione sanitaria (**Health Literacy**)⁹ può avere delle conseguenze negative sulla comprensione da parte del paziente delle informazioni relative alla salute e/o piano di cure proposte. Basta pensare ai manuali di istruzione dei dispositivi che spesso non contemplano il grado di conoscenza tecnologica degli utilizzatori, è compito dell'operatore sanitario di riferimento accertarsi delle competenze di base dell'utente.

1. Suddette considerazioni, peraltro, trovano un

riscontro nel **CAPO III del Codice Deontologico** rispetto ai rapporti con la persona assistita: **Art. 11 - Il Tecnico Audioprotesista e la Persona assistita.** *Il Tecnico Audioprotesista ascolta, informa, coinvolge la Persona assistita e chi eventualmente ne ha la tutela, in particolare i familiari dei minori e dei soggetti anziani disabili, prima e durante il processo applicativo, al fine di consentire di esprimere il loro consenso informato, valutando insieme ogni aspetto inerente alla natura, modalità, finalità e ai risultati dell'applicazione dell'ausilio individuato; fornisce informazioni globali e non soltanto audioprotesiche, adeguando le modalità di comunicazione sanitaria al livello culturale e alle capacità di comprensione dell'assistito, riconoscendogli il diritto di esprimere liberamente la propria volontà in merito alla proposta applicativa. In ogni caso, in presenza di rifiuto da parte dell'assistito o di chi ne ha la tutela, la curatela e l'amministrazione di sostegno ogni trattamento deve essere sospeso.*



⁹ Nair EL, Cienkowski KM. The impact of health literacy on patient understanding of counseling and education materials. *Int J Audiol.* 2010 Feb;49(2):71-5. doi: 10.3109/14992020903280161. PMID: 20151879.

1. PRE APPLICAZIONE

La fase pre-applicativa del dispositivo uditivo si articola in più momenti specifici.

- 1.** Informazione/educazione sanitaria in ambito audiologico e audioprotesico;
- 2.** Autovalutazione delle difficoltà uditive;
- 3.** Identificazione esigenze e obiettivi;
- 4.** Accertamenti di audiologia protesica;
- 5.** Certificazione e comunicazione dei risultati, obiettivi e limiti;
- 6.** Diritti della persona assistita in materia di erogazione dei presidi da parte del SSN, INAIL o altri enti mutualistici;
- 7.** Identificazione del livello prestazionale dell'apparecchio acustico più appropriato in base alle informazioni audiologiche ed extra audiologiche;
- 8.** Formulazione della strategia protesica sulla persona assistita;
- 9.** Programma audioprotesico/riabilitativo sulla persona assistita;
- 10.** Condivisione della fase decisionale;
- 11.** Consenso informato e autorizzazione al trattamento dei dati (privacy).

1.	Informazione/educazione sanitaria in ambito audiologico e audioprotesico¹⁰	
	Con alfabetizzazione sanitaria (Health literacy) ¹¹ si intende la “capacità di ottenere, elaborare e capire informazioni sanitarie di base e accedere ai servizi di salute in modo da effettuare scelte consapevoli”. In pratica essere in grado di acquisire, comprendere e utilizzare informazioni per la propria salute.	
	Atto/prestazione	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
1.1	Anamnesi conoscitiva prossima e remota	Afzarini H ET AL (2019)
1.2	Orientare, sostenere, sviluppare e potenziare le conoscenze dell’assistito e familiari / accompagnatori del sistema uditivo, e delle possibili conseguenze sulla qualità di vita anche grazie a materiale divulgativo cartaceo o supporto informatico	Melanie Ferguson, David Maidment, Naomi Russell, Melanie Gregory & Richard Nicholson (2016) Motivational engagement in first-time hearing aid users: A feasibility study, International Journal of Audiology, 55:sup3, S23-S33, DOI: 10.3109/14992027.2015.1133935
1.3	Orientare, sostenere, sviluppare e potenziare le conoscenze dell’assistito e familiari / accompagnatori delle potenzialità e limiti applicativi / dei dispositivi uditivi, sugli accessori per l’ascolto assistito, delle terapie alternative anche grazie a materiale divulgativo o supporto informatico	Coleman CK, Muñoz K, Ong CW, Butcher GM, Nelson L, Twohig M. Opportunities for Audiologists to Use Patient-Centered Communication during Hearing Device Monitoring Encounters. Semin Hear. 2018;39(1):32-43. Doi: 10.1055/s-0037-1613703
1.4	Orientare, sostenere, sviluppare e potenziare le conoscenze dell’assistito e familiari/ accompagnatori sui requisiti per usufruire delle agevolazioni del SSN e INAIL	Questa informativa va conferita in questa fase per dare all’assistito la possibilità di usufruire della assistenza SSN se ha diritto e requisiti
1.5	Indagine Otoscopica	Mankowski NL, Raggio BS. Otoscope Exam. [Updated 2020 Oct 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan- Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/N BK553163/
1.6	Elaborato/relazione di tracciabilità degli atti compiuti	Si rimanda a punto 11 il consenso informato e la privacy

10 Riferimento CD Art. 11 - Il Tecnico Audioprotesista e la Persona assistita. Il Tecnico Audioprotesista ascolta, informa, coinvolge la Persona assistita e chi eventualmente ne ha la tutela, in particolare i familiari dei minori e dei soggetti anziani disabili, prima e durante il processo applicativo, al fine di consentire di esprimere il loro consenso informato, valutando insieme ogni aspetto inerente alla natura, modalità, finalità ed ai risultati dell’applicazione dell’ausilio individuato; fornisce informazioni globali e non soltanto audioprotesiche, adeguando le modalità di comunicazione al livello culturale ed alle capacità di comprensione dell’assistito, riconoscendogli il diritto di esprimere liberamente la propria volontà in merito alla proposta applicativa. In ogni caso, in presenza di rifiuto da parte dell’assistito o di chi ne ha la tutela, la curatela e l’amministrazione di sostegno ogni trattamento deve essere sospeso.

11 <http://www.cuore.iss.it/progetti/health-literacy/>

<p>2.</p>	<p>Autovalutazione delle difficoltà uditive¹²</p>	
<p>La percezione del proprio stato di salute è una dimensione importante della qualità della vita. Nelle persone anziane in particolar modo, una cattiva percezione del proprio stato di salute è talvolta correlata a un aumento del rischio di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti. La qualità della vita correlata alla salute (HRQoL) è un concetto multidimensionale che include domini relativi al funzionamento fisico, mentale, emotivo e sociale. Va oltre le misure dirette della salute della popolazione e si concentra sull'impatto che lo stato di salute ha sulla qualità della vita. Un concetto correlato di HRQoL è il benessere, che valuta gli aspetti positivi della vita di una persona, come le emozioni positive e la soddisfazione della vita.</p> <p>Sistema di misurazione della salute globale valuta le risorse umane globali di qualità fisica, mentale e sociale attraverso domande su salute auto-valutata, qualità fisica, qualità mentale, affaticamento, dolore, stress emotivo, attività sociali e ruoli sulla partecipazione e riflettono le valutazioni degli individui sull'impatto della loro salute sulla loro partecipazione sociale nel loro ambiente attuale. La partecipazione include istruzione, occupazione, attività civiche, sociali e del tempo libero. Il principio alla base delle misure di partecipazione è che una persona con una limitazione sensoriale e funzionale, ad esempio perdita uditiva, difficoltà motorie o disabilità intellettiva, può vivere una vita lunga e produttiva e godere di una buona qualità della vita</p>		
<p>Atto/prestazione</p>		<p>Evidenza in letteratura e/o annotazioni</p>
<p>2.1</p>	<p>Anamnesi remota e prossima riguardo la consapevolezza acquisita sullo stato di salute uditiva/ qualità di vita</p>	<p>Manchaiah V, Danermark B, Rönnerberg J, Lunner T. Importance of “process evaluation” in audiological rehabilitation: examples from studies on hearing impairment. Int J Otolaryngol. 2014; 2014:168684. Doi: 10.1155/2014/168684</p>
<p>2.2</p>	<p>Analisi motivazionale: studio del rapporto tra gli effetti della deprivazione uditiva e la possibile insorgenza di handicap (Analisi difficoltà percepite a mezzo somministrazione questionari psicometrici)</p>	<p>E. Ambert-Dahan, C. Laouénan, M. Lebredonchel, S. Borel, C. Carillo, D. Bouccara, O. Sterkers, E. Ferrary, I. Mosnier, Evaluation of the impact of hearing loss in adults: Validation of a quality-of-life questionnaire, European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases, Volume 135, Issue 1, 2018, Pages 25-31, https://doi.org/10.1016/j.anorl.2017.09.003</p>
<p>2.3</p>	<p>Raccolta degli atti professionali svolti riportando le informazioni acquisite</p>	<p>I suddetti atti richiedono gli adempimenti ai sensi del GDPR sulla privacy trattandosi di dati sensibili</p>

¹² <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/percezione>

3.	Identificazione esigenze e obiettivi¹³	
	L'identificazione delle esigenze rappresenta il rapporto esistente tra la privazione uditiva e i possibili effetti della stessa su quella determinata persona. Innegabile quanto contesti di vita, relazioni, interessi, hobby siano elementi caratterizzanti per quel profilo d'ascolto che identifica le necessità del singolo individuo. Pertanto, offrire un vantaggio in un ambito che non è determinante rispetto agli obiettivi di quella persona potrebbe costituire una ridotta soddisfazione percepita a fronte di un risultato audiologico di connotazione soddisfacente. Tale contesto apre al professionista sanitario riflessioni che devono tradursi operativamente ad un approccio diverso rispetto alla soddisfazione. Si ritiene che una possibile chiave risolutiva vada ricercata nel counselling motivazionale, formativo/informativo.	
	Azione professionale	Evidenza in letteratura We/o annotazioni
3.1	Analisi iniziale delle aspettative dal percorso protesico riabilitativo	Saunders, Gabrielle & Lewis, M. & Forsline, Anna. (2009). Expectations, Prefitting Counseling, and Hearing Aid Outcome. <i>Journal of the American Academy of Audiology</i> . 20. 320-34. 10.3766/jaaa.20.5.6
3.2	Identificazione delle esigenze individuali, socio relazionali e ambientali a mezzo somministrazione di questionari psicometrici	Dreschler WA, de Ronde-Brons I. A Profiling System for the Assessment of Individual Needs for Rehabilitation with Hearing Aids. <i>Trends Hear</i> . 2016; 20:2331216516673639. Published 2016 Nov 4. Doi: 10.1177/2331216516673639

¹³ Fiona Barker, Emma Mackenzie & Simon de Lusignan (2016) Current process in hearing-aid fitting appointments: An analysis of audiologists' use of behaviour change techniques using the behaviour change technique taxonomy (v1), *International Journal of Audiology*, 55:11, 643-652, DOI: 10.1080/14992027.2016.1197425.

4.	Accertamenti di audiologia protesica¹⁴	
	L'audiometria protesica si differenzia dalla normale pratica diagnostica in quanto non ha come obiettivo la determinazione della capacità uditiva mancante bensì la misura della capacità uditiva residua. Tale procedura non fornirebbe informazioni corrette ai fini audioprotesici se fosse carente nel dettaglio frequenziale e non fosse affiancata dalle ulteriori soglie MCL e UCL (Most Comfortable Level e Uncomfortable Level), fondamentali nel delimitare il campo dinamico uditivo disponibile ai fini del reintegro dell'udibilità indispensabile alla restituzione della vigilanza ambientale e spettro verbale. Le strumentazioni utilizzate devono rispondere ai requisiti di idoneità attraverso le certificazioni periodiche di taratura/revisione.	
	Atto/prestazione	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
4.1	Disinfezione delle superfici e strumenti d'uso per evitare il rischio di infezioni crociate	https://canadianaudiology.ca/wp-content/uploads/2016/11/Infection-Prevention-and-Control-Guidelines-for-Audiology.pdf
4.2	Informare la persona e familiari sulla procedura per il rilevamento del campo dinamico uditivo residuo	http://www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2017/02/Recommended-Procedure-Pure-Tone-Audiometry-Jan-2017-V2-1.pdf
4.3	<p>Accertamenti quantitativi: studio del campo dinamico uditivo residuo attraverso rilevamento delle soglie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soglia uditiva/ HTL (hearing threshold level) 2. Soglia di comoda udibilità / MCL (most comfortable level) 3. Soglia di fastidio / UCL (uncomfortable level) 	Si intende non tracciare obbligati percorsi di indagine ma quanto funzionale alla determinazione delle informazioni tecnico sanitarie secondo i criteri di appropriatezza (efficienza ed efficacia) a totale discrezione dell'operatore sanitario che saprà individuare per l'assistito (in relazione alle sue capacità cognitive/collaborative) il percorso più idoneo.
4.4	<p>Accertamenti qualitativi: informare la persona e familiari sulla procedura per il rilevamento della capacità di discriminazione vocale nel silenzio e sotto competizione illustrando ampiamente il rapporto esistente tra la quantità uditiva mancante e la qualità uditiva ragionevolmente restituibile in relazione al campo dinamico uditivo rilevato.</p> <p>Prima ipotesi: ampio campo dinamico uditivo, soglia UCL traslata possibile rapporto di diretta proporzionalità tra quantità e qualità;</p> <p>Seconda ipotesi: medio campo dinamico uditivo, soglia UCL presente prossimale a soglia MCL, possibile rapporto tra quantità e qualità di non diretta proporzionalità;</p> <p>Terza ipotesi: ristretto campo dinamico uditivo, soglia UCL a scostamento minimo dalla soglia MCL, possibile rapporto tra quantità e qualità inversamente proporzionale</p>	<p>http://www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2017/02/Recommended-Procedure-Pure-Tone-Audiometry-Jan-2017-V2-1.pdf</p> <p>Sanchez Lopez R, Bianchi F, Fereczkowski M, Santurette S, Dau T. Data-Driven Approach for Auditory Profiling and Characterization of Individual Hearing Loss. Trends Hear.</p>

14 Art. 6 - Il Tecnico Audioprotesista e l'assunzione di responsabilità. Il Tecnico Audioprotesista assume responsabilità in base alla propria preparazione e competenza. Ricorre, se necessario, alla consulenza o all'intervento di colleghi esperti o specialisti. L'assunzione di responsabilità e autonomia del Tecnico Audioprotesista si esplicano entro una cornice valoriale in cui il rispetto dei doveri, dei diritti e dei principi deontologici della Professione è condizione irrinunciabile dell'agire; persegue la salvaguardia e il ripristino della salute come bene essenziale del singolo e della collettività nel corso delle indagini preliminari, cliniche e strumentali, miranti alla valutazione della menomazione uditiva e della disabilità conseguente, nello scegliere, consegnare ed adattare gli ausili uditivi adeguati, nel verificare i risultati della loro applicazione, nel seguire l'assistito nel suo adattamento a breve ed a lunga scadenza, nel controllare nel tempo la permanente funzionalità dell'ausilio.

<p>4.5</p>	<p>Strumenti audiologici disponibili secondo criteri di appropriatezza</p> <p>Audiometria in cuffia, via ossea, test di recruitment (e/o tutti i test eseguibili con l'audiometro utili alla finalità)</p> <p>Impedenzometria, riflessi, decay (e/o tutti test eseguibili utili alla finalità)</p>	<p>https://www.who.int/occupational_health/publications/noise8.pdf</p> <p>Art. 5 Il Tecnico Audioprotesista esercita autonomamente la propria attività professionale, rispettando le altre professioni sanitarie e provvedendo affinché siano sempre salvaguardati i rispettivi ambiti professionali. Riconosce che l'integrazione e la collaborazione sono la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito, per cui, nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale, contribuisce allo sviluppo delle reciproche competenze assistenziali</p>
<p>4.6</p>	<p>Esame vocale nel silenzio in cuffia (es. SPIQ)</p>	<p>Hoppe U, Hocke T, Müller A, Hast A: Speech Perception and Information-Carrying Capacity for Hearing Aid Users of Different Ages. <i>Audiol Neurotol</i> 2016;21(suppl 1):16-20. doi: 10.1159/000448349</p>
<p>4.7</p>	<p>Esame vocale sotto competizione in cuffia (es. SPIN, Matrix test, Digit test)</p>	<p>Nuesse T, Wiercinski B, Brand T, Holube I. Measuring Speech Recognition With a Matrix Test Using Synthetic Speech. <i>Trends in Hearing</i>. January 2019. doi:10.1177/2331216519862982</p>
<p>4.8</p>	<p>Audiometria tonale in campo libero</p>	<p>https://www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/OD104-79-Acoustics-of-Sound-Field-Audiometry-in-Clinical-Audiological-Applications-FINAL-Feb-2019.pdf</p>
<p>4.9</p>	<p>Esame vocale in campo libero in ambiente silente (es. materiale verbale bisillabico a senso compiuto, logotomi)</p>	<p>https://www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/OD104-79-Acoustics-of-Sound-Field-Audiometry-in-Clinical-Audiological-Applications-FINAL-Feb-2019.pdf</p>
<p>4.10</p>	<p>Esame vocale in campo libero sotto competizione (es. Materiale bisillabiche, logotomi, matrix test)</p>	<p>https://www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/OD104-79-Acoustics-of-Sound-Field-Audiometry-in-Clinical-Audiological-Applications-FINAL-Feb-2019.pdf</p> <p>Hoth S, Baljić I. Current audiological diagnostics. <i>GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg</i>. 2017;16: Doc09. Published 2017 Dec 18. doi: 10.3205/cto000148</p>
<p>4.11</p>	<p>ANL test</p>	<p>https://www.audiologyonline.com/articles/20q-acceptable-noise-level-test-basics-14403</p>
<p>4.12</p>	<p>REM</p>	<p>Almufarrij I, Dillon H, Munro KJ. Does Probe-Tube Verification of Real-Ear Hearing Aid Amplification Characteristics Improve Outcomes in Adults? A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Trends in Hearing</i>. January 2021. doi:10.1177/2331216521999563</p>
<p>4.13</p>	<p>TEN test</p>	<p>Galster, Jason & Stevens, Katherine. (2012). Prescribing hearing aids for cochlear dead regions. <i>Hearing Journal</i>. 65. 16-18</p>
<p>4.14</p>	<p>Potenziali evocati uditivi, otoemissioni (e/o tutti test elettrofisiologici utili alla finalità)</p>	<p>Art. 5 Il Tecnico Audioprotesista esercita autonomamente la propria attività professionale, rispettando le altre professioni sanitarie e provvedendo affinché siano sempre salvaguardati i rispettivi ambiti professionali. Riconosce che l'integrazione e la collaborazione sono la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito, per cui, nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale, contribuisce allo sviluppo delle reciproche competenze assistenziali</p>
<p>4.15</p>	<p>Studio/Analisi dei risultati ottenuti e stesura del certificato/documento prognostico di protesizzabilità</p>	<p>Art. 5 Il Tecnico Audioprotesista esercita autonomamente la propria attività professionale, rispettando le altre professioni sanitarie e provvedendo affinché siano sempre salvaguardati i rispettivi ambiti professionali. Riconosce che l'integrazione e la collaborazione sono la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito, per cui, nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale, contribuisce allo sviluppo delle reciproche competenze assistenziali</p>

5.	Certificazione e comunicazione dei risultati, obiettivi e limiti	
	La comunicazione e condivisione delle informazioni, dei risultati, obiettivi e limiti con l'assistito ha come scopo primario il corretto inquadramento delle aspettative e trova la sua massima espressione nell'elaborazione del documento del consenso informato. Il consenso informato deve intendersi non come una mera esposizione di rigidi atti, svolti in sequenza, con la finalità di proteggere l'operatore sanitario ma come espressione di civiltà e cultura sanitaria. Uno strumento di lavoro capace di trasformare i limiti esistenti, in una determinata applicazione protesica, in approcci strategici capaci di migliorare la QoL favorendo quella alleanza terapeutica conosciuta come empowerment	
	Azione professionale	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
5.1	Condividere, i risultati ottenuti orientare, sostenere, sviluppare e potenziare le conoscenze dell'assistito e familiari / accompagnatori sul sistema uditivo, sulle potenzialità e limiti audioprotesici	Meibos A, Muñoz K, Schultz J, Price T, Whicker JJ, Caballero A, Graham L. Counselling users of hearing technology: a comprehensive literature review. Int J Audiol. 2017 Dec;56(12):903-908. doi: 10.1080/14992027.2017.1347291. Epub 2017 Jul 14. PMID: 28708444
5.2	Stampa documentazione / refertazione tecnica a disposizione della persona assistita (Tracciabilità)	Documentazione pre consenso

6.	Diritti della persona assistita in materia di erogazione dei presidi da parte del SSN, INAIL o altri enti mutualistici¹⁵	
	Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone riconosciute invalide o in attesa di riconoscimento dell'invalidità le prestazioni sanitarie che comportano l'erogazione di protesi, ortesi e ausili tecnologici per la prevenzione, la correzione o la compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilità residue nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito (art. 17 dPCM 12 gennaio 2017)	
	Azione professionale	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
6.1	Comunicazione diritti dell'assistito ¹⁶	Come previsto dal Cd Art. 3
6.2	Stampa documentazione / istruzioni e indicazioni (Tracciabilità)	Pro memoria utile all'assistito

¹⁵ <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4702&area=Lea&menu=distrettuale>.

¹⁶ Art. 3 - Il Tecnico Audioprotesista e la responsabilità. La responsabilità del Tecnico Audioprotesista consiste nel prendersi cura della persona ipoacusica, nel favorirne la vita indipendente, l'inclusione sociale, la consapevolezza dei propri diritti, informandolo e coinvolgendolo nelle scelte che lo riguardano come cittadino e come assistito, al quale compete l'osservanza delle prescrizioni riguardanti la soluzione concordata.

7.	Identificazione del livello prestazionale dell'apparecchio acustico più appropriato in base alle informazioni audiologiche ed extra audiologiche	
	A seguito di una attenta disamina del profilo preliminare audiologico e extraaudiologico e ove opportuno facendo ricorso all'integrazione delle informazioni grazie alla collaborazione interdisciplinare (Art 5 del Codice Deontologico) sotto la propria responsabilità e conseguente autonomia (Art. 3 Del Codice Deontologico) l'audioprotesista nel pieno rispetto dell'approccio person centred valuta la menomazione uditiva e la conseguente disabilità identifica i dispositivi e livello prestazionale secondo il paradigma dell'appropriatezza tecnica, etica e deontologica	
	Atto/ prestazione	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
	Indicazioni per fornitura a totale carico del SSN quando il dispositivo scelto soddisfa i criteri audiologici e extraaudiologici	Interpretazione secondo il N.T. 332/99. Consultare 6. Istruzione e consigli per aventi diritto ASL
7.1	Indicazioni per fornitura dispositivi ad elevato contenuto tecnologico secondo il livello prestazionale più appropriato, contemplando, ove necessario, il contributo dell'assistito oltre a quello del SSN	Interpretazione secondo il N.T. 332/99 nell'ipotesi in cui la tecnologia erogabile non ha i requisiti individuati e scelti dall'audioprotesista nella trattazione del caso
7.2	Indicazioni per fornitura ai non aventi diritto secondo quanto previsto dal SSN	Livello di tecnologia individuato secondo logiche di appropriatezza (analisi prestazionale secondo efficienza ed efficacia)
7.3	Indicazioni di eventuali dispositivi connettivi wireless necessari all'ottimizzazione del S/N in tutti quei casi ove una alterazione qualitativa in relazione al carico del rumore ambientale possa compromettere l'ascolto e la stessa qualità di vita ¹⁷	Thibodeau LM. Benefits in Speech Recognition in Noise with Remote Wireless Microphones in Group Settings. J Am Acad Audiol. 2020;31(6):404-411. doi: 10.3766/jaaa.19060
7.4	Analisi e condivisione sui benefici, limiti, appropriatezza delle scelte sopra elencate (empowerment)	L'alleanza terapeutica permette un inquadramento del problema uditivo riferibile alla persona nella sua complessa totalità di atti quotidiani e stili di vita
7.5	Stampa documentazione / refertazione tecnica a disposizione della persona assistita (Tracciabilità)	Documento di pre consenso

¹⁷ I requisiti di elaborazione nella comprensione del parlato sono maggiori quando la qualità fisica dei suoni del parlato in arrivo diminuisce. Questo può implicare un aumento dello sforzo di ascolto, che richiede maggiori risorse cognitive per risolvere l'ambiguità percettiva o semantica. Diverse reti neurali vengono utilizzate per risolvere questa ambiguità a seconda del tipo specifico di difficoltà percettiva o semantica introdotta. L'ascolto in condizioni difficili recluta diversi pool di risorse per supportare i processi percettivi e cognitivi durante la comunicazione verbale. (Alain, C, Du, Y, Bernstein, LJ, Barten, T, Banai, K. Listening under difficult conditions: An activation likelihood estimation meta-analysis. Hum Brain Mapp. 2018; 39: 2695- 2709. <https://doi.org/10.1002/hbm.24031>).

8. Formulazione della strategia protesica sulla persona assistita		
<p>Nel rispetto dell'Art. 6 del codice Deontologico sull'assunzione di responsabilità Il Tecnico Audioprotesista assume responsabilità in base alla propria preparazione e competenza. Ricorre, se necessario, alla consulenza o all'intervento di colleghi esperti o specialisti. L'assunzione di responsabilità e autonomia del Tecnico Audioprotesista si esplicitano entro una cornice valoriale in cui il rispetto dei doveri, dei diritti e dei principi deontologici della Professione è condizione irrinunciabile dell'agire; persegue la salvaguardia e il ripristino della salute come bene essenziale del singolo e della collettività nel corso delle indagini preliminari, cliniche e strumentali, miranti alla valutazione della menomazione uditiva e della disabilità conseguente, nello scegliere, consegnare ed adattare gli ausili uditivi adeguati, nel verificare i risultati della loro applicazione, nel seguire l'assistito nel suo adattamento a breve ed a lunga scadenza, nel controllare nel tempo la permanente funzionalità dell'ausilio. Grazie alla attenta disamina delle informazioni raccolte ed eventualmente integrate grazie al supporto multidisciplinare, ove ritenuto opportuno e appropriato dal Tecnico Audioprotesista, sarà possibile formulare i in scienza e coscienza e progettare la strategia audioprotesica più appropriata.</p>		
	Azione professionale	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
8.1	Identificazione / scelta dispositivi conduzione aerea e/o conduzione ossea (dispositivo tradizionale)	https://www.hearingreview.com/practice-building/practice-management/overcoming-conductive-mixed-hearing-losses-and-single-sided-deafness-with-bone-anchored-hearing-devices
8.2	Identificazione / scelta conduzione ossea dispositivi semi impiantabili	
8.3	Identificazione / scelta conduzione aerea monolaterale e/o binaurale, secondo i criteri di analisi residuali della capacità uditiva quando in deficit simmetrici e asimmetrici è opportuno determinare i vantaggi o svantaggi derivanti da un ascolto dicotico. È opportuno attraverso un'analisi delle evidenze (misurazione outcome) verificare l'appropriatezza dell'approccio monoaurale vs binaurale o vice versa ¹⁸	http://www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2014/04/BSA-Document-Evidence-on-bilateral-hearing-aids-ARIG-March-2017.pdf ; Kim JH, Lee JH, Lee HK. Advantages of binaural amplification to acceptable noise level of directional hearing aid users. Clin Exp Otorhinolaryngol. 2014;7(2):94-101. doi:10.3342/ceo.2014.7.2.94
8.4	Scelta applicazione monolaterale in tutte le condizioni obbligate da evidenze cliniche. Analisi sull'opportunità del recupero del lato per mezzo di tecnologia SSD e/o CROS, BICROS	https://www.hearingreview.com/hearing-loss/monaural-hearing-aid-fitting-considerations-patients-unilateral-hearing-loss
8.5	Identificazione / scelta dispositivi multibanda/ multicanale per dettagliata analisi frequenziale in equalizzazione mirata di settori frequenziali della coclea a basso o inesistente residuo (classificazione di Brian Moore sulle lacunae cocleari). Prima ipotesi: dead area con risposta adiacente di strutture frequenziali, indicazione traslazione frequenziale. Seconda ipotesi: dead area in assenza di risposta adiacente di strutture frequenziali (vuoto di spettro), indicazione cut - off	Salorio-Corbetto M, Baer T, Moore BCJ. Evaluation of a Frequency-Lowering Algorithm for Adults with High-Frequency Hearing Loss. Trends in Hearing. January 2017. doi: 10.1177/2331216517734455

<p>8.6</p>	<p>Progettazione dell'accoppiamento meccanico - acustico nel CUE.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Studio della $\lambda/4$ relativamente alle caratteristiche di risonanza del CUE (REUR) per l'ottimizzazione dell'enfasi frequenziale necessaria 2. Studio delle caratteristiche di tenuta dell'inserito all'interno del CUE onde evitare che le eventuali sollecitazioni indotte dall'ATM sottostante possano modificare la resa meccanico elettro acustica 3. Studio della biocompatibilità dei materiali utilizzati per la realizzazione dell'accoppiatore in prevenzione di possibili rigetti e/o allergie/ flogosi del CUE 	<p>Winkler A, Latzel M, Holube I. Open Versus Closed Hearing-Aid Fittings: A Literature Review of Both Fitting Approaches. Trends Hear 2016;20:2331216516631741. Published 2016 Feb 15. doi: 10.1177/2331216516631741 https://www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2014/04/Impression-Taking-1.pdf</p>
<p>8.7</p>	<p>Indicazioni di eventuali accessori wireless necessari all'ottimizzazione del S/N in tutti quei casi ove una alterazione qualitativa in relazione al carico del rumore ambientale possa compromettere l'ascolto e la stessa qualità di vita</p>	<p>Norrix, Linda & Camarota, Kristen & Harris, Frances & Dean, James. (2016). The Effects of FM and Hearing Aid Microphone Settings, FM Gain, and Ambient Noise Levels on SNR at the Tympanic Membrane. Journal of the American Academy of Audiology. 27. 117-125. 10.3766/jaaa.15012</p>

18 Mussoi BSS, Bentler RA. Binaural Interference and the Effects of Age and Hearing Loss. J Am Acad Audiol. 2017 Jan;28(1):5-13. doi: 10.3766/jaaa.15011. PMID: 28054908. L'interferenza binaurale può essere presente in $\geq 17\%$ delle protesizzazioni acustici. Le evidenze provenienti dalle prove di discriminazione vocale nel rumore suggeriscono una prevalenza dell'interferenza binaurale sia probabilmente più alta nella popolazione anziana. Test vocali nel rumore possono fornire all'audioprotesista dati oggettivi per supportare la preferenza soggettiva per un apparecchio acustico rispetto a due.

9.	Programma audioprotesico/riabilitativo sulla persona assistita¹⁹	
	<p>La terapia riabilitativa ha come obiettivo il recupero dell'autonomia dell'individuo nelle sue attività quotidiane, sia dal punto di vista lavorativo (attraverso analisi contestuali degli ambienti) e sia dal punto di vista socio relazionale in tutti gli altri contesti di vita²⁰. La riabilitazione deve soddisfare le esigenze della persona assistita con una particolare sensibilità alle sue specifiche aspettative, oltre a quelle del contesto familiare/caregiver.</p> <p>La terapia riabilitativa possibilmente non dovrebbe modificare abitudini quotidiane e stili di vita e viene elaborata dall'audioprotesista con la persona assistita e la sua famiglia, quando necessario, con un'equipe multidisciplinare. L'elaborazione di un progetto individuale si articola in più punti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la definizione degli obiettivi: elaborazione dell'esito delle valutazioni audioprotesiche in base alle aspettative e esigenze della persona; definizione razionale e ragionevole dei tempi per il conseguimento degli stessi; verifica degli indicatori di esito al fine di evidenziare i miglioramenti uditivi ed extra uditivi ottenuti • la scelta del "setting": luogo dove effettuare la riabilitazione che può essere in centro acustico, struttura sanitaria o domiciliare. La scelta del "setting" riabilitativo dipende da esigenze come grado di disabilità del paziente, condizioni cliniche, disponibilità logistiche, pertanto, la stessa può avvalersi di competenze multidisciplinari (es. specialista ORL, audiologo, audioprotesista, audiometrista, logopedista etc.) • la definizione dei programmi riabilitativi: pianificazione di interventi specifici; l'individuazione degli operatori; definizione delle modalità e tempi di erogazione; definizione delle misure di esito per valutare l'efficacia dei programmi. <p>Durante le fasi di attuazione del progetto individuale deve essere previsto un monitoraggio per poter revisionare il progetto stesso in relazione di eventuali cambiamenti e nuove esigenze insorte alla persona. La verifica finale permette di stimare il raggiungimento degli obiettivi prefissati e l'efficacia del percorso riabilitativo. Tali riflessioni devono consentire comportamenti flessibili, plastici, non incardinati in protocolli monolitici ma sempre disponibili a revisione in relazione alle contingenze sopraggiunte, basti pensare quanto in tempi di pandemia è stato necessario e utile modificare nell'approccio lavorativo</p>	
	Azione professionale	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
9.1	Counselling	https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/counseling-for-professional-service-delivery/
9.2	Proposta di n numero di visite necessarie all'adattamento e personalizzazione del dispositivo acustico. Progettazione dell'Auditory Training ²¹	La valutazione dell'esito è condizionata alle prestazioni audioprotesiche che sequenzialmente svolte, mirano ad una ottimizzazione dei parametri applicativi attraverso un criterio dosimetrico della pressione sonora erogata dal dispositivo che, non potrebbe prescindere dai livelli di acclimatazione raggiunta attraverso l'utilizzo dello stesso.
9.3	Stampa documentazione / refertazione tecnica a disposizione della persona assistita (Tracciabilità)	Documento di pre consenso

10.	Condivisione della fase decisionale²²	
	<p>L'adesione al piano di cura passa attraverso comportamenti che il professionista sanitario ha l'obbligo di promuovere e favorire attraverso una dialettica esplicativa di concetti non semplici ma da rendere necessariamente comprensibili. La conoscenza degli elementi prognostici riguardo il trattamento protesico/riabilitativo, unitamente ai valori etici e deontologici, costituisce la base per ottenere un valido libero consenso informato. Un tempo adeguatamente appropriato per il trasferimento dei dati prognostici va ritenuto come un vero tempo di cura, tempo indispensabile per favorire il consolidamento di un sodalizio tra pari ove la persona assistita è parte integrante di un processo indispensabile a favorire alleanza terapeutica (empowerment). Il consenso informato, oltre ad essere un atto dovuto ai fini legali, rappresenta un importante strumento di lavoro oltre ad essere espressione di civiltà. Conoscere bene l'assistito, sue esigenze, abitudini e necessità di vita, consente di interpretare tutte le possibili varianti e alternative per realizzare la massima personalizzazione del processo protesico/riabilitativo, quello più adeguato alla persona. Precisiamo che riversare sull'assistito una serie di informazioni tecnico scientifiche, in assenza di comprovata comprensione degli argomenti esposti, non può in nessun caso costituire la legittimazione del consenso libero informato; va riservato alla persona ipoacusica assistita il tempo necessario di assimilazione, il tempo necessario per prendere una decisione consapevole, oltre, il possibile diritto ad un ripensamento e alla conseguente revoca delle decisioni prese</p>	
	Azione professionale	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
10.1	Counselling	Saunders, Gabrielle & Lewis, M. & Forsline, Anna. (2009). Expectations, Prefitting Counseling, and Hearing Aid Outcome. Journal of the American Academy of Audiology. 20. 320-34. 10.3766/jaaa.20.5.6
10.2	Stampa documentazione / refertazione tecnica a disposizione della persona assistita	https://www.audiology.org/sites/default/files/PracticeManagement/PatientChartContent.pdf

19 Art. 6 - Il Tecnico Audioprotesista e l'assunzione di responsabilità. Il Tecnico Audioprotesista assume responsabilità in base alla propria preparazione e competenza. Ricorre, se necessario, alla consulenza o all'intervento di colleghi esperti o specialisti. L'assunzione di responsabilità e autonomia del Tecnico Audioprotesista si esplicano entro una cornice valoriale in cui il rispetto dei doveri, dei diritti e dei principi deontologici della Professione è condizione irrinunciabile dell'agire; persegue la salvaguardia e il ripristino della salute come bene essenziale del singolo e della collettività nel corso delle indagini preliminari, cliniche e strumentali, miranti alla valutazione della menomazione uditiva e della disabilità conseguente, nello scegliere, consegnare ed adattare gli ausili uditivi adeguati, nel verificare i risultati della loro applicazione, nel seguire l'assistito nel suo adattamento a breve ed a lunga scadenza, nel controllare nel tempo la permanente funzionalità dell'ausilio.

20 MarkeTrak VIII: The Impact of the Hearing Healthcare Professional on Hearing Aid User Success - Apr 1, 2010 | Common Risk Factors, Counseling & Education, Fitting Equipment, Health & Wellness, Marketing, Patient Care, Practice Management, Sensorineural, Staffing & Training, Surveys & Statistics, Testing Equipment.

21 Stropahl, Maren & Besser, Jana & Launer, Stefan. (2019). Auditory Training Supports Auditory Rehabilitation: A State-of-the-Art Review. Ear and Hearing. 41. 1. 10.1097/AUD.0000000000000806.

22 Art. 3 - Il Tecnico Audioprotesista e la responsabilità. La responsabilità del Tecnico Audioprotesista consiste nel prendersi cura della persona ipoacusica, nel favorirne la vita indipendente, l'inclusione sociale, la consapevolezza dei propri diritti, informandolo e coinvolgendolo nelle scelte che lo riguardano come cittadino e come assistito, al quale compete l'osservanza delle prescrizioni riguardanti la soluzione concordata.

<p>11.</p>	<p>Consenso informato²³⁻²⁴ e autorizzazione al trattamento dei dati (privacy)</p> <p>Per quanto concerne il trattamento dei dati si rammenta la necessità di avere autorizzazione preventiva già nelle fasi preliminari in quanto i dati di riferimento definiti particolari e/o sensibili vengono acquisiti durante l'attività anamnestica. Il modulo della privacy dovrà essere corredato di tutte le richieste previste dal DGPR di riferimento con particolare attenzione all'individuazione del titolare dei dati e delle finalità di utilizzo che devono essere espressamente oggetto di autorizzazione</p>	
	<p>L'obbligo di informare rientra tra gli obblighi professionali generali delle professioni sanitarie. L'informazione deve avvenire in forma trasparente, esaustiva e chiaramente comprensibile. Per i cittadini stranieri con difficoltà linguistiche, nel limite del possibile deve essere organizzata la presenza di un interprete o invitare la persona a farsi accompagnare da qualcuno che possa tradurre quanto detto. Per poter esercitare il diritto all'autodeterminazione, devono essere soddisfatte due condizioni, la persona deve essere stata informata a fondo per poter dare il suo esplicito consenso a un determinata proposta di cura e deve essere capace di discernimento della natura e portata dell'intervento e in base a questa consapevolezza, deve poter prendere una decisione appropriata. Il consenso informato è il risultato di un percorso caratterizzato dalla compiuta soddisfazione degli obblighi informativi gravanti sul professionista affinché la persona affidata possa esercitare i suoi insindacabili diritti. Le informazioni dovranno riguardare la natura del problema uditivo, le possibili terapie alternative e le conseguenze che ne potrebbero derivare, oltre una ragionevole stima dei tempi necessari per l'adattamento audioprotesico. Il professionista creerà le condizioni per dare luogo a una "alleanza terapeutica". Con questa espressione, generalmente, si fa riferimento alla condivisione delle conoscenze da parte del professionista sanitario e dei valori da parte della persona che si affida alle cure. Il fine ultimo è quello di tutelare la salute, nella più alta accezione indicata dalla OMS, quale stato di completo benessere fisico psichico e sociale e non semplice assenza di malattia. Questi principi, sono affermati con forza anche nel Codice Deontologico del Tecnico Audioprotesista</p>	
	<p>Azione professionale</p>	<p>Evidenza in letteratura e/o annotazioni</p>
<p>11.1</p>	<p>La firma del Consenso Informato</p>	<p>https://www.salute.gov.it/portale/dat/dettaglioContenutiDat.jsp?lingua=italiano&id=4953&area=dat&menu=vuoto</p>
<p>11.2</p>	<p>La firma della privacy</p>	<p>https://www.garanteprivacy.it/</p>
<p>11.3</p>	<p>Stampa documentazione / refertazione tecnica a disposizione della persona assistita anche se decide di non aderire alle proposte fatte</p>	<p>La buona comunicazione: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2385_allegato.pdf</p>
<p>11.4</p>	<p>Redazione di una cartella audioprotesica / prognostica contenente i documenti provenienti da punti precedenti se decide di proseguire con il percorso audioprotesico</p>	<p>La buona comunicazione: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2385_allegato.pdf</p>

23 Art. 2 - Il Tecnico Audioprotesista e la Persona ipoacusica Il rispetto dei diritti fondamentali della Persona e dei principi etici della Professione è condizione essenziale per l'esercizio professionale. "Persona" è il Cittadino, inteso come ciascun individuo, **CODICE DEONTOLOGICO DEL TECNICO AUDIOPROTESISTA** detentore di diritti - si veda la convenzione ONU sottoscritta dal Governo italiano il 30.03.2007 e poi recepita nel nostro ordinamento giuridico e la Classificazione ICF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - e protagonista delle attività di promozione e tutela del suo stato di salute in costante cambiamento. "Assistito" è la Persona con cui l'Audioprotesista attiva una peculiare, specifica e professionale relazione in cui trovano esplicazione il rispetto, il confronto, il dialogo vissuti come principi-guida della Deontologia professionale. Il Tecnico Audioprotesista svolge la propria attività al servizio della persona ipoacusica e della col-

lettività, attraverso interventi specifici, autonomi e altresì di natura educativa, intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale e relazionale. Il rispetto dei diritti fondamentali della persona e dei principi deontologici della Professione contenuti nel presente codice è condizione essenziale per l'esercizio professionale.

24 Art. 13 - Il Tecnico Audioprotesista e il consenso informato. Il Tecnico Audioprotesista ascolta, informa, coinvolge l'assistito rispettando le indicazioni espresse e valuta con lui la soluzione audioprotesica più appropriata per il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile. La mancata prestazione di un valido consenso informato alle prestazioni del Tecnico Audioprotesista costituisce autonoma fonte di responsabilità personale per lo stesso, in quanto tale inosservanza rappresenta una palese lesione del diritto all'autodeterminazione dell'Assistito. Al momento della presa in carico il Tecnico Audioprotesista acquisisce il consenso informato con la forma scritta o, in caso di impossibilità, con le altre modalità di legge.

2. FASE APPLICATIVA

Lo psicologo JD Harris (1971) affermò che “l’obiettivo è far acquisire all’orecchio una rappresentazione fedele del mondo sonoro come se l’apparecchio acustico non fosse presente” e David Pascoe (1980) ha osservato acutamente, che “Sebbene sia vero che la semplice rilevazione di un suono non ne garantisce il riconoscimento” (...) è ancora più vero che senza rilevamento, le probabilità di una corretta identificazione sono notevolmente ridotte o addirittura impossibili” Catherine Palmer (2010) ha dato una svolta più succinta all’adattamento dell’apparecchio acustico affermando gli obiettivi come assicurarsi che i suoni che i pazienti **vogliono** sentire siano udibili, confortevoli e di buona qualità sonora²⁵.

Sudette affermazioni impongono riflessioni su elementi valutativi riguardo i risultati (outcome) ragionevolmente ottenibili, risultati che devono essere verificati attraverso elementi psicometrici e psicoacustici; indagini oggettive e soggettive effettuate preliminarmente (inquadramento delle necessità audiologiche) e successivamente durante il percorso protesico/riabilitativo.

Considerare il rapporto esistente tra la quantità di udito restituibile e la qualità uditiva residua, costituisce un elemento cardine nel successo applicativo in quanto la necessità di riferire i reali margini di successo (*aspettative*), evita l’insorgere di possibili incomprensioni, fraintendimenti e possibili successivi contenziosi.

Le L.G. devono rappresentare lo strumento con cui il professionista rende non aggredibile la propria prestazione, quando la stessa, non può garantire margini di recupero uditivo oggettivamente possibili, ma, ipoteticamente accettabili, attraverso quella resa consapevolezza dell’assistito e il suo relativo consenso.

Il rapporto tra la quantità e qualità uditiva ottenibile deve aver come assunto che l’assenza di quantità, non po-

trebbe produrre qualità, ma, altresì è necessario essere consapevoli che non tutta la quantità restituibile potrà tradursi in qualità uditiva. È il rapporto matematico tra queste grandezze (diretta proporzionalità; proporzionalità; inversa proporzionalità) ad essere lo strumento di valutazione corretta ad un approccio protesico riabilitativo consapevole, necessario ad un reale inquadramento delle aspettative fino al proporre strategie protesiche non tradizionali quando i presupposti amplificativi/equalizzativi possono tradursi in mancato risultato o peggioramento dello stesso (nell’ipotesi che la quantità erogata induca elementi di sofferenza uditiva).

Il grado di ipoacusia e la relativa morfologia frequenziale rappresenta un fattore importante nelle considerazioni riguardo la scelta del livello di tecnologia più appropriato. Alcuni dispositivi protesici sono più adeguati per ipoacusie da gravi a profonde, mentre altri si prestano meglio per ipoacusie lieve-moderate, valutazioni di esclusiva pertinenza dell’Audioprotesista che saprà calcolare il gain necessario e i coefficienti di riserva da destinare alle possibili necessità future (in relazione alla possibile evoluzione del quadro audiologico, tipica in molte ipoacusie associate a comorbilità).

Altro fattore fondamentale per la progettazione personalizzata e la scelta della soluzione uditiva più appropriata da parte dell’Audioprotesista, è lo stile di vita delle persone. Coloro che vivono uno stile di vita socialmente attivo, dinamico dal punto di vista della variabilità dell’acustica ambientale, usano molto i vari *device* di comunicazione, partecipano a conferenze e sono impegnati in conversazioni in ambienti rumorosi, loro, hanno bisogno di soluzioni con un livello prestazionale più elevato. Le soluzioni appropriate, invece per coloro che vivono uno stile di vita

25 Northern JL. *Strategies of Adult Hearing Aid Selection*. *Audiol Res*. 2011;1(1):e20. Published 2011 Mar 23. doi:10.4081/audiore.2011.e20

più sedentario, possono impiegare strategie più semplici da un punto di vista tecnologico.

In buona sostanza si ritiene che una maggiore sofisticatezza debba trovare oggettivo riscontro di necessità.

Sulla base di queste considerazioni generali, è possibile scegliere tra diversi livelli di tecnologia e di prestazioni affinché il dispositivo conosca un livello di personalizzazione esclusivo, *ad personam*.

È opportuno ricordare per progettare, adattare e personalizzare la tecnologia l'Art. **9 del codice**

deontologico - *Il Tecnico Audioprotesista e la competenza professionale: Il Tecnico Audioprotesista garantisce impegno e competenza professionale, non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare. Egli deve affrontare, nell'ambito delle sue specifiche responsabilità e competenze, ogni problematica con il massimo scrupolo e disponibilità, dedicandovi il tempo necessario per un'accurata valutazione dei dati oggettivi e dei dati anamnestici, avvalendosi delle procedure e degli strumenti ritenuti essenziali e coerenti allo scopo, nei limiti delle disponibilità esistenti.*

LINEE GUIDA DEL TECNICO AUDIOPROTESISTA

La fase applicativa del dispositivo uditivo si articola in più momenti specifici, razionali e consequenziali.

12. Scelta della regola predittiva;
13. Fase first fit dell'apparecchio acustico e configurazione delle caratteristiche elettroacustiche;
14. Verifica della curva target in fase first fit, avvalendosi anche di verifiche in open set;
15. Accertamenti di audiologia protesica in verifica e validazione quanti/qualitativa, (misurazione dell'outcome percepito e misurato strumentalmente);
16. Verifiche audioprotesiche in itinere e validazione per *n* numero di visite;
17. Verifiche audioprotesiche di fine ciclo di adattamento (misurazione di tutti gli outcome ottenuti);
18. Addestramento all'uso della tecnologia protesica, alla manutenzione ordinaria, alla pulizia e disinfezione, alla sostituzione della pila e alla sicurezza nei confronti di terzi;
19. Compilazione di una cartella audioprotesica/prognostica da consegnare all'assistito, nel rispetto della tracciabilità degli atti professionali effettuati;

12.	Scelta della regola predittiva	
	Una logica di preconfigurazione può essere definita come un approccio all'adattamento iniziale in cui vengono misurate alcune prerogative audiologiche del deficit da trattare al fine di determinare le caratteristiche di amplificazione/equalizzazione iniziali necessarie (target di adattamento). L'obiettivo è fornire un "primo assetto" ottimale per una data configurazione di ipoacusia che soddisfi le esigenze di ascolto per un gruppo più ampio possibile di portatori di apparecchi acustici. Da questo punto di partenza l'operatore sanitario può quindi mettere a punto l'apparecchio acustico in base alle esigenze di ascolto iniziali e alle preferenze sonore del singolo portatore.	
	Azione professionale	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
12.1	Regola prescrittiva indipendente della famiglia NAL NL e DSL.	Keidser G, Dillon H, Flax M, Ching T, Brewer S. The NAL-NL2 Prescription Procedure. <i>Audiol Res.</i> 2011;1(1):e24. Published 2011 Mar 23. doi:10.4081/audiores.2011.e24 Seewald R, Moodie S, Scollie S, Bagatto M. The DSL method for pediatric hearing instrument fitting: historical perspective and current issues. <i>Trends Amplif.</i> 2005;9(4):145-157. doi:10.1177/108471380500900402
12.2	Regola predittiva di proprietà.	https://www.hearingreview.com/inside-hearing/research/proprietary-hearing-aid-gain-prescriptions-changes-time

13	Fase first fit dell'apparecchio acustico e configurazione delle caratteristiche elettroacustiche	
	È compito dell'Audioprotesista garantire che gli apparecchi acustici siano programmati e adattati per ottimizzare gran parte delle situazioni d'ascolto. La ricerca ha dimostrato che gli adattamenti casuali, basati su indicazioni sommarie, portano a prestazioni ridotte e a possibili vizi di acquisizione sonora. Questo documento esamina le prove a sostegno dell'uso di metodi prescrittivi convalidati come il NAL-NL2. L'uso di metodi prescrittivi include la garanzia che gli obiettivi di adattamento siano raggiunti rispetto all'SPL del condotto uditivo, ma non esime da verificarne l'effettivo raggiungimento e le possibili relative correzioni. Queste verifiche possono essere effettuate solo mediante misure effettuate in open set / campo libero, e REM, procedure validate per queste verifiche. ²⁶	
	Azione professionale	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
13.1	Scelta della regola prescrittiva. ²⁷	Consultare punto 13
13.2	Scelta del livello di acclimatazione.	La scelta appropriata del livello di acclimatazione uditiva rientra nella logica e nelle responsabilità dell'operatore sanitario della riabilitazione uditiva che mira a consentire di raggiungere e mantenere un esercizio di ascolto ottimale. Di conseguenza, la valutazione dell'ascolto ottenuto mediante il dispositivo è il punto di partenza di un processo riabilitativo orientato al paziente e alle sue soggettive necessità. All'interno della Classificazione internazionale della disabilità e della salute (ICF) i professionisti della riabilitazione possono fare affidamento per la prima volta su un modello accettato a livello mondiale che fornisce un linguaggio universale per la descrizione e la classificazione di funzionamento. Per comprendere l'ICF nella gestione della riabilitazione è necessario sviluppare strumenti appropriati per la pratica clinica. Tali Strumenti ICF, integrano il modello e la classificazione, devono essere orientati ad un approccio di problem solving fornito dal Rehab-Cycle. Gli ICF Tools sono stati sviluppati per l'utilizzo nelle diverse fasi del Rehab-Cycle. I Core Set ICF esistenti in combinazione con l'uso dei Qualificatori ICF sono stati la base per questo sviluppo. Nella pratica clinica, questi Strumenti ICF consentono la descrizione di uno stato di funzionamento, l'illustrazione dell'esperienza di funzionamento del paziente e la relazione tra obiettivi riabilitativi e obiettivi di intervento appropriati, una panoramica sulle risorse necessarie per migliorare aspetti specifici del funzionamento umano e, infine, alterazioni degli stati di funzionamento a seguito di interventi riabilitativi. Gli strumenti ICF supportano una comprensione comune del funzionamento e della comunicazione tra i membri del team quando utilizzati nella riabilitazione multidisciplinare. Lo sviluppo di sistemi di documentazione elettronica, l'assegnazione di strumenti standardizzati alle categorie ICF e l'operatività dei Qualificatori ICF possono contribuire a ulteriori miglioramenti della gestione della riabilitazione basata su ICF in futuro ²⁸ .

²⁶ <https://www.egms.de/static/en/journals/zaud/2020-2/zaud000009.shtml>

²⁷ *Overview and Rationale for Prescriptive Formulas for Linear and Nonlinear Hearing Aids* CATHERINE V. PALMER, GEORGE A. LINDLEY IV.

²⁸ Rauch A, Cieza A, Stucki G. *How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice.* *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008 Sep;44(3):329-42. PMID: 18762742.

LINEE GUIDA DEL TECNICO AUDIOPROTESISTA

13.3	Attivazione di algoritmi specifici dell'apparecchio acustico	Gli apparecchi acustici forniscono numerose e complesse tecniche di elaborazione del segnale con una gamma di parametri per migliorare l'esperienza e conforto di ascolto per l'ipoacusico. Resta inteso che tali sofismi elaborativi richiedano competenze appropriate del professionista affinché possano essere effettuate scelte di merito importanti che per essere tradotte nella pratica applicativa solo dopo averne verificato gli effettivi benefici oltre alle possibili controindicazioni ²⁹
13.4	Attivazione numero n programmi di ascolto	I programmi di ascolto non sono standardizzati, vengono creati individualmente per ogni utente, secondo la ratio del corretto inquadramento delle necessità. Alla base di quest'ultima considerazione, si pone l'analisi dettagliata della capacità uditiva residua che l'Audioprotesista effettua con ogni strumento che ritiene opportuno (Documento 1 di queste LG). Il numero di programmi quindi necessari, per una soluzione acustica ottimale, determina il livello prestazionale dell'apparecchio acustico più appropriato al contesto in analisi
13.5	Attivazione del data-logging	Una delle maggiori sfide nell'assistenza sanitaria in tutto il mondo è garantire che i pazienti siano disposti e in grado di assumere i trattamenti come prescritto e che persistano a farlo per il periodo di tempo stabilito. Quando questo non avviene, si parla di "non aderenza al trattamento" o "non conformità al trattamento" e le conseguenze possono essere gravi. La mancata aderenza a trattamenti prescritti in modo appropriato può portare a un beneficio clinico ridotto e a un aumento del rischio di morbilità ³⁰ e l'onere economico sui sistemi sanitari può essere significativo. Alla luce di questo l'Audioprotesista ha il dovere di monitorare con i mezzi a disposizione l'aderenza alla terapia audioprotesica
13.6	Attivazione accessori wireless se presenti	L'applicazione della tecnologia wireless negli apparecchi acustici serve a due scopi principali: migliorare il rapporto segnale-rumore in condizioni specifiche e migliorare l'esperienza complessiva e la comodità per l'utente dell'apparecchio acustico e favorire i processi di controllo da remoto (telemedicina)

²⁹ Rallapalli V, Anderson M, Kates J, Balmert L, Sirow L, Arehart K, Souza P. Quantifying the Range of Signal Modification in Clinically Fit Hearing Aids. *Ear Hear.* 2020 Mar/Apr;41(2):433-441. doi: 10.1097/AUD.0000000000000767. PMID: 31408045; PMCID: PMC7007831

³⁰ Andersson M, Garfield S, Eliasson L, Jackson C, Raynor D. Delivery of patient adherence support: a systematic review of the role of pharmacists and doctors. *Patient Intelligence.* 2014;6:31-42 <https://doi.org/10.2147/PI.S46647>

14	Verifica della curva target in fase first fit, avvalendosi anche di verifiche in open set	
	L'obiettivo è l'accessibilità e udibilità adeguata alle informazioni acustiche per una comunicazione vocale appropriata. Per garantire un accesso appropriato al segnale acustico, l'udibilità deve essere verificata e confermata ³¹ .	
	Azione professionale	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
14.1	Disinfezione delle superfici e strumenti d'uso per evitare il rischio di infezioni crociate	https://canadianaudiology.ca/wp-content/uploads/2016/11/Infection-Prevention-and-Control-Guidelines-for-Audiology.pdf
14.2	Misure HIT con accoppiatore 2cc	Rendere oggettivi i dati elettroacustici di un dispositivo equivale a fotografare il funzionamento dello stesso, della sua resa e delle caratteristiche di programmazione in un dato momento. La verifica ³² e la ripetibilità nel tempo delle misurazioni rilevate è garanzia di corretto funzionamento del dispositivo e fornisce informazioni indispensabili quando necessario determinare se l'alterazione di un quadro di beneficio applicativo possa essere attribuito a disfunzioni funzionali del presidio o al possibile cambiamento del quadro audiologico dell'assistito
14.3	Misure PMM e/o REM	È stato dimostrato che le REM rappresentano il metodo più accurato per la verifica degli apparecchi acustici applicati. Rispetto alle informazioni HIT consento di introdurre elementi riguardo la propagazione pressoria all'interno del C.U.E. Tali informazioni sono indispensabili nel fotografare come alterazioni anatomiche del condotto, a cui si può assistere nel tempo, o lo stesso deterioramento degli accoppiatori mecano acustici, possa incidere in modo significativo sulla resa protesica. Un altro motivo comune per sottoutilizzare le REM è l'uso di algoritmi di primo adattamento (first fit) forniti dal software di programmazione, con l'errata convinzione che le caratteristiche elettroacustiche pronosticate dal fitting software siano un metodo accurato ed efficace per fornire realmente i risultati ottenibili con le formule prescrittive più comuni (Hawkins e Cook, 2003; Aarts e Caffee, 2005) ³³

31 Art. 7 - Il Tecnico Audioprotesista e la diligenza professionale. Il Tecnico Audioprotesista conforma il proprio operato alle linee guida e alle buone pratiche riconosciute ed accreditate dalla comunità scientifica ed audioprotesica, anche ai sensi e per gli effetti della Legge n. 24/2017; si astiene da inescusabili negligenze, da qualsiasi imprudente inosservanza delle comuni regole di comportamento, delle regole dell'arte, dei regolamenti e delle leggi.

32 <https://www.audiologyonline.com/articles/verification-counseling-digital-hearing-instruments-13085>

33 Sporck, Sarah K., "Effect of real-ear verification on hearing aid benefit" (2011). Dissertations, 2014-2019. 118. <https://commons.lib.jmu.edu/diss201019/118>

15	Accertamenti di audiologia protesica di verifica e validazione quanti/qualitativa, (misurazione dell’outcome percepito e misurato strumentalmente)	
	<p>La verifica e la validazione delle misurazioni oggettive e soggettive rappresenta il primo passo da compiere nelle misurazioni dell’outcome e dell’impatto ottenuto sulla QoL delle persone assistite. Molti studi hanno evidenziato come un attento monitoraggio dei risultati ottenuti e le continue revisioni nel tempo, consentano grazie alle metodiche di fitting in open set (realizzate in campo libero) il giusto inquadramento dei coefficienti amplificativi/ equalizzativi/compressivi. Le motivazioni a cui riferirsi nell’eseguire tali metodiche di indagine risiedono nella necessità di raggiungere un livello di soddisfazione, ove possibile, superiore alla soddisfazione percepita, legata a fattori psicoacustici ed emotivi. Facendo riferimento alla letteratura corrente, il completamento di queste misurazioni è parte di quell’assistenza clinica routinaria capace di ridurre il numero di casi di insoddisfazione a prescindere dai reali limiti applicativi, aumentando la soddisfazione dell’assistito anche in situazioni di recuperi estremamente difficoltosi, complessi</p>	
	Azione professionale	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
15.1	Disinfezione delle superfici e strumenti d’uso per evitare il rischio di infezioni crociate	https://canadianaudiology.ca/wp-content/uploads/2016/11/Infection-Prevention-and-Control-Guidelines-for-Audiology.pdf
15.2	Accertamenti audioprotesici in C.L; verifica morfologica dell’udibilità per punto frequenza, necessaria a determinare una corretta interpretazione delle curve elettroacustiche (strumenti calibrati secondo normative vigenti)	Come riportato nel documento ISO/DIS 21388 ³⁴ (...) lo “scarso adattamento e conforto” con gli apparecchi acustici può portare alla non conformità, abbandono o sotto utilizzo degli apparecchi acustici. Di conseguenza, l’intero processo di adattamento dovrebbe essere ottimizzato per ottenere vantaggi funzionali, trasparenza, soddisfazione dell’utente (...)
15.3	Accertamenti audioprotesi ci in C.L. per verificare la discriminazione vocale ottenuta in relazione al carico amplificativo tollerato (strumenti calibrati secondo normativa vigente)	Si faccia riferimento a punto 15.2
15.4	Misure PMM.	Si faccia riferimento a punto 14.3
15.5	Verifica ANL o altra metodica per rilevare la tollerabilità al rumore di fondo (analisi competitiva della voce nel rumore, come elemento predittivo del beneficio in circostanze ove presente il rumore ambientale) (strumenti calibrati secondo normative vigenti)	Oltre alle metodiche per rilevare la discriminazione vocale nel rumore utilizzati per misurare oggettivamente la capacità di comprensione del parlato, questi test possono essere utilizzati anche per misurare altri aspetti della comunicazione, come il fastidio da rumore e la capacità soggettiva di comprendere il parlato. Il test del livello di rumore accettabile è stato ampiamente studiato. Freyaldenhoven et al (2007, Nabelek et al (2006) hanno riportato che il livello di fastidio rappresenta un fattore predittivo nella predisposizione soggettiva verso la presenza di rumore di fondo ³⁵

³⁴ <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:21388:dis:ed-1:v1:en>

³⁵ <https://www.audiologyonline.com/articles/20q-acceptable-noise-level-test-basics-14403>

<p>15.6</p>	<p>Gestione delle criticità riferibili ad elementi di possibile sconforto generato dal corpo protesi sul padiglione e/o dall'inserzione nel CUE; gestione delle criticità assimilabili all'amplificazione/ equalizzazione in relazione al percorso di adattamento. Gestione delle difficoltà percepite per effetto nocebo³⁶</p>	<p>Il valore percepito dell'apparecchio acustico può essere determinato dal livello di beneficio ottenuto (è bene gestire le aspettative irrealistiche per evitare un disallineamento con i risultati ragionevolmente ottenibili). Valutare anche il comfort correlato all'uso dell'apparecchio acustico affinché non si ingenerino limiti allo stesso uso favorendo l'effetto nocebo. Identificare e correggere questi fattori di rischio, può garantire un maggiore utilizzo degli apparecchi acustici³⁷ e una completa adesione al processo riabilitativo (empowerment)</p>
<p>15.7</p>	<p>Rilevare eventuale presenza dell'interferenza binaurale; verifica della potenziale perdita di beneficio applicativo attraverso analisi comparative che possano dimostrare beneficio o perdita dello stesso attraverso ascolto monotico e/o dicotico in particolari soggetti</p>	<p>Jerger J, Silman S, Silverman C, Emmer M. Binaural Interference: Quo Vadis? <i>J Am Acad Audiol.</i> 2017 Apr;28(4):266-270. doi: 10.3766/jaaa.28.4.1. PMID: 28418322</p>
<p>15.8</p>	<p>Questionari psicometrici di autovalutazione da somministrare in itinere per evidenziare possibili criticità percepite dall'assistito, in prevenzione dell'effetto nocebo (preferibilmente con questionari menzionati in letteratura)</p>	<p>Le metodiche che il professionista potrà utilizzare nella misurazione dell'outcome devono avere un taglio personalizzato e personalizzabile al grado di integrità del soggetto e alla stessa capacità di comprendere. La verifica del beneficio è un passaggio dirimente nel convalidare il processo applicativo e la stessa riabilitazione dell'udito³⁸</p>
<p>15.9</p>	<p>Attivazione del datalogging in monitoraggio tempo di utilizzo e di lettura parametri acustici ambientale, utili nella connotazione dello stile di vita dell'assistito in relazione ai livelli di pressione sonora nei vari ambienti di vita</p>	<p>I dati per il monitoraggio individuale dell'utilizzo di apparecchi acustici sono storicamente limitati a questionari retrospettivi o dati registrati intrinsecamente nell'apparecchio acustico cumulativamente nel tempo (ad esempio, giorni d'uso e caratteristiche acustiche dello scenario di ascolto). Ciò limita l'indagine sulle interazioni longitudinali tra l'uso di apparecchi acustici e fattori ambientali o comportamentali. Recentemente è diventato possibile analizzare i dati degli apparecchi acustici in remoto attraverso smartphone. Ciò può fornire l'accesso a nuove informazioni sui modelli di utilizzo degli apparecchi acustici individuali e sulla loro associazione a fattori ambientali³⁹</p>

36 Hansen Ernil, Zech Nina -Nocebo Effects and Negative Suggestions in Daily Clinical Practice - Forms, Impact and Approaches to Avoid Them -*Frontiers in Pharmacology* - VOLUME=10 - YEAR=2019 PAGES=77 DOI=10.3389/fphar.2019.00077.

37 McCormack A, Fortnum H. Why do people fitted with hearing aids not wear them?. *Int J Audiol.* 2013;52(5):360-368. doi:10.3109/14992027.2013.769066.

38 Thorén ES, Andersson G, Lunner T. The use of research questionnaires with hearing impaired adults: online vs. paper-and-pencil administration. *BMC Ear Nose Throat Disord.* 2012;12:12. Published 2012 Oct 29. doi:10.1186/1472-6815-12-12.

39 ORIGINAL RESEARCH article - *Front. Digit. Health*, 20 August 2021 | <https://doi.org/10.3389/fdgth.2021.722186>.

16	Verifiche audioprotesiche in itinere e validazione per <i>n</i> numero di visite	
	<p>L'importanza dell'individuo in termini di responsabilizzazione, dialogo clinico e processo decisionale condiviso è diventata sempre più centrale nell'assistenza sanitaria e il concetto di cura centrata sulla persona ha acquisito slancio nei dibattiti scientifici e politici. Una definizione generale di assistenza centrata sulla persona non è disponibile, ma caratteristiche comuni associate all'assistenza sanitaria sono rintracciabili in letteratura come una relazione terapeutica con il paziente, non più basata su un dialogo dominato dal clinico, ma un potere e responsabilità condivise tra assistito e professionisti della salute; responsabilizzazione della persona; fiducia e comunicazione con i pazienti assistiti.</p> <p>Gli outcome rilevati, le misurazioni dell'esito percepito riferite dallo stesso assistito e l'esperienza maturata nel percorso riabilitativo, sono diventati un parametro essenziale per valutare le strategie terapeutiche all'interno della cura centrata sulla persona. Al centro del Person Centred Care si pone la complessità della persona in tutti i suoi aspetti, riconoscendo la personale dimensione individuale, valorizzando e rispettandone dignità e diritti. Qualcosa che unisce chiaramente la cura centrata sulla persona e le cure personalizzate è l'ambizione di allontanarsi dalla standardizzazione e dalle linee guida comuni verso strategie che incorporano i bisogni degli individui⁴⁰.</p>	
	Azione professionale	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
16.1	Counselling - anamnesi	<p>Esistono diverse strategie di consulenza efficaci e strutturate sviluppate per l'uso nei contesti di assistenza primaria. Il modello trans teorico (fasi di cambiamento) valuta la motivazione dei pazienti al cambiamento in modo che il sanitario possa selezionare l'approccio di consulenza ottimale. Strategie sequenziali strutturate come le cinque A (ask, advise, assess, assist, arrange) e FRAMES (feedback, responsibility of patient, advice to change, menu of options, empathy, self-efficacy enhancement) sono efficaci per gli assistiti che rispondono all'educazione sui comportamenti a rischio per la salute. Per gli assistiti più resistenti al cambiamento, è fondamentale un colloquio persuasivo ai fini di costruire percorsi motivazionali che si possano tradurre in successo terapeutico. È fortemente consigliato creare momenti ove è possibile interagire con l'assistito al fine di dimostrare che si può migliorare l'efficacia di un trattamento protesico riabilitativo attraverso atti e dialettica messi in campo da operatori sanitari esperti e maturi nel ruolo. La strategia BATHE (background, affect, troubles, handling, and empathy) è utile per gli assistiti con condizioni psichiatriche e/o problemi psicosociali⁴¹</p>
16.2	Prove audioprotesiche in C.L. per verificare l'udibilità (con strumenti calibrati annualmente)	Si faccia riferimento al punto 15.2

⁴⁰ <https://doi.org/10.2217/pme-2020-0115>

⁴¹ Searight HR. Counseling Patients in Primary Care: Evidence-Based Strategies. *Am Fam Physician*. 2018 Dec 15;98(12):719-728. PMID: 30525356.

16.3	Prove audioprotesiche in FF per verificare la discriminazione vocale (con strumenti calibrati annualmente)	Si faccia riferimento al punto 15.2
16.4	Misure PMM	Si faccia riferimento al punto 14.3
16.5	Verifica ANL (con strumenti calibrati annualmente)	Si faccia riferimento al punto 15.5
16.6	Verifica e risoluzione di eventuali fastidi e/o fenomeni dolorosi riferibili all'accoppiamento meccanico del device nel CUE; problemi riferibili all'impatto psicoacustico prodotto dall'elaborazione sonora indotta dal device	Si faccia riferimento al punto 15.6
16.7	Verifica eventuale presenza interferenza binaurale	Si faccia riferimento a punto 15.7
16.8	Questionari psicometrici di autovalutazione (preferibilmente con questionari menzionati in letteratura) se il profilo cognitivo dell'assistito lo consente	Nella valutazione della riabilitazione dell'udito, è ragionevole utilizzare questionari di autovalutazione per misurare i risultati ⁴²
16.9	Lettura del data-logging	Si faccia riferimento a punto 15.9

⁴² Thorén ES, Andersson G, Lunner T. The use of research questionnaires with hearing impaired adults: online vs. paper-and-pencil administration. *BMC Ear Nose Throat Disord.* 2012;12:12. Published 2012 Oct 29. doi:10.1186/1472-6815-12-12.

17	Verifiche audioprotesiche di fine ciclo di adattamento (misurazione di tutti gli outcome ottenuti)	
	Verifica di beneficio e convalida dello stesso attraverso misurazioni oggettive e soggettive nei percorsi terapeutici/assistenziali. La rilevazione dei suddetti dati è funzionale all'Audioprotesista nel fornire il livello di recupero quanti/qualitativo ottenuto, come punto di partenza di un percorso che deve essere obbligatoriamente tracciato, certificato e pertanto condiviso con l'assistito (Espressione del libero consenso informato). Tali atti assistenziali sono parte integrante delle attività svolte dal sanitario e forniscono il più alto livello di assistenza condivisibile tra i sanitari coinvolti nel processo di cura o le equipe multidisciplinari. Esistono evidenze in letteratura su come tale attività clinica di routine sia funzionale ad aumentare la soddisfazione dell'assistito e dei propri familiari (riduzione del contenzioso sanitario)	
	Azione professionale	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
17.1	Disinfezione delle superfici e strumenti d'uso per evitare il rischio di infezioni crociate	https://canadianaudiology.ca/wp-content/uploads/2016/11/Infection-Prevention-and-Control-Guidelines-for-Audiology.pdf
17.2	Prove audioprotesiche in C.L. per verificare l'udibilità recuperata (con strumenti calibrati annualmente)	Si faccia riferimento a punto 15.2
17.3	Prove audioprotesiche in FF per verificare la discriminazione vocale (con strumenti calibrati annualmente)	Si faccia riferimento a punto 15.2
17.4	Misure PMM	Si faccia riferimento a punto 14.3
	Verifica ANL	Si faccia riferimento a punto 15.5
17.5	Questionari psicometrici di autovalutazione (preferibilmente con questionari menzionati in letteratura) se il profilo cognitivo dell'assistito lo consente	Si faccia riferimento a punto 16.8
17.6	Lettura del data-logging per verificare adesione alla terapia protesica	Si faccia riferimento a punto i 15.9

18	Addestramento all'uso della tecnologia protesica, alla manutenzione ordinaria, alla pulizia e disinfezione, alla sostituzione della pila e alla sicurezza nei confronti di terzi	
	L'aderenza al trattamento è stata definita come il coinvolgimento attivo degli assistiti nella collaborazione con gli operatori sanitari per pianificare e gestire i regimi terapeutico/riabilitativi. Il counselling sul processo protesico riabilitativo consente la progettazione di una relazione terapeutica ad personam centrata sull'assistito sin dalle fasi di valutazione diagnostica iniziale. Secondo Johnson CE et al (2018) sono indispensabili abilità di consulenza informativa (ad es., verifica della comprensione e chiarimento dei problemi), abilità comunicative (ad es. spazio di comunicazione, congruenza, ascolto, considerazione positiva incondizionata ed empatia) e capacità di persuasione al fine di ottenere il cambiamento nel comportamento riguardo gli adattamenti patologici (es. Colloquio motivazionale e Metodo Teach-Back). Tali aspetti sono prerequisiti per promuovere l'aderenza ad un trattamento terapeutico ⁴³	
	Azione professionale	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
18.1	Educazione e training sulla corretta applicazione degli apparecchi acustici	Fornire informazioni commisurate all'abilità dell'assistito di comprendere la tecnologia in uso (alfabetizzazione commisurata alla persona). La modalità e la dialettica (talvolta troppo tecnica e/o scientifica) utilizzata nel trasferire informazioni, potrebbe influenzare la comprensione degli assistiti. Fornire un'informazione efficace e utile al fine di un trattamento sanitario, implica conoscere l'alfabetizzazione delle persone riguardo le discipline di riferimento. Spesso, un banale difetto d'informazione è sufficiente a causare un fallimento terapeutico ⁴⁴ . Non si può considerare concluso un processo informativo senza verificare quanto acquisito dall'assistito stesso
18.2	Educazione e training sulla corretta igienizzazione degli apparecchi acustici, auricolari e relativi accessori	https://canadianaudiology.ca/wp-content/uploads/2016/11/Infection-Prevention-and-Control-Guidelines-for-Audiology.pdf



⁴³ Johnson CE, Jilla AM, Danhauer JL. Developing Foundational Counseling Skills for Addressing Adherence Issues in Auditory Rehabilitation. *Semin Hear.* 2018;39(1):13-31. doi:10.1055/s-0037-1613702.

⁴⁴ Coleman CK, Muñoz K, Ong CW, Butcher GM, Nelson L, Twohig M. Opportunities for Audiologists to Use Patient-Centered Communication during Hearing Device Monitoring Encounters. *Semin Hear.* 2018;39(1):32-43. doi:10.1055/s-0037-1613703.

LINEE GUIDA DEL TECNICO AUDIOPROTESISTA

18.3	Educazione e training corretta, procedura per la sostituzione delle batterie o procedura di ricarica delle stesse o dei dispositivi	Le batterie a bottone sono di pochi mm di diametro e di spessore. Rappresentano un potenziale rischio di lesioni causate da incauta/erronea ingestione. La particolare forma può essere equivocata con caramelle o pasticche, da qui ne scaturisce il rischio d'ingestione per bambini piccoli e persone anziane. Quando ingerite entrano a contatto con fluidi corporei e possono ustionare i tessuti causando emorragie. Lesioni gravi possono verificarsi in appena due ore. Come risk management ⁴⁵ l'Audioprotesista è chiamato a dimostrare con attenzione e in modo chiaro come sostituire la batteria e, in quanto rifiuto pericoloso, dove e come debba essere custodita e smaltita
18.4	Educazione e training sulla conservazione e smaltimento delle batterie, con particolare cura riguardo l'accessibilità delle stesse da parte dei bambini, persone affette da deficit cognitivi e/o comportamentali e da parte di animali domestici	https://www.oecd.org/science/button-battery-safety-awareness-week.htm
18.5	Educazione e training riguardo semplici procedure di diagnosi funzionale da effettuarsi sul dispositivo protesico in caso di sospetto malfunzionamento. Educazione e training sulle corrette procedure diagnostiche in modalità in remoto	Le moderne tecnologie protesiche consentono sempre di più attività di monitoraggio funzionale. Agli operatori sanitari è consentito compiere atti professionali sulla tecnologia protesica (risoluzione problemi e verifiche funzionali) anche in modalità remoto. Istruire gli assistiti riguardo semplici procedure operative favorisce l'impiego di tali tecnologie con i conseguenti miglioramenti riguardo la risoluzione di disagi riferibili al mancato funzionamento della stessa tecnologia protesica ⁴⁶

⁴⁵ John Paull. *Button Batteries and Child Deaths: Market Failure of Unsafe Products*. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine Research*, Hill Publishing, 2021, 5, pp.297 - 303. [ff10.26855/ijcemr.2021.07.011ff](https://doi.org/10.26855/ijcemr.2021.07.011ff). [ffhal-03262109f](https://doi.org/10.26855/ijcemr.2021.07.011ff).

⁴⁶ Coleman CK, Muñoz K, Ong CW, Butcher GM, Nelson L, Twohig M. *Opportunities for Audiologists to Use Patient-Centered Communication during Hearing Device Monitoring Encounters*. *Semin Hear*. 2018;39(1):32-43. [doi:10.1055/s-0037-1613703](https://doi.org/10.1055/s-0037-1613703).

19	Compilazione di una cartella audioprotesica/prognostica da consegnare all’assistito, nel rispetto della tracciabilità degli atti professionali effettuati	
	<p>Una documentazione clinica tracciabile è componente essenziale per poter redigere e attuare una comunicazione sanitaria efficiente ed efficace. Atti sanitari sempre più complessi che vedono la compartecipazione di equipe multidisciplinari (Audioprotesista, Audiometrista, Logopedista, Medico Specialista ... etc.) generano moli di informazioni che devono poter essere condivise (Cartella clinica digitale) all’unico fine di fornire elementi diagnostici / terapeutici indispensabili per l’ottenimento di successo terapeutico.</p> <p>Una buona documentazione sanitaria contribuisce a migliori risultati per gli assistiti consentendo lo scambio di informazioni e la continuità delle cure da parte di tutti i membri del team sanitario. La professione del Tecnico Audioprotesista, nel corso degli anni, ha subito un profondo cambiamento imputabile all’evoluzione delle normative e una maggiore consapevolezza delle responsabilità. Lasciare una traccia degli atti non costituisce solo il modo di interazione professionale, indispensabile a favorire i processi di cura, ma costituisce elemento probatorio sulle attività svolte nell’unico interesse dell’assistito</p>	
	Azione professionale	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
19.1	Compilazione su supporto informatico e/o cartaceo della cartella audioprotesica	Adempimenti normativi riguardo la privacy e la conservazione/protezione dei dati

3. POST APPLICAZIONE PROTESICA

Il follow-up successivo al percorso protesico/riabilitativo/assistenziale, rappresenta una componente essenziale, tra le più importanti, dell'intero processo applicativo⁴⁷. L'obiettivo target di un processo protesico riabilitativo è lo studio finalizzato al conseguimento degli outcome fissati insieme all'assistito (*concordanza*), secondo intenti che lo stesso vuole raggiungere e che vengono delineati e prefissati attraverso una accurata analisi dei bisogni in relazione a quella potenzialità esprimibile dalla capacità uditiva residua che tenga conto del periodo trascorso in uno stato di deprivazione uditiva. A tal riguardo, sono noti gli effetti della deprivazione sensoriale e di come l'outcome protesico possa essere condizionato anche dal tempo trascorso in uno stato di deprivazione uditiva. Emerge chiaramente come l'acclimatazione all'ascolto debba correlarsi ad un programma di erogazione della pressione sonora e delle conseguenti caratteristiche elettroacustiche espresse dal *device*, secondo un criterio dosimetrico, realizzato ad personam in base alle caratteristiche audiologiche, extra audiologiche e della probabile presenza di comorbidità⁴⁸. Tutti elementi con cui dovrà confrontarsi la conoscenza del Professionista Sanitario Audioprotesista, attraverso dinamiche comunicative elevate quanto complesse, in continua evoluzione, concetti in cui compliance evolve in concordanza (cit. concordanza: un nuovo approccio per la prescrizione e l'assunzione di farmaci. Si tratta di un accordo raggiunto, dopo trattative tra un paziente e un operatore sanitario professionale che rispetti le credenze

e i desideri del paziente nel determinare se, quando e come assumere i farmaci) da declinare al nostro ambito, come espressione di programmi terapeutici concordati e condivisi, ove l'operatore sanitario lavora con mezzi persuasivi e non di convincimento, cogliendo la sottile differenza nelle motivazioni flebili del convincimento quanto in quelle forti esercitate dalla persuasione⁴⁹.

Bennett et al⁵⁰ hanno raccolto le ambizioni riferite da ipoacusici protesizzati riguardo il potenziale espresso dalla tecnologia protesica e soprattutto dalla competenza del professionista sanitario durante il processo protesico/riabilitativo. Gli stessi hanno individuato quattro aree di riferimento di maggiore criticità: **1) gestione dei dispositivi protesici; 2) Qualità del suono erogato e relative prestazioni; 3) Coinvolgimento emotivo, sentimenti, pensieri e comportamenti conseguenti, 4) Educazione e training.**

Le conclusioni della ricerca hanno condotto ad una analisi dei processi applicativi ove le criticità espresse erano maggiormente attribuibili a comportamenti professionali, quindi umani, piuttosto che a deficit strumentali. In aggiunta è emerso che tali criticità potevano essere facilmente prevedibili e risolvibili attraverso una maggiore sensibilità comunicativa e una maggiore competenza nella gestione della tecnologia.

⁴⁷ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?ua=1>

⁴⁸ Besser J, Stropahl M, Urry E, Launer S. Comorbidities of hearing loss and the implications of multimorbidity for audiological care. *Hear Res.* 2018 Nov;369:3-14. doi: 10.1016/j.heares.2018.06.008. Epub 2018 Jun 19. PMID: 29941312.

⁴⁹ Swindell JS, McGuire AL, Halpern SD. Beneficent persuasion: techniques and ethical guidelines to improve patients' decisions. *Ann Fam Med.* 2010;8(3):260-264. doi:10.1370/afm.1118.

⁵⁰ Bennett RJ, Laplante-Lévesque A, Meyer CJ, Eikelboom RH. Exploring hearing aid problems; Perspectives of hearing aid owners and clinicians. *Ear Hear.* 2018;39(1):172-187.

Altri ricercatori si sono soffermati ad analizzare tali aspetti, lo stesso Abrams⁵¹, in suo lavoro, riferisce che la qualità del servizio professionale reso durante e dopo l'applicazione protesica è il fattore più importante nell'influenzare la soddisfazione percepita dell'assistito. Ha concluso che nella lista delle best practice, le procedure assistenziali e le verifiche di follow up post-applicazione, fossero tra i primi atti fondamentali per la riuscita del processo protesico riabilitativo.

Tali evidenze portano ad una moderna interpretazione dei processi clinici assistenziali riguardo la protesizzazione, ponendo al centro del programma di cura l'assistito, affiancato dall'operatore sanitario in una relazione di alleanza terapeutica (empowerment) ove la tecnologia è il mezzo con cui l'audioprotesista interpreta le necessità e i bisogni dell'ipoacusico.

Tecnologie sempre più evolute al servizio delle persone attraverso l'imprescindibile operato dell'Audioprotesista che seleziona, personalizza e ottimizza nel tempo il dispositivo, anche in funzione delle mutate esigenze audiologiche e di vita delle persone affette da ipoacusia. Un flusso circolare di opportunità terapeutiche che attraverso l'evoluzione tecnica del *device* e la conquista di competenze crescenti del professionista sanitario diventa strumento utile al miglioramento della qualità della vita delle persone assistite. Alla base, resta il rispetto fondamentale di regole etiche, deontologiche (codice deontologico del Tecnico Audioprotesista) e delle leggi che tutelano i cittadini a cui devono essere riservati trattamenti sanitari necessari quanto efficienti ed efficaci secondo strategie di best practice⁵² (Legge Bianco Gelli n°24 del 8/03/2017) riconosciute dalle comunità scientifiche internazionali, evidenze scientifiche integralmente assorbite, ampliate e sostenute da questo Comitato Scientifico ANAP.

51 Abrams H. *Audiologists: Respond to disruption with best practices*. May 2017. Available at: <https://www.asha.org/Articles/Audiologists-Respond-to-Disruption-With-Best-Practices/>

52 <https://www.nice.org.uk/guidance/qs185/documents/briefing-paper>

- 20. Programmazione *n* visite di follow up;
- 21. Verifiche da effettuare durante visite di follow in centro acustico;
- 22. Monitoraggio nel tempo.

20	Programmazione <i>n</i> visite di follow up	
	<p>Le visite di follow-up sono fondamentali per monitorare il complesso processo di acclimatazione e di adesione al trattamento protesico riabilitativo, oltre, a valutare efficienza ed efficacia dei dispositivi prescelti e delle strategie terapeutiche messe in atto durante l'intero percorso. Le visite di follow up forniscono opportunità per risolvere e consentire all'assistito di esprimere difficoltà percepite e consolidare quell'alleanza terapeutica dirimente nell'affermare l'attenzione posta dal sanitario alle criticità che possono riguardare una sfera molto più ampia dei tecnicismi funzionali del dispositivo, estendendosi a implicazioni acustiche, fisico acustiche (valutazioni ambientali) ed effetti comportamentali/emotivo correlati. Senza un servizio di visite programmate in successivi follow up, gli assistiti rischiano di interrompere il complesso processo protesico riabilitativo comportando un fattore di rischio elevato nel favorire la ridotta qualità di vita a causa dell'inabilità uditiva e dei processi ad essa correlati⁵³. Certamente spetta all'operatore sanitario spiegare quanto indispensabile il follow up e il proseguimento dello stesso per tutta la vita dell'ipoacusico protesizzato</p>	
	Azione professionale	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
20.1	<p>Numero <i>n</i> di visite follow up post applicazione in base alle specifiche esigenze/necessità dell'utente e in base ai risultati audiologici e extra audiologici ottenuti durante le fasi di adattamento e personalizzazione dell'apparecchio acustico</p>	<p>In sintonia con il Piano nazionale della Cronicità (PNC)⁵⁴, dove si ravvede l'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza, anche la programmazione degli appuntamenti di follow up rientra nella logica al miglioramento dell'organizzazione dei servizi e alla responsabilizzazione degli operatori e degli utenti (...). Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini (...). Ove necessario e opportuno si potrà fare ricorso alla Teleassistenza, Tele monitoraggio, e Tele salute⁵⁵</p>

⁵³ <https://www.nice.org.uk/guidance/qs185/chapter/Quality-statement-6-Follow-up-audiology-appointment>

⁵⁴ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf

⁵⁵ <https://www.baaudiology.org/app/uploads/2020/05/2.-Remote-Working-Practical-Guidance-Remote-Care.pdf>

<p>20.2</p>	<p>Visite domiciliari (in tutti i possibili contesti di vita)</p>	<p>I possibili vantaggi delle visite domiciliari sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. personalizzazione del presidio più realistica possibile, nell'ambiente ove l'assistito trascorre prevalentemente il suo tempo. 2. Assistenza in remoto (telemedicina) può evitare spostamenti non semplici per tutte le persone, e/o con problemi di salute, mobilità etc. 3. Ricevere assistenza per la connessione ai dispositivi wireless dell'utente come la TV, lo smartphone o il tablet. L'Audioprotesista, attraverso interventi in loco, potrà istruire su come connettere i presidi per l'ascolto ai diversi dispositivi. 4. Le visite domiciliari rappresentano l'espressione di cura che garantisce a tutti medesima assistenza e servizi con quella particolare sensibilità che deve essere rivolta alle persone affette da problemi di salute/mobilità/comorbidità. <p>Si prevede che il numero di persone di età pari o superiore a 65 anni aumenterà in modo esponenziale nei prossimi anni e all'interno di questa fascia di età, il tasso di popolazione disabile è elevata. Nell'offrire visite a domicilio e/o da remoto⁵⁶; è così che gli Audioprotesisti esprimono la natura del profilo di appartenenza che li colloca tra le professioni Tecniche Assistenziali</p>
<p>20.3</p>	<p>Visite bed side</p>	<p>Casi specifici dove è necessario la visita in un reparto di degenza ospedaliera, in RSA etc. In un consensus sul miglioramento della qualità e della disponibilità dei servizi, anche per le persone prossime alla fine della loro vita.</p> <p>L'assistere persone ipoacusiche in questa delicatissima fase, il fine vita, rientra senz'altro tra gli adempimenti a più alto valore etico/morale; la necessità di ascoltare le ultime parole dei propri cari è una necessità di tutti gli esseri umani, quanto l'assistenza spirituale. Nessun professionista sanitario può esimersi da rendere conforto per mezzo delle proprie competenze professionali/assistenziali⁵⁷</p>
<p>20.4</p>	<p>Aggiornamento della cartella audioprotesica/prognostica</p>	<p>Si rimanda la lettura ai punti 2.3 e 11 del documento PRE APPLICAZIONE</p>

⁵⁶ <https://www.healtheuropa.eu/an-increase-in-the-elderly-population-could-mean-a-rise-in-the-home-healthcare-market/98508/>

⁵⁷ Shaw, Gina *Dying to Be Heard*, *The Hearing Journal: January 2015 - Volume 68 - Issue 1 - p 18,19,22* doi: 10.1097/01.HJ.0000459739.71381.16

21.	Verifiche da effettuare durante visite di follow in centro acustico	
	<p>L'integrazione dell'assistenza sanitaria è diventata una priorità nella maggior parte dei sistemi sanitari, poiché i pazienti ricevono sempre più cure da diversi professionisti in diversi contesti e istituzioni, in particolare quelli con condizioni croniche e comorbidità. La continuità assistenziale è definita come la necessaria risposta dei bisogni di salute, bisogni sempre più incalzanti quando ricorrono comorbidità e circostanze personali⁵⁸, in una definizione di salute molto più articolata della semplice assenza di malattia. (rif. Definizione OMS di salute).</p> <p>La continuità delle cure è sempre stata al centro della medicina generale. I pazienti che ricevono la continuità di cura hanno risultati sanitari migliori, tassi di soddisfazione più elevati⁵⁹</p>	
	Azione professionale	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
21.1	Counselling e anamnesi generale in condizioni di sicurezza contro il rischio di infezioni crociate	Hearing Aid Related Infection Control A. U. BANKAITIS, ROBERT J. KEMP. STRATEGIES FOR SELECTING AND VERIFYING HEARING AID FITTINGS
21.2	Pulizia e disinfezione degli apparecchi acustici	https://www.audiology.org/publications/guidelines-and-standards/infection-control-audiological-practice
21.3	Otoscopia garantendo condizioni di sicurezza contro il rischio di infezioni crociate	https://www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2010/04/Recommended-Procedure-Ear-Examination-Sept-2016.pdf
21.4	Verifica dell'efficienza dell'apparecchio acustico tramite il rilevamento delle caratteristiche elettroacustiche con l'uso dell'Orecchio Elettronico (Misure HIT) e comparazione a dati di fabbricazione garantendo condizioni di sicurezza contro il rischio di infezioni crociate	Ravn G, Preves D. Hearing Aid-Related Standards and Test Systems. <i>Semin Hear.</i> 2015;36(1):29-48. doi: 10.1055/s-0034-1396925

⁵⁸ Waibel, S., Vargas, I., Aller, MB. et al. Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res* 16, 466 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1696-8>.

⁵⁹ Jeffers H, Baker M. Continuity of care: still important in modern-day general practice. *Br J Gen Pract.* 2016;66(649):396-397. doi:10.3399/bjgp16X686185.

<p>21.5</p>	<p>Somministrazione di questionari psicometrici di beneficio percepito maggiormente citate in letteratura (se le facoltà cognitive e partecipative dell'assistito lo consentono). Misurazioni in campo libero del recupero quantitativo e qualitativo in circostanza di alterato rapporto S/N. Verifica del campo dinamico uditivo e dei rapporti di adeguata compressione multicanale necessari a contenere l'udibilità entro la soglia UCL⁶⁰</p>	<p>https://bmcearthroatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6815-12-12</p>
<p>21.6</p>	<p>Lettura del data-logging al fine di conoscere i valori e lo spettro di riferimento sonoro che caratterizza i contesti ambientali maggiormente frequentati dall'assistito. Verifica dell'adesione al programma di concordanza in merito al tempo prescritto di utilizzo del dispositivo</p>	<p>McMillan, Anna & Durai, Mithila & Searchfield, Grant. (2017). A survey and clinical evaluation of hearing aid data-logging: a valued but underutilized hearing aid fitting tool. <i>Speech, Language and Hearing</i>. 1-10. 10.1080/2050571X.2017.1339942</p>
<p>21.7</p>	<p>Aggiornamento costante della cartella audioprotesica riportando tutti gli interventi effettuati, oltre particolari annotazioni riferite dall'assistito e commenti riguardanti l'adesione al progetto protesico riabilitativo (con le evidenze che sono emerse dall'insieme degli atti professionali e la gestione delle possibili criticità lamentate)</p>	<p>Si rimanda la lettura ai punti 2.3, 4.18 e 11 del documento PRE APPLICAZIONE</p>

⁶⁰ Kates, James. (2010). *Understanding compression: Modeling the effects of dynamic-range compression in hearing aids*. *International journal of audiology*. 49. 395-409. 10.3109/14992020903426256

22.	Monitoraggio nel tempo	
	<p>Questa LG vuole introdurre i criteri di riferimento in merito al necessario rinnovo dei dispositivi medici applicati quando e se ricorrono i presupposti (vetustà tecnologica), pertanto, quando gli stessi presidi perdono caratteristiche di resa funzionale e la sostituzione, soprattutto se non obsolescenti, possa essere motivata in termini di miglioramento dei molteplici aspetti che la tecnologia può fornire agli utilizzatori. Le valutazioni di opportunità devono essere comprovate dai possibili miglioramenti ottenuti (device più performanti/tecnologie accessorie più evolute/migliore interpretazione della capacità uditiva residua), indurre all'obsolescenza programmata di un dispositivo medico costituisce grave inadempimento deontologico ed etico se non sono comprovati i benefici ottenibili</p>	
	Azione professionale	Evidenza in letteratura e/o annotazioni
22.1	<p>Verifica delle caratteristiche elettroacustiche attraverso orecchio elettronico e relativa verifica delle eventuali discrepanze con la scheda tecnica del prodotto, dichiarata dal costruttore. Verifica che tutti gli algoritmi presenti nel dispositivo e tutte le modifiche attuabili a vantaggio di una migliore interpretazione della capacità uditiva residua (compresi gli aggiornamenti del software), non siano più in grado di soddisfare le esigenze dell'assistito. Dimostrare che il dispositivo in uso non può essere migliorato ulteriormente per mutato quadro audiologico e/o mutate necessità di utilizzo (adozione di periferiche esterne, contesti di vita etc.). Dimostrare e documentare gli effettivi miglioramenti ottenibili dall'impiego di un nuovo device.</p>	<p>Wu YH, Stangl E, Chipara O, Hasan SS, DeVries S, Oleson J. Efficacy and Effectiveness of Advanced Hearing Aid Directional and Noise Reduction Technologies for Older Adults With Mild to Moderate Hearing Loss. <i>Ear Hear.</i> 2019 Jul/Aug;40(4):805-822. doi: 10.1097/AUD.0000000000000672. PMID: 30379683; PMCID: PMC6491270</p>
22.2	<p>Somministrazione di tutti i test comparativi disponibili (psicometrici soggettivi, oggettivi, prove in campo libero, etc.).</p>	<p>Wang X, Zheng Y, Li G, Lu J, Yin Y: Objective and Subjective Outcomes in Patients with Hearing Aids: A Cross-Sectional, Comparative, Associational Study. <i>Audiol Neurotol</i> 2021. doi: 10.1159/000516623</p>

COMMENTI CONCLUSIVI DEL COMITATO SCIENTIFICO ANAP

Intento dei componenti di questa **Associazione Tecnico Scientifica** è stato realizzare, attraverso il presente documento d'indirizzo, i presupposti per un "consensus" condiviso dall'intera comunità dei Professionisti Sanitari Audioprotesisti al fine superiore di creare e applicare un più omogeneo, corretto e appropriato approccio alla protesizzazione acustica. L'obiettivo perseguito si è fondato sulla pratica delle evidenze in letteratura (EBP) e **centrato sulla persona** sottoposta a trattamento sanitario di protesizzazione, coinvolgendo attivamente anche i famigliari (care giver, al fine del recupero della QoL, necessità allargata all'intero nucleo familiare⁶¹) secondo i criteri della disciplina scientifica condivisa, con saldi riferimenti alla deontologia professionale e ai più alti valori etici.

Obiettivo dichiarato esplicitamente da questo documento è la cultura intellettuale delle prestazioni professionali, insieme di atti indispensabili a validare il percorso protesico/riabilitativo, collocando la tecnologia nella giusta dimensione rispetto al complesso processo evidenziato da queste L.G. Gli autori ritengono che troppo spesso informazioni pubblicitarie indisciplinate costituiscano il preludio di un errato inquadramento delle aspettative da parte delle persone ipoacusiche e troppo spesso, identificano il **dispositivo protesico con la soluzione del problema**, prodotti che promettono recupero e soddisfazione ancor prima di valutazioni prognostiche di beneficio. Pubblicità che assicurano la soluzione all'ipoacusia ancor prima di verificare correttamente se ne esistono i

presupposti, le condizioni per poterlo fare, affermazioni quantomeno generiche, per non definirle quanto dubbie o ingannevoli.

Gli autori ritengono che fosse fortemente necessario fare chiarezza su tali argomenti, ancor prima che si potessero generare equivoci di interpretazione *riguardo "bontà" del prodotto, "costo" dello stesso e "benefici" attesi*. Questa ATS aveva l'obbligo di chiarire aspetti fondamentali della disciplina affinché in circostanza di giudizio non si potessero ingenerare equivoci tra prodotto, prestazioni e risultati conseguiti e/o conseguibili.

È per queste ragioni che l'**ATS ANAP** invita ad una lettura della Linea Guida con uno spirito diverso, non solo perché rappresentativa dell'espressione attuativa della **Legge 24**, ma, andando oltre le necessità giuridiche prefissate dal medesimo documento di indirizzo, affinché il documento possa diventare uno **strumento di lavoro**, un punto di forza e di centralità rappresentativo su come svolgere la professione in modo evoluto e maturo, una Professione Sanitaria pronta alle sfide richieste dal nostro SSN.

La Legge 3/2018 (Lorenzin), attuativa degli Ordini delle Professioni Sanitarie consegna ai cittadini Italiani Audioprotesisti orientati verso la centralità delle persone (**Person Centred Care**)⁶², figure intellettuali autonome e responsabili di percorsi di cura condivisi e concordati con gli stessi assistiti e con i loro familiari (care giver), profes-

⁶¹ Nerina Scarinci, Linda Worrall & Louise Hickson (2003) *The ICF and third-party disability: Its application to spouses of older people with hearing impairment*, *Disability and Rehabilitation*, 25:31, 2088-2100, DOI: 10.3109/09638280902927028.

⁶² Caitlin Grenness, Louise Hickson, Ariane Laplante-Lévesque & Bronwyn Davidson (2014) *Patient-centred audiological rehabilitation: Perspectives of older adults who own hearing aids*, *International Journal of Audiology*, 53:sup1, S68-S75, DOI: 10.3109/14992027.2013.866280.

sionisti sensibili alla necessità di una popolazione in cui i costi sociali⁶³ dell'ipoacusia sono di notevoli proporzioni⁶⁴.

Come previsto nel documento, queste L.G. verranno aggiornate e implementate attraverso revisioni sistemiche per effetto di una crescente cultura professionale e della tecnologica protesica, una naturale evoluzione favorita anche dal lavoro quotidiano dei professionisti Audioprotesisti che potranno trasferire le esperienze cliniche maturate sul campo ai tavoli scientifici, in sintesi, promuovendo quella ricerca traslazionale utile a tradurre in vantaggi immediati le innovazioni, grazie all'osservazione clinica delle evidenze e dei conseguenti risultati raggiunti.

Inoltre gli autori ritengono che sensibilizzare ed educare a un corretto approccio protesico riabilitativo è necessario ad accrescere un percepito positivo delle persone verso il ruolo del Professionista Sanitario Audioprotesista, quale professionista a cui affidarsi per una corretta diagnosi di protesizzabilità.

Tra i principali obiettivi del documento, concorre accrescere l'alfabetizzazione sulla materia ai fini giuridici, affinché chi si trovi ad esaminare i comportamenti del professionista sanitario abbia elementi di sintesi corretti su cui basare giudizi giusti.

La complessità del documento vuole fornire tutte le possibilità esistenti al fine di un corretto approccio alla terapia protesico riabilitativa più appropriata, secondo la scienza di riferimento EBP, all'interno di una cornice valoriale sostenuta dal codice etico delle professioni sanitarie e dal codice deontologico dell'Audioprotesista, secondo procedure condivise e concordate con l'Assistito (libero consenso informato), molti sono i riferimenti al Codice Deontologico dell'Audioprotesista:

(...) Il **Codice Deontologico guida il Tecnico Audioprotesista nello sviluppo dell'identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile; specularmente, informa il Cittadino sui comportamenti che può e deve attendersi dal professionista (...).**

Il Codice Deontologico del Tecnico Audioprotesista non deve essere ritenuto un documento a sé stante ma complementare e integrante alla presente Linea Guida.

⁶³ David McDaid, A-La Park & Shelly Chadha (2021) Estimating the global costs of hearing loss, *International Journal of Audiology*, 60:3, 162-170, DOI: 10.1080/14992027.2021.1883197.

⁶⁴ *Global Costs of Unaddressed Hearing Loss and Cost - Effectiveness of Interventions - Executive Summary OMS.*

In conclusione, è opportuno ricordare che il presente documento è l'espressione di sintesi richiesta da due leggi, la n. 24/2017 Gelli/Bianco e la n. 3/2018 Lorenzin, la prima sulla responsabilità dei professionisti sanitari e la relativa riforma sull'esercizio del contenzioso sanitario; la seconda sugli Ordini delle professioni sanitarie; entrambe le leggi rivisitano alcuni aspetti sulle responsabilità (penale e civile) riguardo l'esercizio delle Professioni Sanitarie e le garanzie per i cittadini in tema di malasanità e di risarcimento civile del danno subito.

Le L.G. realizzate esclusivamente dalle Società e dalle Associazioni Tecnico Scientifiche riconosciute dal Ministero della Salute, hanno il compito di garantire nuove forme di tutela per tutti gli attori. Tra le novità introdotte nella valutazione dei contenziosi, si prevede l'imperizia come errore causato dalla mancanza di abilità o di preparazione specifica, con l'esclusione della colpa grave, quando "salvo le rilevanti specificità del caso concreto", sono rispettate le raccomandazioni previste dalle Linee Guida e/o in mancanza, dalle buone pratiche assistenziali (depositate all'interno del Mds) definite e pubblicate ai sensi della legge 24.

Il presente documento recepisce integralmente quanto descritto, riscrivendo le nuove norme di comportamento sull'esercizio professionale e ribadendo i principi deontologici in cui si riconosce la relazione con la persona/assistito, relazione che si realizza attraverso interventi specifici e autonomi di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Scritte in adempimento delle leggi ma donate all'intera comunità professionale.

