



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE**  
**FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

---

**Corso di Laurea in Logopedia**

L'utilizzo della CAA in Terapia Intensiva: uno  
strumento a supporto della comunicazione tra  
paziente e operatore sanitario

Relatore:

**Dott.ssa Mariarosaria  
D'Antuono**

Tesi di Laurea di:

**Elisa Piunti**

Correlatore:

**Dott.ssa Luciana Virgili**

A.A. 2021/2022

“Il silenzio di chi non parla non è mai d’oro. Tutti noi abbiamo bisogno di comunicare e metterci in contatto con gli altri – non in un solo modo, ma in tutti i bisogni possibili. E’ un fondamentale bisogno umano, un fondamentale diritto umano. Di più: è un potere fondamentale dell’uomo”

(Williams, *Beneath the surface:*

*Creative expressions of augmented communicators*)

## INDICE

|  |    |
|--|----|
| INTRODUZIONE.....  | 1  |
| CAPITOLO 1 LA COMUNICAZIONE.....   | 2  |
| 1.1 Fondamenti della Comunicazione.....                                      | 2  |
| 1.2 La Comunicazione Aumentativa Alternativa.....                            | 4  |
| 1.2.1 La Valutazione.....  | 7  |
| 1.2.2 Il sistema simbolico.....  | 9  |
| 1.2.3 I sistemi simbolici non assistiti (unaided).....                       | 10 |
| 1.2.4 I sistemi simbolici assistiti (aided).....                             | 11 |
| CAPITOLO 2 LA TERAPIA INTENSIVA.....   | 16 |
| 2.1 Cos'è e come funziona la Terapia Intensiva.....                          | 16 |
| 2.2 Il ruolo del logopedista in Terapia Intensiva.....                       | 18 |
| 2.3 L'uso della CAA in Terapia Intensiva.....                                | 20 |
| CAPITOLO 3 PROGETTO DI TESI: L'IDEA NATA DA UNA GROSSA CRITICITA'.....       | 26 |
| 3.1 Criticità per cui è nata la tesi.....                                    | 26 |
| 3.2 Obiettivi specifici.....   | 27 |
| CAPITOLO 4 MATERIALI E METODI.....   | 28 |
| 4.1 Realizzazione del questionario.....                                      | 28 |
| 4.2 Realizzazione della tabella comunicativa.....                            | 29 |
| 4.2.1 Utilizzo della tabella comunicativa.....                               | 32 |
| 4.2.2 Casi clinici.....  | 34 |
| CAPITOLO 5 DISCUSSIONE DEI RISULTATI.....                                    | 40 |
| 5.1 Risultati emersi dal questionario.....                                   | 40 |
| 5.2 Vantaggi e svantaggi del questionario.....                               | 47 |
| 5.3 Risultati di quanto emerso dall'utilizzo della tabella comunicativa..... | 47 |
| 5.4 Vantaggi e svantaggi della tabella comunicativa.....                     | 50 |
| CAPITOLO 6 CONCLUSIONI.....  | 51 |
| Allegati.....  | 52 |
| Bibliografia.....  | 56 |
| Sitografia.....  | 58 |

## INTRODUZIONE

“La Comunicazione è l’essenza della vita umana” (Light J., 1997).

Questo è quanto affermato dall’autrice Janice Light per sottolineare l’importanza che riveste la comunicazione nella vita di ciascun individuo. La comunicazione permette di entrare in contatto con le persone, di esprimere le proprie emozioni e le proprie necessità. La possibilità di comunicare rappresenta un diritto fondamentale dell’uomo, che può essere espresso in tutti i modi possibili, non solo attraverso il canale verbale. La facoltà di esprimersi attraverso varie modalità rappresenta un concetto di base della Comunicazione Aumentativa Alternativa, ovvero un’area della pratica clinica che tenta di compensare le disabilità comunicative temporanee o permanenti, attraverso l’utilizzo di tecniche, strategie o ausili.

Il seguente progetto di tesi nasce proprio dalla necessità di dar voce a persone che presentano difficoltà comunicativo-linguistiche, in particolare ricoverate nel reparto di terapia intensiva. Il progetto prevede la realizzazione di un questionario rivolto agli operatori sanitari che lavorano nel reparto di terapia intensiva dell’Ospedale “Madonna del Soccorso” di San Benedetto del Tronto. Inoltre è stata realizzata una tabella comunicativa che possa facilitare lo scambio di informazioni tra paziente e operatore sanitario.

Il primo capitolo si concentra sulla comunicazione, in particolare descrive le caratteristiche della Comunicazione Aumentativa Alternativa. Il secondo capitolo tratta della terapia intensiva, del ruolo del logopedista all’interno di tale reparto e dell’utilizzo della CAA al suo interno. Nel terzo capitolo sono descritte le criticità per cui è nato il progetto di tesi, nel quarto invece vengono descritti i materiali e i metodi utilizzati. Il quinto capitolo analizza i risultati ottenuti ed infine il sesto delinea le conclusioni.

# CAPITOLO 1

## LA COMUNICAZIONE

### 1.1 Fondamenti della Comunicazione

La funzione essenziale della comunicazione è *mettere in comune*, dunque la comunicazione ci permette di entrare in contatto con gli altri e rappresenta una condivisione di emozioni, notizie e pensieri, tra i partecipanti allo scambio comunicativo. Come ha affermato Janice Light (1997), la competenza comunicativa ci permette di entrare in contatto con gli altri e mostra la capacità di raggiungere i propri obiettivi di comunicazione. I quattro obiettivi definiti dall'autrice sono: esprimere bisogni e necessità, sviluppare delle relazioni sociali, scambiare informazioni ed adempiere alle convenzioni sociali quotidiane. Tali scopi comunicativi tendono a cambiare nel corso della vita, ad esempio i bambini piccoli comunicano per esprimere i bisogni e per socializzare, durante la fase adolescenziale aumenta la necessità di trasmettere informazioni, gli adulti invece hanno la necessità di soddisfare tutti gli obiettivi comunicativi nel corso della vita quotidiana ed infine negli anziani la necessità di socializzare assume un'importanza prioritaria.

La comunicazione rappresenta uno scambio di informazioni e il linguista Roman Jakobson (1963) ne ha individuato i fattori essenziali. L'*emittente* è colui che trasmette il messaggio ad un *destinatario*, ovvero colui al quale è destinato l'atto comunicativo e che riceve il *messaggio*. Quest'ultimo rappresenta l'insieme di informazioni inviate dall'emittente al destinatario. Affinché avvenga lo scambio comunicativo è necessaria la presenza di un *canale* (mezzo attraverso cui avviene lo scambio comunicativo) e di un *codice*, che deve essere conosciuto dall'emittente e dal destinatario e che può essere verbale, iconico e gestuale. Ultimo elemento fondamentale risulta essere il *contesto*, che rappresenta l'insieme delle informazioni e delle conoscenze comuni all'emittente e al destinatario.

Lo stesso autore ha identificato sei diverse funzioni della comunicazione. La *funzione fàtica* è data dalla spinta ad aprire o mantenere aperto il canale comunicativo; quella *poetica* è riferita al modo in cui è organizzato il messaggio e alla sua complessità strutturale. Il collegamento tra il messaggio e il contesto è espresso dalla *funzione*

*referenziale*, mentre la *funzione metalinguistica* corrisponde al rapporto tra utente e codice utilizzato. La *funzione emotiva e conativa* sono strettamente legata ai due attori; la prima esprime gli stati d'animo del parlante, mentre la seconda si rivolge a quelli dell'ascoltatore.

Gli studiosi Watzlawick, Beavin e Jackson (1971) svilupparono la teoria della comunicazione, secondo cui qualsiasi interazione, conscia o inconscia, tra due individui deve essere considerata comunicazione. Il gruppo di studiosi ha inoltre individuato i 5 assiomi della comunicazione umana, di seguito riportati:

1. L'impossibilità di non comunicare: il primo assioma afferma che ogni cosa che decidiamo di fare o di non fare è comunicazione, esprimiamo sempre qualcosa, anche tramite il silenzio stesso.
2. Livelli comunicativi di contenuto e di relazione: secondo questo assioma ogni atto comunicativo presenta due livelli, il primo descrive cosa si sta comunicando, il secondo livello riguarda l'aspetto relazionale e di interpretazione del messaggio, ciò dipende dal modo con cui si comunica.
3. La punteggiatura della sequenza degli eventi: il terzo assioma spiega che ognuno ha una propria "punteggiatura", per cui a seconda della "punteggiatura" utilizzata, cambierà il significato dato allo scambio comunicativo.
4. Comunicazione numerica e analogica: secondo il quarto assioma gli individui per comunicare utilizzano il modulo numerico e quello analogico. Il primo esprime gli elementi del contenuto, mentre il modulo analogico rappresenta la comunicazione non verbale.
5. Interazione complementare e simmetrica: nell'ultimo assioma si afferma che gli scambi comunicativi possono essere simmetrici o complementari. Un'interazione simmetrica si basa sull'uguaglianza dei due interlocutori, mentre un'interazione complementare è caratterizzata da una differenza gerarchica tra gli interlocutori, come nel rapporto tra insegnante e studente.

Nel corso dello scambio comunicativo vengono trasmesse molte più informazioni di quelle contenute nella struttura linguistica. La specie umana per comunicare dispone di molteplici sistemi distinti in vocali e non vocali, a seconda del canale, e in linguistici e non linguistici, in base alla tipologia del sistema. All'interno di uno scambio

comunicativo le parole costituiscono solo una parte del messaggio trasmesso, poiché sono veicolate insieme ad altri elementi come i gesti, la prosodia e i comportamenti. I gesti permettono di completare e di precisare meglio il significato del messaggio trasmesso tramite le parole, ne è un esempio l'indicazione. La prosodia partecipa al processo di significazione a più livelli, nella lingua italiana è possibile distinguere le frasi affermative dalle interrogative tramite la curva prosodica. Il ritmo dell'eloquio, il tono della voce e l'intensità del volume veicolano informazioni riguardo le componenti emotive e possono essere dosate per marcare parti del discorso. Per interpretare correttamente il significato letterale del messaggio sono necessarie le indicazioni sul versante pragmatico, sui contorni contestuali, sociali ed emotivi che lo accompagnano. Gli scambi comunicativi utilizzano una grande varietà di segnali corporei. La mimica facciale durante gli scambi si modifica frequentemente e viene interpretata da chi la osserva; ad esempio il sorriso è uno dei segnali più rilevanti per dimostrare apertura, disponibilità e condivisione. La reciproca collocazione nello spazio degli interlocutori, ovvero la prossemica, indica il grado di intimità che i partecipanti allo scambio intendono stabilire tra loro. Dunque negli scambi comunicativi i messaggi sono complessi, costituiti da parole e da comportamenti non verbali, che contribuiscono alla costruzione del senso del messaggio (Pinton A. & Lena L., 2015).

## **1.2 La Comunicazione Aumentativa Alternativa**

La Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) costituisce *“un'area di ricerca e di pratica clinica ed educativa. La CAA studia e, quando necessario, tenta di compensare disabilità comunicative temporanee o permanenti, limitazioni nelle attività e restrizioni alla partecipazione di persone con severi disordini nella produzione del linguaggio (language) e della parola (speech) e/o di comprensione, relativamente a modalità di comunicazione orale o scritta”* (ASHA, 2004).

Tale definizione è stata istituita dalla 12° Divisione di speciale interesse sulla Comunicazione Aumentativa e Alternativa dell'American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) nell'anno 2004.

Il termine “aumentativa” indica come i metodi, le tecniche e gli strumenti di CAA non siano proiettati a sostituire modalità di comunicazione già presenti, ma ad accrescere la comunicazione tramite il potenziamento delle abilità già presenti e la valorizzazione delle modalità naturali quali: visive, mimico-gestuali e orali.

Il termine “alternativa” indica come la CAA si possa servire, quando necessario, di modalità e mezzi di comunicazione che sostituiscano il linguaggio orale; ne sono un esempio gli ausili, le tecniche, le strategie e gli strumenti con simbologie grafiche.

La comunicazione umana risulta essere cooperativa e multimodale, la CAA utilizza una combinazione di varie modalità di comunicazione in base ai contesti e ai bisogni comunicativi. La CAA può essere utilizzata per supportare la comprensione del linguaggio, oltre che per promuovere la comunicazione espressiva, poiché lo sviluppo della comprensione è fondamentale per la costruzione dello sviluppo della comunicazione e del linguaggio. La CAA permette di esprimere in modo comprensibile desideri, bisogni, interessi, opinioni e scelte, a coloro che presentano modalità di comunicazione temporaneamente o permanentemente inadeguate.

Pat Miranda afferma che l'unico prerequisito per comunicare sia respirare, per cui risulta fondamentale riuscire a trovare il canale e il metodo appropriato ad ogni individuo.

Gli utenti a cui è rivolta la CAA rappresentano una popolazione disomogenea per l'età, per le condizioni di vita e per le differenze dei quadri clinici. La caratteristica che li accomuna è la necessità di assistenza per esprimersi, e a volte anche per comprendere il linguaggio. Le problematiche comunicative possono essere causate da varie condizioni congenite ed acquisite.

Principali cause congenite:

- Disabilità intellettive
- Sindromi genetiche (ad esempio: Sindrome di Down)
- Disturbi dello spettro autistico
- Paralisi cerebrali infantili (PCI)
- Atrofie muscolari spinali (SMA)
- Gravi disturbi sensoriali (ad esempio: sordocecità)
- Disfagia grave



- Disprassia verbale

Principali disabilità acquisite:

- Disturbi cognitivi
- Demenza
- Patologie cerebrovascolari (ischemiche o emorragiche)
- Neoplasie cerebrali
- Patologie neurodegenerative dell'adulto (SLA, morbo di Parkinson, sclerosi multipla)
- Gravi cerebro lesioni acquisite (GCA) nel bambino e nell'adulto

L'utilizzo della CAA può avvenire in via temporanea per persone che sono temporaneamente incapaci di parlare, ma che una volta terminata la fase acuta, torneranno alle abilità precedenti; ne sono un esempio le situazioni di emergenza come il politrauma o l'intubazione oro-tracheale in Unità di Terapia Intensiva.

I dati epidemiologici indicano un elevato bisogno di una Comunicazione Aumentativa Alternativa nella popolazione infantile e in quella adulta. Fonti internazionali hanno individuato che nella popolazione infantile il numero di soggetti che necessita di un intervento di CAA varia tra lo 0,5 e lo 0,9 % (Matas et al., 1985). In particolare in Italia nella popolazione tra 0 e 18 anni, più del 2 % presenta disabilità ed almeno un quarto di essa presenta disturbi della comunicazione transitori o permanenti (Costantino & Bergamaschi, 2005). L'intervento di CAA è rivolto anche a pazienti ricoverati in Unità di Terapia Intensiva, che spesso hanno bisogno di ventilazione meccanica. Ciò potrebbe portare a pensare che in questi ambienti le persone non abbiano bisogno di comunicare. In realtà le persone ricoverate in reparti per acuti hanno bisogno di comunicare costantemente con lo staff ospedaliero, per essere partecipi delle proprie cure e della propria assistenza. Hurtig e Downey condussero un'indagine su 135 infermieri, e il 100 % dei soggetti ha riferito di occuparsi di pazienti con la quale la comunicazione risulta difficile. Inoltre gli autori riportarono che il 95% degli infermieri si occupava di pazienti che avrebbero necessitato di un intervento di CAA. Infine il 99% degli infermieri ha riferito di aver fatto uso di strategie di CAA con i pazienti.

Nel 1992 il National Committee for the Communication Needs of Persons with Severe Disabilities ha stilato delle linee guida dirette a sviluppare il livello di comunicazione delle persone con disabilità grave. L'elemento più importante di queste linee guida risulta essere la Carta della Comunicazione, costituita da 12 diritti fondamentali di ogni individuo in merito alla comunicazione. Il diritto di base di tale carta recita quanto segue: *“Ogni persona indipendentemente al grado di disabilità, ha il diritto fondamentale di influenzare, mediante la comunicazione, le condizioni della propria vita”*.

La Comunicazione Aumentativa Alternativa ha come scopo quello di supportare la comunicazione e la partecipazione delle persone con bisogni educativi speciali (BCC), per cui un intervento di CAA dovrà essere flessibile e personalizzato e necessiterà del coinvolgimento di più figure professionali.

Poiché la comunicazione è un processo bidirezionale, non solo le persone con bisogni comunicativi complessi sono i destinatari dell'intervento di CAA, ma anche i loro partner comunicativi. Questi ultimi possono essere persone presenti nella vita di ogni giorno (familiari, baby-sitter, badanti, ecc.), ma possono essere anche gli operatori della riabilitazione, amici o vicini di casa. Prendono parte al team di CAA i partner comunicativi più vicini alla persona con BCC, assumendo un ruolo fondamentale negli interventi. Essi infatti possono offrire contesti stimolanti per la comunicazione, utilizzare strategie interattive appropriate e supportare l'utilizzo dei sistemi di CAA. Vengono inoltre forniti momenti di formazione e sensibilizzazione rivolti ai partner comunicativi, al fine di fornire strategie per un'interazione efficace con la persona con BCC.

### **1.2.1 La Valutazione**

Gli interventi di CAA hanno come obiettivo lo sviluppo, il mantenimento e il recupero della capacità comunicativa, ma anche l'aumento della partecipazione nella vita quotidiana. L'intervento dovrà quindi essere basato sulle specifiche esigenze del soggetto, prendendo in esame anche l'interazione della persona con il suo ambiente. Risulterà di primaria importanza una valutazione accurata riguardo le capacità della persona, le reali opportunità comunicative e le eventuali barriere alla partecipazione.

Il team che effettua la valutazione è composto dagli esperti in CAA, dalla persona con bisogni comunicativi complessi, dai familiari e caregiver, dalle figure che si prendono cura della persona. I professionisti coinvolti nel team di valutazione saranno diversi a seconda della patologia, dell'età e dei bisogni della persona con BCC presenta nei vari contesti di vita.

Per analizzare le competenze comunicative è possibile fare riferimento ad un modello di valutazione e di intervento, che permetta di mettere in luce la partecipazione del soggetto a diverse attività, il suo funzionamento, i fattori personali e ambientali che possono facilitare o limitare la capacità comunicativa. Come riferimento per la valutazione e per l'intervento di CAA, nel 2004 l'ASHA ha adottato ufficialmente il Modello di Partecipazione. I primi a proporre tale modello furono Rosenberg e Beukelman nel 1987, successivamente venne revisionato da Beukelman e Mirenda nell'anno successivo.

In tale modello vengono inizialmente analizzati i pattern di partecipazione dei coetanei della persona con BCC, che non presentano problemi comunicativi. In un secondo momento verranno analizzati i pattern di partecipazione della persona con bisogni comunicativi speciali nei medesimi contesti, mettendoli a paragone con quelli dei coetanei. Una volta valutati i livelli di partecipazione, il modello suggerisce di analizzare le barriere che impediscono alla persona di comunicare, facendo una distinzione tra *barriere di opportunità* e *barriere di accesso*.

Le prime riguardano le limitazioni poste da altri soggetti e che non possono essere eliminate agendo esclusivamente sulla persona con BCC. Si suddividono in barriere: politiche, di prassi, di conoscenza, di abilità e di attitudine.

Le barriere di accesso fanno riferimento alle limitazioni nelle attuali capacità del soggetto o del suo sistema di comunicazione. Dunque se il livello attuale di comunicazione dovesse risultare inadeguato alle necessità comunicative della persona, si andrà ad effettuare una valutazione su vari livelli, andando ad analizzare: il potenziale incremento delle modalità naturali, il potenziale adattamento dell'ambiente e il potenziale utilizzo di sistemi o ausili di CAA.

- Gli interventi basati sulle modalità naturali, quali il linguaggio, l'uso di gesti e della voce, sono richiesti dalle famiglie, le quali hanno il timore di un

impoverimento della produzione verbale, causato dalla CAA. Diverse ricerche hanno invece dimostrato che l'utilizzo di tecniche di CAA non inibisca la produzione del linguaggio verbale, ma la possano favorire.

- Per intervenire sugli adattamenti ambientali sarà necessario osservare i vari contesti di vita della persona, per individuare eventuali criticità, facilmente risolvibili grazie a soluzioni su misura per l'individuo.
- Infine è necessario valutare se la persona con BCC possa trovare beneficio dall'utilizzo di ausili di CAA. Per fare ciò occorre analizzare tre aspetti: il profilo delle richieste operative, il profilo dei vincoli e quello delle capacità.

Il primo aspetto analizza quale, tra diversi sistemi di CAA, possa rispondere in maniera più adeguata alle necessità comunicative della persona con BCC. Il secondo aspetto valuta la presenza di possibili limitazioni nell'utilizzo dello strumento, analizzando le abilità del soggetto, le necessità della famiglia, il contesto socio-culturale e le possibilità di accesso, anche economiche, a specifici strumenti. Non prendere in considerazione tutti questi aspetti, potrebbe portare all'abbandono dell'ausilio. L'ultimo aspetto riguarda la valutazione delle capacità del soggetto, al fine di identificare i supporti di CAA che meglio si adattano alle caratteristiche della persona. A volte è necessario il coinvolgimento di diverse figure professionali per valutare diverse aree e competenze. Gli aspetti da valutare riguardano gli aspetti motori, le capacità cognitive, linguistiche, di letto-scrittura e gli aspetti sensoriali e percettivi.

Molto spesso si è portati a pensare che l'intervento di CAA sia limitato alla proposta di utilizzo di strumenti o ausili, mentre tale modello sottolinea l'importanza di valutare tutti gli aspetti che possono portare al fallimento dell'intervento, a causa della mancata soddisfazione dei bisogni comunicativi della persona (Marini A. & Vicari S., 2022).

### **1.2.2 Il sistema simbolico**

I simboli fanno parte della nostra vita, siamo infatti circondati dai simboli, che permettono di inviare messaggi da una persona ad un'altra. I simboli ci permettono di comunicare attraverso la scrittura o di inviare messaggi non verbali che trasmettano affetto ed empatia. Il punto di forza della Comunicazione Aumentativa Alternativa risiede nella

vasta gamma di segni e simboli, che possono essere utilizzati dalle persone che non sono in grado di leggere o scrivere, per inviare messaggi.

Un simbolo è definito, secondo Beukelman D.R. e Mirenda P. (2014), “qualcosa che sta per o che rappresenta qualcos’altro” (p. 70), quest’ultimo è chiamato il suo *referente*. I simboli vengono descritti secondo varie caratteristiche: concretezza, iconicità, complessità, ambiguità, rapporto figura-sfondo, chiarezza percettiva, accettabilità, efficienza, colori e dimensioni. Tra tutte queste caratteristiche quella che ha riscontrato maggior attenzione è stata l’iconicità. Il termine iconico fa riferimento all’associazione tra simbolo e referente, stabilito da una persona. Ai due estremi del continuum dell’iconicità si trovano i simboli *trasparenti* ed *opachi*. Nei primi il referente è rappresentato in modo tale che il significato del simbolo possa essere individuato anche in assenza del referente, è presente infatti una riconoscibilità immediata; ne è un esempio la foto a colori di una scarpa. Nei simboli opachi invece, anche quando è noto il significato del simbolo, non viene individuata nessuna relazione tra il simbolo e il suo referente; ne è un esempio la parola scritta “scarpa”. Infine tra i due estremi si trovano i simboli *traslucanti*, in cui il significato del referente può essere chiaro o meno, ma la relazione tra simbolo e referente viene identificata solo dopo aver fornito il significato; ne è un esempio il gesto utilizzato nel Nord America “stop”, effettuato muovendo la mano piatta attraverso la gola.

I simboli possono essere suddivisi in *aided* (con ausilio) e *unaided* (senza ausilio). I primi necessitano di un supporto esterno per la loro realizzazione, mentre gli altri possono essere prodotti senza l’utilizzo di un supporto esterno.

### **1.2.3 I sistemi simbolici non assistiti (unaided)**

I sistemi simbolici non assistiti, definiti *unaided*, rappresentano le modalità di espressione linguistica che non necessitano di mezzi esterni al corpo. Comprendono le modalità di comunicazione non verbale tra cui l’espressione del volto, i movimenti, i gesti, i vocalizzi, la postura, che affiancano la parola o la sostituiscono quando non è presente.

Tra i sistemi simbolici non assistiti rientrano i sistemi di segni manuali che si dividono in:

- Alternativi al linguaggio parlato, come ad esempio la lingua dei segni italiana (LIS).
- Paralleli al linguaggio parlato, caratterizzato dal segnare e fare gesti di parole chiave. Per utilizzare questo metodo di comunicazione è necessario parlare sempre mentre si produce il segno, segnare solo le parole chiave, utilizzare i segni del paese di appartenenza della persona e supportare la comunicazione con espressioni del viso e il linguaggio del corpo.

Anche i vocalizzi rientrano nei sistemi simbolici non assistiti e per loro natura sono comunicativi. Si dividono in involontari (tossire, starnutire, suono del singhiozzo, ecc.) e volontari (urlare, piangere, ridere, ecc.), i quali spesso indicano stati emotivi. Tali vocalizzi necessitano di una interpretazione affinché si possa assegnare loro un significato.

Sono inoltre utilizzati i segni tattili, in particolare da persone sordo-cieche, le quali avevano appreso la lettura e la scrittura prima di acquisire la disabilità. Ne è un esempio il Codice Malossi, ideato da Eugenio Malossi, che utilizza la mano della persona come strumento comunicativo. La base di tale sistema comunicativo è alfabetica, infatti ogni parte della mano, in particolare delle dita, corrisponde ad una lettera dell'alfabeto e toccando o pizzicando i punti adeguati è possibile comporre delle parole e delle frasi. Generalmente si utilizza la mano destra per toccare i vari punti della mano sinistra dell'interlocutore (Beukelman D.R. & Mirenda P., 2014).

#### **1.2.4 I sistemi simbolici assistiti (aided)**

I sistemi simbolici assistiti, definiti *aided*, fanno ricorso a supporti esterni al corpo per la realizzazione di messaggi. Questi sistemi possono essere utilizzati da persone che presentano disabilità motorie e sono inoltre adatti a persone che presentano disabilità visiva, intellettiva e che siano comunicatori iniziali. I sistemi simbolici assistiti, secondo Light e McNaughton (2013), sono caratterizzati da tre livelli di tecnologia, che variano in funzione del supporto delle tabelle comunicative:

- Sistemi senza tecnologia - Tabelle comunicative cartacee
- Sistemi a bassa tecnologia - Avvisatori vocali (VOCAS)

- Sistemi ad alta tecnologia - Software di CAA a tecnologia digitale

Nei sistemi senza tecnologia rientrano strumenti di facile utilizzo, che non hanno bisogno di batterie o di circuiti elettrici. Si tratta di strumenti privi di un'uscita di voce, per cui risulta indispensabile un costante coinvolgimento del partner comunicativo, il quale dovrà cogliere il messaggio trasmesso (Galdieri M., 2022). Esistono varie tipologie di simboli, i quali possono essere utilizzati tramite il supporto di tabelle comunicative (*Fig. 1*), che possono essere realizzate cartacee o in plexiglass.

*Figura 1. Tabella comunicativa*

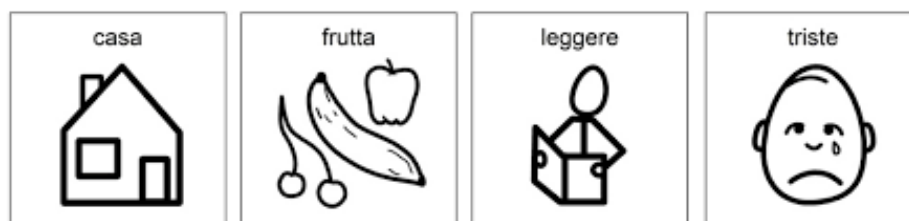


I simboli tangibili sono definiti da Rowland e Schweigert (1989; 2000) come simboli bi o tridimensionali che siano permanenti, manipolabili, iconici e discriminabili al tatto. Essi comprendono oggetti reali, miniature di oggetti, parti di un oggetto e simboli costituiti da tessiture.

Altra tipologia di simboli aided sono simboli pittografici, che comprendono fotografie, simboli stilizzati e simboli astratti. Tra i simboli stilizzati i più importanti risultano essere: PCS, WLS e BLISS.

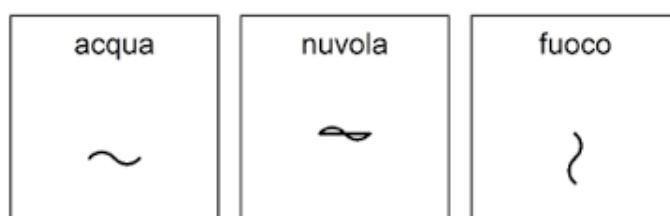
I PCS, Picture Communication Symbols, (*Fig. 2*) rappresentano il sistema di simboli più diffuso al mondo. E' presente un'ampia raccolta di simboli caratterizzati da trasparenza della grafica e sono inoltre legati al concreto, per cui tale sistema simbolico richiede una minor capacità di astrazione rispetto ad altri sistemi. Grazie alla facilità di apprendimento risultano particolarmente indicati anche a soggetti con disabilità intellettive.

Figura 2. Simboli PCS



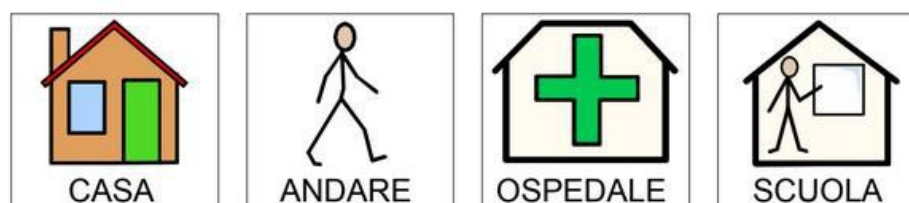
I BLISS, Blissymbols, (Fig. 3) rappresentano un sistema costituito da 4.500 simboli e utilizzati in più di 33 Paesi. Risultano essere i meno trasparenti ed anche i più difficili da imparare rispetto ad altri simboli stilizzati, infatti non sono particolarmente indicati per i bambini.

Figura 3. Simboli BLISS



I WLS, Widgit Symbols, (Fig. 4) sono un set di 11.000 simboli, realizzati per supportare la lettura, la scrittura e la comprensione del testo. Sono caratterizzati da regole per la rappresentazione dei significati, presentano elementi morfosintattici ed hanno uno stile grafico più adatto a soggetti adulti.

Figura 4. Simboli WLS



Tra i sistemi di simboli senza tecnologia sono inoltre presenti i simboli ortografici, ovvero tecniche aided che fanno riferimento all'ortografia tradizionale, di cui sono esempio il Braille e il Fingerspelling. Il Braille è un sistema simbolico tattile a supporto della lettura e delle scrittura, per persone con disabilità visiva o doppia disabilità sensoriale. Si basa



sull'utilizzo combinato di sei punti di rilievo, che sono contenuti in due colonne, ciascuna costituita da tre punti. Mentre il Fingerspelling consiste nel rappresentare le lettere dell'alfabeto con le dita e, successivamente, combinarle insieme. Viene utilizzato per rappresentare parole per cui non è presente un segno corrispondente nella lingua dei segni, come nel caso dei nomi propri. I destinatari di tale sistema sono persone alfabetizzate che presentino doppia disabilità sensoriale (Beukelman D.R. & Mirenda P., 2014).

I sistemi di CAA senza tecnologia risultano adeguati per un intervento precoce nei soggetti con gravi disabilità cognitive e possono essere utilizzati come training introduttivo per l'utilizzo dei sistemi ad alta tecnologia.

I dispositivi di CAA a bassa tecnologia si basano sull'utilizzo degli ausili comunicativi VOCAs, Vocal Output Communication Aids, (Fig. 5) dispositivi portatili e computerizzati che emettono messaggi preregistrati, in voce digitalizzata o sintetizzata. Per realizzare i messaggi viene utilizzata una serie di simboli visuo-grafici, che possono essere attivati tramite un dito, una mano, un puntatore ottico o un altro mezzo che selezioni il simbolo dal pannello fisso del VOCA. Il contenuto dei messaggi contiene generalmente la presentazione del bambino, la descrizione dei suoi interessi, ma anche delle situazioni che lo disturbano. L'utilizzo dei VOCAs è motivante ed inclusivo, infatti permette di aumentare le possibilità comunicative con i propri pari. Ad ogni contesto di vita del bambino corrisponde una tabella comunicativa, con messaggi preregistrati che possono guidare il bambino nelle azioni da svolgere in un determinato contesto. Ciascuna tabella è associata ad una griglia applicabile sul frontale del tablet, con la possibilità di scambiare rapidamente le griglie e passare da una serie di messaggi ad un'altra, in base al contesto. Sono presenti dei prerequisiti cognitivi che escludono da queste forme di utilizzo i soggetti con gravi disabilità cognitive. Un'attenta analisi delle competenze cognitive dell'allievo risulta necessaria, al fine di prevenire frustrazioni o reazioni di rifiuto. In assenza di tali requisiti è consigliabile un training preliminare basato su tabelle comunicative senza tecnologia. Gli ausili a bassa tecnologia aumentano la partecipazione sociale grazie alla possibilità di espressione dei propri bisogni e desideri, con effetti importanti sulla riduzione dei comportamenti disadattivi.

Figura 5. VOCAs



Gli ausili comunicativi ad alta tecnologia hanno conosciuto un importante sviluppo negli ultimi anni, grazie alle tecnologie di nuova generazione. Sono rappresentati da software con tabelle comunicative visualizzabili sul monitor di un computer o di un tablet, con emissione di voce, che permettono di cambiare schermo alla selezione di un determinato simbolo (Fig. 6). Tali ausili hanno accresciuto in maniera significativa l'accessibilità delle persone con disabilità cognitive al web, con miglioramento della partecipazione sociale. Anche questi dispositivi necessitano di prerequisiti cognitivi, i quali possono essere potenziati grazie ad un training precoce di CAA tramite strumenti senza tecnologia. Nei dispositivi ad alta tecnologia le tabelle comunicative vengono memorizzate e successivamente arricchite con nuovi simboli, permettendo la descrizione autobiografica e dell'ambiente. L'introduzione di nuovi simboli necessita di essere accompagnata da una spiegazione chiara e semplice, al fine di evitare momenti di disagio per il soggetto che li utilizza. L'inclusione dei dispositivi, nelle attività quotidiane della persona, deve avvenire in maniera graduale e a condizione che l'ausilio venga accettato. Dunque i dispositivi ad alta tecnologia permettono lo sviluppo delle abilità di comunicazione, favorendo la partecipazione sociale (Fontani S., 2020).

Figura 6. Comunicatore dinamico



## CAPITOLO 2

### LA TERAPIA INTENSIVA

#### 2.1 Cos'è e come funziona la Terapia Intensiva

Le Terapie Intensive sono reparti ospedalieri, fondamentali per mantenere in vita pazienti che si trovano in situazioni particolarmente critiche, ovvero che presentano la compromissione di una o più funzioni vitali (respirazione, circolazione sanguigna, attività neurologica, ecc.). Le cure fornite in questi reparti prevedono un continuo monitoraggio ed assistenza 24 ore su 24, supportando in particolare la funzione respiratoria e cardiocircolatoria. La presenza di personale specializzato risulta indispensabile sia per la complessità dei quadri clinici dei pazienti, sia per la presenza di tecnologie all'avanguardia.

Lo scopo della terapia intensiva è quello di stabilizzare le funzioni vitali dei pazienti gravi e permettere il successivo trasferimento in reparti, meno intensivi, ma specializzati nel trattamento della singola patologia. La durata media del ricovero è di circa 14-16 giorni, ma successivamente il paziente potrebbe ancora aver bisogno di un supporto respiratorio o riabilitativo, impedendo il trasferimento in un reparto ordinario. In queste situazioni il paziente necessita di un trasferimento nel reparto di terapia semintensiva, in cui la persona viene comunque monitorata costantemente ma con metodi e tecnologie meno invasivi.

Per via delle particolari condizioni dei pazienti, il numero di letti nei reparti di terapia intensiva è molto ridotto rispetto a quelli di degenza. Infatti è presente un operatore sanitario specializzato ogni due posti letto, con la supervisione di un medico anestesista-rianimatore.

Le patologie che richiedono un intervento intensivo possono essere sia traumatiche che croniche e possono colpire persone di ogni età. I pazienti che necessitano di un ricovero in terapia intensiva possono trovarsi in diverse situazioni critiche:

- Insufficienza neurologica centrale e periferica
- Insufficienza cardiaca e arresto cardiaco ripreso
- Insufficienza respiratoria acuta e riacutizzazione di insufficienza respiratoria cronica

- Sepsi e shock settico
- Insufficienza multiorgano in pazienti ematologici
- Politrauma

Le terapie effettuate saranno diverse in base alle necessità del paziente. Per supportare la funzione respiratoria possono essere utilizzati strumenti di ventilazione non invasiva, come le maschere facciali o i caschi, mentre nei casi di insufficienza più grave occorre intubare il paziente. Se non si riuscisse ad ossigenare il paziente in maniera ottimale, si potrebbe ricorrere alla circolazione extracorporea (ECMO), la quale consiste nel prelevare il sangue, ossigenarlo in una macchina esterna ed infine procedere alla reinfusione. In terapia intensiva, oltre al supporto respiratorio, viene garantita un'assistenza continua per l'alimentazione, la somministrazione dei farmaci e per permettere il deflusso di liquidi da cervello, torace e addome.

A livello strutturale, il reparto di terapia intensiva presenta delle camere ampie, poiché devono accogliere le attrezzature necessarie a garantire l'assistenza continua dei pazienti, inoltre i medici devono avere un sufficiente spazio di manovra per intervenire tempestivamente. Oltre al letto, nella stanza di terapia intensiva, è presente un monitor per il controllo delle funzioni vitali, un ventilatore meccanico, le pompe per la somministrazione dei farmaci, le maschere per l'ossigeno, un sistema di aspirazione delle secrezioni bronchiali, un defibrillatore, il carrello dei farmaci, la macchina per la dialisi e un cestino per il materiale biologico. Per garantire il funzionamento di questi macchinari, anche in caso di blackout, è necessario avere una barra di alimentazione.

Esistono molte tipologie di Terapie Intensive, a seconda delle singole necessità:

- La terapia intensiva post-operatoria (TIPO), si rende necessaria dopo un intervento chirurgico impegnativo, in cui il corpo viene sottoposto ad alti livelli di stress e deve ritrovare il proprio equilibrio.
- La terapia intensiva cardiologica (UTIC), è indicata per pazienti affetti da patologie cardiache in fase acuta, il cui ritmo cardiaco e la pressione devono essere costantemente monitorati.

- La terapia intensiva neurologica, accoglie pazienti con patologie del sistema nervoso come ictus, tumori cerebrali, aneurismi cerebrali e patologie neurodegenerative.
- La terapia intensiva neonatale (TIN), la quale si prende cura di bambini nati prematuri o con gravi patologie.
- La terapia intensiva pediatrica, che si occupa dei pazienti di minore età con uno stato di salute compromesso.

Dunque ogni ricovero in terapia intensiva varia in base alle condizioni e ai bisogni di ciascun paziente. Il team che si occupa del paziente è costituito da varie figure professionali, tra cui il medico, l'infermiere, l'OSS, il fisioterapista, il logopedista, lo psicologo, il tecnico di radiologia e i medici specialisti, i quali collaborano per portare il paziente al miglior livello di salute possibile.

## **2.2 Il ruolo del logopedista in Terapia Intensiva**

La figura del logopedista si occupa della valutazione e della riabilitazione di varie patologie, come i disturbi della comunicazione e del linguaggio e le alterazioni della deglutizione. Tali condizioni possono essere causate da un danno neurologico (ictus, trauma cranico, patologie neurodegenerative, ecc.) o da altre condizioni che possono influenzare la funzione fonatoria o deglutitoria, come la tracheostomia e la ventilazione meccanica. Nei reparti di terapia intensiva il logopedista rappresenta una figura facente parte dell'equipe interprofessionale, i cui ambiti di intervento riguardano la deglutizione e la comunicazione.

L'alterazione della deglutizione dopo la rimozione del tubo endotracheale è definita disfagia post-estubazione. In terapia intensiva il 62% dei pazienti presenta alterazioni deglutitorie dopo estubazione, correlate ad un aumento dei tempi di assunzione di cibo per via orale, ad un incremento delle polmoniti e ad un aumento della mortalità. Nei reparti di terapia intensiva è inoltre molto frequente il posizionamento della cannula tracheostomica, in particolare nei casi di grave cerebrolesione acquisita in cui la prevalenza di difficoltà deglutitoria varia dal 44 al 73 %. Esistono altri fattori che potrebbero aumentare il rischio di disfagia nei reparti di terapia intensiva, tra cui:

intubazione prolungata, deficit cogniti/comportamentali, sedazione, scarsa igiene del cavo orale e presenza di SNG.

L'intervento è costituito inizialmente da un test di screening effettuato dal personale infermieristico, e in caso di esito positivo, seguirà una valutazione funzionale della deglutizione, questa volta effettuata dal logopedista. Tale valutazione permette di pianificare interventi riabilitativi, di introdurre adattamenti posturali e di modificare la consistenza della dieta. Per effettuare lo screening devono essere presenti i seguenti requisiti: stabilità clinica, stato di coscienza non alterato, mantenimento dello stato di vigilanza, adeguata igiene del cavo orale e controllo del capo.

Per i pazienti portatori di cannula tracheostomica viene effettuato il test di screening Blu Dye Test per le secrezioni salivari. Qualora il test risulti negativo si procederà con la somministrazione di boli, seguendo un appropriato protocollo. In caso di esito positivo, segnalato dalla presenza di tracce di blu di metilene, si procederà con una valutazione funzionale eseguita dal logopedista, che potrebbe necessitare anche di una valutazione strumentale della disfagia tramite FEES o VFS.

Nelle terapie intensive si possono inoltre riscontrare pazienti con difficoltà comunicative e di linguaggio, ma anche con deficit cognitivo/comportamentali. Le difficoltà di comunicazione rappresentano una fonte di stress e la loro presenza è associata alla comparsa di delirium. Il coinvolgimento precoce del logopedista in terapia intensiva permette di individuare ed applicare una via di comunicazione adeguata per le necessità del paziente, che permette di ottimizzare il benessere psicosociale. Nei pazienti sottoposti ad intubazione e sedazione prolungata, ovvero maggiore di 14 giorni, è stata individuata la presenza di disorientamento spazio-temporale, agitazione psicomotoria e delirium. In questa fase spesso non è possibile effettuare una valutazione strutturata o applicare tecniche riabilitative specifiche. Per favorire l'orientamento spazio-temporale possono essere applicate le tecniche di Errorless Learning, tramite il quale si cerca di far apprendere al paziente le informazioni corrette, senza commettere errori. A tal scopo potrebbe essere utile il supporto di dispositivi personali come lo smartphone. Nei casi di pazienti intubati ma coscienti e responsivi viene promossa la comunicazione con ausili di CAA a bassa tecnologia (Reverberi, 2020). L'obiettivo sarà quello di stabilire una via di comunicazione, non verbale, al fine di permettere interazioni comunicative con la

famiglia e il personale sanitario. Quando la via di comunicazione è stata stabilita con successo, è necessario formare i partner comunicativi del paziente sull'utilizzo dell'ausilio per un utilizzo ottimale (McRae J. et al., 2020).

### **2.3 L'uso della CAA in Terapia Intensiva**

Per garantire un'adeguata assistenza al paziente in terapia intensiva è fondamentale stabilire una relazione ed una comunicazione efficace tra personale sanitario e paziente. Infatti l'intervento d'urgenza sul paziente include spesso una ventilazione meccanica, così il personale sanitario si trova di fronte pazienti coscienti e consapevoli, ma incapaci di comunicare in maniera verbale. Il ventilatore meccanico non permette la condivisione di pensieri e bisogni tramite la via verbale (Arrigoni et al., 2018). Il supporto respiratorio può essere temporaneo o permanente e può essere rappresentato da un'intubazione endotracheale o una tracheostomia.

Il tubo endotracheale è preposto al trasporto di aria da un ventilatore verso l'apparato respiratorio della persona. L'intubazione orale impedisce di articolare accuratamente le parole e di produrre i suoni perché il tubo passa attraverso le corde vocali, impedendone l'adduzione. E' possibile far passare un tubo di dimensioni inferiori attraverso la cavità nasale fino alla trachea, permettendo così l'articolazione ma restando impossibile la fonazione.

Un altro supporto respiratorio è rappresentato dalla tracheostomia, un'apertura chirurgica che si estende dalla parete anteriore della parte più bassa del collo, fino alla trachea. L'apertura della tracheostomia è mantenuta dall'inserimento di una cannula attraverso la parete del collo fino alla trachea; il ventilatore viene attaccato alla parte anteriore della cannula. La persona portatrice di cannula tracheostomia e dipendente da un ventilatore ha difficoltà nella comunicazione verbale, poiché l'aria passa dal ventilatore alla cannula anziché attraverso la cavità orale e le corde vocali. La tracheostomia viene mantenuta anche quando il paziente non necessita più di una ventilazione meccanica, ma l'aria entra ed esce attraverso la cannula tracheostomica, bypassando le corde vocali ed impedendo la fonazione. Quest'ultima però può avvenire ocludendo temporaneamente la valvola esterna, facendo passare il flusso d'aria attraverso il piano glottico.

Le difficoltà comunicative nei reparti per acuti non dipendono solo dalla necessità di un supporto respiratorio, ma possono essere correlate direttamente alla malattia e alle condizioni della persona. Ne sono un esempio persone con tumore al cervello o al collo, che necessitano di supporti comunicativi nei giorni o nelle settimane successive all'intervento chirurgico. Alcuni pazienti recuperano l'uso del linguaggio rapidamente, altri hanno bisogno di integrare il linguaggio verbale con strategie di CAA, altri ancora si affidano completamente all'utilizzo di supporti di CAA a bassa o ad alta tecnologia per soddisfare i propri bisogni comunicativi.

E' indicato avviare un percorso di Comunicazione Aumentativa Alternativa con le persone che hanno impossibilità di esprimersi verbalmente, per dare loro la possibilità di comunicare le proprie necessità e i propri bisogni.

Il personale che lavora nei reparti per acuti risulta essere il più adatto a fornire interventi di CAA. L'infermiere e il logopedista insieme al fisioterapista o al terapeuta occupazionale formano il team di CAA, inoltre sono responsabili di interventi terapeutici o riabilitativi indirizzati al paziente. Gli interventi di CAA non devono essere complessi e devono richiedere il minimo addestramento per avere successo. Un programma di CAA deve considerare le caratteristiche del contesto di utilizzo, per essere accettato dal paziente e dal personale medico. I pazienti ricoverati in terapia intensiva presentano delle condizioni critiche e l'intervento di CAA non può ostacolare l'erogazione delle cure mediche, per cui l'intervento deve essere integrato nel piano di cura del paziente. Per poter operare, lo staff di CAA deve avere il permesso del team medico, al quale dovrà indicare la tipologia di intervento da erogare e dovrà assicurarsi che l'intervento sia coordinato con il piano terapeutico del paziente.

Il personale infermieristico si trova in contatto, in modo continuativo, con pazienti che presentano bisogni comunicativi complessi ed è anche in contatto con le loro famiglie. Tale figura permette di coordinare e di integrare gli interventi comunicativi con il piano assistenziale, documentando i bisogni comunicativi del paziente ed informando i familiari sui cambiamenti dell'intervento di CAA. L'infermiere, facente parte del team di CAA, deve collaborare anche con i terapisti della respirazione per impostare interventi efficaci.



Per impostare un programma di Comunicazione Aumentativa Alternativa, Garrett e collaboratori nel 2007 hanno indicato un elenco di materiali di CAA per le unità di terapia intensiva (Tab. 1).

*Tabella 1. Tabella tratta da “Manuale di Comunicazione Aumentativa Alternativa” di David*

*R. Beukelman e Pat Mirenda, 2014, pp.645 – 646*

|   |
|---|
| <b>Kit per la scrittura</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blocco a spirale o tavolette vivacemente colorate con clip per i fogli</li> <li>• Pennarelli</li> <li>• Lunghe strisce di velcro da attaccare alle penne</li> <li>• Impugnature morbide per penne o ortesi per scrittura</li> <li>• Strisce elastiche universali</li> </ul>  |
| <b>Raccoglitori per la comunicazione scritta di scelte</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porta tessere</li> <li>• Porta cartine stradali</li> <li>• Scale prestampate</li> </ul>  |
| <b>Tabelle di comunicazione</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabelle per sì/no</li> <li>• Tabelle relative a bisogni/emozioni</li> <li>• Tabelle alfabetiche</li> <li>• Set di simboli e pennello per realizzare una tabella di comunicazione</li> </ul>  |
| <b>Supporti per la scansione assistita dal partner</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buste plastificate con istruzioni</li> <li>• Liste di argomenti</li> <li>• Pagine con messaggi</li> <li>• Pagine con indice alfabetico</li> <li>• Set di tavolette trasparenti per la comunicazione tramite sguardo</li> <li>• Overlay vuoti</li> <li>• Overlay alfa/numerici</li> <li>• Overlay per le scelte</li> <li>• Overlay per sì/no</li> </ul> |

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tavolette in plexiglas trasparente, vuote (opzionale)</li> <li>• Pennarelli cancellabili</li> <li>• Post-it per nuove scelte</li> <li>• Anelli metallici per raccogliere o archiviare i vari overlay</li> <li>• Pannelli per la spiegazione di messaggi basati su codici</li> </ul> |
| <b>Elettrolaringe con adattatore orale</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selezionare un modello con audio di buona qualità e controllo del volume</li> <li>• Selezionare un modello con custodia impermeabile e tubi orali monouso</li> </ul>  |
| <b>Ausili semplici con uscita di voce digitale (SGD)</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schermi del computer preferibili ai display in carta</li> <li>• Schermi preferibilmente luminosi</li> <li>• Custodie in commercio o acquisto di “pellicole” protettive per ausili specifici</li> </ul>  |
| <b>SGD più complessi e a più livelli, con la complessità di utilizzo della scansione visiva e uditiva</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Display luminosi</li> <li>• Leggeri</li> <li>• Durevoli</li> <li>• Schermi anti-umidità</li> <li>• Facili da programmare</li> <li>• Ausili palmari per lo spelling o ausili di CAA con possibilità di spelling</li> </ul>   |
| <b>Sensori</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensore touch-plate grande, medio e piccolo</li> <li>• Sensori a leva</li> <li>• Sensori a pressione leggera</li> <li>• Sensori piezoelettrici o a infrarossi</li> <li>• Sensori a cuscinetto</li> <li>• Sensori a schiacciamento</li> <li>• Sensori “succhia e soffia”</li> </ul>  |
| <b>Sistemi di montaggio per sensori e ausili</b>   |
| <b>Supporti ad asta leggeri a cui attaccare ausili low-tech e high-tech</b>  |
| <b>Pannelli con informazioni comunicative</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pannello con i segnali utilizzati dal paziente</li> <li>• Dizionario dei gesti</li> </ul>   |

### **Materiali vari**

- Velcro
- Anelli apribili di varie misure
- Raccoglitori con carPETTE trasparenti per tabelle di comunicazione e overlay
- Lavagne cancellabili e pennarelli
- Strisce trasparenti in plastica per attaccare simboli o etichette
- Fascette per attaccare oggetti ai supporti per flebo, alle maniglie per sollevarsi, alle sbarre del letto

Questi materiali e ausili vengono acquistati o affittati dai pazienti, in base alla situazione economica e alle aspettative di vita. Il Modello di Partecipazione può aiutare nell'impostazione degli interventi di CAA nei reparti di terapia intensiva, vengono quindi valutate le barriere d'opportunità, d'accesso e le abilità specifiche. Alla maggior parte dei pazienti non può essere somministrata una lunga valutazione, perciò si andranno ad individuare i segnali comunicativi naturali, i segnali di sì/no (fondamentale per una comunicazione iniziale) e le strategie che possono favorire la comprensione e l'attenzione.

In terapia intensiva possono essere presenti pazienti con un buon controllo oro-motorio del linguaggio, ma con impossibilità di fonare, per la presenza di una tracheostomia o di seri problemi respiratori. Nel caso di pazienti che presentano un insufficiente controllo oro-motorio, i sistemi di comunicazione ideali sono quelli basati sulla scrittura, la selezione diretta e la selezione a scansione.

Le persone che hanno intatta l'abilità di scrittura hanno varie possibilità tra cui scegliere. Per chi ha la necessità di scrivere e mantenere i messaggi, iniziando a costruire il proprio libro della comunicazione, è indicato l'utilizzo di foglio e matita. Altre persone preferiscono utilizzare la lavagna magica, per cancellare il messaggio dopo lo scambio comunicativo, mantenendo la propria privacy.

Alcune persone non riescono a scrivere a mano, perciò viene proposto loro la modalità di selezione diretta, che permette l'indicazione con mani, occhi o testa. I sistemi di selezione diretta possono essere rappresentati da tabelle alfabetiche o da piccoli ausili da digitare. Se la persona ha un insufficiente controllo della mano o del braccio, viene utilizzata

l'indicazione di sguardo, tramite due modalità: indicazione di sguardo o contatto di sguardo (eye linking). Nella prima modalità la persona seleziona e successivamente fissa il messaggio su un display, il partner comunicativo localizza la direzione dello sguardo della persona e individua il messaggio. Nella seconda modalità la persona fissa il messaggio che vuole comunicare, il partner si trova di fronte la persona dalla parte opposta della tabella trasparente, muove la tavola fino a quando gli sguardi non “entrano in contatto”.

Ci sono però persone con capacità motorie limitate che non permettono loro di effettuare una selezione diretta, per cui viene proposta la selezione a scansione. In questa modalità di scansione il partner comunicativo indica i possibili messaggi da scegliere e la persona segnala, con un gesto o attivando un sensore, il messaggio desiderato (Beukelman D.R. & Mirenda P., 2014).

## **CAPITOLO 3**

### **PROGETTO DI TESI: L'IDEA NATA DA UNA GROSSA CRITICITA'**

#### **3.1 Criticità per cui è nata la tesi**

Questo elaborato di tesi nasce per superare difficoltà emerse dalla letteratura, in riferimento alla scarsa attenzione della condizione psicologica ed emotiva del paziente con difficoltà comunicative e alla scarsa conoscenza ed utilizzo della comunicazione aumentativa alternativa nei reparti di terapia intensiva.

Il ricovero ospedaliero in terapia intensiva è un evento critico, che può causare nel paziente confusione e disorientamento. La presa in carico si focalizza spesso solo sugli aspetti clinici del paziente, trascurando quelli psicologici ed emotivi. In questi reparti si trovano spesso pazienti con difficoltà comunicative dovute alla ventilazione meccanica, che causa loro stress, angoscia e frustrazione. L'incapacità di parlare e le difficoltà di comunicazione associate sono importanti fonti di disagio per i pazienti intubati. E' stato effettuato uno studio da Menzel L.K. (1998) riguardante le emozioni provate da pazienti intubati, coscienti, ma con incapacità di esprimersi. Le emozioni negative emerse, rispetto all'incapacità di comunicare, sono principalmente quelle legate alla rabbia, alla preoccupazione e alla paura. L'emozione della rabbia può riflettere il bisogno dei pazienti di ricevere informazioni e rassicurazioni riguardo gli interventi effettuati o la loro condizione di salute. E' stata riscontrata una scarsa attenzione alle reazioni emotive dei pazienti con incapacità di parlare.

La comunicazione rappresenta l'essenza della relazione tra paziente e operatore sanitario, ma gli strumenti e le tecniche basate sull'evidenza, per aiutare a comunicare i pazienti svegli con problemi di comunicazione, non sono ancora applicati sistematicamente nei reparti di terapia intensiva. La mancata comunicazione o l'errata interpretazione dei messaggi induce panico e paura nei pazienti (Happ, M. B., 2021). E' stato condotto uno studio (Happ, M. B. et al., 2004) per descrivere i metodi di comunicazione applicati in terapia intensiva tra pazienti, trattati con ventilazione meccanica, ed operatori sanitari. Le modalità di comunicazione individuate con maggior frequenza sono state: lettura del labiale, cenni con il capo e utilizzo di gesti. Ma la maggior parte delle interazioni

comunicative non erano interpretabili o comprese dai partner comunicativi, dimostrandosi inadeguate. Dunque, ad oggi, gli ausili di CAA a bassa o alta tecnologia non sono ancora le strategie comunicative più utilizzate nelle terapie intensive.

### **3.2 Obiettivi specifici**

Questo elaborato di tesi nasce dalle criticità sopra descritte e scaturite dalla letteratura. Il suddetto progetto presenta come scopo la sensibilizzazione degli operatori sanitari, in merito alla comunicazione con i pazienti, che presentano difficoltà comunicative temporanee o permanenti, ricoverati nel reparto di terapia intensiva. In particolare la sensibilizzazione è relativa alle tecniche e alle strategie della comunicazione aumentativa alternativa, che possono favorire un supporto per lo scambio comunicativo, al fine di rendere il personale sanitario più consapevole dell'importanza della comunicazione nel progetto di cura del paziente.

Per raggiungere quanto descritto, è stato realizzato questo progetto di tesi composto da un questionario rivolto agli operatori sanitari in merito alla comunicazione con i pazienti ed è stato creato un supporto comunicativo per facilitare l'interazione con i degenti.

Inizialmente è stato realizzato dunque un questionario rivolto agli operatori sanitari della terapia intensiva dell'Ospedale "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto, al fine di indagare le caratteristiche generali del reparto e in particolare analizzare l'aspetto comunicativo tra paziente e operatore. Inoltre è stato creato uno strumento di CAA a bassa tecnologia, costituito da una tabella comunicativa, con possibilità di cambiare le immagini che la costituiscono rendendola adatta a molteplici necessità e condizioni cliniche. Presenta la possibilità di essere utilizzata anche solamente tramite lo sguardo. Inoltre il progetto prevede la verifica dello strumento con pazienti che presentano difficoltà comunicative, ricoverati in terapia intensiva.

## CAPITOLO 4

### MATERIALI E METODI

#### 4.1 Realizzazione del questionario

La prima parte dello studio si compone di un questionario che indaga le caratteristiche generali della terapia intensiva, concentrandosi maggiormente sull'aspetto comunicativo. Lo scopo del questionario è quello di effettuare un'indagine rivolta a tutti gli operatori sanitari che collaborano nel reparto di terapia intensiva, per ricavare informazioni riguardanti lo scambio comunicativo tra paziente ed operatore e comprendere la sua rilevanza nel progetto di cura del paziente.

L'indagine è stata rivolta agli operatori sanitari che lavorano nel reparto di terapia intensiva dell'Ospedale "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto. Dunque il questionario è stato indirizzato alle seguenti figure: medici e specializzandi, infermieri, operatori socio-sanitari e fisioterapisti.

La realizzazione è avvenuta tramite Google Moduli, un'applicazione web che permette di creare ed analizzare sondaggi o test. Il questionario è stato strutturato in 8 domande a scelta multipla e aperte, anticipate da una breve presentazione per introdurre l'argomento. Le domande chiuse permettono una rapida somministrazione, mentre quelle aperte permettono di individuare informazioni più precise e dettagliate.

Come caratteristiche generali sono state esaminate la frequenza con cui sono trattati vari quadri clinici, la durata media del ricovero e la frequenza con cui sono presenti pazienti vigili ma con difficoltà comunicative. Inoltre è stata posta particolare attenzione all'aspetto comunicativo, indagando la presenza nel reparto di strumenti a supporto della comunicazione, la loro efficacia, i principali bisogni comunicativi degli operatori e le cause ostacolanti lo scambio comunicativo.

Le domande che sono state proposte sono le seguenti:

- Con quale frequenza vengono trattati i seguenti quadri clinici: esito di trauma cranico, esito di ictus, malattie neurodegenerative, neoplasie, malattie cardiovascolari, Covid-19?

- Con quale frequenza sono stati trattati pazienti con presente stato di vigilanza e difficoltà comunicative, negli ultimi 6 mesi?
- Sulla base della risposta precedente, cosa ostacolava la comunicazione? (es: pz intubato, difficoltà di linguaggio/afasia, pz tracheostomizzato, ecc.).
- Qual è la durata media del ricovero?
- In reparto sono presenti strumenti a supporto della comunicazione? (esempio: tabelle comunicative).
- In caso affermativo, pensi siano efficaci?
- Quale figura necessita maggiormente di comunicare con il paziente?
- Quali sono i principali bisogni comunicativi degli operatori sanitari? (es: stato di salute, dolori, come sta il paziente, se ha bisogno di qualcosa, ecc.).

E' possibile trovare il questionario nella sezione "Allegati", in particolare sotto la voce "Allegato 1".

La creazione del questionario è avvenuta nel mese di Giugno 2022, mentre l'invio di quest'ultimo è avvenuto nel mese di Agosto 2022.

Per trasmettere il questionario agli operatori coinvolti nell'indagine è stato creato un link, tramite l'applicazione di Google Moduli, è stato poi inoltrato tramite l'utilizzo dell'applicazione WhatsApp, per permettere una facile trasmissione. Oltre a questo metodo digitale è stata utilizzata anche la modalità cartacea, al fine di raccogliere un maggior numero di risposte. Il questionario è stato inviato a 36 operatori e sono pervenute 24 risposte, che verranno analizzate nel capitolo successivo.

## **4.2 Realizzazione della tabella comunicativa**

La seconda parte dello studio si compone della creazione e dell'utilizzo di uno strumento a bassa tecnologia, che favorisca lo scambio comunicativo tra paziente ed operatore sanitario, ovvero una tabella comunicativa, indirizzata al reparto di terapia intensiva. Lo scopo di questa tabella è di fornire un supporto comunicativo in un reparto per acuti, da utilizzare con pazienti che presentino incapacità temporanea o permanente di parlare.



E' stata realizzata una tabella comunicativa trasparente, prendendo ispirazione dalle tabelle di Etran. Il loro nome nasce dalla contrazione della frase "eye transfer" che in inglese significa "scambio con lo sguardo", la quale amplia le possibilità espressive grazie all'utilizzo dello sguardo. Non esiste un solo tipo di modello di Etran, ma la caratteristica principale è l'utilizzo di un pannello trasparente sul quale poi vengono aggiunti simboli, lettere o numeri. Il pannello viene posizionato tra la persona non parlante e l'interlocutore, inoltre è spesso utilizzato nei pazienti con SLA.

La tabella comunicativa è stata realizzata in policarbonato compatto trasparente, così da poter permettere l'utilizzo tramite diverse modalità, che saranno esposte successivamente. Tale materiale risulta simile al plexiglass, ma presenta una maggiore flessibilità. Le dimensioni della tabella sono 50 x 50 x 0,2 cm, per cui 50 cm di lunghezza, 50 cm di larghezza e 2 mm di spessore. Sono state intagliate due maniglie laterali per permettere una buona presa dello strumento e renderlo più maneggevole. La caratteristica che rende la tabella estremamente personalizzabile e adatta a molteplici necessità è la possibilità di poter cambiare le immagini che la costituiscono. Infatti sulla tavola di policarbonato sono presenti delle bustine trasparenti di dimensione 8 x 8 cm, che permettono di inserire ed estrarre facilmente le icone che costituiscono la tabella. Il numero totale di immagini che possono essere inserite nella tabella è 20, distribuite in cinque file: la prima e l'ultima fila costituite da 5 elementi, la seconda e la quarta fila costituite da 4 elementi e la fila centrale costituita da 2 elementi (Fig. 7).

*Figura 7. Tabella comunicativa realizzata per il progetto di tesi*



Per la creazione delle singole immagini è stata utilizzato il sito web ARASAAC, che offre la possibilità di scaricare gratuitamente una vasta raccolta di pittogrammi, di condividere i propri materiali e di ampliare le proprie conoscenze in merito alla comunicazione aumentativa alternativa. Il sistema di simboli utilizzato in tale piattaforma è chiamato “ARASAAC”, derivante dal progetto promosso dal Governo Aragonese che successivamente ha portato alla creazione di tale piattaforma. La ricerca dei pittogrammi può avvenire tramite categorie o inserendo delle parole chiave. I simboli, prima di essere scaricati, possono essere altamente personalizzati andando a modificare il colore dello sfondo, l’aspetto delle persone, il livello di zoom e inserendo la cornice o la denominazione della figura. Le caratteristiche delle immagini utilizzate per il progetto di tesi sono le seguenti:

- Dimensione 7 x 7 cm
- Cornice di larghezza preimpostata dal sistema e di colore nero
- Sfondo bianco
- Denominazione della figura posta in basso, carattere “Roboto”, stampatello maiuscolo, colore nero, dimensione 46px
- Alta risoluzione

I simboli scelti per il progetto di tesi appartengono a varie categorie: emozioni, sensazioni, affermazione/negazione, grado di parentela, lavori, meteo, oggetti, tempo, spazi, lettere dell’alfabeto (*Fig. 8*). Grazie alla possibilità di cambiare i simboli che compongono la tabella, è possibile utilizzarla in due modalità: simbolica o alfabetica. I simboli sono stati prodotti sia secondo il sesso maschile che femminile. Per facilitare la comprensione dell’immagine selezionata dal paziente, ogni simbolo è stato stampato in doppia copia per poter realizzare i pittogrammi fronte – retro, attaccandoli e plasticandoli. Inoltre la plastificazione è risultata necessaria per evitare che il materiale si consumasse e per permettere la sanificazione.

In supporto alla tabella comunicativa è stato realizzato un ulteriore materiale. E’ stata stampata e plasticata l’immagine del corpo umano, in visione anteriore e posteriore, per localizzare i dolori o i fastidi fisici (*Fig. 9*). Anche in questo caso le immagini rappresentano sia il sesso maschile che femminile.

Figura 8. Pittogrammi ARASAAC

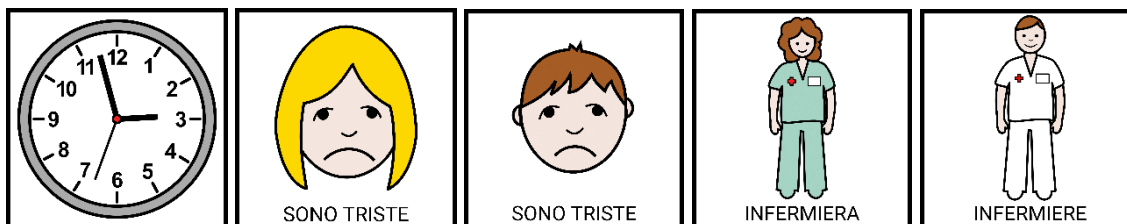
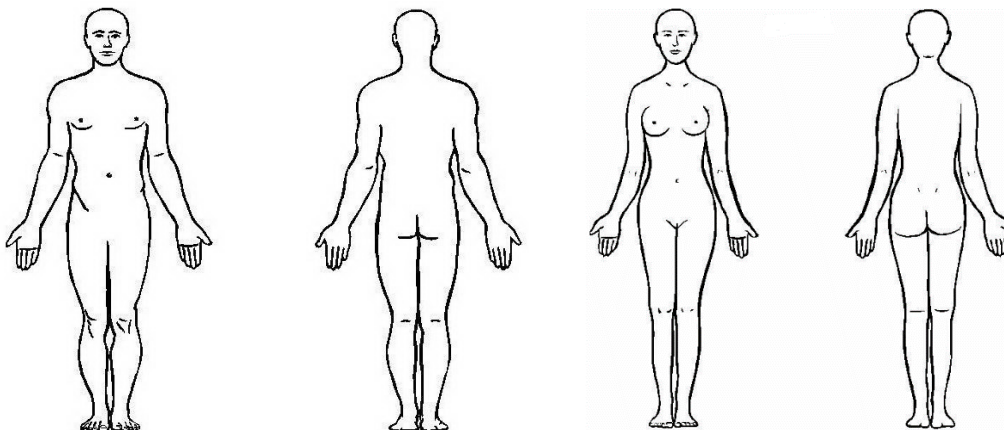


Figura 9. Immagini aggiuntive alla tabella comunicativa



#### 4.2.1 Utilizzo della tabella comunicativa

La tabella realizzata per il progetto di tesi può essere utilizzata attraverso varie modalità comunicative. In caso il paziente abbia una buona mobilità degli arti superiori, è possibile utilizzare l'indicazione, tramite il movimento del braccio e della mano, con cui il paziente può selezionare l'immagine desiderata. Se invece la persona presenta un insufficiente controllo del braccio e della mano, è possibile utilizzare lo sguardo tramite due modalità: indicazione di sguardo o contatto di sguardo, chiamato eye linking (vedi capitolo 2). Viene presentato al paziente il lato della tabella privo di figurine, per rendere l'indicazione fluida ed evitare impedimenti. La tabella risulta altamente personalizzabile in base alle abilità e alle necessità del paziente, grazie alla possibilità di inserire, togliere

o spostare i pittogrammi a seconda delle circostanze. La tabella infatti può essere riempita anche solo in modo parziale, nei casi in cui il paziente abbia labilità attentiva o ridotta ampiezza del movimento del braccio o dello sguardo.

Oltre al riempimento con le immagini è possibile anche il riempimento con le lettere dell'alfabeto, che sono state realizzate sempre con il sito ARASAAC. Anche in questo caso è possibile comunicare attraverso il gesto o lo sguardo. Con la tabella alfabetica il paziente deve selezionare tutte le lettere contenute nella parola che si vuole comunicare, mentre l'operatore, grazie ad un supporto cartaceo, trascrive quanto comunicato dal paziente e ne chiede conferma.

Lo strumento comunicativo realizzato per questo progetto è rivolto a pazienti con determinate caratteristiche. I pazienti innanzitutto devono essere ricoverati nel reparto di terapia intensiva, poiché la tabella è stata ideata per un reparto per acuti. Il paziente inoltre dovrà presentare difficoltà comunicative temporanee o permanenti, condizione che può dipendere da varie cause, tra cui l'intubazione endotracheale o la tracheostomia (vedi capitolo 2). Altro aspetto importante è la vigilanza, il paziente deve presentare apertura degli occhi spontanea o sollecitabile su richiamo. Inoltre la tabella può essere utilizzata da coloro che hanno un buon controllo degli arti superiori o un buon movimento oculare. Altro aspetto necessario è la presenza di una sufficiente comprensione contestuale e linguistica, per permettere un adeguato scambio comunicativo.

Per valutare la presenza di questi prerequisiti è possibile reperire informazioni dalla cartella clinica o tramite una valutazione qualitativa dell'operatore. A tal scopo è stata utilizzata una valutazione dei prerequisiti per l'utilizzo della tabella comunicativa, che è possibile trovare nella sezione "Allegati", sotto il nome di "Allegato 2". Essa comprende un'iniziale raccolta anamnestica, seguita da una valutazione specifica dei prerequisiti, tra cui la presenza di: vigilanza, movimento oculare, movimento degli arti superiori, movimento del capo e comprensione verbale. Inoltre è presente uno spazio dedicato alle osservazioni generali.

Dunque nel primo incontro si effettua la valutazione dei prerequisiti e si osserva l'efficacia dello scambio comunicativo senza il supporto della tabella. L'incontro conoscitivo permette di individuare le modalità comunicative più idonee per il paziente.

Il percorso intrapreso prevede una fase iniziale di addestramento all'utilizzo della tabella, per far apprendere al paziente l'uso della stessa. Successivamente viene impostata una conversazione con difficoltà crescente. All'inizio vengono denominati i pittogrammi che costituiscono la tabella e si chiede al paziente di osservare tutte le immagini. In un secondo momento vengono rivolte delle domande al paziente, le cui risposte sono prodotte tramite l'utilizzo della tabella. Le prime domande poste sono di tipo chiuso, ovvero con risposta sì/no, poi gradualmente vengono inserite domande più complesse che permettano al paziente di prendere padronanza dello strumento. L'obiettivo è l'osservazione di atti comunicativi spontanei, in cui il paziente non attende una domanda dell'operatore per comunicare, ma spontaneamente comunica un'emozione, la presenza di dolore o fastidio, pone domande come chiedere l'orario. In particolare viene dato maggior rilievo alla comunicazione di richieste o di necessità.

#### **4.2.2 Casi clinici**

E' stato possibile sperimentare la tabella nel reparto di terapia intensiva dell'ospedale "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto. L'intervento veniva effettuato intorno alle ore 11, dopo le visite mediche e l'igiene dei pazienti. I pazienti con difficoltà comunicative sono stati segnalati dagli operatori o sono stati osservati personalmente nel reparto. Sono stati selezionati 6 casi clinici, che sono risultati tutti idonei a partecipare al progetto, dopo la valutazione preliminare. L'intervento ha avuto cadenza giornaliera e si è protratto fino alla presenza del paziente nel reparto. Di seguito vengono descritti i singoli casi clinici.

##### **Paziente 1**

|                            |                               |
|----------------------------|-------------------------------|
| <b>Età</b>                 | 69 anni                       |
| <b>Sesso</b>               | Femminile                     |
| <b>Motivo del ricovero</b> | Attesa per posizionamento PEG |
| <b>Quadro clinico</b>      | SLA, SNG, tracheostoma        |
| <b>Vigilanza</b>           | Presente                      |

|                                 |                            |
|---------------------------------|----------------------------|
| <b>Movimento oculare</b>        | Presente                   |
| <b>Movimento arti superiori</b> | Assente                    |
| <b>Comprensione verbale</b>     | Presente                   |
| <b>Utilizzo del labiale</b>     | Presente ma non funzionale |

La paziente risulta vigile e collaborante, favorevole allo scambio comunicativo. Nella valutazione preliminare si osserva buon movimento del capo, che permette lo scambio di informazioni tramite domande chiuse del tipo sì/no. La paziente cerca di comunicare tramite il labiale che risulta però scarsamente intellegibile. La tabella è stata totalmente riempita ed è stata utilizzata inizialmente nella versione simbolica e in seguito anche in modalità alfabetica. Viene utilizzata la modalità comunicativa dello sguardo, in particolare l'eye linking. Sono stati effettuati 9 incontri, all'interno dei quali sono stati osservati svariati atti comunicativi spontanei, all'incirca 30. La paziente interagiva spontaneamente per riferire dolore o fastidio, per chiedere la data, l'orario e il tempo meteorologico giornaliero e per riferire la necessità di comunicare con un infermiere. Spesso indicava con lo sguardo l'immagine dei figli, per comunicare la mancanza dei suoi cari. Mentre la maggior parte delle volte la paziente riferiva fastidio a livello del collo, a causa della tracheostomia, per necessità di aspirare le secrezioni. Inoltre l'utilizzo della tabella in modalità alfabetica ha permesso di ampliare gli scambi comunicativi su vari ambiti ed ha permesso di rispondere a domande a cui non era possibile dare risposta solo attraverso le immagini. La paziente ha dimostrato grande destrezza nell'utilizzo della tabella, permettendo scambi comunicativi ottimali, esprimendo necessità, bisogni e richieste.

## **Paziente 2**

|                            |                                      |
|----------------------------|--------------------------------------|
| <b>Età</b>                 | 54 anni                              |
| <b>Sesso</b>               | Maschile                             |
| <b>Motivo del ricovero</b> | Scompenso cardiaco                   |
| <b>Quadro clinico</b>      | Ipoacusico, ipovedente, tracheostoma |
| <b>Vigilanza</b>           | Presente                             |

|                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| <b>Movimento oculare</b>        | Presente |
| <b>Movimento arti superiori</b> | Presente |
| <b>Comprensione verbale</b>     | Presente |
| <b>Utilizzo del labiale</b>     | Assente  |

Il paziente risulta vigile e parzialmente collaborante, la comunicazione priva di supporti risulta difficoltosa a causa della presenza di deficit sensoriali. Si osserva deficit attentivo e utilizzo del sì/no non totalmente efficace. E' necessario richiamare più volte l'attenzione e alzare la voce a causa dei deficit sensoriali. Sono stati effettuati due incontri, nel corso dei quali è stato osservato 1 atto comunicativo spontaneo tramite indicazione; il paziente ha indicato l'immagine rappresentante un orologio per chiedere che ora fosse.

### **Paziente 3**

|                                 |                              |
|---------------------------------|------------------------------|
| <b>Età</b>                      | 60 anni                      |
| <b>Sesso</b>                    | Maschile                     |
| <b>Motivo del ricovero</b>      | Trauma da precipitazione     |
| <b>Quadro clinico</b>           | Tracheostoma                 |
| <b>Vigilanza</b>                | Presente                     |
| <b>Movimento oculare</b>        | Presente                     |
| <b>Movimento arti superiori</b> | Presente, ma con contenzioni |
| <b>Comprensione verbale</b>     | Presente                     |
| <b>Utilizzo del labiale</b>     | Presente ma inefficace       |

Il paziente risulta vigile ma scarsamente collaborante, era spesso necessario richiamare la sua attenzione poiché sembrava poco interessato alla comunicazione. Il paziente provava a comunicare tramite l'utilizzo del labiale, che risultava però inefficace. La tabella è stata utilizzata nella modalità simbolica e tramite l'utilizzo dello sguardo, a causa delle contenzioni. Sono stati effettuati 3 incontri, nel corso dei quali è migliorata la capacità attentiva e l'interessamento allo strumento. E' stato osservato 1 atto comunicativo

spontaneo in riferimento ad un fastidio, che è stato poi localizzato nella parte anteriore del collo, a causa della tracheostomia.

#### Paziente 4

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Età</b>                      | 82 anni                                 |
| <b>Sesso</b>                    | Maschile                                |
| <b>Motivo del ricovero</b>      | Cure per sostituzione valvolare aortica |
| <b>Quadro clinico</b>           | Tracheostoma, SNG                       |
| <b>Vigilanza</b>                | Presente                                |
| <b>Movimento oculare</b>        | Presente                                |
| <b>Movimento arti superiori</b> | Presente                                |
| <b>Comprensione verbale</b>     | Presente                                |
| <b>Utilizzo del labiale</b>     | Assente                                 |

Il paziente risulta vigile e collaborante, disponibile ed interessato allo scambio comunicativo. Nella valutazione preliminare si osserva buon movimento del capo, che permette una comunicazione tramite domande chiuse del tipo sì/no. E' stata utilizzata la tabella nella modalità simbolica e la scelta dei pittogrammi avveniva tramite sguardo. Sono stati effettuati solamente 2 incontri, a causa del trasferimento del paziente in un altro reparto. In questo breve periodo non sono stati osservati atti comunicativi spontanei, poiché il tempo è stato dedicato all'apprendimento dell'uso della tabella. E' stata possibile la comunicazione tramite domande chiuse.

#### Paziente 5

|                            |                                |
|----------------------------|--------------------------------|
| <b>Età</b>                 | 56 anni                        |
| <b>Sesso</b>               | Maschile                       |
| <b>Motivo del ricovero</b> | Aggravamento respiratorio      |
| <b>Quadro clinico</b>      | Sclerosi Multipla, intubazione |
| <b>Vigilanza</b>           | Presente                       |



|                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <b>Movimento oculare</b>        | Presente ma presenza di nistagmo |
| <b>Movimento arti superiori</b> | Assente                          |
| <b>Comprensione verbale</b>     | Presente                         |
| <b>Utilizzo del labiale</b>     | Presente ma non funzionale       |

Il paziente appare vigile e scarsamente collaborante, poiché tende a preferire l'utilizzo del labiale (poco intellegibile) rispetto ad apprendere l'utilizzo della tabella. Inoltre la presenza del nistagmo rende difficile la visione delle immagini. In questo caso è stata scelta la modalità comunicativa dello sguardo e la tabella è stata utilizzata nella forma simbolica, ma non è stata riempita completamente. Sono stati effettuati 6 incontri totali. Il paziente presentava intenzionalità comunicativa ma solo tramite l'utilizzo del labiale, mentre nei confronti della tabella è stato osservato un rifiuto, poiché quando si avvicinava la tabella o le immagini singolarmente, il paziente chiudeva gli occhi. La scarsa accettazione dello strumento da parte del paziente non ha permesso un percorso comunicativo ottimale.

#### **Paziente 6**

|                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| <b>Età</b>                      | 64 anni                       |
| <b>Sesso</b>                    | Maschile                      |
| <b>Motivo del ricovero</b>      | Attesa per posizionamento PEG |
| <b>Quadro clinico</b>           | SLA, tracheostoma             |
| <b>Vigilanza</b>                | Presente                      |
| <b>Movimento oculare</b>        | Presente ma scarsa escursione |
| <b>Movimento arti superiori</b> | Assente                       |
| <b>Comprensione verbale</b>     | Presente                      |
| <b>Utilizzo del labiale</b>     | Assente                       |

Il paziente appare vigile e collaborante, spesso manifesta stanchezza. La modalità comunicativa scelta è stata quella dello sguardo, poiché non era presente il movimento degli arti. La tabella è stata utilizzata nella forma simbolica, non completata interamente

a causa della scarsa escursione del movimento oculare. L'apprendimento all'uso della tabella è stato rapido, poiché il paziente utilizzava un puntatore oculare già a domicilio. In totale sono stati effettuati 5 incontri, in cui sono stati osservati 7 atti comunicativi spontanei, in riferimento soprattutto alle emozioni e alla presenza di dolori o fastidi. Questi ultimi sono stati localizzati tramite l'immagine aggiuntiva del corpo umano (Fig. 9).

## CAPITOLO 5

### DISCUSSIONE DEI RISULTATI

#### 5.1 Risultati emersi dal questionario

Sono pervenute 24 risposte al questionario, a fronte dell'invio a 36 operatori sanitari. E' stata effettuata un'analisi dei risultati attraverso l'applicazione web Google Moduli, che ha permesso la realizzazioni dei grafici. Di seguito sono riportati i risultati delle singole domande.

*Domanda 1. Con quale frequenza vengono trattati i seguenti quadri clinici:*

- *Esito di trauma cranico*
- *Esito di ictus*
- *Malattie neurodegenerative*
- *Neoplasie*
- *Malattie cardiovascolari*
- *Covid-19*

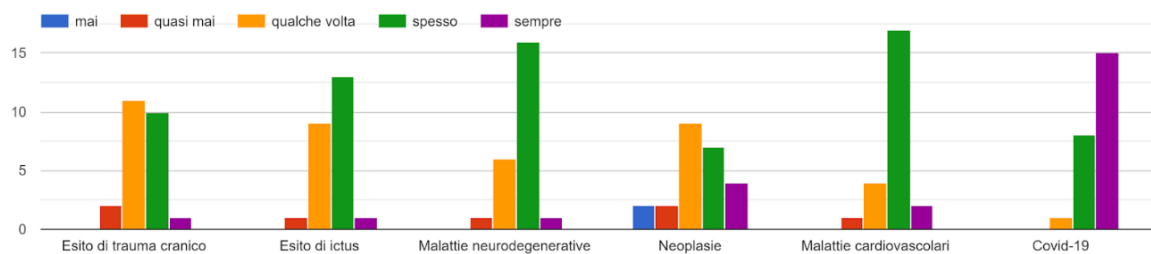
Questa domanda è stata creata affinché potesse ricevere più di una risposta. Per ogni quadro clinico presentato è stato necessario scegliere tra le seguenti opzioni: mai, quasi mai, qualche volta, spesso, sempre.

Di seguito viene riportato quanto emerso dalle risposte:

- *Esito di trauma cranico:* 45,8 % qualche volta, 41,6% spesso, 8,3% quasi mai, 4,2 % sempre.
- *Esito di ictus:* 54,1% spesso, 37,5 % qualche volta, 4,2 % sempre, 4,2 % quasi mai.
- *Malattie neurodegenerative:* 66,6 % spesso, 25 % qualche volta, 4,2 % sempre, 4,2 % quasi mai.
- *Neoplasie:* 37,5 % qualche volta, 29,2 % spesso, 16,6 % sempre, 8,3 % quasi mai, 8,3% mai.
- *Malattie cardiovascolari:* 70,8 % spesso, 16,6 % qualche volta, 8,3 % sempre, 4,2 % quasi mai.
- *Covid-19:* 62,5 % sempre, 33,3 % spesso, 4,2 % qualche volta.

Sono state individuate alte frequenze per i pazienti positivi all'infezione SARS - CoV – 2, in particolare tale quadro clinico è stato segnalato con la frequenza “sempre” dal 62,5% degli operatori. Anche per i quadri clinici caratterizzati da malattie cardiovascolari e neurodegenerative sono state segnalate alte frequenze. Il 70,8 % dei partecipanti ha indicato con la frequenza “spesso” le malattie cardiovascolari, mentre il 66,6 % ha segnalato con la stessa tipologia di frequenza le malattie neurodegenerative (Fig. 10).

*Figura 10. Grafico relativo alla frequenza con cui vengono trattati i quadri clinici descritti*

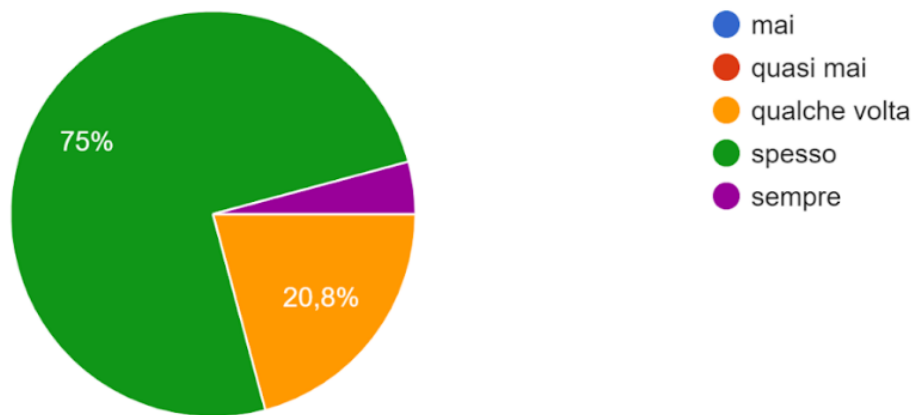


*Domanda 2. Con quale frequenza sono stati trattati pazienti con presente stato di vigilanza e difficoltà comunicative, negli ultimi 6 mesi?*

Il 75 % delle risposte sono relative alla frequenza “spesso”, il 20,8 % alla frequenza “qualche volta” e il 4,2 % alla frequenza “sempre” (Fig. 11).

Questo dato è particolarmente rilevante ai fini di tale elaborato di tesi poiché identifica i pazienti idonei ad intraprendere un percorso di Comunicazione Aumentativa Alternativa, i quali dovrebbero risultare vigili e contemporaneamente impossibilitati ad utilizzare il canale verbale per esprimersi.

Figura 11. Grafico a torta relativo alla frequenza di pazienti coscienti ma con difficoltà comunicative

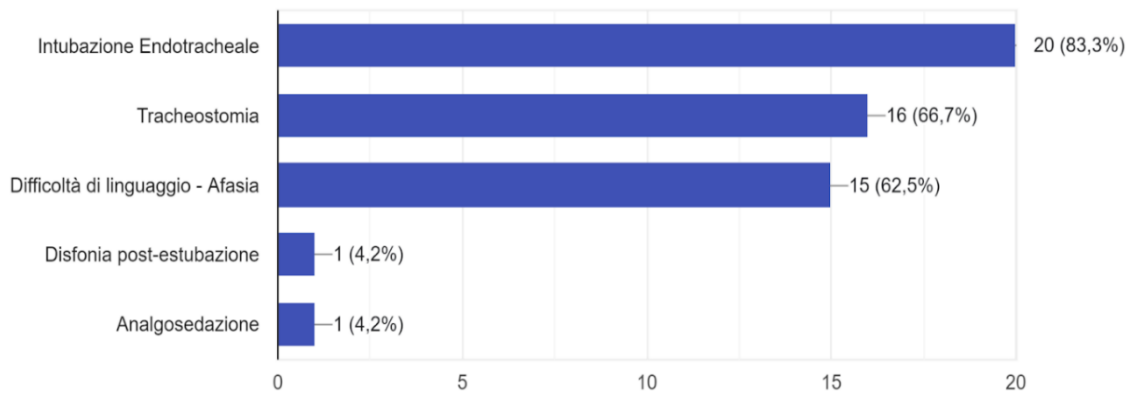


*Domanda 3. Sulla base della risposta precedente, cosa ostacolava la comunicazione? (es: pz intubato, difficoltà di linguaggio/afasia, pz tracheostomizzato, ecc.).*

La tipologia di questa domanda è aperta, per lasciare libertà di risposta agli intervistati. Le risposte sono state raggruppate in 5 gruppi, di cui si riportano i risultati. L'83,3 % delle risposte è relativo all'intubazione endotracheale, a seguire il 66,7 % alla tracheostomia, il 62,5 % alle difficoltà di linguaggio – afasia, mentre il 4,2 % è relativo alla disfonia post-estubazione e all'analgosedazione (*Fig. 12*).

Dunque la causa più frequente delle difficoltà di comunicazione nei pazienti ricoverati in terapia intensiva risulta essere l'intubazione endotracheale, seguita poi dalla tracheostomia e dalle difficoltà di linguaggio.

Figura 12. Istogramma relativo alle cause ostacolanti la comunicazione

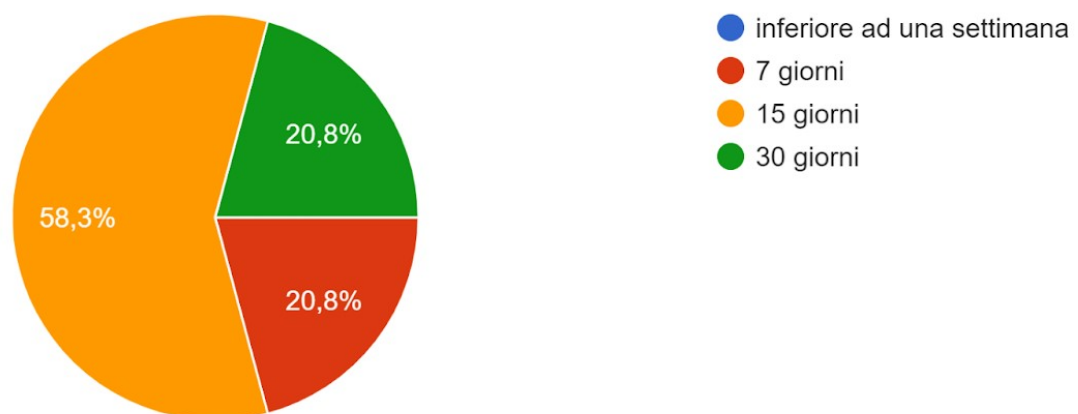


Domanda 4. Qual è la durata media del ricovero?

Il 58,3 % degli operatori riferisce che la durata media del ricovero è di 15 giorni, mentre 20,8 % individua come media i 7 giorni. Infine ancora il 20,8 % degli intervistati segnala che durata media del ricovero è di 30 giorni (Fig. 13).

Questo dato evidenzia che i ricoveri nel reparto di terapia intensiva hanno una durata medio – lunga, per cui è necessario attivare un canale comunicativo con il paziente.

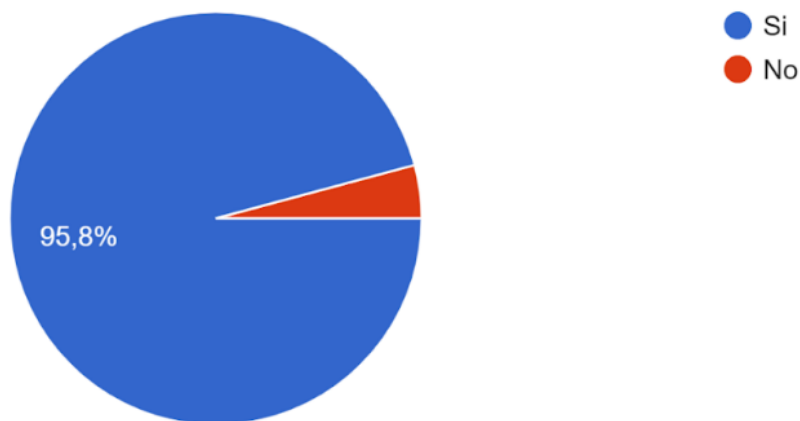
Figura 13. Grafico a torta relativo alla durata media del ricovero



*Domanda 5. In reparto sono presenti strumenti a supporto della comunicazione? (esempio: tabelle comunicative).*

La risposta affermativa è stata data dal 95,8 % degli intervistati, mentre solo il 4,2 % ha risposto in maniera negativa (*Fig. 14*). Dunque si può dedurre che nel reparto di terapia intensiva dell'ospedale "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto siano presenti degli strumenti a supporto della comunicazione con i pazienti.

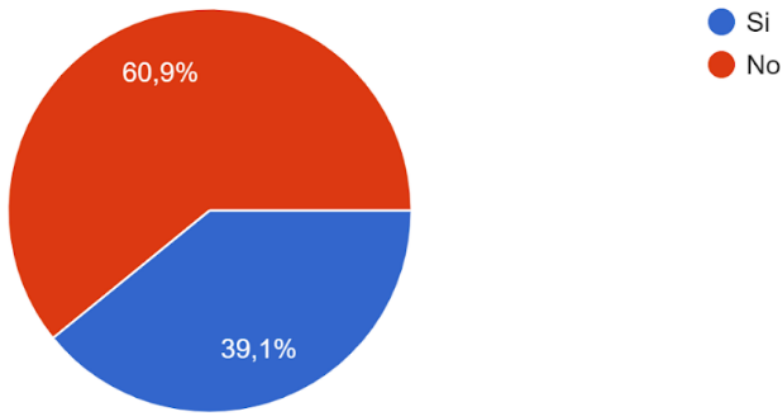
*Figura 14. Grafico a torta relativo alla presenza di supporti alla comunicazione in reparto*



*Domanda 6. In caso affermativo, pensi siano efficaci?*

Questa domanda fa riferimento a quella immediatamente precedente. Il 60,9 % degli intervistati non si ritiene soddisfatto degli strumenti a supporto della comunicazione presenti nel reparto di terapia intensiva. In opposizione al 39,1 % che invece pensa che tali supporti siano efficaci (*Fig. 15*).

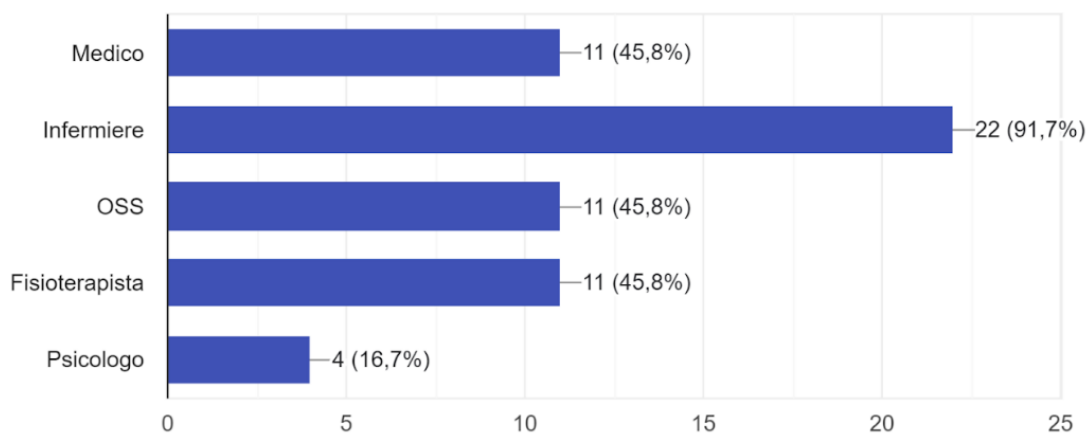
Figura 15. Grafico a torta relativo all'efficacia dei supporti comunicativi presenti in reparto



Domanda 7. Quale figura necessita maggiormente di comunicare con il paziente?

Questa tipologia di domanda è stata creata per poter ricevere più di una risposta. Il 91,7% degli intervistati ha individuato l'infermiere come la figura che necessita maggiormente di comunicare con il paziente. A seguire la figura del medico, dell'operatore socio-sanitario e del fisioterapista sono stati selezionati a pari merito con una percentuale del 45,8%. Infine la figura dello psicologo è stata selezionata dal 16,7% degli operatori intervistati (Fig. 16).

Figura 16. Grafico relativo alla figura che necessita maggiormente di comunicare con il paziente

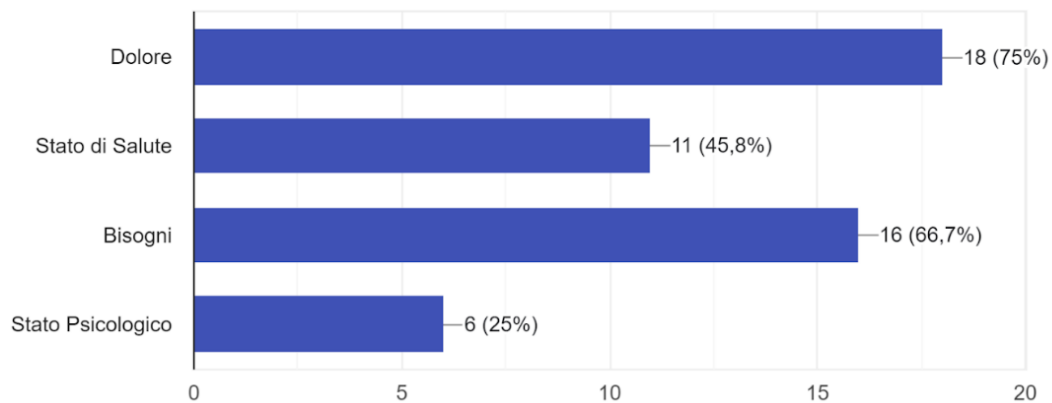




*Domanda 8. Quali sono i principali bisogni comunicativi degli operatori sanitari? (es: stato di salute, dolori, come sta il paziente, se ha bisogno di qualcosa, ecc.).*

Anche la tipologia di questa domanda è aperta e le risposte sono state suddivise in 4 gruppi. Il 75 % degli intervistati ha riferito il “dolore” del paziente come informazione necessaria da chiedere al soggetto interessato. Il 66,7 % delle risposte sono riferite alla necessità di sapere quali siano i “bisogni” del paziente e il 45,8 % ha indicato come bisogno comunicativo lo “stato di salute” del degente. Infine il 25 % degli intervistati si sono mostrati interessati allo “stato psicologico” del paziente (*Fig. 17*).

*Figura 17. Grafico relativo ai bisogni comunicativi degli operatori sanitari*



Il questionario sopradescritto ha permesso di mettere in luce alcuni punti significativi in merito all’aspetto comunicativo tra operatore sanitario e paziente nel reparto di terapia intensiva. Infatti dai dati emersi si riscontra una percentuale alta di pazienti vigili ma con difficoltà comunicative, pari a circa il 75 %. Inoltre nel reparto a cui è stato rivolto il questionario sono presenti degli strumenti a supporto della comunicazione e questo dato indica un’attenzione particolare rivolta all’aspetto comunicativo, anche se il 60,9 % degli intervistati non si ritiene soddisfatto di tali supporti.

## **5.2 Vantaggi e svantaggi del questionario**

Il questionario realizzato per tale progetto di tesi presenta dei vantaggi e dei limiti, che saranno di seguito discussi.

Vantaggi: il questionario è stato creato con una maggioranza di risposte chiuse, permettendo una compilazione rapida; caratteristica essenziale per favorire un maggior numero di compilazioni. La presenza di due domande aperte ha permesso invece di lasciare libera espressione delle risposte, individuando anche aspetti che altrimenti non sarebbero stati identificati. Il questionario è stato inoltre creato online senza costi. Inoltre la stessa modalità online ha permesso una facile trasmissione del questionario.

Svantaggi: la compilazione online ha però come limite quello di non poter misurare il grado di concentrazione con cui venga compilato il questionario. In questa indagine è stato difficoltoso avere un cospicuo numero di risposte attraverso la modalità online, nonostante le sollecitazioni verso la compilazione. E' stata dunque aggiunta la modalità cartacea, portata fisicamente nel reparto per ottenere un numero considerevole di risposte. Non è stato possibile indagare riguardo le motivazioni che non rendono soddisfatti gli operatori in merito ai supporti comunicativi presenti in reparto.

## **5.3 Risultati di quanto emerso dall'utilizzo della tabella comunicativa**

Come descritto nel capitolo precedente (cap. 4), è stato possibile utilizzare la tabella comunicativa, realizzata per il progetto di tesi, all'interno del reparto di terapia intensiva dell'Ospedale "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto. Di seguito verrà descritto quanto emerso dall'esperienza con ogni paziente.

### *Paziente 1*

La paziente si è mostrata da subito favorevole alla comunicazione, inizialmente tentava di comunicare tramite labiale il quale risultava però inefficace a causa della fase avanzata della malattia (SLA). E' stata effettuata una fase di guida all'utilizzo della tabella e successivamente la paziente ha mostrato ottima destrezza nell'utilizzo dello strumento. Il percorso si è rilevato ottimale grazie all'intenzionalità comunicativa dimostrata dalla

paziente. In ogni incontro sono stati osservati svariati atti comunicativi spontanei, in particolare la paziente mostrava particolare interesse verso le informazioni quali la data, l'orario e il tempo meteorologico del giorno in corso. Inoltre sono stati riferiti molti dolori o fastidi spontaneamente e in seguito sono stati localizzati tramite l'utilizzo del materiale di supporto alla tabella. Sono stati spesso comunicati i propri stati d'animo dalla paziente, in particolare quest'ultima fissava l'immagine dei familiari o della casa per indicare la mancanza dei suoi cari. La modalità alfabetica necessita di maggior precisione e di un più alto livello di concentrazione rispetto a quella simbolica, ma la paziente ha dimostrato un buon utilizzo di entrambe. In particolare la tabella alfabetica ha permesso di ricevere risposte più precise e dettagliate, inoltre la paziente ha dimostrato il suo gradimento all'intervento effettuato componendo sulla tabella parole come "grazie". Dunque l'intervento con la paziente si è rivelato ottimale, sono stati raggiunti gli obiettivi del progetto, ovvero osservare atti comunicativi spontanei in riferimento soprattutto a bisogni e necessità.

### *Paziente 2*

Il paziente risulta vigile e abbastanza collaborante, si è dimostrato interessato all'utilizzo dello strumento. Le difficoltà principali sono stati i deficit sensoriali, per cui era necessario richiamare l'attenzione del paziente più volte ed anche alzando la voce. L'apprendimento dell'uso della tabella si è rivelato veloce ed ha permesso di effettuare 1 atto comunicativo spontaneo in soli due incontri svolti. La scelta dei pittogrammi è avvenuta tramite indicazione e il paziente ha comunicato la necessità di sapere che l'orario. Il percorso è stato breve a causa del peggioramento del quadro clinico del paziente, ma quest'ultimo ha mostrato intenzionalità comunicativa ed è riuscito ad utilizzare la tabella nonostante le notevoli difficoltà sensoriali.

### *Paziente 3*

Il paziente si è dimostrato fin da subito schivo e poco interessato all'intervento. E' stato difficile intraprendere il percorso e mantenere attiva l'attenzione del paziente. Quest'ultimo ha provato a comunicare tramite l'utilizzo del labiale che però non risultava

efficace. Durante il percorso è aumentata la capacità attentiva del paziente e il suo interesse nei confronti dello strumento. E' stato effettuato 1 atto comunicativo spontaneo per indicare dolore, in particolare a livello della tracheostomia. Sono state poste domande al paziente e in particolare, in riferimento all'umore, veniva sempre comunicata tristezza, per cui l'aspetto emotivo e psicologico ha influito negativamente sull'intenzionalità comunicativa del paziente.

#### *Paziente 4*

Il paziente si è dimostrato fin da subito favorevole ed interessato allo scambio comunicativo. A causa del trasferimento del paziente in un altro reparto il percorso è stato caratterizzato da due incontri, dedicati all'apprendimento dell'uso della tabella. Non sono stati osservati atti comunicativi spontanei, ma si è riusciti a comunicare tramite domande chiuse, con le quali il paziente ha risposto selezionando i pittogrammi sulla tabella.

#### *Paziente 5*

Il paziente si è dimostrato scarsamente collaborante e poco interessato alla comunicazione tramite la tabella, inoltre presentava nistagmo che andava ad ostacolare la scelta dei pittogrammi tramite sguardo. Il paziente ha dimostrato intenzionalità comunicativa, ma solamente con l'utilizzo del labiale, il quale risultava scarsamente intellegibile. Lo strumento non è stato accettato dal paziente, nonostante le numerose sollecitazioni e gli aiuti nel suo utilizzo. Lo scarso interesse nei confronti della tabella comunicativa non ha permesso di creare un percorso adeguato.

#### *Paziente 6*

Il paziente si è dimostrato subito favorevole allo scambio comunicativo e all'utilizzo della tabella. La fase di apprendimento è stata rapida poiché il paziente era abituato ad utilizzare un puntatore oculare a domicilio. E' stata osservata una buona intenzionalità comunicativa, che ha permesso di creare 7 atti comunicativi spontanei. Questi ultimi erano riferiti in particolare alle emozioni (nella maggior parte dei casi negative) e ai dolori

o fastidi, in particolare a livello del collo dove era presente la tracheostomia. La conferma di aver capito il messaggio comunicato non avveniva tramite movimento del capo, ma con lo sguardo; se il paziente guardava a destra voleva indicare “sì”, se girava lo sguardo a sinistra voleva indicare “no”. Il paziente mostrava spesso stanchezza per cui gli incontri sono stati brevi, per rispettare le necessità del paziente. Nonostante la presenza di stanchezza nel paziente e lo stato d’animo negativo, il percorso si è dimostrato efficace e sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati, osservando atti comunicativi spontanei in riferimento a bisogni e necessità.

#### **5.4 Vantaggi e svantaggi della tabella comunicativa**

L’utilizzo della tabella comunicativa ha presentato una serie di vantaggi e di limiti che saranno presentati di seguito.

**Vantaggi:** la tabella realizzata per il progetto di tesi si è dimostrata ottimale sotto molti aspetti. L’utilizzo del policarbonato compatto trasparente ha permesso di ottenere la caratteristica della trasparenza, favorendo l’utilizzo non solo con l’uso del gesto ma anche tramite lo sguardo. Tale materiale risulta essere leggero e a basso costo. Inoltre la tabella può essere sanificata in maniera semplice e senza usurarsi. Le maniglie laterali hanno favorito la maneggevolezza dello strumento. La modalità fronte-retro dei pittogrammi ha agevolato il processo di comprensione del messaggio comunicato dal paziente. La possibilità di cambiare le immagini che costituiscono la tabella ed anche di poterla riempire in modo parziale o totale, ha permesso un’alta personalizzazione dello strumento sulla base delle necessità del paziente. L’intercambiabilità dei pittogrammi può permettere una comunicazione senza limiti, adattandosi alle esigenze e agli interessi del paziente.

**Svantaggi:** le foderine all’interno delle quali sono inseriti i pittogrammi risultano essere leggermente piccole, considerando che il cambio dei pittogrammi può avvenire nel reparto con l’utilizzo dei guanti. L’utilizzo di disinfettanti aggressivi potrebbe rovinare la plastificazione dei pittogrammi o dei supporti aggiuntivi alla tabella. Inoltre le foderine presenti sulla tabella sono 20, per cui nell’utilizzo della modalità alfabetica manca una postazione per far sì che vengano inserite tutte le lettere.

## CAPITOLO 6

### CONCLUSIONI

La Comunicazione Aumentativa Alternativa ha come obiettivo quello di potenziare le abilità già presenti e di mettere ogni persona con bisogni comunicativi nelle condizioni di poter attuare scelte, esprimere i propri stati d'animo, esprimere un rifiuto, un assenso, influenzare il proprio ambiente e autodeterminarsi, diventando protagonista della propria vita. Le difficoltà comunicative creano frustrazione nella persona che le vive, così la CAA permette di esprimersi e di sentirsi compresi.

Il progetto di tesi presentato ha portato alla luce, grazie al questionario realizzato, l'importanza di un supporto comunicativo tra paziente ed operatore sanitario, in quanto risulta essere alta la percentuale di pazienti vigili ma con difficoltà comunicative nel reparto di terapia intensiva. Inoltre gli strumenti a supporto della comunicazione con i pazienti non soddisfano a pieno tutti gli operatori. Dunque l'importanza di instaurare un percorso di Comunicazione Aumentativa Alternativa è fondamentale anche per mettere in luce l'aspetto psicologico ed emotivo del paziente, troppo spesso non considerato. Inoltre l'utilizzo della tabella comunicativa ha permesso ai pazienti con cui è stata sperimentata di esprimere i propri bisogni, necessità, stati d'animo. Lo strumento si è rivelato dinamico e adatto ad un reparto per acuti, permettendo una migliore comunicazione rispetto all'utilizzo del labiale, che è risultato inefficace con tutti i pazienti che provavano questa modalità comunicativa. Infatti l'utilizzo della tabella ha raggiunto gli obiettivi prefissati, ovvero l'osservazione di atti comunicativi spontanei, con i pazienti che presentassero intenzionalità comunicativa e interesse verso lo strumento proposto. Nonostante il personale sanitario sia consapevole delle difficoltà comunicative riscontrate con molti pazienti, questo aspetto risulta essere ancora sottovalutato e poco sperimentato attraverso l'utilizzo di ausili, come le tabelle comunicative.



Dunque si evidenzia la necessità di sensibilizzare sull'importanza dell'aspetto comunicativo tra paziente e operatore sanitario, in particolare sull'utilizzo di supporti comunicativi, come la tabella proposta nel progetto di tesi. L'avvio di un percorso di Comunicazione Aumentativa Alternativa permette di individuare uno strumento che possa rendere rapido ed efficace l'atto comunicativo tra paziente e operatore sanitario.

## ALLEGATI

### Allegato 1

### CAA in Terapia Intensiva

Salve, sono Elisa Piunti, studentessa del terzo anno di Logopedia, presso l'Università Politecnica delle Marche. Vi chiedo gentilmente pochi minuti per compilare questo questionario ai fini dello sviluppo della mia tesi.

 [elisapiunti2@gmail.com](mailto:elisapiunti2@gmail.com) (non condiviso) [Cambia account](#) 

\*Campo obbligatorio

Con quale frequenza vengono trattati i seguenti quadri clinici: \*

|                            | mai                   | quasi mai             | qualche volta         | spesso                | sempre                |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Esito di trauma cranico    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Esito di ictus             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Malattie neurodegenerative | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Neoplasie                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Malattie cardiovascolari   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Covid-19                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Con quale frequenza sono stati trattati pazienti con presente stato di vigilanza e difficoltà comunicative, negli ultimi 6 mesi? \*

- mai
- quasi mai
- qualche volta
- spesso
- sempre

Sulla base della risposta precedente, cosa ostacolava la comunicazione? (es: pz intubato, difficoltà di linguaggio/afasia, pz tracheostomizzato, ecc.)

La tua risposta \_\_\_\_\_

Qual è la durata media del ricovero? \*

- inferiore ad una settimana
- 7 giorni
- 15 giorni
- 30 giorni

In reparto sono presenti strumenti a supporto della comunicazione? (esempio: tabelle comunicative) \*

- Sì
- No



In caso affermativo, pensi siano efficaci?

Sì

No

Quale figura necessita maggiormente di comunicare con il paziente? \*

Medico

Infermiere

OSS

Fisioterapista

Psicologo

Altro: \_\_\_\_\_

Quali sono i principali bisogni comunicativi degli operatori sanitari? (es: stato di salute, dolori, come sta il paziente, se ha bisogno di qualcosa, ecc.)

La tua risposta \_\_\_\_\_

*Allegato 2*

**Valutazione prerequisiti per la tabella comunicativa**

Anamnesi:

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Motivo del ricovero:

Quadro clinico:

Prerequisiti comunicazione:

Vigilanza: sì  no

Movimento oculare: sì  no

Movimento arti superiori: sì  no

Comprensione verbale: sì  no

Efficacia comunicativa senza supporto tabella:

Movimento del capo: sì  no

Utilizzo della comunicazione labiale: sì  no  → in caso affermativo, risulta efficace?

Interessamento del paziente alla comunicazione: sì  no

Osservazioni generali:

## BIBLIOGRAFIA

- Arrigoni, C., Miazza, D., Gallotti, L., Vellone, E., Alvaro, R., & Pelissero, G. (2018). “Risvegliarsi in terapia intensiva. La comunicazione, benessere per il paziente e competenza per l’infermiere”, «Scenario», 30(2), 11-15.
- ASHA (2004) - American Speech-Language- Hearing Association – Special Interest Division 12: Augmentative and Alternative Communication – Roles and Responsibility of speech-language pathologist with respect to Augmentative and Alternative Communication. Technical Report – ASHA Supplement, vol. 24.
- Beukelman D.R., Mirenda P. (2014). “Manuale di Comunicazione Aumentativa Alternativa – Interventi per bambini e adulti con complessi bisogni comunicativi”, ed. Erickson.
- Costatino, M.A., & Bergamaschi, E. (2005). “L’intervento di Comunicazione Aumentativa in età evolutiva”, «Ricerca & Pratica», 21(3), 105-110.
- Fontani, S. (2020). “Tecnologie digitali nei sistemi di Comunicazione Aumentativa Alternativa per allievi con Disabilità Cognitive”, «Education Sciences & Society», 11(2).
- Galdieri, M. (2022). “Strumenti di CAA per favorire l’inclusione scolastica”, «Media Education», 13(1), 101-108.
- Happ, M. B. (2021). “Giving voice: nurse-patient communication in the intensive care unit”, «American Journal of Critical Care», 30(4), 256-265.
- Happ, M. B., Tuite, P., Dobbin, K., DiVirgilio-Thomas, D., & Kitutu, J. (2004). “Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit”, «American Journal of Critical Care», 13(3), 210-218.

- Jakobson, R. (1963). “Essais de linguistique générale” trad. ita. a cura di Hailmann e Grassi (2002) “Saggi di linguistica generale”, ed. Feltrinelli.
  
- Light J. (1997). “Communication is the essence of human life: reflections on communicative competence”, «Augmentative and Alternative Communication», vol.13, n. 2, pp. 61-70.
  
- Light, J., & McNaughton, D. (2013). “Putting people first: Re-thinking the role of technology in augmentative and alternative communication intervention”, «Augmentative and Alternative Communication», 29(4), 299-309.
  
- Marini A. & Vicari S., (2022). “I disturbi del linguaggio in età evolutiva”, ed. il Mulino.
  
- Matas N., eI-Guebaly N., Peterkin A., Green M., Harper D. (1985). “Mental Illness and the Media: An Assessment of Attitudes and Communication”, «The Canadian Journal of Psychiatry», vol.30, n.1, pp.7-12.
  
- McRae, J., Montgomery, E., Garstang, Z., & Cleary, E. (2020). “The role of speech and language therapists in the intensive care unit”, «Journal of the Intensive Care Society», 21(4), 344-348.
  
- Menzel, L.K. (1998), “Factors related to the emotional responses of intubated patients to being unable to speak”, «Heart & Lung», vol. 27, pp. 245 – 252.
  
- Pinton A. & Lena L., (2015). “Fondamenti del trattamento logopedico”, ed. Carocci.
  
- Reverberi, C. (2020). “Il ruolo del logopedista all’interno delle terapie intensive: indicazioni aggiornate rispetto all’epidemia di covid 19”, «Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine».

- Rowland, C., & Schweigert, P. (1989). “Tangible symbols: Symbolic communication for individuals with multisensory impairments”, «Augmentative and Alternative Communication», 5(4), 226-234.
  
- Watzlawick P., Bavelas J.B. & Jackson D. N., (1971). “Pragmatics of human communication a study of interactional patterns, pathologies and paradoxes” trad. ita. a cura di Ferretti (1971) “Pragmatica della comunicazione”, ed. Astrolabio Ubaldini.

## SITOGRAFIA

- <http://www.isaacitaly.it/>
- <http://www.portale-autismo.it/>
- <https://www.fondazioneveronesi.it/>
- <https://www.hsr.it/>
- <https://www.gvmnet.it/>
- <https://arasaac.org/>
- <https://www.aisla.it/>