

8 1222 • 2022
ANNI



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN PAZIENTI CON
DEFICIT UDITIVI**

Relatore: Dott.ssa Cesaro Elisabetta

Laureando: Aggrey Deborah

matricola n.: 1238500

Anno accademico 2021/2022

ABSTRACT

Le persone sorde, si trovano, a dover far fronte quotidianamente a barriere, soprattutto comunicative che portano a situazioni di difficoltà in diverse aree della vita. La pandemia ha portato ad una marcata marginalizzazione della persona sorda, dovuto principalmente alla mascherina e all'isolamento sociale. Inoltre, si è evidenziata una mancanza di inclusività nell'ambiente sanitario dovuto a pregiudizi e stereotipi che il personale sanitario continua a perpetuare nei confronti delle persone sorde.

Nonostante la consapevolezza da parte degli infermieri delle difficoltà comunicative che insorgono nel dialogo con il paziente sordo, non è presente una sufficiente preparazione per affrontare la comunicazione.

Il paziente sordo, per questo motivo, spesso quando entra in ospedale con alti livelli di stress che influiranno sul rapporto con l'infermiere. Le barriere di comunicazione tra operatori sanitari e pazienti contribuiscono alla disparità di salute ed all'inefficacia della terapia.

Problema: stereotipizzazione e pregiudizi del personale sanitario nei confronti della persona sorda che portano ad un'assistenza infermieristica di scarsa qualità alla quale consegue una mancata soddisfazione dei bisogni, soprattutto comunicativi della persona sorda.

Materiali e metodi: La revisione di letteratura è stata svolta attraverso la consultazione di medline Pubmed, EMBASE (Excerpta Medica database) e Google Scholar e siti web.

Risultati: Il miglioramento dell'assistenza infermieristica, prende in considerazione l'applicazione di strategie comunicative assieme alla partecipazione attiva del paziente sordo. Strategie comunicative quali rendere la lettura del labiale agevole ponendosi frontalmente, contattando un'interprete LIS quando possibile e fornendo un consenso informato personalizzato, aiutano ad aumentare la fiducia del paziente sordo nei confronti del personale sanitario ed abbassare la sensazione di frustrazione che solitamente si viene a creare nella comunicazione e che portano il paziente a sentirsi maggiormente isolato. Di conseguenza la compliance e l'indipendenza del paziente sordo aumentano.

Conclusioni: Si dimostra necessaria la sensibilizzazione del paziente sordo per garantire un processo assistenziale di alta qualità e portare il paziente ad un'inclusione sempre maggiore all'interno della realtà ospedaliera.

KEY WORDS

In italiano: sordità, audismo, ipoacusia, comunicazione, interprete LIS, udito, disabilità, consenso informato, reparto.

In inglese: deafness, audism, hard hearing, communication, interpreter, sign language, informed consent, ward.

INDICE

Introduzione.....	pag. 1
Capitolo 1 – AUDISMO.....	pag. 3
1. Anatomia dell’orecchio.....	pag. 3
1.1.1. Come funziona.....	pag. 5
1.1.2. Udito binaurale.....	pag. 5
1.2. Sordità e ipoacusia.....	pag. 6
1.2.1. Classificazioni.....	pag. 6
1.2.2. Cause.....	pag. 6
1.2.3. Sintomi	pag. 7
1.2.4. Diagnosi	pag. 7
1.2.5. Cura e terapia	pag. 8
1.2.6. Sordità infantile	pag. 9
1.3. Disabilità invisibile.....	pag. 9
1.3.1. Handicap della comunicazione	pag. 9
1.4. Audismo	pag.11
1.4.1. Comportamenti del personale sanitario	pag. 13
1.4.2. Difficoltà del paziente sordo in ospedale	pag. 14
1.4.2.1. Difficoltà allo sportello e/o il CUP	pag. 14
1.4.2.2. Difficoltà in reparto.....	pag. 14
CAPITOLO 2 – MATERIALI E METODI.....	pag. 15
2. Obiettivo e PICO	pag. 15
2.1. Database	pag. 15
2.2. parole chiave.....	pag. 15
2.3. stringhe di ricerca	pag. 15
2.4. Criteri di selezione del materiale	pag. 16
CAPITOLO 3 – RISULTATI DELLA RICERCA.....	pag. 17
3. Interventi infermieristici	pag. 17
3.1. Interventi infermieristici allo sportello	pag. 17

3.2. Interventi infermieristici in reparto.....	pag. 17
3.2.1. Mascherina	pag. 20
3.2.2. Comunicazione	pag. 20
3.2.3. Interprete	pag. 22
3.2.4. Consenso informato	pag. 23
CAPITOLO 4 – DISCUSSIONE E CONCLUSIONE.....	pag. 25
4. Discussione.....	pag. 25
4.1. Conclusione.....	pag. 27

Bibliografia

Allegati

Allegato I. tabella delle intensità di rumore

Allegato II. Guida “AEIOU”

Allegato III. Elenco degli studi inclusi nella ricerca

INTRODUZIONE

La sordità è una condizione più diffusa, di quanto è realmente percepita. Infatti, secondo l'OMS (organizzazione mondiale della sanità) oltre a 430 milioni di persone hanno bisogno di riabilitazione per affrontare la perdita dell'udito e si stima che entro l'anno 2050 oltre 700 milioni di persone avranno una perdita dell'udito invalidante. Inoltre, 1 miliardo di giovani adulti sono a rischio di perdita dell'udito in maniera permanente dovuto a pratiche di ascolto, non sicure.

Nonostante ciò, le persone sorde sono ancora messe nella posizione di doversi battere per il riconoscimento dei diritti fondamentali, in applicazione dei principi generali di pari opportunità, principi descritti all'interno della Convenzione ONU sui diritti delle Persone con Disabilità del 2009.

Le persone sorde, si trovano, quotidianamente a dover far fronte a barriere che portano a situazioni di difficoltà in diverse aree della vita. Questo perché vi è una conoscenza e competenza ridotta per quanto riguarda la sordità e la persona sorda nel suo complesso. Difatti, le persone udenti mettono in atto comportamenti e pensieri a discapito della persona sorda che la portano ad essere lasciata fuori. Questo atteggiamento consapevole o meno, lo si può riscontrare anche all'interno dell'ambiente ospedaliero, perpetuato dal personale sanitario nei confronti delle persone sorde che di conseguenza provoca uno stato di ansietà, in quest'ultime.

Nel corso dei tre anni di studio ho affrontato diverse infermieristiche cliniche che si concentravano su differenti aree dell'assistenza infermieristica nell'ambito ospedaliero, e, nel momento in cui mi sono ritrovata ad applicare la teoria nella pratica, di fronte a pazienti sordi mi sono resa conto che mi mancavano alcune informazioni riguardanti essi.

Per questo motivo ho scelto di approfondire la mia conoscenza su quella che è la cultura e la persona sorda, per avviare una riflessione su quelli che sono i giudizi e comportamenti che possono influenzare negativamente il rapporto tra personale sanitario (infermiere) e l'utente sordo ed indagare, quindi, quali interventi sono da introdurre per migliorare la compliance e l'accessibilità della persona con deficit uditivi in ospedale.

Specialmente durante e dopo il periodo del Coronavirus, i medici e gli infermieri hanno trovato difficoltà nel capire le esigenze e le preoccupazioni dei pazienti sordi, e si sono create così situazioni di frustrazione tra sanitario e paziente. Alcune delle prassi come eseguire la raccolta dati, mostrare il consenso informato, esprimere il dolore per pianificare ed elaborare un piano assistenziale si sono rivelate pratiche faticose e complicate.

Attraverso una ricerca e analisi qualitativa della letteratura scientifica, di libri e articoli scientifici ho selezionato gli articoli più rilevanti ed infine svolto un confronto tra essi per produrre più capitoli che sintetizzano l'esperienza della persona con deficit uditivi in ospedale. Da cui ho ricavato che la complicazione più importante delle disabilità uditive, si riscontra nel momento in cui cerchiamo di entrare in relazione con l'altro attraverso la comunicazione. Per questo è importante utilizzare delle strategie di comunicazione per fortificare la relazione tra l'infermiere e la persona sorda. Perché il sordo prima di essere considerato sordo è una persona.

All'interno di questo elaborato andiamo a considerare tutte le persone con deficit uditivi dalla sordità all'ipoacusia ma per una questione di praticità verranno indicati sempre con il termine persona sorda, sordo/a, utente sordo/a, paziente sordo/a.

1. QUADRO TEORICO

1 – ANATOMIA DELL'ORECCHIO

L'orecchio è suddiviso in tre strutture chiamate orecchio esterno, orecchio medio e orecchio interno. L'**orecchio esterno** è costituito da un *padiglione auricolare*, che è una struttura cartilaginea ai lati della testa con forma ad elice. Dal *condotto uditivo* lungo dai 2,5 ai 4 centimetri ricoperto di pelle e ricco di ghiandole sebacee e ceruminose che producono cerume per proteggere l'orecchio da eventuali minacce. L'orecchio esterno, quindi, individua l'origine delle onde sonore e le convoglia all'interno del timpano.

L'**orecchio medio** è formata dal *timpano* che si trova alla fine del condotto uditivo, che è una sottile membrana di forma ovale e semitrasparente, che si collega alla cavità timpanica. Al suo interno ospita “la *catena degli ossicini*” cioè il martello, l'incudine e la staffa. Quest'ultime hanno compito di ricevere le onde sonore dal timpano e trasmetterle all'orecchio interno in forma amplificata. Alla fine della cavità timpanica si trova la “*Tromba di Eustacchio* o tuba uditiva” che ha il compito di garantire una pressione d'aria costante tra l'interno e l'esterno ed impedire che rumori corporei come la deglutizione o la respirazione vadano a sbattere direttamente sul timpano. (Loiacono, 2021). Infine, sono presenti la *finestra ovale* e la *finestra rotonda*, due membrane che hanno il compito di trasmettere le onde sonore all'endolinfa dell'apparato vestibolare e della coclea. (Loiacono,2017)

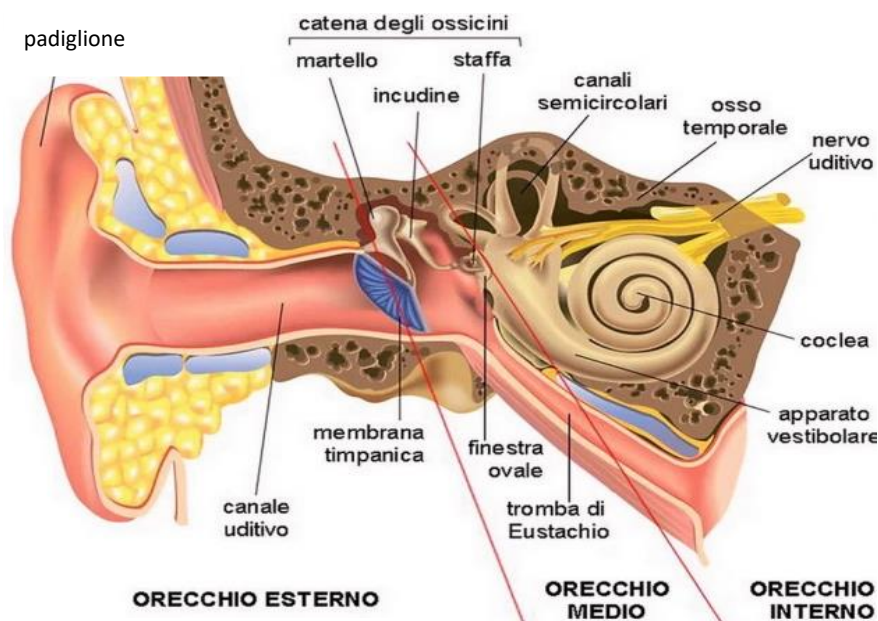


Figura I. Anatomia dell'orecchio

L'**orecchio interno** è la componente più profonda e sensoriale dell'udito. È suddiviso in due porzioni, l'apparato vestibolare (o sistema vestibolare) e la coclea, che insieme prendono il nome di labirinto membranoso. L'*apparato vestibolare* a sua volta è composto dal vestibolo e dai canali semicircolari. Il vestibolo sono due vescicole chiamate: utricolo che ha una forma allungata connessa ai canali semicircolari e sacculo che una forma sferica connessa alla coclea. Invece, i canali semicircolari sono tre condotti ricurvi che prendono posto sopra il vestibolo. Inoltre, questo sistema viene definito centro dell'equilibrio in quanto contiene recettori sensibili alle variazioni di velocità e accelerazione del corpo. Infine, è presente la *coclea* (a forma di chiocciola) che contiene le cellule ciliate deputate alla trasduzione meccanico elettrica delle onde sonore ovvero alla conversione delle vibrazioni acustiche ad impulsi elettrici che arrivano al cervello grazie al nervo acustico.

Inoltre, l'orecchio interno è caratterizzato da un liquido. Un fluido all'esterno che viene chiamato *perilinf*a che agisce da ammortizzatore tra strutture interne e le pareti ossee ed un fluido all'interno, l'*endolinf*a che ha un ruolo principale nella generazione della percezione dell'udito e nei meccanismi di mantenimento dell'equilibrio.

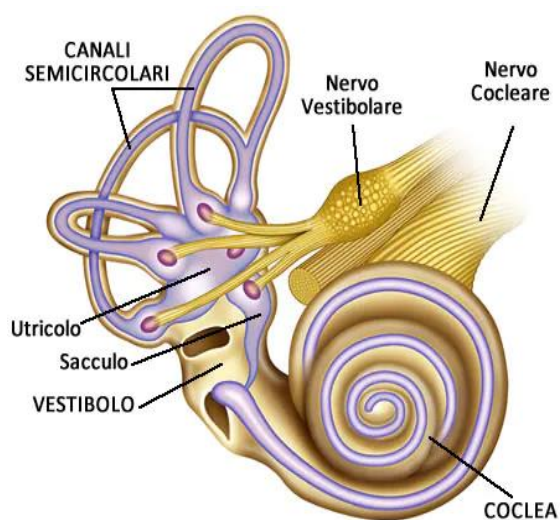


Figura II. Anatomia dell'orecchio interno.

1.1.1 – COME FUNZIONA

In sintesi, l'orecchio è in grado di trasformare le onde sonore in informazioni per il cervello grazie alle onde sonore che vengono convogliate all'interno del condotto uditivo dovuto alla conformazione concava del padiglione. A questo punto la membrana timpanica trasferisce le onde sonore alla catena degli ossicini, che vengono attivati in maniera ordinata: dal martello, all'incudine e infine alla staffa. La staffa è costituita come da un pistone che si affossa all'interno della finestra ovale dove comprime l'endolinfa. I movimenti dell'endolinfa cocleare rappresentano il segnale che innesca le cellule cigliate situate nella coclea. Una volta attivate queste cellule, le onde sonore (meccaniche) vengono convertite in impulsi nervosi, che viaggiano lungo il nervo acustico, attraverso una serie di stazioni intermedie arrivano al cervello, dove ha luogo la complessa rielaborazione del messaggio acustico. (Giannantonio, 2022)

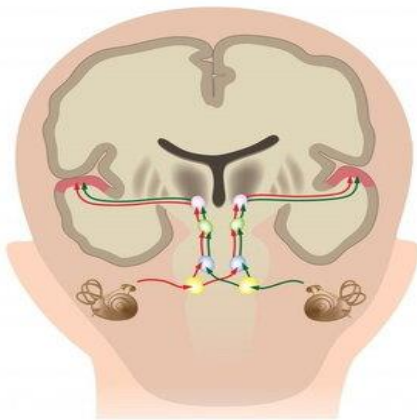


Figura III. Come funziona l'orecchio

1.1.2 – UDITO BINAURALE (PERCHÉ ABBIAMO DUE ORECCHIE)

La presenza di sensori, localizzati ai lati della testa serve per un fenomeno detto *udito binaurale*. È l'interazione fra l'orecchio destro e l'orecchio sinistro che si basa sulla capacità di percepire le onde sonore con una differenza minima di tempo ed intensità. Questo permette al cervello di localizzare la sorgente sonora e di ottimizzare la percezione acustica negli ambienti rumorosi. Simile all'effetto stereo. (Giannantonio, 2022)

1.2 – SORDITÀ E IPOACUSIA

Sordità e ipoacusia sono delle condizioni che comportano una riduzione del senso dell'udito dovuto un'alterazione o lesione dell'apparato uditivo. Si distinguono per il livello di perdita del senso dell'udito e possono interessare una o entrambe le orecchie.

Generalmente con ipoacusia si riferisce ad una perdita parziale, mentre con sordità ad una perdita totale. Alcuni autori preferiscono fare una distinzione tra sordità ed ipoacusia ma si possono, comunque, utilizzare come sinonimi. Infatti, solitamente l'ipoacusia si riferisce ad una perdita di udito inferiore ai 90 decibel mentre la sordità ad una perdita dell'udito superiore ai 90 decibel.

1.2.1. - CLASSIFICAZIONI

Il livello della perdita uditiva viene espresso in decibel (dB). Le differenti forme di perdita dell'udito vengono classificate in base a diversi criteri.

In base al livello di perdita uditiva:

- Una perdita inferiore ai 20 dB si presenta discreta e senza ripercussioni sociali.
- **Ipoacusia (o sordità) lieve**, quando la soglia è compresa tra 21 e 40 dB, non si percepiscono i suoni a basso volume come la voce sussurrata o bisbigliata.
- **Ipoacusia (o sordità) moderata**, la soglia è compresa tra 41 e 70 dB, non si percepisce perfettamente la voce parlata con un volume normale, a meno che non alzi la voce.
- **Ipoacusia (o sordità) grave**, quando la soglia è compresa tra 71 e 90 dB, si percepiscono solo pochi suoni pronunciati ad alta intensità
- **Sordità profonda**, quando la soglia è uguale o superiore ai 91 dB, non si percepisce nessuna onda sonora però si percepiscono suoni con una grande componente vibratoria come il rombo di un motore.

La sordità può essere: **monolaterale** quando interessa un solo orecchio (*anacusia*) o **bilaterale** quando interessa entrambe le orecchie con pari o diversa intensità. (Loiacono, 2018).

In base alla sede in cui avviene la lesione si può definire la **sordità trasmissiva**, quando interessa le strutture dell'orecchio esterno e dell'orecchio medio o **sordità neurosensoriale** quando le lesioni interessano le strutture dell'orecchio interno.

Sordità mista nel caso in cui dovessero presentarsi componenti di entrambi.

La sordità può essere **ereditaria** (con differenti modalità di trasmissione) o **acquisita** come sordità traumatica, neoplastica, malformativa, tossica, ecc....

1.2.2 - CAUSE

La sordità può essere causata da differenti fattori:

ereditari, malformazioni dell'orecchio, patologie neoplastiche, infezioni e/o infiammazioni dell'orecchio come otiti, meningiti o del nervo uditivo come rosolia o encefalite, patologie vascolari, degenerative e/o autoimmuni, traumi acustici e/o cranici come rottura del timpano o delle ossa dell'orecchio medio, complicazioni durante la gravidanza e/o il parto, disturbi neurologici come nella sclerosi multipla o ictus, farmaci ototossici come antibiotici aminoglicosidici, antimalarici alcuni tipi di farmaci antitumorali e fattori legati all'età come l'invecchiamento (*presbiacusia*) e/o accumulo di cerume.

La perdita dell'udito può peggiorare diventando nel tempo sordità. Inoltre, può essere indotta dall'esposizione al rumore (Allegato I). Può essere *immediata / tardiva* o *permanente / temporanea*. Suoni inferiori ai 75 dB, non sono associati al rischio di perdita anche dopo a un'esposizione di lunga durata mentre suoni superiori ai 85 dB possono causare la perdita dell'udito a lungo andare. Più il suono è forte, minore sarà il tempo necessario per perdere l'udito. (Loiacono, 2018)

1.2.3. - SINTOMI

Sintomo principale è l'incapacità di udire i suoni. L'ipoacusia si evidenzia quando non si è in grado di distinguere suoni bassi in posti rumorosi, nella difficoltà a seguire discorsi, e/o quando si alza il volume della televisione in modo significativo.

A volte l'esposizione per lunghi periodi ai rumori come un concerto, un'esplosione, ecc. può provocare la comparsa di *acufene* cioè un ronzio o un fischio nelle orecchie, che può scomparire dopo 24/48 ore. (Loiacono,2018)

Altri sintomi possono essere pienezza auricolare (orecchie tappate), ronzio, udito ovattato, vertigini, sensazione di un corpo estraneo nell'orecchio.

Inoltre, l'ipoacusia è caratterizzata da tre tipi di distorsione che compromettono la comunicazione. **Quantitativa**, cioè l'alterazione del volume percepito nei confronti delle voci, dei suoni e dei rumori recepiti dall'apparato uditivo. **Qualitativa**, l'alterazione delle frequenze percepite e della chiarezza uditiva. **Temporale**, rallentamento della velocità con cui i riflessi uditivi catturano ogni singolo elemento uditivo recepito.

1.2.4 - DIAGNOSI

La diagnosi viene eseguita dal medico che considera la storia clinica del paziente. Il medico, in base al caso, esegue prima un esame otoscopico per valutare la presenza di eventuali ostruzioni o anomalie nel condotto uditivo, se è necessario, invece, prescrive una visita specialistica da un medico otorinolaringoiatria, che attraverso l'utilizzo di strumenti come l'otoscopio e/o l'otomicroscopio esegue un esame audiometrico e un esame impedenziometrico. (Loiacono,2018)

1.2.5 - CURA E TERAPIA

L'approccio terapeutico dipende dalla causa e dalla gravità dei sintomi: nel caso delle infezioni si possono somministrare antibiotici, in caso di danno all'orecchio medio o interno con un intervento chirurgico o nel caso di otturazioni dovuti, per esempio da accumulo di cerume lavaggi auricolari in ambito ambulatoriale.

Nel caso di ipoacusia sensoriale si può ricorrere all'utilizzo di apparecchi personalizzati che permettono di percepire una maggiore fascia di decibel, come:

- Apparecchi acustici, che sono dispositivi elettronici dotati di un microfono. Il suono poi viene inviato all'orecchio tramite un amplificatore.
- Impianti cocleari, che vengono inseriti chirurgicamente e che hanno il compito di inviare le onde sonore direttamente al nervo cocleare. (Randi, 2021)

Importante anche l'inserimento psico sociale della persona nella società di appartenenza.

1.2.6 - SORDITÀ INFANTILE

bambini vengono sottoposti a diversi screening uditivi nelle prime settimane di vita. Infatti, la perdita dell'udito si intuisce, quando, già dai primi mesi di vita, per esempio, il bambino non è spaventato da rumori forti, entro i quattro mesi di vita non si gira spontaneamente verso un suono o, più tardi, quando manifesta una difficoltà o ritardo nel pronunciare le prime parole e/o non sono chiare. (Bertelli, 2021).

La sordità infantile viene quindi classificata in:

Sordità prelinguistica, insorge entro il primo anno di vita, che non essendo esposti alla lingua parlata compromette lo sviluppo comunicativo gravemente.

Sordità perilinguistica. Tra un anno e tre anni in cui si ha una breve esposizione che non determina una grave compromissione.

Sordità postlinguistica, oltre ai tre anni di vita dove si hanno le basi linguistiche fonologiche, morfologiche, sintattiche e lessicali.

La differenza nell'acquisizione del linguaggio dipende, anche, da come i genitori decidono di affrontare la crescita del bambino. Se ricorrere ad una protesi (apparecchio acustico o impianto cocleare) fin da subito o aspettare la crescita del bambino, o ricorrere ad un logopedista, o ad una combinazione dei due.

Inoltre, la lingua con cui i genitori decidono di crescere il bambino risulta un aspetto da considerare. Quindi seguendo il metodo orale (apprendimento lingua parlata con logopedista e protesi acustica), LIS = lingua dei segni italiana, metodo misto con l'apprendimento di entrambe le lingue.

1.3 - DISABILITÀ INVISIBILE

Nel 2001 l'OMS (organizzazione mondiale della sanità) definisce la disabilità, come la condizione personale di chi, in seguito ad una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma; pertanto, è meno autonomo nello svolgere le attività di vita quotidiane e spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale. (OMS, 2001)

Questo concetto viene definito all'interno del ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute), strumento che ha l'obiettivo di fornire un'analisi dello stato di salute degli individui evidenziando il rapporto, tra salute e ambiente. Intesa come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo ed i fattori personali e fattori ambientali in cui egli vive.

Ne consegue che ogni individuo, appunto, date le proprie condizioni di salute, può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o restringere le proprie capacità funzionali e di partecipazione sociale ed è possibile migliorare la qualità della vita non solo in maniera fisica/fisiologica ma anche attraverso il cambiamento dell'ambiente intorno a noi rendendolo più "accessibile".

"Lo strumento descrive tali situazioni adottando un linguaggio standard ed unificato, cercando di evitare fraintendimenti semantici e facilitando la comunicazione fra i vari utilizzatori in tutto il mondo." (Imperiali, 2021)

Tra questi tipi di menomazioni, e più specificamente, tra quelli fisici e sensoriali, si presenta la sordità.

Il simbolo internazionale della disabilità raffigura una sedia a rotelle, eppure oltre il 90% di chi convive con condizioni mediche croniche non presenta evidenti caratteristiche fisiche invalidanti, esistono infatti numerose patologie che portano al riconoscimento dell'invalidità che non possono essere identificate a colpo d'occhio come diabete, malattie cardiovascolari, morbo di Crohn, sindrome di Asperger, stomie, ecc.... (Delendati, 2022).

La sordità, perciò, non essendo tangibile come una sedia a rotelle, un arto mancante o un cane guida per una persona cieca viene definita, allo stesso modo, come una "disabilità invisibile", e come tale porta con sé pregiudizi e stereotipi che le persone udenti perpetuano più o meno consciamente nella vita quotidiana delle persone sorde. La sordità, infatti, è una disabilità sensoriale invisibile alla vista e che diventa riconoscibile solo nel momento in cui si presenta un problema di comunicazione.

La rende differente dalle altre disabilità perché la possibilità di comunicare è legata alla possibilità di accedere alle informazioni. Infatti, la persona cieca grazie all'utilizzo

dell'udito può comunicare molto più semplicemente con altre persone. Mentre le persone sorde non sempre ricevono da parte degli udenti tutte quelle attenzioni e quella disponibilità necessarie per instaurare una buona comunicazione.

Difatti la sordità viene definita, anche, *handicap della comunicazione*.

1.4 - AUDISMO

Il termine usato per descrivere la discriminazione contro le persone sorde o con problemi di udito viene definito **audismo**. Il termine "audismo" viene coniato nel 1975 dal ricercatore americano di comunicazione e linguaggio Tom L. Humphries come un modo per descrivere la discriminazione contro le persone sorde.

L' audismo, perciò è la convinzione che la capacità di sentire renda superiori a quelli con perdita dell'udito. (Bauman,2018). Coloro che sostengono questa prospettiva sono noti come audisti e possono essere sia udenti che sordi.

Il contributo di Humphries e Lane nello studio di questo concetto ha reso visibili le strutture di pensiero e credenze precedentemente nascoste. Infatti, si manifesta per esempio "sotto forma di persone che giudicano continuamente l'intelligenza e il successo delle persone sorde sulla base della loro abilità nella lingua della cultura dell'udito".

Per esempio, giudicare continuamente l'intelligenza della persona sorda; denigrare una persona sorda; che si può presentare forte nel linguaggio dei segni ma non in quello verbale; la riluttanza a soddisfare i bisogni uditivi e presumere che la felicità della persona sorda dipenda dall'acquisizione della fluidità nella lingua parlata del paese di appartenenza sono tutti segni di un comportamento audista.

Viene suddiviso in attivo e palese quando la persona udente non solo vede come inferiori le persone sorde e la cultura sorda ma che si impegna consapevolmente a non mettere in atto nessun comportamento per mettere a proprio agio la persona sorda; ed in modo passivo e nascosto quando le persone udenti non hanno conoscenza della cultura sorda e non pensano a come le loro azioni o parole riguardino individui sordi.

Secondo H-Dirksen L Bauman l'audismo si concentra su tre dimensioni (individuale, istituzionale e metafisica):

- 1- **Individuale:** la nozione che si è superiori in base alla propria capacità di sentire o comportarsi alla maniera di chi sente.
- 2- **Istituzionale:** vi è un sistema di vantaggio basato sulla capacità uditiva cioè "un sistema strutturale di vantaggio sfruttatore che si concentra e perpetua la subordinazione delle comunità sorde di origine, lingua e cultura". (Eckert, 2013)
- 3- Orientamento **metafisico** che lega l'uomo identità con il parlato, in cui Brenda Brueggemann (1999) riassume l'orientamento audista occidentale con "*Il linguaggio è umano; la parola è linguaggio; quindi, le persone sorde sono disumane e la sordità è un problema.*" (Dirksen, 2004)

La consapevolezza dell'audismo è aumentata nelle comunità sorde e udenti ed è ora considerata una questione di diritti umani e dignità per arrivare ad un accesso più completo, che si adatta alle loro esigenze di apprendimento visivo. (Bauman,2018)

Come già riferito, l'audismo si verifica anche tra gli stessi individui sordi che adottano la cosiddetta "crab mentality" definita semplicemente dalla frase: "se non posso averlo io, non puoi averlo nemmeno tu" e deriva da un modello di comportamento osservato nei granchi che quando si trovano intrappolati in un secchio, o qualsiasi altro contenitore simile, si intralceranno a vicenda, vanificando qualsiasi tentativo di fuga di un singolo esemplare e assicurando così, la morte di tutto il gruppo (Gregorio, 2022). Appare, dunque, quando le persone sorde stesse "partecipano attivamente all'oppressione di altre persone sorde chiedendo loro stesse l'insieme di standard, comportamenti e valori che richiedono alle persone udenti". Alcuni membri sordi, infatti, scelgono di non usare una lingua dei segni e di non identificarsi con la cultura sorda, considerandosi così superiori a quelli che lo fanno. Altri membri della comunità sorda, invece, affermano la superiorità sulle persone sorde che usano l'ascolto e la lingua parlata per comunicare. (Dr. Frank P. Adams ha studiato la manifestazione dell'audismo all'interno di "*Does the Crab Theory Hold Water? Investigating Intragroup Discriminatory Attitudes Within the Deaf Community*").

Questo tipo di pregiudizio e stereotipizzazione della persona sorda avviene però anche in ambiente ospedaliero dovuto principalmente al fatto che molto spesso non vi è una

sensibilizzazione della persona sorda nel personale sanitario e nelle strutture sanitarie non sempre si offrono servizi accessibili.

Per questo le persone sorde si trovano costrette a farsi accompagnare da amici o parenti udenti che non sempre sono in grado di far fronte alle esigenze, soprattutto comunicative, delle persone che accompagnano.

1.4.1 - COMPORTAMENTI DEL PERSONALE SANITARIO

Prima ancora di arrivare in ospedale la persona sorda può presentare un livello di stress elevato dovuta alla preoccupazione e alla consapevolezza che potrebbe ricevere un'assistenza sanitaria non adeguata, a causa soprattutto di limitazioni che si andranno a creare con medici ed infermieri.

Le persone sorde sono restie a recarsi in ospedale perché sanno che incontreranno con certezza delle difficoltà. Infatti, come già affermato in precedenza, i sanitari compiono azioni audisti che vanno a convalidare pensieri ansiosi nei sordi. Si esprimono nel:

- Insistere che si conformino nel mettere un apparecchio acustico o un impianto cocleare.
- Partire con il pensiero che la relazione tra infermiere e persona sorda sarà difficile. Di conseguenza non avere pazienza durante il processo assistenziale.
- Abbassare le aspettative riguardo le loro capacità comprensive e il livello di comprensione. Equivocare essere sordi con l'incapacità di parlare.
- Assumere che l'esperienza delle persone sorde siano simili e che abbiano tutti le stesse necessità. Inoltre, pensare che la propria esperienza passata con una persona sorda possa sostituire la conoscenza dei bisogni della nuova persona sorda che si ha di fronte. Ciascun sordo è uguale esclusivamente a sé stesso.
- Non chiamare un interprete della LIS, se possibile.

1.4.2 - DIFFICOLTA DEL PAZIENTE SORDO IN OSPEDALE

Problemi nella capacità di soddisfare in maniera esaustiva la richiesta di informazione, da parte del personale sanitario, porta nell'utente sordo e nella famiglia grande frustrazione che aumenta il senso di isolamento sociale. Le difficoltà a cui va in contro il paziente sordo dipendono, inoltre, dal luogo o dall'area ospedaliera in cui si trova.

1.4.2.1. Difficoltà del paziente sordo allo sportello pubblico o durante l'erogazione con i servizi CUP (centro unico di prenotazione):

- l'autonomia può non essere rispettata.
- disorientamento spazio-temporale in sala d'attesa, dovuto alla carenza di monitor che segnano i turni per le visite, la segnaletica poco chiara per orientarsi all'interno dei reparti e cartellonistica che non contiene informazioni visive che potrebbero facilitare le persone sorde. All'assenza di orologi.
- problemi di privacy, come infermieri che urlano nei corridoi informazioni private nel tentativo di farsi comprendere.
- Mancanza di servizi adeguati all'assistenza alle persone sorde straniere.
- I siti internet delle strutture sanitarie non sono completamente accessibili perché non contengono video esplicativi in lingua dei segni.
- Il personale sanitario non risulta informato su nozioni specifiche per la sicurezza e gli ascensori non sono segnalati in maniera adeguata.

1.4.2.2 Difficoltà del paziente sordo in reparto

- Mancanza di informazioni adeguate fornite al paziente sordo alla fine di una visita rispetto allo stato generale di salute, alla terapia prescritta o all'iter da seguire. Le spiegazioni molte volte risultano rapide e poco chiare.
- diagnosi comunicate in maniera superficiale, assenza del servizio di interpretariato prima e dopo interventi chirurgici delicati, mancanza di attenzione e rispetto.
- problemi di privacy, i famigliari anche se assumono la figura d'interpreti in alcuni momenti devono avere il consenso del paziente per poter accedere alle informazioni mediche.

2. MATERIALI E METODI

2. Obiettivo e PICO

L'obiettivo di questa revisione di letteratura: migliorare il rapporto tra il personale sanitario e le persone sorde e di conseguenza migliorare l'assistenza ospedaliera.

METODO PICO

P (paziente): paziente sordo.

I (interventi): Personalizzare l'assistenza ai bisogni della persona sorda, mettendo in atto comportamenti per agevolare l'inserimento in ambiente ospedaliero.

C (comparazione): non presente.

O (outcome): Miglioramento della relazione tra paziente sordo e personale sanitario (infermiere); Aumento della fiducia da parte del paziente sordo nei confronti del personale sanitario; Riduzione dell'ansia del paziente sorda all'accesso in ospedale.

2.1 - Database

La ricerca degli articoli scientifici è stata effettuata attraverso la consultazione delle banche dati attraverso Pubmed, EMBASE (Excerpta Medica database), Google Scholar. Ricerca effettuata da luglio 2022 a settembre 2022.

2.2 – Parole chiave

In italiano: sordità; lingua dei segni; audismo; perdita dell'udito; assistenza infermieristica; assistenza sanitaria; comunicazione;

In inglese: Deafness; sign language; Audism; hearing loss; nursing care; healthcare; communication; nurse; health access.

2.3 – Stringhe di ricerca e criteri di selezione

Deafness (AND) audism; Hearing loss (AND) nursing; Medicine (OR) nursing (AND) audism; Healthcare (OR) medicine (AND) audism; Nursing (AND) deafness (AND) communication; Communication (AND) sign Language; ((medicine) OR (nursing)) AND (deafness)

2.4 - Criteri di selezione: pazienti adulti e sordi, articoli con full text, negli ultimi 10 anni (dal 2012 al 2022), articoli prima del 2020 (dal 2000 al 2019).

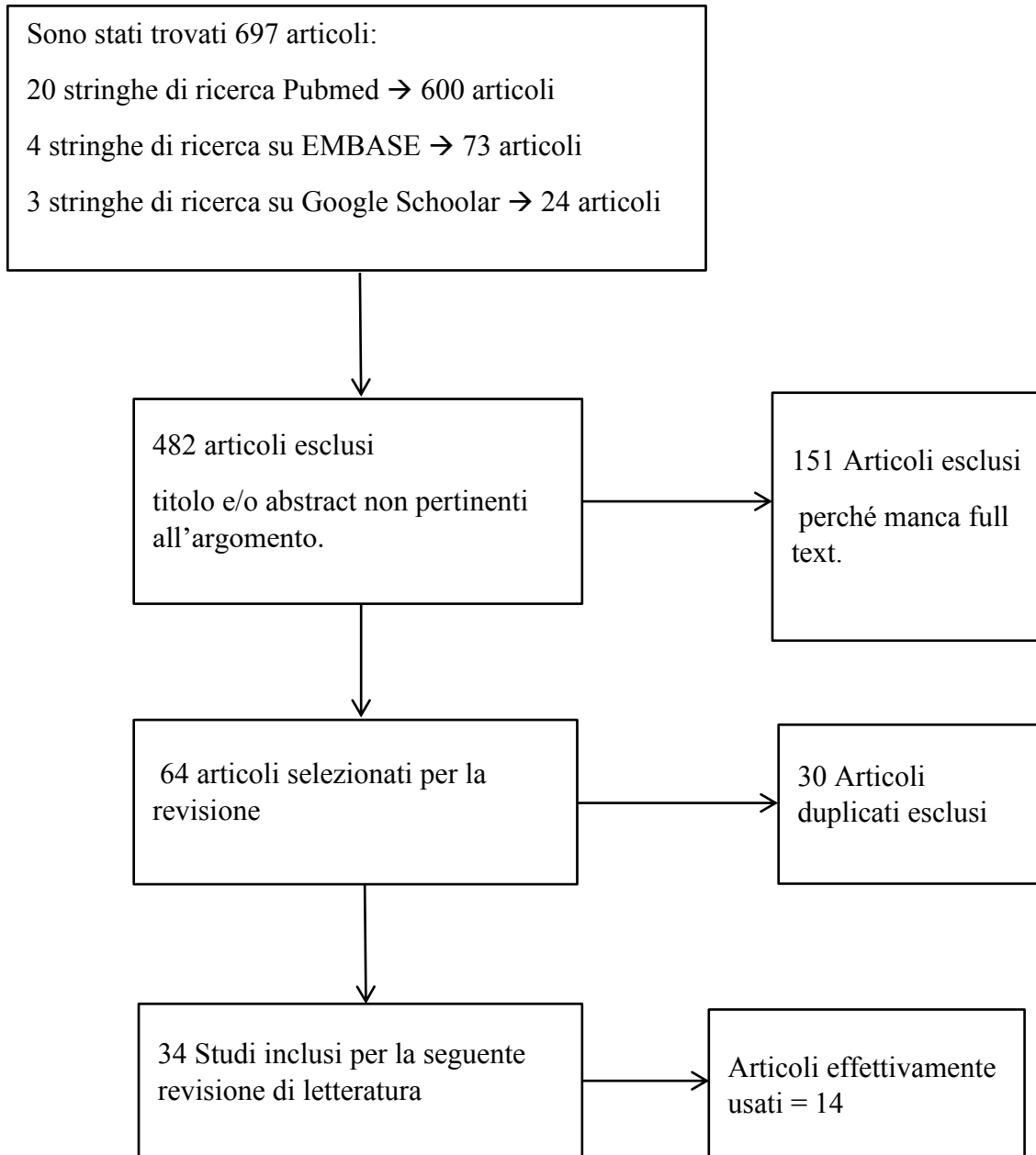


Figura V. Flowchart criteri di selezione

3. RISULTATI DELLA RICERCA

3. INTERVENTI INFERMIERISTICI

La capacità ridotta della persona sorda nel comunicare e la mancata fornitura di un riscontro da parte dell'infermiere possono influenzare negativamente la cooperazione attiva e il successo della relazione assistenziale. Inoltre, la mancanza di formazione e sensibilizzazione sulla persona sorda, porta a considerare da parte di medici e infermieri udenti, comportamenti abituali come puntare con il dito, gesti delle mani particolari, battere i piedi per catturare l'attenzione come atteggiamenti maleducati.

Di fronte ad una persona sorda ci si deve muovere per agevolare la comunicazione, tutto che viene detto a voce sfugge alla persona sorda.

3.1 - Interventi infermieristici dallo sportello con il pubblico e durante l'erogazione dei servizi dal CUP:

- Implementare i servizi di interpretariato in LIS all'interno delle strutture affinché le persone sorde possano trovare il servizio a propria disposizione in caso di necessità.
- Migliorare la segnaletica dei reparti.
- Dotare le sale di attesa di monitor per gli avvisi.
- Rendere accessibili i siti informativi e di prenotazione ai sensi della legge "stanca" si intende la legge dell'ordinamento italiano del 9 gennaio 2004, n. 4 (G.U. n. 13 del 17 gennaio 2004), recante «Disposizioni per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici».
- Fornire al personale corso di aggiornamento sulla sordità e sul mondo dei sordi.
- È possibile anche che la persona sorda si faccia spazio tra il pubblico per avvisare che è sorda anche se non sempre accade. Quando succede è importante non agitarsi e mostrare la lista dei nomi affinché possa individuare il proprio. Nel caso

in cui ci fossero cartelloni luminosi con il numeretto allora questo non sarà un problema.

- Consenso informato fornito non solo su supporto cartaceo.

3.2 Interventi infermieristici in un caso di accettazione in reparto

Nel momento in cui il paziente entra in reparto, è utile effettuare differenti interventi per agevolare la permanenza e autonomia ed aumentare la partecipazione di quest'ultimo.

Ci sono diverse linee guida (Allegato II) da seguire per assicurarci che ciò avvenga.

Ciò non significa che non si possano utilizzare anche in contesti fuori dal reparto.

All'accettazione del paziente in reparto

- Mettere da parte del tempo per avere un colloquio approfondito con la persona e poter chiedere informazioni riguardo la storia del paziente, il decorso della malattia, le cause in generale ottenere una migliore comprensione dello stato di salute del paziente.
- Mostrare al paziente il reparto, per farlo famigliarizzare con l'ambiente e la struttura. Mostrare eventuali uscite di sicurezza, bagni, stanza infermieri, cucina, libreria (incoraggiare ad utilizzarla).
- Per alleviare l'ansia informare sul trattamento farmacologico e linee guida che si adottano in quel determinato reparto. Parlare di possibili effetti indesiderati.
- Spiegare che può nel caso un'emergenza clinica, spiegare quali sono le possibili modalità, cosa può accadere. Rassicurarlo che anche se è presente molto movimento non gli riguarda personalmente.
- Ricordarsi che l'audismo fa parte del pensiero umano e quindi che si estende non solo al personale sanitario ma anche ai pazienti udenti che potrebbero condividere la stanza con la persona sorda, importante quindi sensibilizzare anche loro prima di una accettazione.

Mascherina

- Nelle situazioni di non emergenza è possibile abbassare la mascherina, fondamentale per leggere la labiale e per vedere meglio le espressioni facciali. con la circolare 27/11/2020, il ministero dell'Interno, richiama l'attenzione sulla disposizione di cui all'articolo 1, comma 1 del D.P.C.M. del 3 novembre 2020 nella parte in cui, nel rendere obbligatorio l'uso dei dispositivi di protezione delle vie aeree, esonera dall'osservanza di detto obbligo, fra gli altri “i soggetti con patologie o disabilità incompatibili con l'uso della mascherina nonché coloro che per interagire con i predetti persino nella stessa incompatibilità”.

Infatti, la legge soprannominata permette la deroga dell'obbligo di mascherina quando si è in presenza di persone con disabilità, mantenendo comunque la distanza di sicurezza.

- Se non è possibile abbassare la mascherina in situazione di emergenza (Ad esempio, in situazione di emergenza o di positività al Covid) allora si può optare per scrivere su un foglio o utilizzare un dispositivo elettronico, come un cellulare o un tablet per scrivere le informazioni necessarie. È fondamentale dare informazioni comunque in diversi modi, come se si trattasse di un paziente udente. In quanto assicurare e informare è un bisogno primario.
- Usare mascherina trasparente.
- Usare gesti per parlare se si indossa una mascherina normale.
- Quando possibile fare un passo indietro e abbassare la mascherina.

Comunicazione

È necessario prendere la comunicazione come uno degli obiettivi prioritari affinché ci sia veramente un benessere completo per la persona.

L'interazione in questi casi potrebbe partire in modo strano.

Come definiscono Meador e Zazove in “Health care interactions with Deaf culture” del 2005 le conversazioni con i pazienti sordi sono caratterizzati da inizi bruschi e lunghi goodbyes. Infatti, di solito in una conversazione parlata si inizia il dialogo in modo

rilassato fino a risalire al punto principale per poi concludere con i saluti (goodbyes). Invece la conversazione con una persona sorda inizia subito con il tema principale e poi si conclude più lentamente, perché, all'inizio si ha l'impressione di aver finito, tuttavia la conversazione continua con domande e richiesta di chiarimenti (lungi goodbyes).

- Pur avendo impianti cocleari o apparecchi acustici non vi è una garanzia di una piena comprensione dell'italiano o una piena accessibilità al vocabolario della persona udente.
- Rivolgersi, principalmente, alla persona sorda e non alla persona accompagnante.

La persona sorda non vede di buon occhio questa pratica perché vuol dire che la persona udente non cerca strategie adeguate a entrare in contatto con essa. A meno che non sia proprio la persona a fare una richiesta esplicita. Importante instaurare prima un rapporto con la persona sorda e poi eventualmente appoggiarsi all'accompagnatore, perché in un eventuale ricovero quest'ultima potrebbe non essere presente h24 con la persona sorda e quel punto instaurare un rapporto sarà difficile.

- Non urlare perché non è necessario, anzi non è solo del tutto inutile ma diventa anche un momento imbarazzante in quanto richiama lo sguardo degli altri sulla persona sorda che comunque non ci sente e sottolinea maggiormente l'idea di diversità.
- Richiamare l'attenzione prima di parlare. Muovendo la mano o dando dei colpetti leggeri sulla spalla o sul braccio o andando incontro direttamente alla persona.
- Quando si parla affacciarsi sempre alla persona. Parlare frontalmente, mantenendo il contatto visivo. Non parlare guardando altrove in quanto risulta più difficile, per la persona sorda rimanere attento e concentrato sul labiale.
- Non scuotere troppo la testa mentre si parla. Evitare di annuire frequentemente, perché questo movimento crea difficoltà nel riuscire a seguire il labiale. (Maru, Stancel-Lewis, Easton, 2021)
- Evitare di toccarsi il viso e/o di coprire la bocca.
- Evita di masticare qualcosa o di portare oggetti alla bocca.

- Parlare con parole semplici senza minimizzare le informazioni di salute del paziente sordo. Dare delle informazioni semplici ma complete.
- Importante fare caso all'ambiente circostante. Non avere una grande fonte di luce alle spalle. Non essere incontro luce che procura fastidio e difficoltà a vedere bene il viso e leggere il labiale. (Maru, Stancel-Lewis, Easton, 2021)
- Essere pazienti, quando si danno raccomandazioni terapeutiche ai pazienti sordi, il paziente può porre le stesse domande più volte.
- Scrivere le informazioni se necessario.
- Parlare normalmente, scandendo le parole in modo chiaro. Scandire troppo lentamente non è consigliato perché questo potrebbe essere ancora più faticoso per la persona sorda. Non esagerare con i movimenti della bocca che porta ad una comunicazione innaturale. Prendersi il proprio tempo e utilizzare un ritmo il più possibile scandito.

Importante resistere l'impulso di esagerare le parole.

La persona sorda è in grado di comprendere solo il 30% della lingua parlata attraverso la lettura delle labbra. Per questo informare, precedentemente il paziente, sul tema dell'argomento, che unisce la propria capacità di udito a ciò che viene detto, possono migliorare nettamente la comunicazione. (Abou-AbdallahA, Lamyman, 2021)

Interprete

L'interprete della lingua dei segni italiana (LIS) ha un ruolo rilevante per il paziente in ospedale. Come quando sono presenti pazienti stranieri vengo chiamati interpreti a tradurre ciò che viene detto allo stesso modo anche i sordi hanno bisogno di interpreti. Difatti, dal 19 maggio 2021 la Repubblica italiana riconosce a tutti gli effetti la LIS come una lingua vera e propria e come tale se non si è grado di gestirla allora si deve contattare una persona che è in grado di farlo. Si devono comunque adottare delle linee guida per stabilire un'interpretazione corretta.

- Chiamare un'interprete dei segni formato nel linguaggio medico e che sia informato sulle norme della privacy, e informato sull'importanza che le informazioni non vengano tradotte in modo errato.

- Se la persona indica come interpreti familiari o amici, ricordare di avere un consenso esplicito per condividere le informazioni con essi.

Inoltre, nel momento in cui si presentasse un'emergenza controllare lo stato d'animo dei parenti ed amici che potrebbero interpretare condizioni di malattia peggiori e portare ad un errore terapeutico. Infatti, quando viene comunicata una condizione di malessere grave, è importante far accomodare l'interprete fuori e chiedere o valutare il paziente da soli.

- Se in quel momento l'interprete non è presente o se la persona sorda non conosce la lingua dei segni, bisogna cercare di capire quale modalità comunicativa preferita dalla persona sorda.
- Ricordare che non tutti i sordi conoscono la LIS. Capita anche che la LIS che viene segnata dai pazienti sia leggermente differente in base alla regione o città di provenienza.

Consenso informato

È essenziale riconsiderare le tradizionali procedure di consenso informato e che siano forniti tutti i canali di comprensione, d'informazione adeguate a poter prendere di conseguenza una decisione il più possibile autonoma.

- Rispetto al consenso informato, la legge 219/2017 “ogni cittadino ha diritto ad un consenso informato consapevole e dunque il consenso informato acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, non soltanto su carta, al fine di raggiungere una piena comprensione da parte del paziente di quanto espresso”, la realtà tuttavia è bene diversa in quanto il paziente spesso si trova a firmare dei fogli di carta avendo poco tempo per prenderne visione. Questo non permette una comprensione in maniera significativa quanto letto e non rispetta l'identità linguistica del paziente.

Questa è un'urgenza, in quanto, è importante, tutelare il diritto delle persone sorde a comprendere a cosa andranno incontro, per esempio prima un intervento chirurgico. In alcuni casi, per esempio, si trovano moduli di consenso informato già tradotti in varie lingue straniere, ma non in lingua dei segni questo non è sempre presente.

Di solito, la maggior parte dei protocolli di consenso si basa su moduli di consenso scritto, che già, nella lingua parlata di origine includono un gergo e termini legali inaccessibili alla persona comune, indipendentemente dallo stato dell'udito. Con motivi ancora più validi, le persone sorde incontrano ostacoli, a causa delle differenze nel linguaggio e della sintassi che viene utilizzata e questo non permette di includere in maniera attiva all'adesione informata.

Un altro aspetto da tenere in considerazione è la differenza di alfabetizzazione sanitaria tra le persone sorde.

La bassa alfabetizzazione sanitaria è comune, grazie al fatto che è presente un accesso linguistico limitato durante i periodi chiave dello sviluppo. Inoltre, vi è un accesso limitato alle informazioni che spesso vengono considerate di conoscenza comune tra le persone udenti. Difatti, le persone udenti hanno accesso ad alcune informazioni, anche solo per il fatto di averle sentite per sbaglio. Per esempio, sapere che il cancro al seno è un tumore maligno molto comune che colpisce le donne con l'avanzare dell'età, per cui, dovranno essere sottoposte ad uno screening periodico per prevenire una diagnosi infausta può risultare una informazione banale, ma per una donna sorda che non ha mai sentito parlare dell'argomento o che non ha mai avuto esperienze vicine risulta invece un'informazione nuova e da approfondire.

Quindi, il vocabolario relativo alla salute tra gli utenti sordi risulta essere limitato perché non sempre dalla nascita o dalla prima infanzia i genitori udenti o non includono la persona sorda nelle discussioni di tipo medico.

4 DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

DISCUSSIONE

Riassumendo, possiamo considerare la sordità secondo due prospettive. **Prospettiva medica**, considera le alterazioni e lesioni che si presentano al livello dell'apparato uditivo. Per un'eventuale cura o riabilitazione. Questa prospettiva si concentra sulla patologia. **Prospettiva socioculturale** invece si concentra sui canali integri come la vista, il tatto, sulla LIS, sulla comunità e cultura sorda, e su tutte quelle componenti che possono dare valore alla persona.

Nell'assistenza infermieristica, spesso la prospettiva medica prevale su quella socioculturale in quanto mettiamo come obiettivo principale la cura, mentre, secondo ciò che viene affermato nell'art. 17 del codice deontologico degli infermieri,

[“Nel percorso di cura l’Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l’espressione della sofferenza. L’Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l’interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l’adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.”],

è fondamentale guardare la persona nella sua interezza per poter cogliere quali sono le capacità residue che rimangono per poter svolgere un'assistenza completa.

La prospettiva medica quindi risulta fuorviante, in quanto, non solo ci si concentra sulla disfunzione, ma porta con sé ansia e frustrazione da parte dell'infermiere che nel momento in cui entra in contatto con la persona sorda, non è in grado di vedere oltre. Questo porta ad una chiusura verso la persona sorda perché nel momento in cui, la si trova di fronte, ci si sente intimoriti e molto spesso l'infermiere non sa bene come approcciarsi.

Purtroppo, nonostante la consapevolezza della presenza di difficoltà di comunicazione tra infermieri e persone sorde, non sembra esserci una ricerca attiva sulle modalità più adeguate da implementare per migliorare questa situazione.

All'arrivo in ospedale i livelli di stress della persona sorda sono elevati, perché spesso fa riferimento ad esperienze negative dove non vi è il soddisfacimento dei suoi bisogni

comunicativi, dovuti ad incomprensione con l'infermiere che possono derivare da una comunicazione inadeguata.

Secondo uno studio osservazionale svolto in Inghilterra, solo il 28% delle persone sorde che attendevano un appuntamento in ospedale comprendevano appieno ciò che era stato detto dalla diagnosi alla terapia. (Maru, Stancel-Lewis, Easton, Leverton; 2021).

L'assistenza sanitaria incentrata sul paziente ha un impatto positivo sulla salute del paziente e ha dimostrato ridurre i costi dell'assistenza sanitaria. (Ljubičić,2021)

Per questo è importante utilizzare degli accorgimenti quando si entra in relazione con il paziente sordo. Posizionarsi in modo tale da agevolare la lettura del labiale, richiedere spiegazioni per confermare che il paziente abbia compreso ciò che è stato spiegato, abbassare la mascherina quando è possibile sono alcune delle azioni che si possono eseguire. Inoltre, contattare un interprete della lingua dei segni può essere un valido aiuto al processo di presa in carico.

L'attuale assistenza infermieristica evidenzia delle lacune nel campo dell'assistenza alle persone sorde, la comprensione e la capacità di soddisfare i bisogni comunicativi di quest'ultime risulta difficile nella pratica quotidiana. (Dickson, Margovan, 2014). Questo, molte volte porta ad una frustrazione nella persona sorda che la manifesta con una rinuncia di richiesta di informazioni chiare, o in alcuni casi, ad un vero e proprio rancore che si manifesta con comportamenti sgradevoli e negativi (da non considerarsi nevrotici o patologici) (Ljubičić, 2014).

La pandemia ha evidenziato drasticamente, come l'uso della mascherina e il distanziamento sociale abbia portato ad un'esacerbazione dell'isolamento sociale delle persone sorde. È necessario quindi, elaborare un piano dettagliato di programma educativo per gli infermieri che sono le figure professionali con cui il paziente sordo entra in maggiore contatto all'accesso ospedaliero, per garantire che possano ricevere un'assistenza di qualità. L'art.21 del codice deontologico,

[“L’Infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l’espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci.”]

menziona l'importanza della ricerca di una comunicazione efficace mettere i pazienti (in questo caso sordi) a proprio agio o ad avvicinarsi ad una sensazione di comfort e

sicurezza, che li porterà ad acquisire man a mano più indipendenza e ad integrarsi in modo efficace.

Per infermieri che si trovano a lavorare allo sportello o in punti di informazione un corso per sensibilizzare sulla persona sorda può essere un punto di partenza per l'inclusione in ospedale del paziente sordo, mentre, in contesto ambulatoriale o in reparto effettuare corsi sulle strategie di comunicazione e/o corsi per imparare la lingua dei segni italiana possono risultare fondamentali per aumentare la qualità dell'assistenza infermieristica.

4.1 CONCLUSIONE

Questo cambiamento nella pratica è possibile nel momento in cui si riconoscono le difficoltà che le persone sorde incontrano nelle strutture sanitarie e si riconosce la necessità di implementare la conoscenza sulla comunità sorda, sulle modalità di comunicazione con le persone sorde e l'importanza dell'aiuto di un interprete della LIS.

Nonostante ciò, non sono stati trovati strumenti pratici utili a sufficienza per risolvere la problematica in quanto, la ricerca sui database non è relativamente sufficiente per rispondere a questi bisogni. Effettuare un ulteriore studio osservazionale in diversi reparti può portare ad un ampliamento contenuti teorici.

CITAZIONI E RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

WEB

1. ICF short version: International classification of functioning, disability and https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42417/9788879466288_ita.pdf;jsessionid=FD6FE23BB28500E483CFA89755A8E205?sequence=4
2. Laura Pagani - Dizionario di Economia e Finanza (2012) – Disabilità https://www.treccani.it/enciclopedia/disabilita_%28Dizionario-di-Economia-e-Finanza%29
3. Una nuova definizione di Disabilità, <http://www.anffasvarese.it/doc/ICF-OMS.pdf>
4. Codice deontologico delle professioni infermieristiche https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf
5. Balit V., Maragna S.; Zatini, F. “Conoscere la sordità. La comunicazione” Edizioni Ente Nazionale Sordi: <https://www.ens.it/chi-siamo/tesseramento/112-ente-nazionale-sordi-onlus/8271-l-handicap-che-non-si-vede>
6. Dott. Emilio Alessio Loiacono (14-01-2017), Orecchio interno: anatomia e funzioni in sintesi <https://medicinaonline.co/2017/01/14/orecchio-interno-anatomia-e-funzioni-in-sintesi/>
7. Dott. Emilio Alessio Loiacono (09-02-2017) Orecchio medio: anatomia e funzioni in sintesi <https://medicinaonline.co/2017/02/09/orecchio-medio-anatomia-e-funzioni-in-sintesi/>
8. Dott. Emilio Alessio Loiacono (07-03-2017), Orecchio esterno: anatomia e funzioni in sintesi <https://medicinaonline.co/2017/03/07/orecchio-esterno-anatomia-e-funzioni-in-sintesi/>

9. Dott. Emilio Alessio Loiacono (29-08-2018) Sordità da lieve a profonda: cause, tipi, apparecchi acustici <https://medicinaonline.co/2018/08/29/sordita-da-lieve-a-profonda-cause-tipi-apparecchi-acustici/>
10. Dott. Emilio Alessio Loiacono (30-08-2018), Differenza tra sordità e ipoacusia <https://medicinaonline.co/2018/08/30/differenza-tra-sordita-e-ipoacusia/>
11. È un giorno storico: la Repubblica riconosce la Lingua dei Segni Italiana (19-05-2021) <https://www.ens.it/notizie/148-primo-piano/9545-e-un-giorno-storico-la-repubblica-riconosce-la-lingua-dei-segni-italiana>
12. La Crab Mentality, 20 febbraio 2022 – Antonio Di Gregorio, [La Crab Mentality - PNL EVOLUTION Il diario del capitano](#)
13. Disabilità invisibili, una campagna per conoscerle e migliorare la consapevolezza collettiva di Stefania Delendati (20 luglio 2022), <https://invisibili.corriere.it/2022/07/20/disabilita-invisibili-una-campagna-per-conoscerle-e-migliorare-la-consapevolezza-collettiva/>
14. Sara Giannantonio, Pasquale Marsella (02-09-2022), Orecchio come è fatto e come funziona <https://www.ospedalebambinogesu.it/orecchio-come-e-fatto-e-come-funziona-89924/>

PUBMED

1. Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Family Practice*, 49, 796–804.
2. H-Dirksen L. Bauman, Audism: Exploring the Metaphysics of Oppression, *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, Volume 9, Issue 2, April 2004, Pages 239–246, <https://doi.org/10.1093/deafed/enh025>
3. Meador, H. E., & Zazove, P. (2005). Health care interactions with deaf culture. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 18(3), 218–222. <https://doi.org/10.3122/jabfm.18.3.218>

4. Fernandes, J. K., & Myers, S. S. (2010). Inclusive deaf studies: barriers and pathways. *Journal of deaf studies and deaf education*, 15(1), 17–29. <https://doi.org/10.1093/deafed/enp018>
5. Mattjus, C. (2012). Nurses' experiences from communicating with hearing impaired patients. Novia University of Applied Sciences, Vassa. Retrieved from https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/50533/Mattjus_Camilla.pdf?sequence=1 (21.04.2016)
6. Eckert, Richard; Rowley, Amy (2013). "Audism: A Theory and Practice of Audiocentric Privilege". *Humanity and Society* <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0160597613481731>
7. Ljubičić, M. (2014). Nursing care of persons with disabilities. Zadar: University of Zadar
8. Adib-Hajbaghery, M., & Rezaei-Shahsavarloo, Z. (2015). Nursing students' knowledge of and performance in communicating with patients with hearing impairment. *Japan journal of nursing science*, 12, 135-144. doi: 10.1111/jjns.12057
9. Ljubičić, Marija & Zubcic, Sanda & Šare, Sonja. (2017). COMMUNICATION BETWEEN NURSES AND DEAF PEOPLE IN HEALTH INSTITUTIONS. CBU International Conference Proceedings. 5. 10.12955/cbup.v5.1052.
10. Pinilla, S., Walther, S., Hofmeister, A., & Huwendiek, S. (2019). Primary non-communicable disease prevention and communication barriers of deaf sign language users: a qualitative study. *International journal for equity in health*, 18(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0976-4>
11. Gilmore, M., Sturgeon, A., Thomson, C., Bell, D., Ryan, S., Bailey, J., McGlade, K., & Woodside, J. V. (2019). Changing medical students' attitudes to and knowledge of deafness: a mixed methods study. *BMC medical education*, 19(1), 227. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1666-z>
12. Anderson, M. L., Riker, T., Hakulin, S., Meehan, J., Gagne, K., Higgins, T., Stout, E., Pici-D'Ottavio, E., Cappetta, K., & Wolf Craig, K. S. (2020). Deaf ACCESS: Adapting Consent Through Community Engagement and State-of-the-Art

- Simulation. *Journal of deaf studies and deaf education*, 25(1), 115–125. <https://doi.org/10.1093/deafed/enz035>
13. Sun, B., Liu, L., Ren, X., & Wang, Z. (2020). Psychological state of patients with sudden deafness and the effect of psychological intervention on recovery. *The Journal of international medical research*, 48(9), 300060520957536. <https://doi.org/10.1177/0300060520957536>
 14. Garg S, Deshmukh CP, Singh MM, Borle A, Wilson BS. Challenges of the deaf and hearing impaired in the masked world of COVID-19. *Indian J Community Med* 2021; 46:11-4
 15. Maru, D., Stancel-Lewis, J., Easton, G., & Leverton, W. E. (2021). Communicating with people with hearing loss: COVID-19 and beyond. *BJGP open*, 5(1), BJGPO.2020.0174. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2020.0174>
 16. Abou-Abdallah, M., & Lamyman, A. (2021). Exploring communication difficulties with deaf patients. *Clinical medicine (London, England)*, 21(4), e380–e383. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2021-0111>
 17. Kung, M. S., Lozano, A., Covas, V. J., Rivera-González, L., Hernández-Blanco, Y. Y., Diaz-Algorri, Y., & Chinapen, S. (2021). Assessing Medical Students' Knowledge of the Deaf Culture and Community in Puerto Rico: A Descriptive Study. *Journal of medical education and curricular development*, 8, 2382120521992326. <https://doi.org/10.1177/2382120521992326>

ALLEGATI

Allegato I. Tabella delle intensità di rumore

INTENSITÀ SONORA DI ALCUNI RUMORI COMUNI	
<i>Decibel</i>	<i>Sorgente di rumore</i>
20 dB	Ticchettio di orologio
30 dB	Bisbigliare
50-60 dB	Normale conversazione
80 dB	Suono di una sveglia
85-90 dB	Asciugacapelli
100 dB	Motoslitta, concerto
110 dB	Martello percussore
120 dB	Sirena di ambulanza
140 dB	Jet
180 dB	Lancio di un razzo

Tra 20 e 80 decibel: range di sicurezza

Tra 85 e 110 decibel: fascia di rischio

Tra 120 e 180 decibel: fascia di lesioni

Allegato II. Guida “AEIOU”

GUIDA “AEIOU”	
A (ask)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ come desira comunicare il paziente? ▪ Nei loro documenti o scheda medica viene indicato la lingua di preferenza (parlata o dei segni) ▪ Hanno apparecchi acustici o un impianto cocleare? Funziona? ▪ Esiste una barriera cognitiva che deve essere valutata?
E (environnement)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minimizzare i suoni di sottofondo ▪ Garantire che la faccia della persona che parla sia bene illuminata (o il più possibile) ▪ Dedicare tempo alla consultazione perché ci potrebbe volere più tempo
I (interaction)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parlare chiaramente, evitando di pronunciare le parole in maniera esagerata. ▪ Usare l’interprete quando possibile. Ricordarsi di non rivolgersi all’interprete ma alla persona sorda
O (outline)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preparare il paziente al tema dell’argomento ▪ Segnala chiaramente nell’argomento
U (understanding)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificare la comprensione del paziente e chiedere riassunti periodici ▪ Ripetere e riformulare informazioni poco chiare

Guida “AEIOU” riassunto di punti efficaci per la presa in carico del paziente sordo

Allegato III. Elenco degli studi inclusi nella ricerca

Articolo	Autore / Anno	Tipo di studio	Campione	Obbiettivo	Risultati principali
Assessing Medical Students' Knowledge of the Deaf Culture and Community in Puerto Rico	Michael S Kung. Andrea Lozano. Vicente J Covas; 2021	Studio descrittivo	232 studenti di medicina presso la Scuola di Medicina San Juan Bautista (SJBSM)	valutare le conoscenze del futuro medico sulla cultura e sulla comunità sorda prima e dopo l'esperienza di tirocinio	Gli studenti del quarto e quinto anno hanno mostrato una migliore comprensione e della cultura sorda rispetto agli studenti del secondo e terzo anno. Tuttavia, la conoscenza era limitata in tutti i gruppi.
Communication between nurses and deaf people in health institution	Marija Ljubcic; Sanda Zubcic; Sonja Sare; 2017	Studio trasversale	40 infermieri da 4 reparti differenti: 95% donne 5% uomini Dai 24 ai 62 anni	Esaminare le difficoltà di comunicazione e durante l'accesso della persona sorda in ambiente ospedaliero	Necessità quindi di un interprete per una comunicazione efficace. Esigenza educare gli infermieri sui modi di comunicare con le

					persone sorde.
Psychological state of patients with sudden deafness and the effect of psychological intervention on recovery	Bin Sun. Liangliang Liu. Xiaoyong Ren. 2020	Studio di concordanza	438 pazienti con sordità improvvisa	Determinare l'effetto degli interventi psicologici e non personalizzati durante il recupero di pazienti con sordità improvvisa.	I pazienti di entrambi i gruppi hanno mostrato risultati simili al momento del ricovero. Alla fine, invece i risultati mostrano una differenza significativa nei punteggi il gruppo seguito dallo psicologo ha mostrato meno ansia e depressione
Communicating with people with hearing loss: COVID-19 and beyond	Devina Maru. Jack Stancel-Lewis. Graham Easton. 2021	Studio descrittivo		Suggerimenti per comunicare con persone sorde durante gli appuntamenti di consultazione video	

Exploring communication difficulties with deaf patients	Michel Abou-Abdallah. Abigail Lamyman. 2021	Case Report	Un uomo di 95 anni che si era rotto l'anca cadendo. Sordo dalla nascita, con apparecchi acustici bilaterale.	Evidenziare barriere di comunicazione e suggerire cambiamenti per miglioramento.	Se fatto in modo efficace, la comunicazione con i pazienti che sono sordi possono migliorare le loro esperienze e risultati.
Challenges of the Deaf and Hearing Impaired in the Masked World of COVID-19	Suneela Garg. Chetana Prakash Deshmukh. Meghachandra M. Singh. 2021	Revisione della letteratura	Influenza sulla difficoltà di comunicazione con la mascherina facciale ed il distanziamento sociale sulla salute fisica, mentale.	Affrontare lo stigma sulle persone sorde e le barriere legate al sistema sanitario.	Compassione, empowerment e inclusività sono necessari.
Health Care Interactions with Deaf Culture	Helen E. Meador. Philip Zazove. 2005	Revisione della letteratura	Persone sorde	Migliorare il successo degli incontri clinici.	Utilizzare accorgimenti per migliorare la pratica clinica