

1222 · 2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Neuroscienze – DNS

Corso di Laurea in Tecniche Audioprotesiche
Presidente Prof. Gino Marioni

IL COUNSELING AUDIOPROTESICO

Relatore:

Prof.ssa Valentina Salviato

Laureando:

Marco Donno

RIASSUNTO

Oggi uno strumento che, al di là della tecnologia, permea tutto il lavoro dell'audioprotesista è il counseling. Nel suo insieme il processo di riabilitazione di un paziente audioleso è estremamente complesso e difficile da trattare in considerazione di come lo stesso vive il disagio psico-sociale, la drammaticità delle sue frustrazioni e la limitata o totale incapacità di relazionarsi con gli altri. In genere il soggetto audioleso tende ad assumere un atteggiamento di chiusura e diffidenza con il mondo che lo circonda creando inevitabilmente una condizione di insicurezza. Tale situazione fa nascere nel paziente l'esigenza di instaurare, con uno specialista, un rapporto empatico, che sia a conoscenza e possa affrontare il suo problema per aiutarlo a risolverlo. Come posso valorizzare e migliorare il mio Counseling, svolto durante il mio tirocinio aziendale, nel momento in cui diventerò un Tecnico Audioprotesista? È proprio a partire da questa domanda che ho deciso di avviare un'indagine attraverso la somministrazione, dopo il primo incontro, di un questionario in forma anonima che mi ha consentito di vedere dove intervenire per migliorare quanto più possibile il mio Counseling.

Da quanto emerge dai grafici, è evidente che vi è ancora spazio per migliorare la mia attività di counseling.

Il counseling, a mio parere, svolge un ruolo di primaria importanza nel percorso di protesizzazione acustica di un paziente, perchè ogni persona è un complesso di stati emozionali, di aspettative e sentimenti che vanno compresi e valorizzati con interventi e scelte opportune. Il buon agire di un audioprotesista è infatti strettamente legato a questa sua connotazione ambivalente di tecnico e counselor:

egli comprende per agire. Agire in maniera etica e competente significa regalare a sé stessi e agli altri grandi soddisfazioni.

SOMMARIO

RIASSUNTO	2
INTRODUZIONE	5
OBIETTIVO	7
CAPITOLO 1: L'AUDIOPROTESISTA	8
CAPITOLO 2: IL COUNSELING	10
2.1 IL COUNSELOR	11
2.2 CARATTERISTICHE DEL BUON COUNSELOR	12
2.3 ERRORI CHE UN BUON COUNSELOR DEVE EVITARE.....	13
CAPITOLO 3: OSTACOLI DA ABBATTERE.....	14
3.1 PRESA DI COSCIENZA.....	16
CAPITOLO 4: COUNSELING AUDIOPROTESICO.....	18
4.1 COME PARLARE AD UNA PERSONA CHE HA PROBLEMI DI UDITO	19
4.2 STRUMENTI DI ANALISI.....	20
4.3 QUESTIONARI DI VALUTAZIONE.....	21
4.4 TEST DI SANDERS, SCALA DI DENVER, APHAB, COSI	21
4.4.1 Test di Sanders.....	21
4.4.2 Scala di Denver	23
4.4.3 APHAB.....	25
4.4.4 COSI.....	27
4.5 ELABORAZIONE DEI DATI	28
4.6 CORRETTA INFORMAZIONE.....	29
METODI.....	30
RISULTATI.....	32
CONCLUSIONI	36

INTRODUZIONE

La Natura ha concepito magistralmente l'architettura e la funzione dell'orecchio ed ha protetto questo organo con la massima cura; ciò perché l'apparato uditivo è indispensabile alla vita dell'uomo, soprattutto per una delle sue specifiche prerogative: la comunicazione verbale.¹

In qualsiasi contesto gli esseri umani operano e svolgono dalle più semplici alle più complesse attività, il mezzo di comunicazione e scambio di informazioni avviene, in modo del tutto naturale, attraverso il dialogo tra le parti. Questa necessità comporta la piena efficienza degli apparati uditivo e della fonazione. In genere, nel corso degli anni, sia per malattie o traumi che per normale invecchiamento, le capacità uditive di un essere umano si riducono raggiungendo, in alcuni casi, la totale sordità.

Purtroppo la mancanza di un uso corretto delle capacità uditive, in qualsiasi ambito e nello svolgere anche le più banali attività quali ascoltare la radio, vedere la televisione o scambiare semplicemente informazioni con altre persone, limita di fatto e induce il soggetto affetto da ipoacusia ad una esclusione forzata dal contesto sociale.

La comunicazione interpersonale è tra le relazioni primarie che determinano la personalità di un essere umano ed il sentimento di corrispondenza dal quale deriva l'idea stessa di appartenenza. Affinché si possa instaurare un efficace rapporto di dialogo è sempre necessario poter avere la capacità di ricevere la totalità giusta dei

¹ Cit.: da "L'uomo e il suono" di M. Porta – Ghedina Ed. Milano, 1991 – pag.71

messaggi, comprenderli, assimilarli e poter rispondere in maniera adeguata e conseguente.

In caso di ipoacusia profonda viene a mancare la percezione uditiva che è fondamentale per avere coscienza del mondo che ci circonda e soprattutto di ciò che accade in ogni istante intorno a noi. Ciò è spesso indispensabile per l'incolumità della persona, per proteggersi da eventuali rischi come un'automobile che sopraggiunge alle spalle, un allarme che suona o una persona che cerca di comunicare di prestare attenzione in una situazione di pericolo.

Diversi studi hanno evidenziato che handicap di questo genere conducono, i soggetti affetti, allo sviluppo di altre patologie legate soprattutto alla sfera psicologica e relazionale.

Ciò significa che l'ipoacusia è molto di più che una coclea danneggiata ed è per questa ragione che è necessario studiare anche le caratteristiche psicofisiche dell'individuo, la sua indole e il tipo di vita che conduce.

Oggi giorno infatti, sia grazie all'informatizzazione dei sistemi di adattamento che hanno consentito al tecnico audioprotesista di poter disporre in tempi brevi le sue conoscenze attraverso il computer e sia attraverso l'uso del counseling, è stato possibile dedicare alla persona tutta l'attenzione possibile, nella consapevolezza che aiutare una persona a comunicare significa darle la possibilità di riuscire ad interagire nella sua specifica realtà. Ecco perché è molto importante trattare un paziente audioleso sotto ogni aspetto, sia fisico che psicologico, perseguendo la via per una riabilitazione integrale che conduca alla completa autosufficienza.

Bisogna infatti ricordare che l'uomo è più importante delle sue orecchie.

In altre parole gli apparecchi acustici aiutano persone, non orecchie.

OBIETTIVO

Durante tutto il mio percorso universitario ho compreso quanto il counseling è una componente fondamentale della strategia audioprotesica. Durante le ore di tirocinio del terzo anno, stando accanto ai miei assistiti, ho compreso nella pratica del quotidiano quanto da una parte la competenza tecnica e dall'altra uno spirito d'accoglienza ed attenzione ai bisogni dell'altro fossero necessari ad un adempimento totale e soddisfacente della professione. L'obiettivo di questo mio lavoro è analizzare quanto il MIO counseling è stato efficace e quali sono gli aspetti su cui dovrò migliorare nel momento in cui inizierò a svolgere questa bellissima professione. Il primo incontro e il primo approccio è il più difficile.

Proprio per questo motivo ho sviluppato un piccolo questionario "QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE COUNSELING – PRIMO SCREENING" in forma anonima che ho somministrato ai miei assistiti.

Importante è stata la fase iniziale di approccio con il paziente perchè, una buona accoglienza, ha facilitato l'instaurarsi di un rapporto di fiducia reciproca e la determinazione di una relazione autentica che sono elementi indispensabili per la progettazione di un percorso efficace.

CAPITOLO 1: L'AUDIOPROTESISTA

Con la legge sulle disposizioni in materia di professioni sanitarie (Legge 26 febbraio 1999 n°42) vengono poste le fondamenta del processo di modernizzazione e professionalizzazione della figura del tecnico audioprotesista, grazie all'introduzione di un preciso profilo professionale ed all'introduzione di un codice deontologico. Nasce così la figura del Tecnico Audioprotesista come operatore sanitario che esercita la propria professione al servizio della collettività e a tutela della salute pubblica. In particolare dedica la sua opera di riparazione dei danni uditivi attraverso interventi specifici, autonomi e responsabili, di natura preventiva, tecnico-riabilitativa e relazionale, tramite le più evolute e complesse tecnologie.

Il nuovo audioprotesista appartiene all'Area Tecnica con una propria disciplina e tutta la cultura sulla patologia ad essa connessa, ed è in grado di valutare la persona nella sua interezza e complessità psicofisica. Nella sua professione, intimamente legata alla tecnologia, pone rimedio al problema della sordità attraverso l'uso corretto di appositi dispositivi elettronici. Oggi l'audioprotesista dispone di conoscenze e strumenti operativi che gli permettono di raggiungere un buon livello di regolazione e adattamento della protesizzazione attraverso interventi mirati e ad personam con un elevato grado di precisione. Ecco, quindi, diventa importante ascoltare le problematiche, le necessità e le aspettative del soggetto debole di udito, che saranno gli elementi chiave alla sua giusta soluzione protesica.

Affinché la tecnologia possa venire loro in aiuto, il debole di udito e l'audioprotesista si dovranno impegnare a collaborare in un percorso verso il

raggiungimento degli obiettivi che sono stati preventivamente e realisticamente concordati.

Una delle condizioni richieste per raggiungere questo primo importante obiettivo di collaborazione reciproca tra le parti, è senza dubbio l'empatia nella relazione, anche attraverso il riconoscimento nell'altro come persona diversa da sé.

CAPITOLO 2: IL COUNSELING

Allo scopo di definire meglio i termini entro i quali prende forma la relazione tra l'ipoacusico e l'audioprotesista si è fatto ricorso, negli ultimi anni e sempre più frequentemente, al concetto di **counseling**, espressione che deriva dal verbo latino **consuloere**, ossia “venire in aiuto, avere cura”.

Il counseling è essenzialmente un'attività tra due persone che è caratterizzata da una relazione in cui tutta l'attenzione del counselor dovrà essere centrata sul definire chiaramente problemi specifici, sul prendere decisioni nei momenti di difficoltà, sul prevenire il disagio psico-sociale, sul favorire il benessere, e sull'autorealizzazione e l'autodeterminazione di un individuo. È un intervento che utilizza la relazione interpersonale per promuovere il cambiamento e l'aiuto. Attraverso la costruzione di una relazione caratterizzata da ascolto, fiducia e valorizzazione, il counselor sviluppa, nella persona aiutata, una migliore consapevolezza del problema, delle proprie potenzialità e si creano soluzioni.

Un aspetto importante per un efficace percorso di counseling è prestare molta attenzione nella delicata fase iniziale dove, una buona accoglienza, l'instaurare una relazione autentica e lo stabilire un rapporto di fiducia reciproca sono gli elementi basilari.

Il counseling è un'attività che la British Association for Counseling (BAC, 1992) così definisce: “Il counselling è un uso della relazione abile e strutturato che sviluppi l'autoconsapevolezza, l'accettazione delle emozioni, la crescita, le risorse personali. L'obiettivo principale è vivere in modo pieno e soddisfacente. Il counseling può essere mirato alla definizione e soluzione di problemi specifici, alla

presa di decisioni, ad affrontare i momenti di crisi, a confrontarsi con i propri sentimenti e i propri conflitti interiori o a migliorare le relazioni con gli altri. Il ruolo del counselor è quello di facilitare il lavoro dell'utente in modo da rispettarne i valori, le risorse personali e la capacità di autodeterminazione”.

L'attività di counseling è, quindi, un processo a cui si fa ricorso per dare aiuto ad una persona nell'esplorazione della natura dei propri problemi in modo che possa egli stesso decidere autonomamente che cosa fare.

2.1 IL COUNSELOR

La responsabilità di un corretto counseling è opera del counselor, che può essere definito come chi, in modo acritico ed equo, aiuta a:

- comprendere le sensazioni;
- accettare la malattia;
- affrontare le responsabilità;
- fare scelte informate.

Il counselor, attraverso queste quattro azioni, facilita, sostiene e orienta il processo di cambiamento della persona nella consapevolezza che tale cambiamento è finalizzato al raggiungimento del benessere fisico, mentale e psichico andando a ridurre le implicazioni negative nella sua sfera psicosociale.

2.2 CARATTERISTICHE DEL BUON COUNSELOR

Un aspetto di fondamentale importanza nella relazione di aiuto, che si instaura tra paziente e counselor, è la qualità della relazione stessa. È bene costruire una relazione di intesa ed un'atmosfera in cui le persone si sentano a proprio agio per meglio rivelare pensieri e sentimenti. Gli ingredienti che fanno da sfondo alla relazione di aiuto sono un senso di ottimismo o speranza, una dose di calore, un atteggiamento cooperativo ed un'accettazione incondizionata. Pertanto è necessario che il counselor crei un contesto interpersonale in cui la persona possa sentirsi libera di esprimersi, sentirsi ascoltata, sentirsi compresa e valorizzata.

Secondo Rogers vi sono tre qualità fondamentali che possono permettere l'instaurarsi di tale contesto interpersonale.

La prima è l'autenticità. Si riferisce a quando il counselor si pone nei confronti della persona aiutata in modo genuino, spontaneo e coerente. Ecco perchè non deve indossare una maschera o recitare una parte. Nella relazione di aiuto il counselor deve poter essere in grado di accedere ai propri sentimenti e, se opportuno, comunicarli.

La seconda è l'accettazione positiva incondizionata. Il counselor nella relazione deve accogliere la persona valorizzandola, rispettandola, senza porre condizioni indipendentemente da quello che pensa, dice o fa.

La persona può raccontare comportamenti e pensieri non approvati dall'operatore tuttavia l'operatore non deve scendere sul piano del giudizio individuale.

La terza caratteristica è la comprensione empatica. Secondo Rogers, l'empatia è la capacità di immedesimarsi nel vissuto dell'altra persona come se fosse il

proprio senza mai perdere la qualità del “come se”. In altre parole, l’empatia consiste nel mettersi nei panni dell’altro pur mantenendo una sufficiente separazione.

2.3 ERRORI CHE UN BUON COUNSELOR DEVE EVITARE

Soprattutto nella prima fase, nella relazione di counseling, vi sono cinque classici errori in cui si potrebbe incorrere facilmente andando a compromettere sin dall’inizio il successo della relazione, ossia:

- 1. la valutazione:** cioè la tendenza a giudicare sin da subito la persona che si ha di fronte. È un atteggiamento che il counselor deve tenere sotto controllo in quanto potrebbe trasmettere un senso di inadeguatezza nel paziente.
- 2. L’ interpretazione:** non bisogna interpretare, sulla base di pochi dati a disposizione, il comportamento di una persona e trarre conclusioni. Tale comportamento potrebbe allontanare la persona dal dialogo.
- 3. Il sostegno:** può essere un errore soprattutto nella fase iniziale. Il counselor deve stare attento a non assumere un atteggiamento di totale sostegno andando a sviluppare un atteggiamento di dipendenza nell’interlocutore.
- 4. Soluzione a tutti i costi:** altro errore è trovare a tutti i costi una soluzione al problema. Spesso soprattutto nella prima fase di conoscenza, il problema presentato dalla persona, non è quello reale. Quindi la soluzione suggerita potrebbe non essere quella più adatta.
- 5. Indagine troppo accurata:** soprattutto nella prima fase d’incontro, in cui ancora non si è consolidata una buona complicità, un’indagine troppo accurata può essere vissuta dalla persona come inopportuna. Soprattutto all’inizio, i contenuti sono meno importanti della qualità della relazione.

CAPITOLO 3: OSTACOLI DA ABBATTERE

Chi non riesce a percepire bene il parlato di solito assume pose innaturali per facilitare l'ascolto, domanda spesso di ripetere frasi e concetti e tende ad essere permaloso. Questo ha connotato nel tempo una figura grottesca che tarda a morire nelle culture popolari. In alcune zone d'Italia dove il livello di scolarizzazione è più basso (in larga parte per quanto riguarda le fasce di popolazione più anziana), tale zimbello è temuto più della sordità stessa. Di solito un ipoacusico tenderà a negare, innescando un meccanismo di difesa, attribuendo a fattori esterni a sé la causa dei propri disturbi.

Le persone anziane sono abituate al degrado delle proprie facoltà fisiche. Quando si presentano gli inequivocabili sintomi del degrado uditivo esse tendono a sottovalutarli e, vivendoli come evoluzione naturale ed ineluttabile della senescenza, ad accettarli.

Però lo stato di isolamento e le difficoltà nell'affrontare relazioni interpersonali serene portano l'audioleso ad assumere un atteggiamento di chiusura verso il prossimo. Questo complesso psicologico ed emotivo emerge spesso sotto forma comportamentale, facendo sì che il soggetto si ponga in un'ottica di difesa e di repulsione nei confronti del deficit uditivo.

L'accettazione da parte dell'anziano della sua sordità è molto difficile, questo perché da lui viene percepita come un sintomo di vecchiaia e perché inconsciamente l'ipoacusico nega a sé stesso, prima ancora che agli altri, il proprio deficit.

Spesso le difficoltà di comprensione vengono evidenziate dai propri familiari ed amici; questi sono i primi ad accorgersi del deficit uditivo provocando nel soggetto audioleso diverse reazioni inconsce di carattere autodifensivo che lo portano a negare o minimizzare l'esistenza di un problema.

Egli sfuggirà il contatto con gli altri, peggiorando ulteriormente i suoi problemi di interrelazione, generando ulteriore frustrazione e cercando inconscio rifugio in quei meccanismi di difesa che allontanano il vissuto della disabilità, impedendo di elaborarlo in maniera corretta.

In genere tre sono i meccanismi di difesa inconsci che caratterizzano un soggetto colpito da deficit uditivo: negazione, rassegnazione e rimozione.

Negazione

Attraverso la negazione, il soggetto audioleso, vuol rimuovere dal proprio stato di coscienza, la realtà del proprio problema. Egli imputa agli altri il fatto di essere poco o per nulla comprensibili, di pronunciare male le parole, parlando troppo in fretta. Frequentemente il rifiuto di un apparecchio acustico nasce dall'innescare inconsapevole di questo meccanismo di difesa. L'apparecchio acustico viene vissuto come una necessità altrui, non propria.

Rassegnazione

Il soggetto audioleso tende a rifugiarsi nei ricordi del passato, quando il suo udito era perfetto ed in fondo godeva di tutti gli aspetti salutari della giovinezza. Ritiene che ormai si trova in un'età avanzata e quindi si è appunto rassegnato a convivere con l'ipoacusia.

Rimozione

La rimozione è un meccanismo psichico che allontana dalla coscienza desideri, pensieri o deficit considerati inaccettabili e insostenibili dall'Io, e la cui presenza provocherebbe dispiacere. Il soggetto audioleso rifiuta la soluzione audioprotesica poiché la vivrebbe con vergogna sentendosi mortificato nella propria integrità psicofisica. È assai probabile che un soggetto in fase di rimozione dichiarati, nonostante possibili evidenze cliniche, di sentirsi in buono stato, di non avvertire grossi fastidi o di sentirsi ancora troppo giovane per ricorrere ad ausili.

3.1 PRESA DI COSCIENZA

La presa di coscienza del proprio problema è per un soggetto audioleso un vero e proprio percorso tortuoso poiché il suo vissuto emotivo, così pervaso di insicurezza, lo spingerà inevitabilmente all'isolamento dal mondo esterno.

Dopo le fasi di conflittualità generata dai propri meccanismi di difesa, la sollecitazione esterna e la consapevolezza che il proprio segreto sia divenuto ormai di pubblico dominio aiutano il soggetto ad elaborare la nuova condizione di audioleso e ad accettare l'aiuto esterno.

La ricerca autonoma di una soluzione al deficit uditivo è il sintomo di una presa di coscienza più profonda: indica che il soggetto audioleso è pronto per assumere il ruolo di paziente, essendo egli finalmente disposto a confrontarsi apertamente con la disabilità. Ad una corretta diagnosi clinica però non sempre segue un corretto

percorso riabilitativo. Ciò può dipendere in parte anche dai cattivi consigli dei medici di famiglia che sconsigliano l'uso dell'apparecchio acustico, oppure da una non buona protesizzazione.

La presa di coscienza è un momento importante e delicato, in cui il paziente ha bisogno di essere informato con correttezza e guidato verso scelte adeguate. L'intervento di un audioprotesista counselor, che prenda in carico il paziente, è opportuno e determinante per traghettarlo verso una felice soluzione dei suoi problemi. Grazie alle doti di competenza, tatto ed empatia, questa figura aiuterà il paziente a svolgere il proprio percorso con serenità e consapevolezza.

CAPITOLO 4: COUNSELING AUDIOPROTESICO

Oggi uno strumento che, al di là della tecnologia, permea tutto il lavoro dell'audioprotesista è il counseling.

Nel suo insieme il processo di riabilitazione di un paziente audioleso è estremamente complesso e difficile da trattare in considerazione di come lo stesso vive il disagio psico-sociale, la drammaticità delle sue frustrazioni e la limitata o totale incapacità di relazionarsi con gli altri. In genere il soggetto audioleso tende ad assumere un atteggiamento di chiusura e diffidenza con il mondo che lo circonda creando inevitabilmente una condizione di insicurezza. Tale situazione fa nascere nel paziente l'esigenza di instaurare, con uno specialista, un rapporto empatico, che sia a conoscenza e possa affrontare il suo problema per aiutarlo a risolverlo.

Gli obiettivi primari del counseling audio-protetico consistono pertanto nel migliorare l'autonomia e la qualità della vita del soggetto ipoacusico, attraverso chiare informazioni, alla vanificazione di dubbi, alla correzione di errori, alla comprensione dell'utilizzo della strumentazione e infine al supporto tecnico e psicologico.

Gli obiettivi del tecnico audioprotesista, fin dal primo incontro, sono quelli di: fornire al paziente quelle giuste informazioni che servono per far comprendere le manifestazioni legate alla sua perdita uditiva e assicurarsi che abbia compreso le varie soluzioni per porre rimedio; aiutare il paziente ad accettare la sua perdita uditiva andando a motivare e stimolare atteggiamenti propositivi; aiutare il paziente a superare gli ostacoli che lo demotivano a ricercare una soluzione al suo problema.

Gli interventi di counseling, in tutte le occasioni di incontro con il paziente, rivestono un'importanza fondamentale per il successo terapeutico.

Tali interventi sono centrati sulla persona e rivolti alla soluzione dei problemi audiologici ed extra-audiologici connessi all'uso delle protesi, così da comprendere, limitare e trattare i diversi gradi di: disability, handicap, beneficio e soddisfazione.

4.1 COME PARLARE AD UNA PERSONA CHE HA PROBLEMI DI UDITO

Un aspetto del lavoro dell'audioprotesista è quello di supportare le persone con problemi uditivi tenendo presente alcune regole fondamentali:

- richiamare l'attenzione della persona prima di iniziare il discorso;
- parlare sempre di fronte e mai alle spalle;
- mantenere un tono di voce normale;
- parlare lentamente;
- i movimenti della bocca non devono essere mascherati come ad esempio la mano davanti la bocca;
- controllare sempre che il rumore di fondo non sia eccessivo;
- fare uso, con moderazione, di espressioni mimiche e gestuali se necessario;
- non sostituirsi mai alla persona alla quale ci si rivolge, ma dare il tempo di capire e rispondere, senza sostituirsi mai alla persona alla quale ci si rivolge e in caso di mancata comprensione ripetere quanto si è detto o modificare la frase in una più semplice;
- seguire con interesse dando rilievo alle parole chiave del discorso.

4.2 STRUMENTI DI ANALISI

Uno strumento di ricerca finalizzato alla rilevazione di dati e di informazioni sul paziente è l'intervista. Essa dovrà essere strutturata, ovvero organizzata, con domande preparate secondo un percorso standardizzato. L'intervista in molti casi è caratterizzata dalla somministrazione di uno o più questionari, che rappresentano uno degli strumenti più efficaci nell'indagine esplorativa dei bisogni e sull'efficacia delle soluzioni adottate. Il colloquio può non essere esaustivo per la valutazione del disagio e dei bisogni del paziente. Si rende, quindi, necessario utilizzare dei metodi soggettivi di rilevazione del disagio per personalizzare il più possibile ogni piano d'azione successivo.

4.3 QUESTIONARI DI VALUTAZIONE

Attraverso la compilazione dei questionari l'audioprotesista può comprendere quale sia l'effettivo livello di disabilità o handicap del paziente.

Per valutare il livello di disabilità e di handicap dell'ipoacusico può essere necessario utilizzare questionari predefiniti dai quali è possibile definire il livello di coinvolgimento psicologico e la valutazione può avvenire attraverso le scale di Denver, quella di Sanders, l'Aphab e il Così.

Grazie a tali tests si ottiene anche un giudizio globale sull'efficacia dell'intervento di Counseling e gli stessi permettono di identificare eventuali fraintendimenti o incomprensioni che possono essere avvenuti a livello informativo, emotivo, tecnico e di supporto.

4.4 TEST DI SANDERS, SCALA DI DENVER, APHAB, COSI

4.4.1 Test di Sanders

Questo test valuta l'effettivo livello di comunicazione del soggetto a casa, lavoro e nella vita sociale.

Ambiente casalingo

1. Nel mio soggiorno, quando io posso vedere la faccia di chi parla, io provo
2. Se parlo con una persona nel soggiorno della mia casa mentre la televisione, la radio o il giradischi è in funzione, io provo
3. In una stanza silenziosa della mia casa, se non vedo la faccia di chi parla,io provo
4. Se nella mia casa qualcuno mi parla da un'altra stanza sullo stesso piano,io

provo

5. Se qualcuno mi chiama dal piano superiore, o dalla finestra quando sono in giardino, io provo
6. Comprendere le persone durante il pranzo mi costa
7. Quando io sto seduto a conversare con amici in una stanza silenziosa, io provo
8. Ascoltare la radio, il giradischi o guardare la tv mi costa
9. Quando uso il telefono nella mia casa, io provo

Ambiente di lavoro

1. Quando converso con qualcuno nella stanza dove lavoro, io provo
2. Quando lavoro in una stanza dove c'è rumore, io provo
3. Quando partecipo a una riunione con un piccolo gruppo di persone, intorno ad un tavolo in un ambiente molto silenzioso, io provo
4. Se devo prendere appunti sotto dettatura, in un ambiente molto silenzioso,io provo
5. Se devo fare annotazioni in una riunione, io provo
6. Quando uso il telefono al lavoro, io provo

Ambiente sociale

1. Durante un intrattenimento con un gruppo di amici, comprendere qualcuno tra gli altri che conversano, mi dà
2. Quando giochiamo a carte, comprendere il mio compagno di gioco, mi costa
3. Quando sono a teatro o al cinema, io provo
4. In chiesa, quando il celebrante tiene il sermone, io provo
5. Seguendo la conversazione quando siamo a tavola, io provo
6. In automobile, comprendere quello che le persone si dicono, mi costa
7. Quando converso all'aperto con qualcuno, io provo

La risposta che deve essere data può essere scelta tra:

nessuna difficoltà	+2
poca difficoltà	+1
discreta difficoltà	-1
molta difficoltà	-2

Questo accade:

raramente	1
spesso	2
molto spesso	3

Se la maggior parte delle risposte contiene un valore -1 o -2 e la frequenza vale 2 o 3, significa che un problema esiste e va risolto.

Nel caso di un certo numero di risposte +2 o +1 e di frequenza 1, in presenza però di risposte come al punto precedente, ciò non significa che non esista un problema da risolvere.

4.4.2 Scala di Denver

Questo test fornisce informazioni sui problemi di comunicazione che il deficit crea nelle situazioni di vita quotidiana e su quanto ciò influisce sull'atteggiamento verso l'apparecchio acustico (handicap soggettivamente percepito).

La scala di Denver è somministrata tramite un questionario di 25 domande:

1. I membri della famiglia sono seccati per la mia perdita di udito.
2. I membri della mia famiglia mi lasciano fuori dalle conversazioni.
3. A volte la mia famiglia prende decisioni al mio posto perchè io non riesco a seguire la discussione
4. La mia famiglia è seccata quando io le chiedo di ripetere quanto è stato detto perchè non ho sentito.
5. Io non sono una persona importante perchè ho perso l'udito.

6. Sono meno interessato a molte cose di quando non avevo problemi di udito.
7. Le altre persone non si rendono conto quanto mi avviliisca il non poter sentire o capire.
8. La gente a volte mi evita a causa della mia perdita di udito.
9. Non sono una persona calma a causa della mia perdita di udito.
10. Tendo ad avere una visione negativa della vita in generale a causa della mia perdita di udito.
11. Non ho rapporti sociali tanto quanto prima che iniziassi a perdere l'udito.
12. Dato che ho disturbi di udito non mi piace andare in giro con gli amici.
13. Da quando ho disturbi di udito ha problemi ad incontrare nuove persone.
14. Non riesco a trarre piacere dal mio lavoro come prima di iniziare a perdere l'udito.
15. La gente non capisce cosa vuol dire avere una perdita di udito.
16. Dato che ho difficoltà a capire cosa mi viene detto, a volte faccio domande sbagliate.
17. Non mi sento a mio agio in determinate situazioni di comunicazione.
18. Non mi sento a mio agio in numerose situazioni di comunicazione.
19. Una situazione di conversazione in una stanza affollata mi fa esitare a comunicare con gli altri.
20. Non mi sento a mio agio se devo parlare in una situazione di gruppo.
21. In generale non trovo l'ascolto interessante.
22. Mi sento a disagio in molte situazioni di comunicazione a causa della mia difficoltà di udito.
23. Raramente osservo l'espressione facciale degli altri quando parlo con loro.
24. Mi imbarazza chiedere alle persone di ripetere se non ho capito la prima volta che hanno parlato.
25. Dato che ho difficoltà a capire che cosa mi viene detto, a volte faccio affermazioni fuori luogo nella conversazione.

La risposta che può essere scelta tra:

d'accordo	1
indeciso	2
in disaccordo	3

Una preponderanza di risposte “d'accordo” è sintomo di un problema che va risolto.

Una maggioranza di risposte “indeciso” è sintomo di un problema che va approfondito.

Una maggioranza di risposte “in disaccordo” richiede una verifica sulle risposte “indeciso” e “d'accordo” che potrebbero comunque evidenziare qualche piccolo problema.

È evidente che il paziente deve essere assolutamente sincero e certo delle risposte date, perciò è necessario valutarne la congruenza.

4.4.3 APHAB

Si tratta di un questionario di 24 domande (Tabella I). Le domande formulate evidenziano la situazione in cui il processo di comunicazione avviene: intelligibilità nel silenzio, intelligibilità nel rumore, intelligibilità in ambienti riverberanti e percezione rumori forti. Anche in questo caso, ciò che si vuole capire è quale sia la situazione di partenza per poterla confrontare successivamente all'applicazione degli apparecchi acustici. Non è infatti possibile affermare che l'applicazione abbia avuto successo se non confrontandola con una situazione precedente.

Lo stesso questionario (Tabella I), dopo l'applicazione protesica, può essere utilizzato per far sì che il paziente diventi consapevole del reale beneficio apportato dall'apparecchio acustico al suo stile di vita ed alle capacità di comunicazione.

Istruzioni: Selezionare le risposte che risultano più vicine alla vostra esperienza quotidiana. Se non avete esperienza di una particolare situazione, immaginate come potreste rispondere in una situazione simile	A	Sempre	(99%)
	B	Quasi sempre	(87%)
	C	Generalmente	(75%)
	D	Mediamente	(50%)
	E	Saltuariamente	(25%)
	F	Raramente	(12%)
	G	Mai	(1%)

		Senza il mio apparecchio	Con il mio apparecchio
1	Se mi trovo in un supermercato affollato e parlo con la cassiera, posso seguire la conversazione.	A B C D E F G	A B C D E F G
2	Se ascolto una conferenza, perdo gran parte dell'argomento trattato.	A B C D E F G	A B C D E F G
3	Suoni improvvisi, come un rivelatore di fumo o un d'allarme, sono fastidiosi.	A B C D E F G	A B C D E F G
4	Ho difficoltà a seguire una conversazione quando sono a casa con familiari.	A B C D E F G	A B C D E F G
5	Ho difficoltà a capire i dialoghi in un film o in uno spettacolo teatrale.	A B C D E F G	A B C D E F G
6	Se ascolto il notiziario in macchina in compagnia di familiari che parlano, ho difficoltà a seguire le notizie.	A B C D E F G	A B C D E F G
7	Se sono a tavola con altri commensali e cerco di conversare con uno di essi, ho difficoltà a capire quello che mi si dice.	A B C D E F G	A B C D E F G
8	I rumori del traffico sono troppo forti.	A B C D E F G	A B C D E F G
9	Se parlo con qualcuno all'altro capo di una grande stanza vuota, capisco le parole.	A B C D E F G	A B C D E F G
10	Se sono in un piccolo ufficio, parlando con qualcuno, ho difficoltà a seguire la conversazione.	A B C D E F G	A B C D E F G
11	Se guardo un film o assisto a una rappresentazione, e la gente attorno a me bisbiglia e produce rumori con involucri di carta, riesco ancora a seguire il dialogo.	A B C D E F G	A B C D E F G
12	Quando discuto tranquillamente con un amico, ho difficoltà a capire.	A B C D E F G	A B C D E F G
13	I rumori dell'acqua corrente, come quelli dello sciacquone o della doccia, sono troppo forti e mi disturbano.	A B C D E F G	A B C D E F G
14	Se qualcuno parla a un piccolo gruppo di persone che ascoltano in silenzio, devo sforzarmi per capire.	A B C D E F G	A B C D E F G
15	Quando discuto tranquillamente col mio medico nel suo studio, ho problemi a seguire la conversazione.	A B C D E F G	A B C D E F G
16	Riesco a seguire la conversazione anche quando diverse persone parlano contemporaneamente.	A B C D E F G	A B C D E F G
17	I rumori dei cantieri sono troppo forti e fastidiosi.	A B C D E F G	A B C D E F G
18	Ho difficoltà a capire ciò che vien detto durante le conferenze o le funzioni religiose.	A B C D E F G	A B C D E F G
19	Posso comunicare con gli altri quando siamo in un luogo affollato.	A B C D E F G	A B C D E F G
20	Il rumore di una sirena dei vigili del fuoco che si avvicina è così forte che devo coprimi le orecchie.	A B C D E F G	A B C D E F G
21	Posso capire le parole di una predica quando assisto a un servizio religioso.	A B C D E F G	A B C D E F G
22	Il rumore dello stridio dei pneumatici sull'asfalto è eccessivamente fastidioso.	A B C D E F G	A B C D E F G
23	Conversando con qualcuno a quattr'occhi in una stanza tranquilla, devo chiedergli di ripetere.	A B C D E F G	A B C D E F G
24	Ho difficoltà a capire gli altri quando è in funzione un condizionatore o un ventilatore.	A B C D E F G	A B C D E F G

Tabella I - Questionario

4.4.4 COSI

Il COSI si compone in due fasi:

I fase: determinazione degli obiettivi – si determinano sino a cinque obiettivi ed aspettative del paziente in ordine di importanza.

II fase: valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi – dopo aver adattato l'apparecchio acustico, eseguito le regolazioni fini ed aver lasciato trascorrere il periodo di acclimatazione necessario.

È importante che gli obiettivi siano sufficientemente specifici, occorre evitare obiettivi generici come il desiderio di sentire meglio nel rumore. Occorre specificare in quale rumore, in quali circostanze e quanto spesso. Possono essere indicati anche meno di cinque obiettivi. Al termine dell'adattamento il paziente valuta l'efficacia dell'iter riabilitativo in relazione a ciascuno degli specifici obiettivi individuati inizialmente.

Ai fini della valutazione il paziente risponde a due domande per ciascun obiettivo.

La prima è relativa al cambiamento rispetto alla situazione senza apparecchi acustici per la valutazione del beneficio.

a. Grazie ai nuovi apparecchi acustici sente:

- peggio
- nessuna differenza leggermente meglio
- molto meglio

La seconda, relativa a quanto spesso può sentire in modo soddisfacente, è declinata a valutare prestazione intesa come abilità di ascolto.

b. Con gli apparecchi acustici sente soddisfacentemente:

- quasi mai
- talvolta
- la metà delle volte
- la maggior parte delle volte, praticamente sempre

Gli obiettivi e le risposte vengono raccolti nella scheda in figura 1.

COSI – La Scala di Miglioramento Orientata al Paziente

Nome: _____ Operatore: _____
 Individuazione degli Obiettivi _____ Data: _____ Verifica dei Risultati _____
 Data: _____

Grado di Cambiamento
 Grazie al nuovo apparecchio acustico, ora sento...

Peggioro	Nessuna differenza	Poco Meglio	Meglio	Molto Meglio

Abilità Finale: (con A.A.)
 Posso sentire in modo soddisfacente...

Quasi Mai (10%)	A volte (25%)	Metà delle volte (50%)	Spesso (75%)	Quasi Sempre (95%)

Obiettivi Specifici: _____ in ordine di importanza

Sentire gli interlocutori in uffici pubblici	1
Sentire gli amici quando si ritrovano a cena, a giocare a carte, ecc...	2
Sentire la TV senza alzare troppo il volume	3

Figura 1

4.5 ELABORAZIONE DEI DATI

L'audioprotesista con i dati acquisiti ed i dati derivanti dalla diagnosi audiologica effettuata dallo specialista, può intraprendere l'iter audioprotesico. Esso si compone: dalla valutazione, dai dati strumentali rilevati, dalla fissazione degli obiettivi, dalla selezione protesica, dall'adattamento iniziale, dalla verifica e regolazioni successive, dall'indicazioni d'uso e dal miglioramento continuativo. Partendo dall'elaborazione di tutti questi dati e tenendo conto dei questionari di valutazione, l'audioprotesista, può pervenire ad una previsione tecnica dei possibili risultati ottenibili con l'applicazione degli apparecchi acustici.

L'obiettivo del tecnico audioprotesista è dunque il miglioramento della qualità della vita del paziente andando a migliorare la sua capacità uditiva attraverso il connubio tra la comprensione degli aspetti individuali, umani, audiologici e una buona conoscenza e padronanza di quelle che sono le possibilità tecnologiche.

4.6 CORRETTA INFORMAZIONE

Un passaggio fondamentale, prima di dar seguito all'iter audioprotesico, è l'utilizzo del counseling, necessario per informare correttamente l'ipoacusico sulle caratteristiche della sua disability. Il paziente potrà comprendere quali sono le sue reali motivazioni e rendere realistiche le sue aspettative nei confronti della protesizzazione acustica aiutandolo a superare quelle che sono le sue probabili remore nei confronti degli apparecchi acustici, e, quindi, accompagnarlo nella decisione definitiva.

Si rende, quindi, necessario utilizzare dei metodi soggettivi di rilevazione del disagio per personalizzare il più possibile ogni piano d'azione successivo. Il paziente non va ingannato, ma informato correttamente sulle proprie capacità di recupero.

Qualsiasi intervento che l'audioprotesista intenda intraprendere con un paziente, deve sempre essere accompagnato dalla sottoscrizione di un valido consenso informato alle prestazioni, in quanto costituisce autonoma fonte di responsabilità personale per lo stesso: tale inosservanza rappresenta una palese lesione del diritto all'autodeterminazione dell'Assistito.

Al momento della presa in carico, il Tecnico Audioprotesista acquisisce il consenso informato in forma scritta o, in caso di impossibilità, con le altre modalità previste dalla legge.

METODI

L'indagine, partita durante le ore del mio tirocinio del terzo anno, ha visto la somministrazione di un questionario rivolto ai clienti dopo il primo incontro audioprotesico.

La compilazione è stata a cura del cliente dopo la fine dell'incontro, nella sala d'attesa.

Ai clienti partecipanti è stato chiesto di esprimere il proprio livello di soddisfazione del percorso di counseling.

Alla fine della compilazione, dovevano inserire questo questionario in una scatola chiusa proprio per preservare l'anonimato.

Il questionario è composto da 8 domande con l'obiettivo di valorizzare e migliorare il mio counseling.

L'indagine ha visto l'adesione volontaria di 37 clienti.

Questionario sottoposto ai miei pazienti:

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE COUNSELING

PRIMO SCREENING AUDIOPROTESICO

Gentile utente Le sottoponiamo questo questionario allo scopo di valutare la qualità del nostro servizio al fine di migliorarlo grazie al suo contributo. Sarà sufficiente barrare le caselle che ritiene più confacenti al servizio che le è stato offerto.

I dati raccolti sono in forma completamente anonima e per nulla riconducibili alla sua persona.

La ringraziamo per il tempo dedicato e la sua disponibilità.

Sesso M F

Anni _____

Titolo di studio	
Nessun titolo	
Scuola elementare	
Diploma di scuola media	
Diploma di maturità	
Laurea	

Occupazione	
Disoccupato	
Lavoro dipendente	
Lavoro individuale	
Pensionato	

QUESTIONARIO	Insoddisfacente	Migliorabile	Soddisfacente
L'accoglienza è stata			
Al primo colloquio l'analisi del suo problema è stato affrontato in modo			
In che misura si è sentito a suo agio quando è stato affrontato il suo problema			
Le informazioni che le sono state date sono risultate chiare in modo			
Il tecnico è stato in grado di fugare i suoi dubbi in modo			
Il suo problema è stato focalizzato in maniera			
La soluzione definita per risolvere il suo problema è stata chiara in modo			
Le sue aspettative sono state soddisfatte in maniera			

RISULTATI

Dall'analisi del questionario sottoposto ai pazienti è emerso quanto ottenuto, in percentuale, nei grafici di seguito riportati:

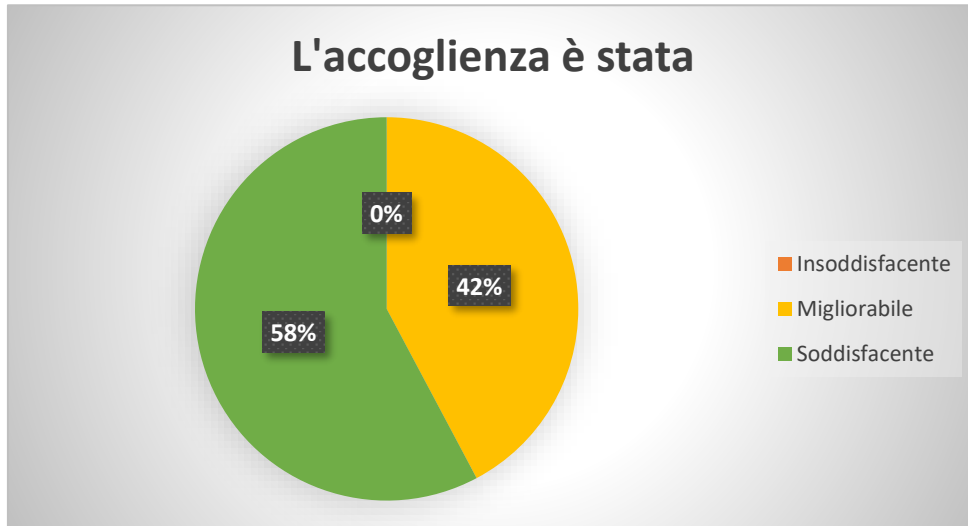


Grafico 1

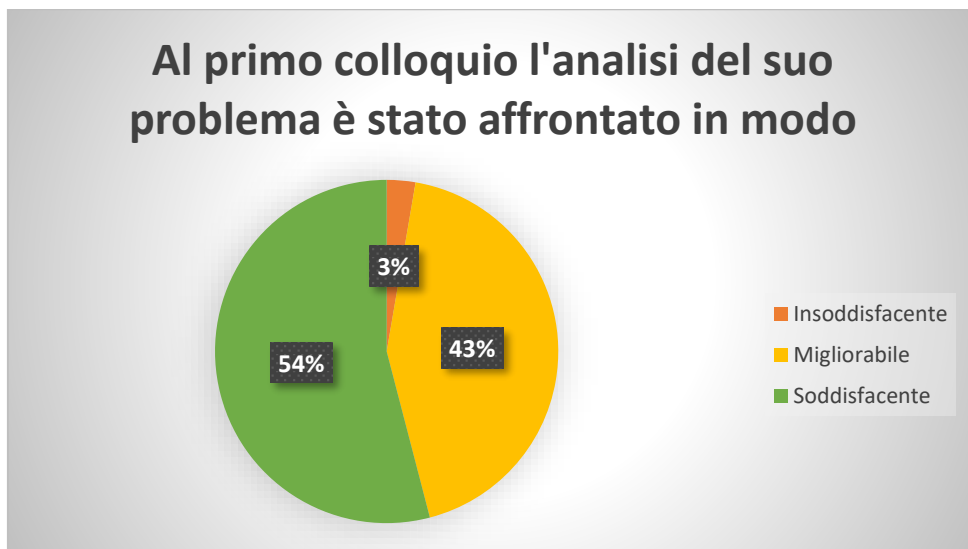


Grafico 2

In che misura si è sentito a suo agio quando è stato affrontato il suo problema?

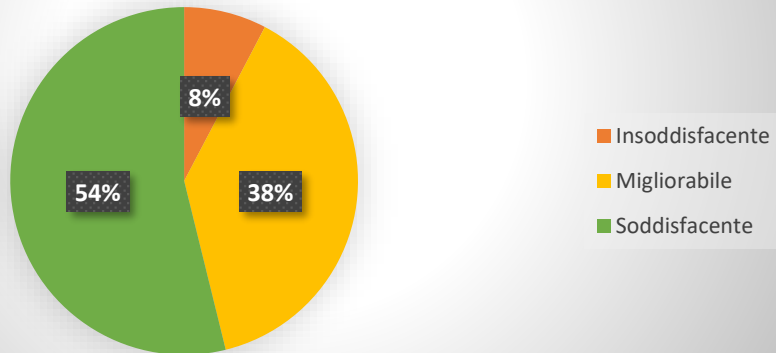


Grafico 3

Le informazioni che le sono state date sono risultate chiare in modo

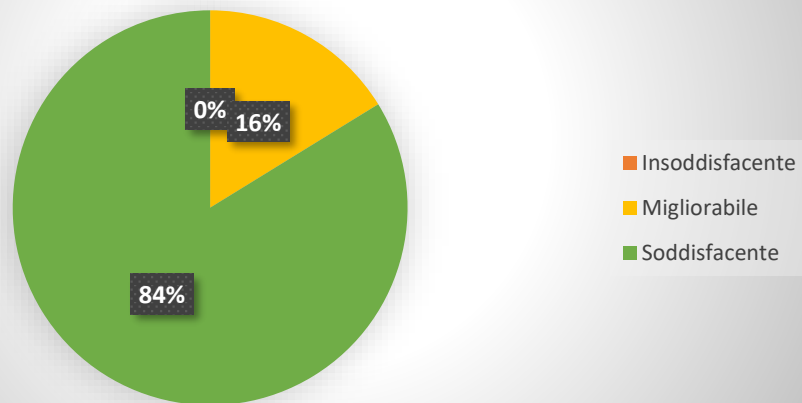


Grafico 4

Il tecnico è stato in grado di fugare i suoi dubbi in modo

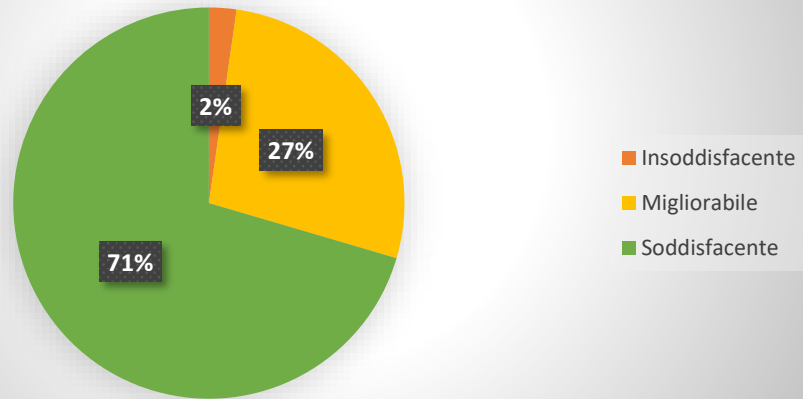


Grafico 5

Il suo problema è stato focalizzato in maniera:

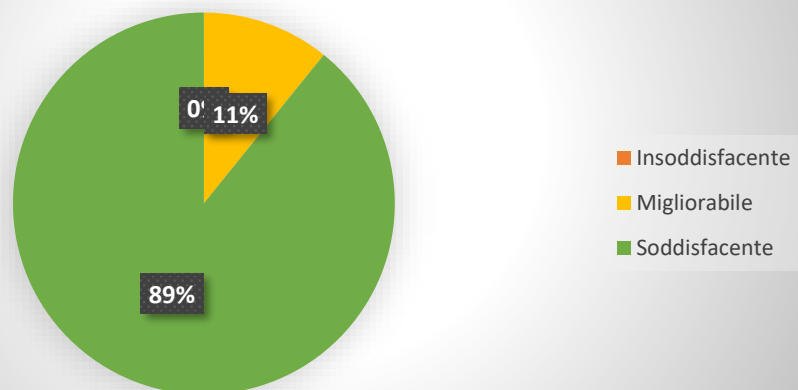


Grafico 6

La soluzione definitiva per risolvere il suo problema è stata chiara in modo

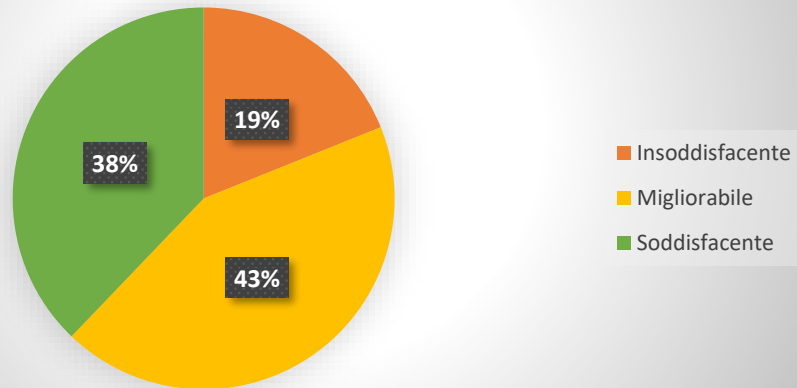


Grafico 7

Le sue aspettative sono state soddisfatte in maniera:

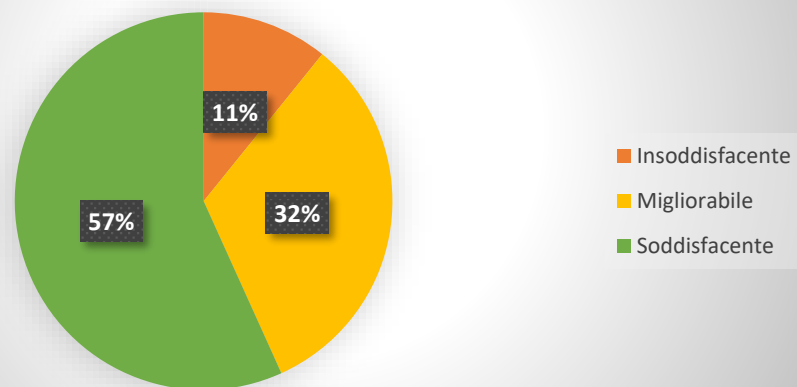


Grafico 8

I risultati ottenuti dall'attività di tirocinio, rappresentati nei grafici, sono certamente limitati dal breve periodo di operatività e dal ridotto numero di clienti oggetto della valutazione. Il lavoro fin qui svolto sarà, comunque, il punto di partenza per perfezionare e migliorare, all'interno della mia attività di counseling, quanto già svolto.

CONCLUSIONI

Da quanto emerge dai grafici è evidente che vi è ancora spazio per migliorare la mia attività di counseling. Alla domanda, “l'accoglienza è stata”, la percentuale delle risposte è divisa tra il 58% “Soddisfacente”, il 42% “Migliorabile” e nessuna risposta “Insoddisfacente”. Per migliorare si potrebbe, per esempio, apportare modifiche allo spazio di accoglienza secondo un principio di neutralità che possa evitare il più possibile disagi e fastidi e migliorare anche la comodità offerta dall'arredo. Entrambe le soluzioni risultano essere dei potenti catalizzatori in grado di delineare la direzione del colloquio, di conferire allo stesso un gradevole sapore di agio e di potenziale benessere.

Alla domanda “Al primo colloquio l'analisi del suo problema è stato affrontato in modo” anche in questo caso i risultati sono soddisfacenti. Infatti, risulta “Soddisfacente” il 54% delle risposte, il 43% “Migliorabile” e solo il 3% “Insoddisfacente”. Sarà necessario concentrarsi maggiormente sulla risoluzione e non sul problema in sé. Questo perché, pensare al problema, ci porta ad avere un atteggiamento negativo, che blocca i processi mentali mirati alla risoluzione.

Alla domanda “In che misura si è sentito a suo agio quando è stato affrontato il suo problema”, il 54% delle risposte sono state “Soddisfacente”, il 38% “Migliorabile” e l'8% “Insoddisfacente”. Sicuramente, apportando dei miglioramenti nei casi precedentemente esposti, si andrà ad avere anche in questo caso un generale miglioramento dei risultati.

Alle domande: “Le informazioni che le sono state date sono risultate chiare in modo” con un risultato del 84% “Soddisfacente”, 16% “Migliorabile”; “ Il tecnico è stato in grado di fugare i suoi dubbi in modo” con il 71% delle risposte

“Soddisfacente”, il 27% “Migliorabile”, il 2% “Insoddisfacente”; “Il suo problema è stato focalizzato in maniera” con l’89% delle risposte “Soddisfacente” e l’11% “Migliorabile”; i risultati sono stati buoni anche se è sempre possibile migliorare.

Alla domanda “La soluzione definita per risolvere il suo problema è stata chiara in modo”, solo il 38% delle risposte è “Soddisfacente”, il 43% “Migliorabile” e il 19% “Insoddisfacente”. Questo aumento di risposte “Insoddisfacente”, a mio parere, può essere dovuto ad un fattore puramente estetico. Un’alta percentuale di persone, si avvicina al percorso di riabilitazione acustica con la convinzione di poter scegliere qualsiasi tipo di soluzione e precisamente l’apparecchio acustico “invisibile” ma per motivi anatomici e tecnici, ciò non è sempre possibile. Per migliorare queste percentuali bisogna far comprendere che è vero che il fattore estetico è importante ma i benefici che si possono raggiungere con una scelta opportuna sono ancora più importanti.

Alla domanda “Le sue aspettative sono soddisfatte in maniera”, la percentuale delle risposte “Soddisfacente” risulta essere il 57%, quella “Migliorabile” il 32% e l’11% “Insoddisfacente”. Il paziente si aspetta una soluzione magica. Non è sempre possibile con l’utilizzo degli apparecchi acustici, ottenere il recupero completo della capacità uditiva, ma solo supportare, nei limiti consentiti dalle caratteristiche dell’ipoacusia, quelle che sono le possibilità uditive residue del soggetto ipoacusico. Bisogna, quindi, essere più incisivi nel sottolineare quali potrebbero essere i limiti dell’applicazione protesica in modo che le aspettative siano le più realistiche e corrette possibili.

Per perfezionare il mio counseling servirà sicuramente tanta esperienza sul campo, determinazione e autostima.

Il counseling, a mio parere, svolge un ruolo di primaria importanza nel percorso di protesizzazione acustica di un paziente, perchè ogni persona è un complesso di stati emozionali, di aspettative e sentimenti che vanno compresi e valorizzati con interventi e scelte opportune. Il buon agire di un audioprotesista è infatti strettamente legato a questo sua connotazione ambivalente di tecnico e counselor: egli comprende per agire. Agire in maniera etica e competente significa regalare a sé stessi ed agli altri grandi soddisfazioni: i pazienti che compiono con successo il percorso riabilitativo hanno modo di riconquistare maggiore autonomia, vivere meglio le relazioni sociali ed affettive e, riacquistando stima ed autoconsiderazione, godono meglio la propria vita. Come in tutte le attività umane la perfezione assoluta non esiste ma, con lo sforzo costante e quotidiano nello svolgere bene il proprio lavoro, è possibile migliorare la qualità di quanto si sta facendo imparando sempre qualcosa di nuovo anche grazie al contributo che possono trasmettere gli altri: chi smette di imparare è vecchio.

BIBLIOGRAFIA

- Comunicazione e qualità della vita (Antinio Frintino e Giuliano Giuntoli, 2007)
- COUNSELING Ed. RED (Marcella Danon, 2014)
- Il colloquio di Counseling (Vincenzo Calvo, 2007)
- Il counseling nella crisi (PIETRANTONI, LUCA;PRATI, GABRIELE 2008) rivista difesa sociale
- Il manuale dell'audioprotesista (Maurizio Clerici, 2006)
- La competenza è la chiave (Gianni Gruppioni, 2008)
- La valutazione psicologica dell'anziano ipoacusico (Valentina Schina, 2009)
- Linee guida in tema di protesizzazione acustica dei pazienti affetti da ipoacusia non rimediabile con la terapia medica e/o chirurgica (ACTA, 2007)
- Ministero della Salute – Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale
- Nuovo Codice Deontologico - 2019 FIA