

“E’ difficile rimanere Imperatore in presenza di un medico; difficile anche conservare la propria essenza umana: l’occhio del medico non vede in me che un aggregato di umori, povero amalgama di linfa e di sangue”.

M. Yourcenar, Memorie di Adriano

All'interno di un contesto caratterizzato dalla ***complessità***, dove l'***umanizzazione*** e la ***personalizzazione dell'assistenza*** nei confronti del paziente rivestono un ruolo cardine, **le relazioni umane si collocano in primo piano,**

nella consapevolezza che la qualità dell'assistenza percepita non dipende solo dalla dimensione tecnico-pratica ma anche dalla rete delle relazioni,
relazioni che curano.

Aspetti psicologici del soccorso extraospedaliero

A cura di Lucilla Anderloni

Obiettivi dell'incontro

- **Conoscere le caratteristiche di una comunicazione efficace**
- **Descrivere le diverse modalità di approccio a pazienti particolari**

Teorie e tecniche della comunicazione


Il messaggio

Verbale - digitale

Non verbale - analogico

- Gesti
- Linguaggio del corpo

Messaggio verbale



Che fai
stasera?



Resto a
casa

Messaggio non verbale



Messaggio non verbale



Che cos'è la comunicazione?

Dal latino “communico”: “legare con”, “costruire con”, “mettere in comune”. La comunicazione è la **trasmissione di informazioni, conoscenze ed emozioni** che gli esseri umani usano per costruire delle relazioni ed attribuire dei significati alle proprie azioni ed al proprio essere

Modello lineare: trasmissione di informazioni

- Un'emittente fornisce informazioni a un ricevente attraverso una serie di passaggi
- Causa-effetto: $A \text{ ----} \rightarrow B$
- Esempio: tiro un calcio a un sasso

Modello Interattivo - Dialogico: condivisione di relazione

- Circolarità: A -- >B -- >A
- **Retroazione (feedback)** cioè la risposta del ricevente, che permette all'emittente di capire se il proprio messaggio è stato recepito e/o se è necessario apportare delle modifiche
- Comunicare è inter agire: l'emittente può diventare anche ricevente e viceversa
- Esempio: tiro un calcio a un cane

Comunicazione Verbale vs. Comunicazione Non-Verbale

Di solito si attribuisce una maggiore importanza alla comunicazione verbale rispetto a quella non verbale.

Comunicazione ed interpretazione

Per una comunicazione efficace bisogna tener conto del:

- **Ruolo del soggetto: la percezione**

Ovvero il filtro soggettivo attraverso cui gli elementi oggettivi vengono visti dal soggetto (es. stati d'animo, emozioni)

- **Ruolo del contesto culturale: gli stereotipi e i pregiudizi**

Ovvero i meccanismi di schematizzazione e semplificazione della realtà

Si può ricondurre a questo approccio alla **pragmatica della comunicazione**, particolarmente importante nel nostro contesto per i suggerimenti operativi che possono scaturirne. Si riportano i principali assiomi proposti da questo approccio, (**la Scuola di Palo Alto**). I sistemi interpersonali (coppie, famiglie, gruppi) possono essere considerati **circuiti di retroazione**, poiché il comportamento di ogni persona influenza ed è influenzato dal comportamento di ogni altra persona.

Gli assiomi della comunicazione umana

1°) Non si può non comunicare

Gli assiomi della comunicazione umana

**2°) Ogni comunicazione ha un
aspetto di contenuto e uno
di relazione**

Tre tipi di relazione

- **Conferma:** si riconosce la validità dell'opinione altrui. Si accetta il messaggio che l'altro invia.
- **Rifiuto:** si condivide il fatto che è una persona, ma non si accetta il contenuto del messaggio: tu hai torto.
- **Disconferma:** tu non esisti: il rifiuto della relazione.

Gli assiomi della comunicazione umana

**3°) La natura di una relazione
dipende dalla punteggiatura
delle sequenze di
comunicazione tra i
comunicanti**

Gli assiomi della comunicazione umana

**4°) Gli esseri umani
comunicano sia con il modello
numerico sia con quello
analogico**

Gli assiomi della comunicazione umana

**5°) Tutti gli scambi di
comunicazione sono
simmetrici o complementari**

Conclusioni

**Comunicare per relazionarsi con le
altre persone non rappresenta e
trasmette ma *CREA realtà sociali*,
credenze, idee, sentimenti,
emozioni**

Elementi per gestire il rapporto

Per gestire bene il rapporto, l'operatore dovrebbe prestare particolare attenzione ad almeno tre elementi:

- 1) *Saper ascoltare*
- 2) *Saper restare neutro*
- 3) *Saper comunicare*

1) Saper ascoltare

- Oltre a “cosa” l’interlocutore dice, si dovrebbe essere in grado di catturare anche “come” l’interlocutore si esprime.
- E’ importante capire
 - Come descrive la situazione
 - Quali vissuti emotivi ha di questa
 - Quali sono le sue interpretazioni
 - Che svantaggi ed anche, paradossalmente, vantaggi ne ricava
 - Quali sono le sue paure, le sue speranze, le sue delusioni

2) Saper restare neutro

- L'operatore deve saper essere privo di pregiudizi nei confronti dell'interlocutore che magari presenta stili di vita, attitudini e valori diversi da quelli che lui reputa corretti, anche in quei casi che -in situazioni non professionali- potrebbe giudicare ripugnanti o negativi.

3) Saper comunicare

- Occorre disponibilità ed espressione di attenzione sincera.
- Occorre utilizzare un linguaggio comprensibile all'interlocutore

Introduzione ad un concetto chiave per l'operatore: l'Empatia

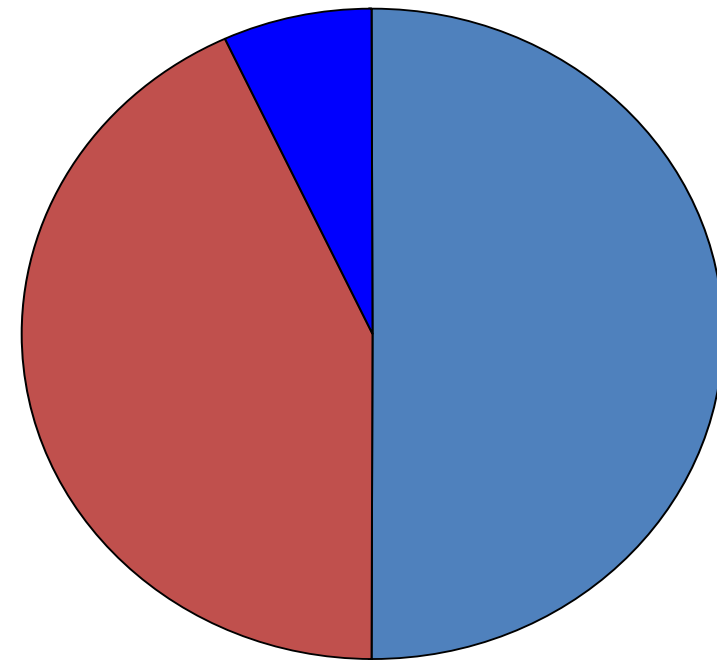
- L'empatia è la focalizzazione sul mondo interiore dell'interlocutore, è la capacità di intuire cosa si agiti in lui, come si senta in una situazione e cosa realmente provi al di là di quello che esprime verbalmente.
- E'anche la capacità di leggere fra le righe, di captare le spie emozionali, di cogliere anche i segnali non verbali indicatori di uno stato d'animo e di intuire quale valore rivesta un evento per l'interlocutore.

Come comunichiamo

- Comunicazione non verbale (C.N.V.)
- Intonazione della voce
- Comunicazione verbale (C.V.)

Come comunichiamo

- Comunicazione non verbale (C.N.V.) => 50%
- Intonazione della voce => 43%
- Comunicazione verbale (C.V.) => 7%



■ C.N.V. ■ Intonaz. Voce ■ C.V.

Le componenti della C.N.V.



La C.N.V. nel rapporto

- Con se stessi

- Con gli altri

La C.N.V. nel rapporto con gli altri

- La C.N.V. offre informazioni **in tempo reale** relativamente allo stato emotivo dell'interlocutore.
- Ogni affermazione fatta con la parola è sempre **controllata in qualche modo dalla razionalità** e non fornisce dati relativi ai bisogni emotivi di chi abbiamo di fronte.

La C.N.V. nel rapporto con gli altri

La parola infatti può anche esprimere:

- Ciò che l'interlocutore **non pensa realmente** ma ci vuol far credere sul suo conto
- Ciò di cui l'interlocutore **si è convinto** senza che la sua parte istintiva sia allineata effettivamente con quel pensiero

Interpretazione della C.N.V.

- Caratteristiche individuali e culturali di ciascuno
- Influenza del **qui e ora**
- Nessun atteggiamento o movimento del corpo ha un preciso significato in sé, in senso assoluto

Dalla letteratura

- ***Secondo Ekman e Friesen:* esiste un **programma neurofisiologico innato** che presiede all'attivazione di determinate espressioni facciali in corrispondenza delle emozioni**
- **Facial Action Coding System (*Lie To Me*)**

Dalla letteratura

- ***Effetto alone e baby face effect:*** si tende ad associare ad un **aspetto fisico gradevole** **caratteristiche gradevoli** e **persone con tratti di viso infantili tendono ad essere considerate più oneste e gentili**

La modalità interattiva

- Noi stessi **possiamo stimolare determinate reazioni** nel nostro interlocutore (es. **posizione di apertura per esprimere la nostra disponibilità alla relazione**)

Le verifiche subliminali

- Le tre tipologie di reazioni che possiamo riscontrare durante un dialogo, a seguito di una parola, una frase, un gesto o qualsiasi stimolo sensoriale sono dette anche **verifiche subliminali** (*sub limen*, sotto la soglia di percezione) perché razionalmente non si è consapevoli del loro manifestarsi né su di noi né sugli altri.

Le verifiche subliminali

- Scarichi tensionali

Si esprimono su argomenti o stimoli graditi o rifiutati

Le verifiche subliminali

- **Verifiche di rifiuto**

Si esprimono su argomenti o stimoli rifiutati dalle esigenze emotive dell'individuo nella qualità e nella quantità.

Le verifiche subliminali

- **Verifiche di gradimento**

Si esprimono su argomenti o stimoli graditi alle esigenze emotive dell'individuo nella qualità e nella quantità.

I canali dinamici della C.N.V.

**Vengono utilizzati istintivamente,
contemporaneamente**

- **Prossemica**
- **Cinesica**
- **Paralinguistica**
- **Digitale**

I canali dinamici della C.N.V.

- **La Prosemica:** dal greco “proxis”, distanza, indica la parte della C.N.V. che si occupa della gestione degli spazi.

La conoscenza e la lettura in tempo reale dei feed-back permette di valutare quale potenziale abbiamo su una persona

I canali dinamici della C.N.V.

- **La Cinesica:** dal greco “chinesis”, movimento, indica la parte della C.N.V. che si occupa della **gestione dei movimenti.**

I canali dinamici della C.N.V.

- **La Digitale:** dal latino “digitum”, dito, indica la parte della C.N.V. che si occupa della **gestione dei tocamenti**.

I canali dinamici della C.N.V.

- **La Paralinguistica:** indica la parte della C.N.V. che si occupa della gestione dei **suoni vocali e strumentali** (*intercalari, borbottii, sbadigli, colpi di tosse, ritmo e velocità dell'eloquio, pause, tono, esitazioni*).

LA RELAZIONE D'AIUTO

L'assistenza fornita nel soccorso extra-ospedaliero è una **relazione di aiuto che ha come**

Obiettivi:

- **aiutare,**
- **assistere,**
- **prendersi cura.**

Caratteristiche della relazione d'aiuto:

- **espressione di dedizione-interesse;**
- **possesso di conoscenze e di competenze adeguate;**
- **rispetto per l'integrità di chi riceve assistenza;**

Caratteristiche della relazione d'aiuto:

- **riconoscimento che l'altro è separato da sé;**
- **rispetto per la persona e per le sue scelte, azioni, valori;**
- **identificazione di un bisogno assistenziale e attuazione di un intervento finalizzato a dare una risposta e a migliorare, se possibile, la situazione.**

Semplici regole per gestire il rapporto operatore/paziente

- 1. Non esprimere mai troppi concetti contemporaneamente.**
- 2. Quando si parla rivolgersi sempre direttamente all'interlocutore, evitando di fare gesti che possano distrarlo.**
- 3. Ripetere sempre l'informazione più volte, in modo che sia più comprensibile, specie se chi ascolta possiede un basso grado d'istruzione.**

- 4. Pianificare il discorso in modo che i punti più importanti dell'informazione vengano dati sia all'inizio che alla fine di esso.**

- 5. Per essere più chiari, ricorrere ad esempi che possano risultare facilmente comprensibili per il paziente, magari riferendosi a vicende cliniche legate a lui o ai suoi familiari.**

- 6. Per mettere maggiormente a suo agio il paziente e favorire una maggiore comprensione del messaggio informativo, si può fare ricorso all'uso di qualche termine più colloquiale, popolare talvolta anche dialettale.**

7. Esprimere sempre ottimismo, incoraggiando il paziente in difficoltà: un eccesso di pessimismo può porlo in una posizione di scetticismo, con possibile calo di fiducia e rifiuto della terapia.

Occorre osservare e riconoscere se ci sono ostacoli alla comunicazione, che possono consistere in:

- 1) **distanza socioculturale** fra l'operatore e il paziente e/o il familiare (diversa cultura di appartenenza, diversa appartenenza religiosa o ideologica o altro);
- 2) **limitata recettività del paziente** e o dei familiari (stress emotivo);

3) **comprensione limitata** del paziente e/o del familiare;

4) uso di **terminologia medica** poco comprensibile da parte dell'operatore;

5) **informazioni contrastanti**, date da diversi operatori o da altre figure (parenti, amici ecc.);

6) **atteggiamento negativo** nei confronti dell'operatore (per esperienze negative precedenti, per sfiducia, o perché il paziente e/o il familiare “non vuole conoscere” quello di cui l'operatore vuole parlargli);

7) Occorre **osservare e riconoscere** che cosa sta accadendo al paziente e/o ai familiari con il quale si sta interagendo.

- **Quali sono i segnali verbali e quelli non verbali (Si agita? Ha un tono di voce concitato? Urla? Non parla con nessuno? Vi sono altre manifestazioni significative?)**

- **C'è congruenza fra segnali verbali e non verbali?**

- I segnali osservati possono essere sintomi di stress?

(Difficoltà di respirazione, sudorazione, tremori, irritabilità, paure irrazionali verbalizzate, panico, focalizzazione dell'attenzione, stati di confusione, vuoti di memoria, difficoltà nel prendere semplici decisioni, difficoltà nel giudicare razionalmente le situazioni, decisioni affrettate, crisi di pianto ecc.).

- I segnali osservati possono essere indici di ansia, di depressione, di un disturbo post-traumatico da stress o di altro?
- Sono osservabili particolari meccanismi di difesa?

A questo punto, si passa alla segnalazione della situazione a chi di dovere.

Occorre quindi utilizzare modalità di comunicazione efficaci:

- mantenere un **contatto visivo** con la persona;
- **parlare lentamente**;
- essere sempre **cortesi**;
- chiamare **per nome** l'utente;
- chiedere **informazioni** all'utente e alla famiglia;
- fornire **informazioni chiare**;
- utilizzare i **diversi sistemi verbale, intonazionale, paralinguistico e cinesico**, attraverso i canali visivo e uditivo contemporaneamente;

Occorre quindi utilizzare modalità di comunicazione efficaci:

- Utilizzare un **linguaggio comprensibile** (eventualmente il **dialetto**, se l'interlocutore non comprende bene l'italiano), accertandosi che il messaggio sia giunto al riceverne attraverso il feedback.
- **Contenere l'altro**: offrire al paziente la possibilità di essere compreso, accolto nella sua totalità, contenuto in un confine individualizzato (anziché schematico e disumanizzante), riconosciuto come persona con il suo dolore e la sua sofferenza

SITUAZIONI PARTICOLARI :

- LA RABBIA**
- L'AGGRESSIVITA'**
- LA DEPRESSIONE**

GESTIRE LA DEPRESSIONE

Incoraggiare l'eloquio, prendendo l'iniziativa nel dialogo e preferendo domande aperte, stimolare la cura di sé, aiutare a risolvere i problemi, incoraggiare il ricorso a sistemi di sostegno

GESTIRE LA RABBIA

Non alzare la voce, mantenere un tono di voce calmo, parlare lentamente, ripetere le frasi non comprese usando le stesse parole per non confondere, favorire la risoluzione di semplici problemi;

GESTIRE LA RABBIA

Si deve ricordare che le reazioni e l'aggressività del malato non sono dirette intenzionalmente verso chi lo assiste o gli sta vicino, soprattutto in pazienti in stato confusionale, nelle situazioni più gravi.

Rispondere di scatto o mettersi a discutere può scatenare nel malato reazioni ancora più accese. Cercare invece di **distrarre** la sua attenzione su un'altra cosa (che magari sappiamo interessano) o di **persuaderlo con dolcezza** o di **rassicurarlo**, anche tenendogli la mano, lo aiuterà a tranquillizzarlo.

La miglior cosa, per chi assiste il malato nel tempo, è sempre **cercare di dimenticare ciò che è successo o, comunque, non dargli importanza** (sforzandosi sempre di ricordare che è la malattia che porta a compiere certe azioni).

Simili reazioni del malato sono certamente difficili da accettare: essere offeso, minacciato o addirittura picchiato da qualcuno che si sta assistendo ferisce profondamente, anche sapendo che non vi è alcuna intenzionalità in tali comportamenti. Sforzatevi, in ogni caso, di evitare assolutamente di rimproverare o, peggio, di punire il malato (per esempio, rifiutandogli un favore). Non servirebbe a nulla, perché egli, il più delle volte, non è cosciente del fatto che le sue reazioni sono ingiustificate.

Spesso è utile cercare di capire quale sia stata la causa che ha scatenato la reazione e aiutare il paziente a trovare soluzioni. Non bisogna mai scordarsi che **la comunicazione non verbale è la più importante ed efficace, nei confronti di queste reazioni.** Non sempre si riesce a controllare le proprie reazioni: è più che naturale e non bisogna sentirsi in colpa per aver magari risposto d'istinto in malo modo.

GESTIRE L'AGGRESSIVITA'

Non lasciarsi spaventare o alterare,
ma rimanere molto calmi

GESTIRE L'AGGRESSIVITA'

Specialmente per i familiari:

Non interpretare l'attacco del paziente come volontario e alla luce di conflitti passati anche reali, ma come effetto della malattia e dell'ansia causata dal disorientamento

GESTIRE L'AGGRESSIVITA'

Se possibile, individuare la causa della reazione aggressiva e risolverla (rimuovere un oggetto disturbante, chiarire una situazione compresa male dal paziente, ...)

GESTIRE L'AGGRESSIVITA'

Ascoltare il paziente, anziché cercare di calmarlo a tutti i costi, nell'ambito di una vera e propria alleanza terapeutica

GESTIRE L'AGGRESSIVITA'

Ricordarsi che generalmente le reazioni aggressive sono manifestazioni di angoscia e disorientamento, e agire cercando di chiarire situazioni incomprese e di rassicurare il paziente

GESTIRE L'AGGRESSIVITA'

Sfruttare tutto ciò che si conosce del paziente e delle modalità per gestirlo, in direzione della prevenzione di episodi catastrofici

PAZIENTI PARTICOLARI

PAZIENTI PARTICOLARI

CHI SONO?

Obiettivi:

- **Aspetti relazionali mirati**
- **Diversificare l'approccio sul tipo di paziente**
- **Gestire le reazioni inaspettate**
- **Prevedere i comportamenti**
- **Rispettare gli aspetti culturali/religiosi**
- **Relazionarsi con i diversamente abili**
- **Considerare la diversità di linguaggio**

Pazienti particolari

- **Neonato/bambino**
- **Anziano**
- **Paziente psichiatrico**
- **Dipendente da alcool e/o droghe**
- **Diversamente abile**
- **Malato terminale**
- **Utente straniero**
- **Religioso**
- **Detenuto**

I BAMBINI

- **Ricordati di assistere due pazienti: il bambino e i genitori**
- **Tieni il bambino occupato mentre parli con il genitore**
- **Il bambino non è un adulto in miniatura, richiede attenzioni diverse**
- **Parla al bambino al suo livello visivo**
- **Utilizza un tono di voce calmo e tranquillo**
- **Rispetta i suoi tempi (attenzione ai capricci)**

La comunicazione è la chiave per fornire il miglior trattamento

- **Il bambino ha differenti modi per farsi capire dal mondo degli adulti**
- **Ha paure e stress differenti**
- **I parenti devono essere coinvolti nella cura del bambino**

Classificazione in base all'età

- **Infante: dalla nascita a 1 anno**
- **Bimbo ai primi passi: 1-3 anni**
- **In età prescolare: 3-5 anni**
- **In età scolare: 5-10 anni**
- **Adolescente: 10-17 anni**

INFANTE (da 1 mese a 1 anno)

- **Dipende completamente dai genitori**
- **Sta seduto, gattona**
- **Segue con lo sguardo, attirato da suoni e luci**
- **Respira attraverso il naso e usa prevalentemente i muscoli addominali**
- **Scarsa capacità di termoregolazione**
- **Testa grossa: fonte di perdita di calore**

INFANTE (da 1 mese a 1 anno)

Come trattare:

- **Tenere vicino ai genitori**
- **Tenere al caldo**
- **Usare un tono di voce calmo e rassicurante**

Bimbo ai primi passi (1-3 anni)

- **Comincia a parlare**
- **Ha coscienza di se, esprime volontà**
- **Teme le separazioni e il dolore**
- **Cammina ed esplora il mondo che lo circonda**
- **Non avverte il pericolo**
- **Esegue ordini semplici**

Bimbo ai primi passi (1-3 anni)

Come trattare:

- **Mantenere almeno il contatto visivo con i genitori, se possibile**
- **Mettersi al loro livello**
- **Esaminare con i genitori, se possibile**

Età prescolare (3-5 anni)

- **Molto espressivo e comunicativo**
- **Pensatore magico e fantasioso**
- **Ha concetto di sé ancora incompleto**
- **Teme il dolore, le deturpazioni e le separazioni**
- **Molto mobile**

Età prescolare (3-5 anni)

Come trattare:

- **Incoraggiare il gioco e la fantasia**
- **Incoraggiare la partecipazione al trattamento**
- **Trasportare con il bimbo il giocattolo o l'indumento preferito**

Età scolare (5-10 anni)

- **Si esprime correttamente**
- **Capisce la struttura e le funzioni del corpo**
- **Ragiona**
- **Non comprende il concetto di morte**
- **Teme la perdita di funzioni, le deturpazioni e la morte**

Età scolare (5-10 anni)

Come trattare:

- **Spiegare le procedure prima di eseguirle**
- **Spiegare il perché delle procedure**
- **Progettare un'evoluzione favorevole del trauma**
- **Rispettare il pudore**
- **Lodare la collaborazione**

Adolescente (10-17 anni)

- **Determinato a vivere nuove esperienze**
- **Ha capacità decisionale**
- **Il gruppo di amici è spesso il suo riferimento**
- **Teme la perdita di autonomia**
- **Teme la morte e la deturpazione**

Adolescente (10-17 anni)

Come trattare:

- **Interrogare in assenza dei genitori, se necessario**
- **Consentire scelte e controllo**
- **Rispettare l'autonomia**
- **Non ridicolizzare di fronte ai coetanei**

GLI ANZIANI

- **Rispetta la dignità e l'identità della persona**
- **Dai abbastanza tempo per rispondere alle domande/elaborare pensieri/esprimersi**
- **Usa un tono di voce calmo**
- **Pazienza e comprensione**
- **Attenzione alle disabilità psichiche e fisiche**
- **Assicurare gli ausili indispensabili (occhiali, dentiera, ...)**
- **Considerare i familiari o gli amici**
- **Ricordare l'importanza del contatto fisico**
- **Recuperare la documentazione clinica e verificare l'assunzione di farmaci**

PROBLEMI DI COMUNICAZIONE E RELAZIONE CON L'ANZIANO

- Ipoacusia e sordità: circa il 25% degli ultrasettantacinquenni ha **difficoltà uditive** che possono rendere problematica la comunicazione. Talvolta gli anziani con ridotta sensorialità acustica si sentono imbarazzati, tendono a leggere il movimento delle labbra ed a rispondere comunque alle domande, sebbene la ricezione non sia stata perfetta. La sordità rallenta il dialogo e **richiede maggior disponibilità**. E' necessario parlare di fronte, con un tono di voce chiaro, ma non troppo elevato, altrimenti le consonanti non si sentono e le vocali appaiono distorte. Nelle situazioni di grave sordità è opportuno consigliare, quando è possibile, la scrittura di brevi frasi, di parole essenziali

PROBLEMI DI COMUNICAZIONE E RELAZIONE CON L'ANZIANO

- Anomia: spesso l'anziano presenta **difficoltà a ricordare nomi di persone o oggetti**, specie se familiari, come se li avvertisse sulla “punta della lingua”, senza riuscire a pronunciarli. Sebbene talvolta l'anomia favorisca e preceda la comparsa di **manifestazioni ansiose**, tuttavia la mancata rievocazione della parola non sembra escludere l'influenza delle istanze emotive e dei significati affettivi

PROBLEMI DI COMUNICAZIONE E RELAZIONE CON L'ANZIANO

- Afasia: è un disturbo grave del linguaggio che insorge come conseguenza di lesioni cerebrali sottoforma di **afasia di espressione** o di **afasia di comprensione** in rapporto alla localizzazione della lesione stessa in due aree differenti dell'emisfero sinistro. Nel primo caso, pur mantenendo integro l'apparato fonatorio la persona **non riesce ad organizzare in parole e frasi i suoni che continua ad emettere**; nel secondo caso pur conservando la funzionalità uditiva essa **non riesce ad organizzare in parole e frasi i suoni che continua a percepire**; il malato si sente impedito nel tradurre il pensiero in parola o nel decifrare il messaggio che viene trasmesso.

PROBLEMI DI COMUNICAZIONE E RELAZIONE CON L'ANZIANO

- Afasia: L'afasico spesso appare particolarmente **sofferente sul piano emotivo**; non poter esprimere, da un giorno all'altro, i propri pensieri e sentimenti, o non comprendere adeguatamente le parole ascoltate o lette, può implicare smarrimento, ansia e depressione. Oltre all'impiego di specifici strumenti logopedici è opportuno porre una particolare attenzione alla **comunicazione non verbale**, “prestare”, suggerire le parole a chi le ha perse, mostrando di comprendere e apprezzare i cenni affermativi o negativi espressi col capo o con la mano, scandire e accompagnare con la mimica e la gestualità le parole pronunciate. **Sentirsi compresi stimola la fiducia e facilita l'interazione.**

PROBLEMI DI COMUNICAZIONE E RELAZIONE CON L'ANZIANO

- Disartria: è un disturbo dell'articolazione della parola dovuto spesso a **danni neuronali**. Solitamente l'anziano disartrico è **in grado di comprendere correttamente il linguaggio parlato**, ma si può esprimere, a seconda della gravità del sintomo, con **parole incomplete, difformi, sconnesse e talora non facilmente comprensibili**. Un ascolto attento e paziente spesso permette una comunicazione adeguata.

PROBLEMI DI COMUNICAZIONE E RELAZIONE CON L'ANZIANO

- Ripetitività: accade che alcuni anziani ripetano più volte le medesime richieste, le stesse proposizioni; talora è l'ipoacusia che influenza la ripetizione, oppure è la labilità mnesica, ma in altre occasioni è la ricerca di una certezza di essere stati ascoltati e soprattutto compresi.

PROBLEMI DI COMUNICAZIONE E RELAZIONE CON L'ANZIANO

- Logorrea: a volte l'anziano è logorroico poiché ha una forte **esigenza di essere ascoltato**; talora sono rare le occasioni di parlare apertamente e liberamente, o forse è anche la prima volta in cui egli ha l'opportunità reale di raccontare di sé, di situazioni e contenuti che fatica a condividere con familiari e amici; talvolta **una persona nuova disposta all'ascolto** partecipato e disinteressato facilita la narrazione di eventi ed emozioni. L'isolamento coercitivo, sensoriale, la costrizione al silenzio, l'inibizione della ricerca relazionale a volte scompone, amplifica il bisogno di comunicare.

PROBLEMI DI COMUNICAZIONE E RELAZIONE CON L'ANZIANO

- Incoerenza verbale (frammentarietà): La perdita delle capacità cognitive, specie se progressiva e grave, non permette l'organizzazione di un pensiero logico, costruttivo, efficace. L'anziano demente o comunque con peculiari problemi mentali fatica a riconoscere ed esprimere le sue necessità biologiche, affettive, relazionali, trova serie difficoltà a formulare adeguate richieste di aiuto, tuttavia **sa percepire con particolare accortezza l'interesse e la disponibilità di chi lo assiste.**

PROBLEMI DI COMUNICAZIONE E RELAZIONE CON L'ANZIANO

- Incoerenza verbale (frammentarietà): Il registro cognitivo diviene inutilizzabile e si acuisce l'esigenza di una comunicazione sensibile; la perdita la capacità di pensiero astratto, memoria, coscienza, comprensione e linguaggio svela la dimensione emotiva, la sua caratteristica, fragile e delicata modalità di ricezione ed emissione comunicativa. In particolare nella relazione con il demente assume una significativa, dominante importanza il comportamento che accompagna i silenzi e le parole.

PROBLEMI DI COMUNICAZIONE E RELAZIONE CON L'ANZIANO

- Dolore: a volte l'intensità del dolore supera il controllo emotivo e segue la modalità comunicativa dell'urlo, del grido disperato. Nell'anziano il dolore può inibirsi, ripiegarsi nel silenzio, chiudersi all'espressività, deprivato di una fiduciosa comprensione. Altre volte nell'anziano il dolore sembra affermarsi nel silenzio di una vissuta, profonda dignità

PROBLEMI DI COMUNICAZIONE E RELAZIONE CON L'ANZIANO

- Psicosomatica: nell'anziano è frequente ravvisare una **condizione depressiva**. La depressione inascoltata, non riconosciuta trova una modalità espressiva attraverso il **mascheramento somatico**. La maggior vulnerabilità biologica facilita la manifestazione organica della sofferenza. Nell'anziano l'aumentata fragilità sul piano biologico sembra facilitare l'espressione somatica della sofferenza psichica. **La depressione non adeguatamente valutata e curata tende a presentare complicazioni di natura organica**

IL PAZIENTE PSICHIATRICO

- **Rispettare la dignità e l'identità della persona**
- **Usare un tono di voce calmo**
- **Pazienza e comprensione**
- **Neutralità, astensione dal giudizio**
- **Attenzione alle disabilità psichiche e fisiche**
- **Assicurare gli ausili indispensabili(occhiali, dentiera, ...)**
- **Considerare i familiari o gli amici**

GLI OSTILI / NON COLLABORANTI

- **Attenzione ai pregiudizi**
- **Ascoltare attentamente i resoconti dei presenti**
- **Mantenere una distanza di sicurezza**
- **Non lasciare solo il paziente**
- **Stabilire limiti e punti fermi**
- **Non utilizzare la forza**

ALCOLISTI E TOSSICODIPENDENTI

- Cercare sempre di instaurare una relazione
- Non sottovalutare altri disturbi medici
- Non usare mai la forza
- Cercare di creare un rapporto di fiducia
- Rispetto per la dignità umana
- Mantenere sempre il livello visivo
- Usare un tono di voce calmo e tranquillo
- Non ignorarlo

I PORTATORI DI HANDICAP

- **Assicurarsi del tipo di handicap**
- **Non ignorare il suo handicap**
- **Non imbarazzarsi per il suo handicap**
- **Non fingere di capire il suo disagio**
- **Rispettare i suoi tempi**
- **Mantenere sempre il livello visivo**
- **Usare un tono di voce calmo e tranquillo**
- **Non ignorarlo per parlare con i suoi tutori o parenti**

IL SORDOMUTO

- **E' una persona normale**
- **Può esprimersi a voce ma a volte con suoni incomprensibili**
- **Non può utilizzare l'udito ma spesso sa leggere benissimo le labbra: cercare di dargli questa possibilità**
- **Dargli la possibilità di esprimersi scrivendo o con altri ausili di comunicazione visiva.**

IL CIECO

- **E' una persona normale**
- **Non ha la facoltà visiva e spesso ha accentuato quella uditiva e/o altri sensi**
- **Necessita dei suoi spazi e dei suoi riferimenti per muoversi**
- **Lasciare spazio alla necessità tattile**

IL MALATO TERMINALE

- Si tratta di una situazione di estrema conflittualità: il sapere tecnico non basta. Stare accanto a chi muore significa, per un operatore, **sperimentare un profondo e talvolta devastante senso di impotenza**, dunque accettare la morte significa anche **riuscire ad accettare la propria impotenza**. Per questo il lavoro con i morenti è spesso dichiarato faticoso: è faticoso sentirsi vicini a loro, è faticoso ricercare un senso in quanto accade, è faticoso trovare comunque una conferma delle proprie capacità. E' importante che il paziente percepisca una disponibilità non frettolosa alla cura e all'ascolto: **più che la quantità di tempo, è importante la qualità del tempo che gli si dedica.**

IL MALATO TERMINALE

- Lavorare con pazienti prossimi alla morte, ascoltarli, raccogliere le loro piccole indicazioni non porta via più tempo che fare le stesse cose con pazienti che stanno meglio. Il paziente prossimo alla morte chiede pochissimo. **Ha bisogno di sentirsi a suo agio, di essere libero dal dolore nella misura in cui questo è possibile, di avere un essere umano che non lo abbandoni**

IL MALATO TERMINALE

Non tutti i malati sono a conoscenza o desiderano essere messi a conoscenza della precisa natura della loro diagnosi e della prognosi e **non tutti sono disponibili ad affrontare il tema della loro morte**. Il malato può **non voler parlare** della sua malattia terminale, ma può **voler essere rassicurato** sul fatto che qualcuno sarà disponibile ad ascoltarlo quando egli lo vorrà, oppure può desiderare **la conferma di poter condividere** la situazione con qualcuno. In questi casi, la comunicazione con il paziente sarà prevalentemente **non verbale** (contatto oculare, vicinanza fisica, contatto fisico...).

IL MALATO TERMINALE

- In ogni caso, la vicinanza con il morente richiede sempre il rispetto delle seguenti condizioni.
- **Comprensione tacita:** il malato può sempre esprimere i suoi sentimenti di tristezza e di smarrimento, o anche di rabbia e di paura, senza timore di essere giudicato e senza imbarazzo.
- **Fiducia:** il malato deve sempre sentire di essere accettato, anche quando perde il controllo di sé e del proprio corpo.
- **Tolleranza del silenzio e della chiusura:** il malato deve poter scegliere la solitudine e il silenzio senza essere forzato a interagire con gli altri.

IL MALATO TERMINALE

- Le fasi finali della malattia scatenano nel malato **una serie di timori**, di cui l'operatore deve tener conto nell'avvicinarsi a lui.
- **Timore di soffrire fisicamente**: spesso la paura del dolore fisico è paralizzante e talvolta la paura di soffrire è superiore alla paura di morire.
- **Timore di essere isolati**: spesso i malati terminali vengono isolati dagli altri e finiscono per vergognarsi delle condizioni del loro corpo.

IL MALATO TERMINALE

- **Timore di perdere il corpo:** spesso i malati terminali finiscono per non riuscire più a riconoscere se stessi e la propria fisicità in un corpo emaciato, nutrito da sonde, immobile.
- **Timore di perdere il controllo:** spesso i malati terminali hanno paura di dire cose senza senso o di apparire strani e confusi.
- **Timore dell'ignoto:** la morte è sempre un mistero; chi muore sa di doverlo comunque affrontare in solitudine, e questo fa molta paura.

IL MALATO TERMINALE

- Evitare domande indelicate (“Come si sente?”)
- Fare attenzione a non invadere la sfera di intimità degli altri
- Intervenire non significa necessariamente agire
(STARE vs. FARE)
- Offrire una presenza empatica (contenimento)
- Non avere “paura della paura dell’altro”
- Offrire un eventuale contatto fisico (tenere una mano,
abbracciare, stare fisicamente vicini)
- Non sperimentare comportamenti che non fanno parte del nostro abituale repertorio

IL MALATO TERMINALE

- Sintonizzarsi con i bisogni dell'altro per capire come recepisce i nostri tentativi di stabilire una relazione con lui e lasciarsi guidare dalle sue risposte
- Fornire appoggio con discrezione e delicatezza
- Permettere la condivisione del dolore
- Permettere la libera espressione delle emozioni
- Essere disponibili all'ascolto
- Gestire il silenzio
- Prestare estrema attenzione nel cogliere se la nostra presenza è di aiuto o fonte di ulteriore disagio

IL MALATO TERMINALE

- Creare uno spazio protetto, se possibile, per consentire di dare sfogo al dolore.

Il metamesaggio è “Sono qui e ho tempo per lei: se vuole parlare può contare su di me; se non vuole, rispetterò il suo silenzio”.

IL PAZIENTE STRANIERO

- **Attenzione agli stereotipi e ai pregiudizi**
- **Verificare il grado di comprensione e produzione della lingua parlata**
- **Parlare lentamente e chiaramente**
- **Se ha difficoltà linguistiche utilizzare la comunicazione non verbale**
- **Rispettare la cultura di appartenenza, le usanze**
- **Non fingere di capire**
- **Non ignorarlo**

IL PAZIENTE CON UN CREDO RELIGIOSO DIFFERENTE DAL TUO

- **Rispettare per quanto possibile le necessità di ordine religioso e spirituale**
- **Alcune religioni non consentono il contatto fisico se non secondo determinate condizioni (il paziente donna può essere valutato solo da un'altra donna)**
- **Non manifestare o imporre il proprio credo religioso**

IL DETENUTO

- Cercare sempre di instaurare una relazione
- Non sottovalutare altri disturbi medici
- Non usare mai la forza
- Cercare di creare un rapporto di fiducia
- Rispettare la dignità umana
- Mantenere sempre il livello visivo
- Usare un tono di voce calmo e tranquillo
- Non ignorarlo
- Verificare la sua possibilità di allontanarsi

“Sono stata infermiera, sono stata assistente sociale, sono stata medico.

Ma la cosa più difficile di tutte è imparare ad essere un paziente”.

Cicely Saunders

***Gli addii migliori
sono quelli più
brevis: arrivederci!***