



UNITÀ MEDICINA
RIABILITATIVA



UNITÀ GRAVI
CEREBROLESIONI

c b d

w l z

e
c l
e c
b

Diario di bordo

v o
g e

1 3 7 8
2 5 6
0 4 9



e n

Schede informative per i familiari di persone con
**DISTURBI DEL LINGUAGGIO
E DELLA COMUNICAZIONE**

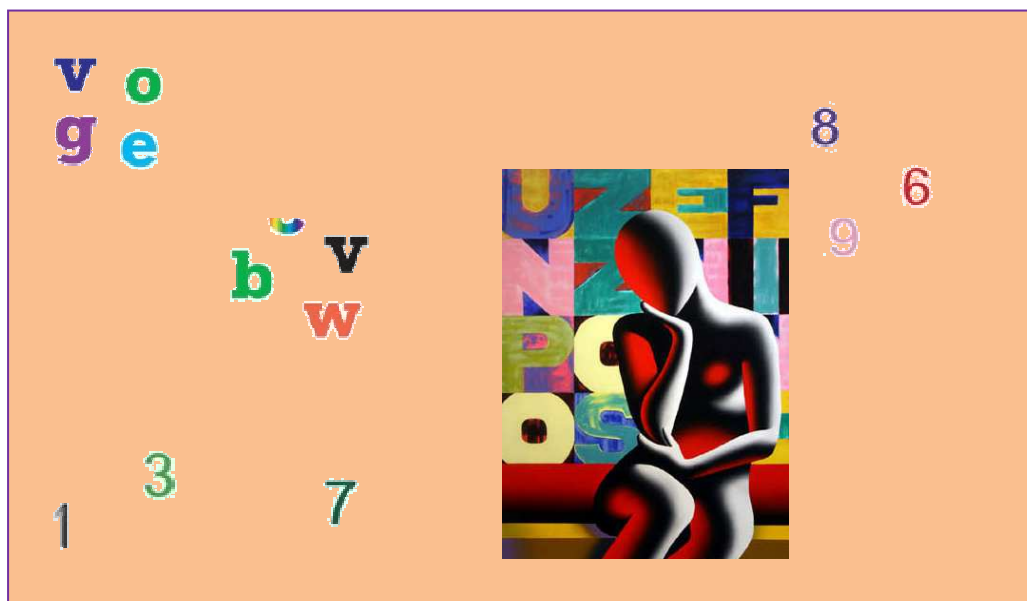
In copertina: Mark Kostabi, 2010



SETTORE DI MEDICINA RIABILITATIVA "SAN GIORGIO"
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE/RIABILITAZIONE
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA

Diario di bordo

SCHEDE INFORMATIVE PER I FAMILIARI DI PERSONE CON
**DISTURBI DEL LINGUAGGIO E DELLA
COMUNICAZIONE**





UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA RIABILITATIVA
Direttore: Prof. Nino Basaglia
STRUTTURA ORGANIZZATIVA SEMPLICE DI
NEUROPSICOLOGIA RIABILITATIVA
Responsabile: Dott.ssa Antonella Bergonzoni

A cura di:

ANTONELLA BERGONZONI

Dirigente Medico Unità Medicina Riabilitativa
Responsabile Modulo di Neuropsicologia Riabilitativa
Settore Medicina Riabilitativa "San Giorgio"
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

VELLEDA STROZZI

Logopedista
Modulo di Neuropsicologia Riabilitativa
Settore Medicina Riabilitativa "San Giorgio"
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

Hanno collaborato:

ROBERTA BENASCIUTTI

Logopedista
Modulo di Neuropsicologia Riabilitativa

GIORGIA GHISELLI

Logopedista
Modulo di Neuropsicologia Riabilitativa

CARMELA GIANNONE

Logopedista
Modulo di Neuropsicologia Riabilitativa

TIZIANA TOSINI

Logopedista
Modulo di Neuropsicologia Riabilitativa

Coordinamento e supervisione: Nino Basaglia

Edizione a cura di Mara Stoppa

Redazione: Maggio 2013

INDICE

La comunicazione

Cosa si intende per comunicazione?	P. 3
Come si manifestano i disordini della comunicazione?	P. 13
Quali sono i disturbi che si possono associare a quelli del linguaggio e di comunicazione?	P. 15

Il linguaggio

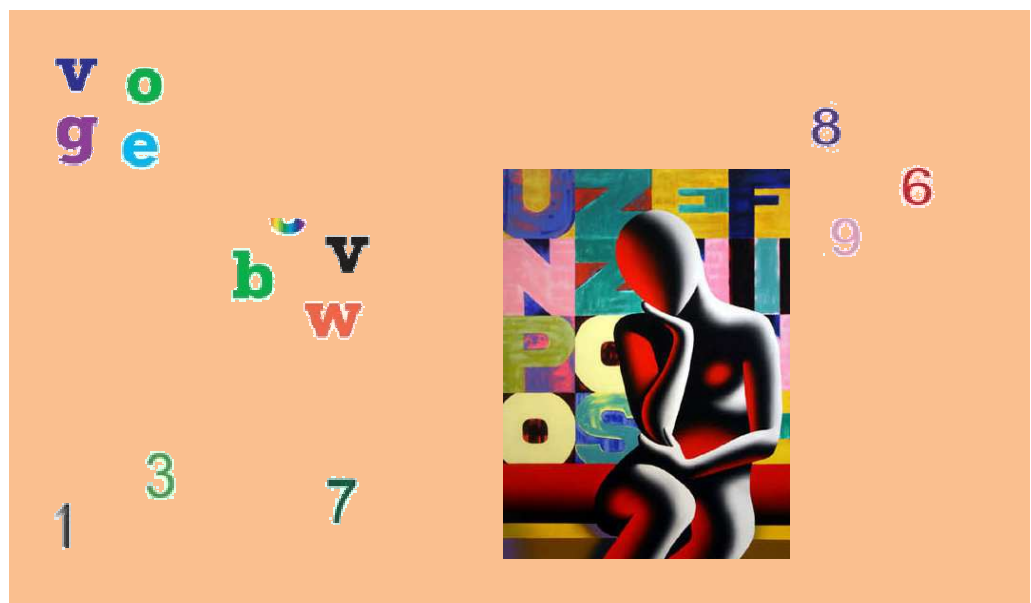
Cosa si intende per linguaggio?	P. 18
Che cos'è l'afasia?	P. 19
Che cosa non è l'afasia?	P.
Come si manifesta l'afasia?	P.
Quali sono gli errori più frequenti che si possono osservare nel paziente afasico?	P.
Quali sono le cause più frequenti?	P.

La gestione delle persone con disturbi del linguaggio e della comunicazione

Come avviene la presa in carico dei disordini del linguaggio e della comunicazione all'interno della nostra struttura?	P.
Cosa potete fare voi?	P.



La comunicazione



Che cosa si intende per comunicazione?

Comunicare è un'azione volontaria finalizzata allo scambio d'informazioni.



L'uomo possiede diversi sistemi di comunicazione che possono essere usati l'uno indipendentemente dall'altro, ma nella maggior parte dei casi vengono utilizzati in maniera integrata allo scopo di trasmettere le informazioni.

Nella produzione di un messaggio accanto al **sistema verbale**, rappresentato dalle parole, viene sempre utilizzato anche il **sistema non verbale**, rappresentato da:

- espressioni del volto, per comunicare le emozioni (preoccupazione, contentezza, stupore ecc.)



triste



fare silenzio



arrabbiato

- gesti con le braccia in sostituzione di una parola o un verbo (ad esempio il saluto con la mano per dire "ciao", il gesto del bere per indicare che la persona ha sete)



- indicazione di parti del corpo o di oggetti nell'ambiente: per comunicare alcuni bisogni (bere, mangiare, urinare...)
- suoni *onomatopeici*: ad esempio "drin" per indicare il telefono, "miao" per indicare il gatto ecc.
- disegno: per esprimere richieste che non si riesce ad esprimere con le parole.



La struttura della comunicazione.

Tutte le possibili forme di comunicazione avvengono tra un **mittente** (cioè colui che vuole mandare il messaggio) e un **destinatario** (colui che lo riceve).

La comunicazione è influenzata dalle seguenti variabili:



- la **motivazione** a comunicare e/o a ricevere messaggi che corrisponde al desiderio di “dirsi delle cose”
- lo **scopo** comunicativo per cui viene inviato un messaggio ad esempio: chiedere un'informazione, raccontare un episodio, dare un giudizio, fare un complimento
- la **relazione** che esiste tra le persone che si stanno parlando. Quando si parla tra amici, tra colleghi, in famiglia, le conoscenze comuni facilitano la comunicazione, mentre invece se si parla con sconosciuti dobbiamo essere più precisi e dettagliati.
- il **contesto**, cioè il luogo in cui avviene la comunicazione può facilitare lo scambio di informazioni. Ad esempio se immaginiamo di essere in un paese straniero, non conoscere la lingua e dover comunicare di avere sete, sarà più facile farci capire se ci troviamo in un bar piuttosto che se siamo per strada.



Normalmente la comunicazione segue alcune regole, la più importante delle quali è costituita dall'**alternanza del turno di parola** tra colui che parla e colui che ascolta.

Ci sono inoltre altri aspetti che influenzano lo scambio comunicativo:

1. la capacità di *non divagare* e rimanere legati all'argomento di cui si vuole parlare
2. la capacità di *scegliere "le parole adeguate"* in base alle persone e all'argomento di cui si sta parlando (ad esempio saranno diversi i termini utilizzati dal medico



per comunicare con altri operatori rispetto a quelli che dovrà utilizzare quando comunica con il paziente e i familiari).



3. la capacità utilizzare tempi adeguati in relazione a ciò che si vuole dire e non essere quindi troppo prolissi o troppo sintetici.

Come si manifestano i disordini della comunicazione?

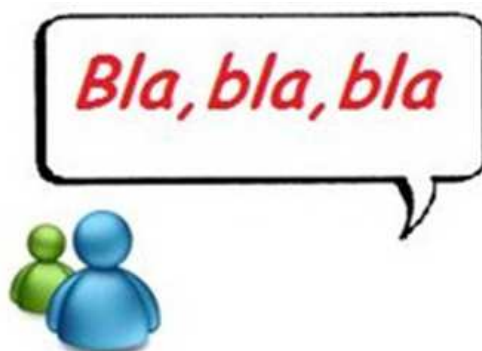
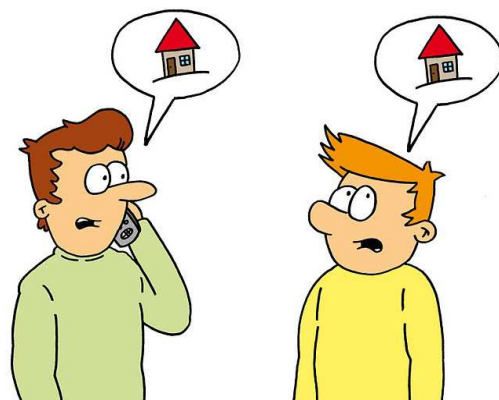
Soprattutto a seguito di lesioni della parte più anteriore del sistema nervoso centrale, potete osservare nel vostro caro, delle difficoltà a parlare che non necessariamente riguardano la scelta dei termini da utilizzare o la capacità di costruire una frase corretta.

I disturbi della comunicazione possono manifestarsi in diversi modi, i più comuni sono i seguenti:

- **scarsa o assente iniziativa**, la tendenza ad esprimersi solo se interpellato ed usare frasi brevi, molto concrete spesso ripetitive nei contenuti
- **ecolalia** ("fare eco"), che consiste nel ripetere involontariamente parole o frasi pronunciate da altre persone. Le parole e le frasi che vengono ripetute sono generalmente ben articolate e ridette con la stessa enfasi e qualità vocale usate da colui che le ha espresse.

Per esempio alla domanda "Come stai?" risponde "Come stai?".

- **logorrea**, parlare "troppo", non rispettare le regole della comunicazione (ad esempio sovrapporsi alla persona che già sta parlando). Il linguaggio quindi può essere prolisso e abbondante, ricco di parole e di particolari anche non richiesti. Tuttavia, sebbene il numero delle parole pronunciate possa essere notevole, non sempre



fornisce altrettante informazioni ed inoltre spesso è difficile comprenderne il significato.

Generalmente l'ascoltatore arriva ad interpretare il messaggio attraverso una lunga serie di domande.

- **eloquio tangenziale** che consiste nel perdere il filo del discorso: ad esempio, parlando della famiglia si può inizialmente dare alcune informazioni ma si tende a cambiare l'argomento arrivando a parlare del lavoro.

Talvolta, le persone che soffrono di disordini della comunicazione, se nonostante i propri sforzi e/o quelli delle persone che si relazionano con loro, non riescono a superare tali difficoltà, vanno facilmente incontro a frustrazione e reagiscono attivando comportamenti inadeguati, come accessi di rabbia, a volte difficilmente gestibili, o momenti di sconforto (crisi catastrofiche).

Tutti questi disturbi rendono la persona meno abile nel gestire le relazioni nell'ambiente domestico, lavorativo e sociale.



NOTE: _____

Quali sono i disturbi che si possono associare a quelli di linguaggio e di comunicazione?

1. **disturbi di movimento** di una gamba e di un braccio (*emiplegia*), più frequentemente della metà destra del corpo.
2. **disturbi del movimento dei muscoli della bocca e del viso** (generalmente nel lato della paralisi)
3. **disturbi della sensibilità**, il paziente può essere incapace, del tutto o in parte, di sentire quando viene toccato in una metà del corpo, oppure può non sentire gli stimoli dolorosi.
4. **disturbi di campo visivo** come l'*emianopsia* che consiste nella perdita della possibilità di vedere metà del campo visivo (in genere dal lato degli arti paralizzati): quindi la persona non può vedere oggetti o persone che si trovano in questa parte "cieca".
5. **disturbi della esecuzione del gesto** (*aprassie*) che portano il paziente a non eseguire correttamente una serie di movimenti anche se la forza dei muscoli è conservata. Se gli viene chiesto di fare un movimento complesso può non essere in grado di farlo, ma se il gesto è necessario in una delle varie situazioni della vita quotidiana può eseguirlo nella maniera giusta, come se fosse un gesto "automatico".



Ad esempio, il paziente può essere in grado di mangiare con il cucchiaino normalmente durante i pasti, ma non

essere in grado di mostrare ad un operatore come si usa il cucchiaino stesso se gli viene chiesto.

Oppure può essere in grado di soffiare sulle candeline di una torta ma non essere capace di farlo se gli viene richiesto di spegnere una candela in un ambulatorio. Questo comportamento viene definito **dissociazione automatico-volontaria**.

6. disturbi dell'attenzione, difficoltà a selezionare stimoli nell'ambiente e orientare e mantenere l'attività mentale sulle cose scelte.

La persona può non essere in grado di mantenere l'attenzione su una cosa importante se attorno a sé ci sono tanti stimoli che la distraggono (**attenzione selettiva**), ad esempio può distrarsi dall'attività che stava facendo se qualcuno, anche in silenzio, entra nella stanza in cui si trova.

Inoltre può non essere in grado di prestare attenzione a due cose alla volta (**attenzione divisa**), come ad esempio mangiare e guardare la televisione.

7. disturbi del comportamento. Può manifestarsi, ad esempio, una mancanza di "voglia" e di motivazione a svolgere attività che prima faceva (*scarsa iniziativa*).



In altri casi il paziente può non controllare le sue emozioni e avere delle "crisi" di pianto o di riso che non sono giustificate da ciò che gli accade attorno.

Inoltre il paziente può anche essere depresso se si rende conto le sue difficoltà lo limitano nella vita quotidiana (**depressione reattiva**). Nel caso che questa riduzione del tono dell'umore si

e
c l
e c
b

g e

o
b d
v o
e n

Il linguaggio

v o
g e

b v
w

1 3

7



8
6
9

Che cosa si intende per linguaggio?

È un sistema di comunicazione esclusivamente verbale, che trasforma i concetti in parole (**espressione**) e le parole in concetti (**comprensione**).

Fornisce all'uomo la possibilità di informare le altre persone, apprendere nuove informazioni, ricordare gli eventi, e gli permette di socializzare nei diversi ambienti di vita.

Il linguaggio rappresenta la capacità di utilizzare, ai fini della comunicazione orale e scritta, gli elementi di un "**codice linguistico**" costituito da:

1. consonanti e vocali (**fonemi**)
2. parole (**lessico**)
3. frasi (**sintassi**)

La capacità di scegliere e combinare in maniera appropriata questi elementi, permette sia la produzione di parole e frasi che trasmettono fedelmente il nostro pensiero, sia la comprensione delle informazioni che ci vengono date dagli altri.



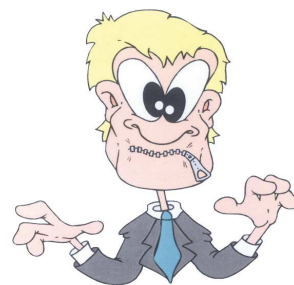
NOTE: _____

Che cos'è l'afasia?

L'afasia è un disturbo del linguaggio conseguente ad un danno cerebrale, che riduce **la capacità di comprendere e/o di produrre parole e frasi**, a contenuto comunicativo, sia con la voce sia con la scrittura.

Più dettagliatamente l'afasia:

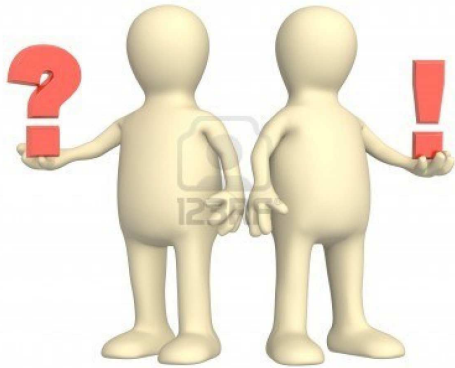
- è un disturbo *acquisito* del linguaggio: cioè colpisce persone che, prima della lesione cerebrale, avevano una normale abilità a parlare e a capire parole e frasi
- è un disturbo che tende a migliorare spontaneamente nei primi mesi dopo il danno cerebrale, ma che spesso ha bisogno anche di un trattamento eseguito da personale specializzato (logopedista)
- è un **disturbo del linguaggio, non necessariamente della comunicazione**, in quanto la persona afasica può riferire alcuni bisogni alle altre persone attraverso l'uso dell'espressione del viso o attraverso l'uso del gesto eseguito con le braccia e le mani



dobbiamo anche considerare che un grave disturbo della comprensione può essere mascherato dal contesto in cui vengono fatte delle richieste: se ad esempio invitiamo la persona a pettinarsi mostrandogli un pettine, è facile che lo faccia non perché ha capito ciò che le stiamo dicendo ma in quanto ha visto il pettine; se invece ripetiamo lo stesso invito mentre il pettine è sul tavolo in mezzo ad

altri oggetti e non lo indichiamo, avrà molta più difficoltà ad eseguire la richiesta. Si parla di **comprensione contestuale**.

La persona afasica può inoltre avere difficoltà a dimostrare di non avere deficit di altre funzioni cognitive: ad esempio



la memoria che può essere perfettamente integra ma la persona afasica non è in grado di esprimere i propri ricordi e al familiare riesce difficile valutare se e cosa ricorda.

Anche se ciò che è più evidente è la difficoltà della persona afasica ad utilizzare i termini corretti nel parlare e scrivere, dobbiamo ricordare che è sempre presente una difficoltà, più o meno grave, anche nella comprensione di ciò che le viene detto e/o scritto.

NOTE: _____

Che cosa non è l'afasia?

L'afasia, essendo un disturbo esclusivamente del linguaggio, deve essere distinta da:

- una difficoltà a muovere i muscoli della bocca e del viso. In questo caso dovremmo invece parlare di un altro disturbo che si chiama **disartria**: il paziente riesce sempre a trovare le parole giuste ma non a pronunciarle in maniera adeguata ed è in grado di scrivere correttamente
- un disturbo dell'udito. Il paziente sente correttamente ciò che gli viene detto, la sua difficoltà è non riuscire a comprendere il significato delle parole
- un disturbo della memoria. Il paziente afasico non ha dimenticato le parole ma non è in grado di sceglierle correttamente
- un disturbo della personalità. Il paziente afasico non è "diventato matto" ma ha solo difficoltà nel linguaggio
- un disturbo dell'intelligenza. Il paziente non ha perso la capacità di ragionare, in genere tutte le altre abilità cognitive (attenzione, memoria, intelligenza) sono conservate



NOTE: _____

Come si manifesta l'afasia?

La persona afasica, in relazione alle zone del cervello coinvolte dalla lesione, può non parlare, parlare poco o parlare male.

Pertanto l'afasia può manifestarsi in diversi modi; i più frequenti sono i seguenti:

1. **afasia globale**

Il disturbo è molto grave: la persona non riesce ad esprimersi (nemmeno con la scrittura) né a comprendere ciò che le viene detto o ciò che legge.

2. **afasia fluente**

La persona parla molto, quasi non riesce a contenersi producendo a volte un vero "fiume di parole" che spesso è privo di significato.

Può non rendersi conto delle difficoltà presenti e pertanto non presentare momenti di sconforto.

3. **afasia non fluente**

La persona ha una discreta comprensione di ciò che le viene detto, tuttavia non riesce a comunicare attraverso l'uso delle parole emettendo solo suoni, a volte incomprensibili o comunque privi di significato, e/o qualche parola prodotta in modo automatico (es: espressione di saluto o convenevoli in genere).

Spesso si dispera rendendosi conto di non riuscire a farsi capire.

L'afasia è sempre associata a difficoltà, più o meno gravi e a capire ciò che viene detto e/o scritto: i messaggi linguistici possono essere intesi come fossero prodotti in una lingua straniera. In questo caso la persona afasica non

Quali sono gli errori più frequenti che si possono osservare nel paziente afasico?

1. può produrre dei suoni mentre cerca disperatamente di dire qualcosa (**frammenti sillabici**)
2. può utilizzare la stessa parola o serie di suoni in sostituzione delle parole che vorrebbe esprimere (**stereotipia**)
3. può produrre qualche parola o brevi frasi appropriate in modo automatico (come "buongiorno", "come va?" "Bene", "ciao", "basta", ecc...), ma non è in grado di ripetere le stesse parole/frasi in contesti e momenti diversi (**automatismi**);
4. può avere difficoltà a trovare le parole che vuole dire e che ci fa capire di averle "sulla punta della lingua" (**anomia**)
5. può utilizzare parole "**passepartout**", cioè parole generiche in sostituzione della parola mancante per rispondere a qualsiasi domanda (ad esempio al posto della parola "chiave" utilizza "il coso", "la cosa"..)
6. può parlare in modo comprensibile, ma di tanto in tanto sbaglia una parola ad es. "topo" al posto di "toro" (**parafasia fonemica**), oppure "candela" al posto di "macchina" (**parafasia verbale**) o ancora "banana" al posto di "mela" (**parafasia semantica**)
7. può parlare tanto e produrre parole nuove che non fanno parte del vocabolario (**neologismi**)
8. può produrre frasi con parole conosciute, ma che nell'insieme non hanno senso (**gergo**)
9. può parlare utilizzando singole parole, emesse lentamente, spesso con accento straniero

(**disprosodia**), non collegate tra loro, come se la persona dettasse un telegramma (**stile telegrafico**)

10. può non rendersi conto che sta sbagliando e quindi non si corregge (**anosognosia**)

11. presenta sempre

o disordini nella lettura (definiti in base alla gravità: **allessia** o **dislessia**)

o disordini nella scrittura (definiti in base alla gravità: **agrafia** o **disgrafia**).

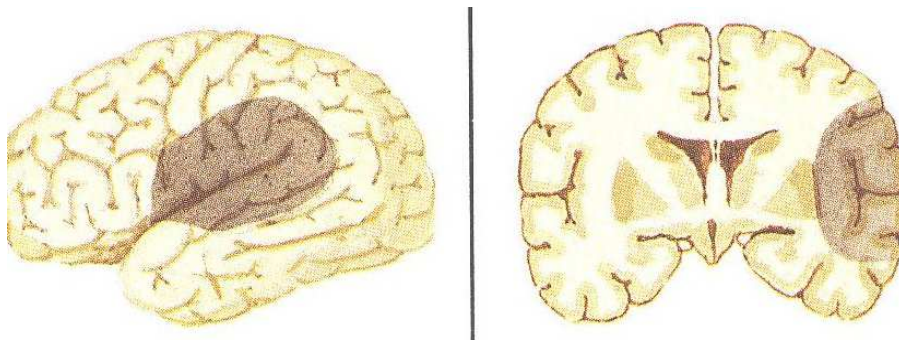
Può essere compromessa sia la capacità di scrivere spontaneamente, quindi scegliere le lettere che compongono una parola (**grafemi**), sia a scriverla se dettata da altri o copiarla; tali difficoltà non sono legate ad un disturbo del movimento del braccio o della mano (**paresi**) spesso presente nelle persone afasiche.



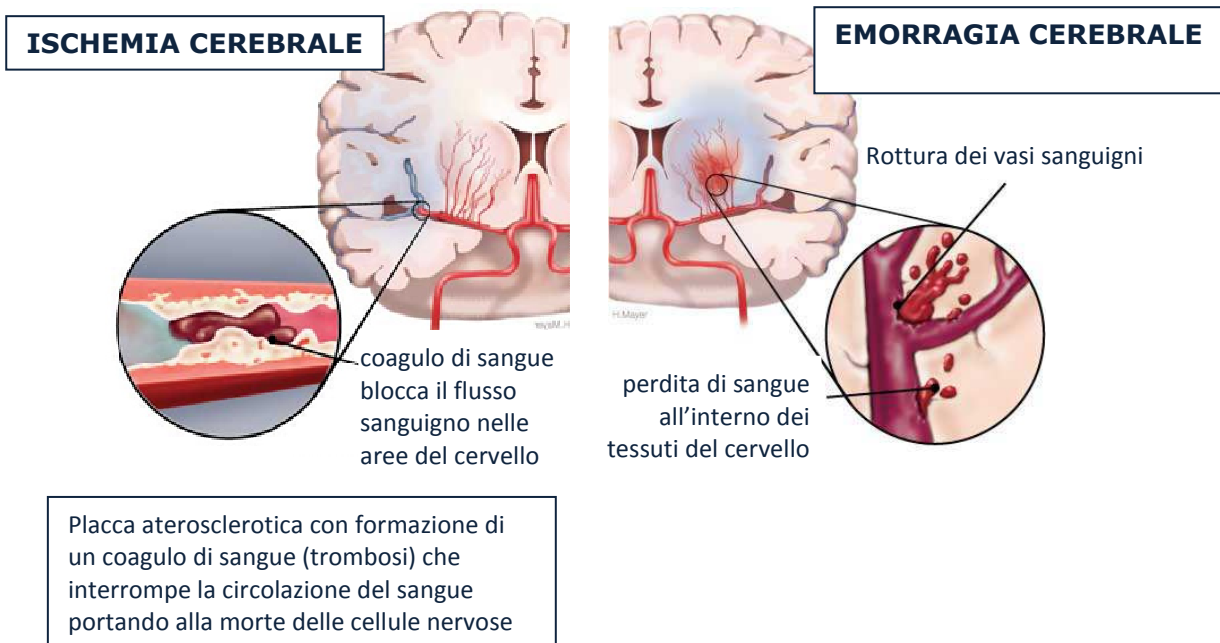
Contrariamente alla persona con disartria (vedi pag. 23) la persona afasica non può beneficiare dell'utilizzo di un personal computer o di altri strumenti provvisti di una tastiera con le lettere dell'alfabeto perché ha sempre un disordine della lettura e della scrittura

Quali sono le cause più frequenti?

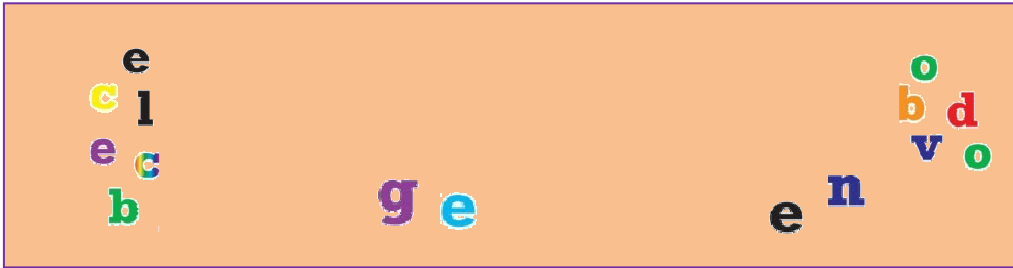
L'afasia è dovuta ad un danno cerebrale a carico delle aree del linguaggio situate, nella maggior parte dei casi, nell'emisfero cerebrale sinistro e in una percentuale inferiore nell'emisfero cerebrale destro (in soggetti mancini).



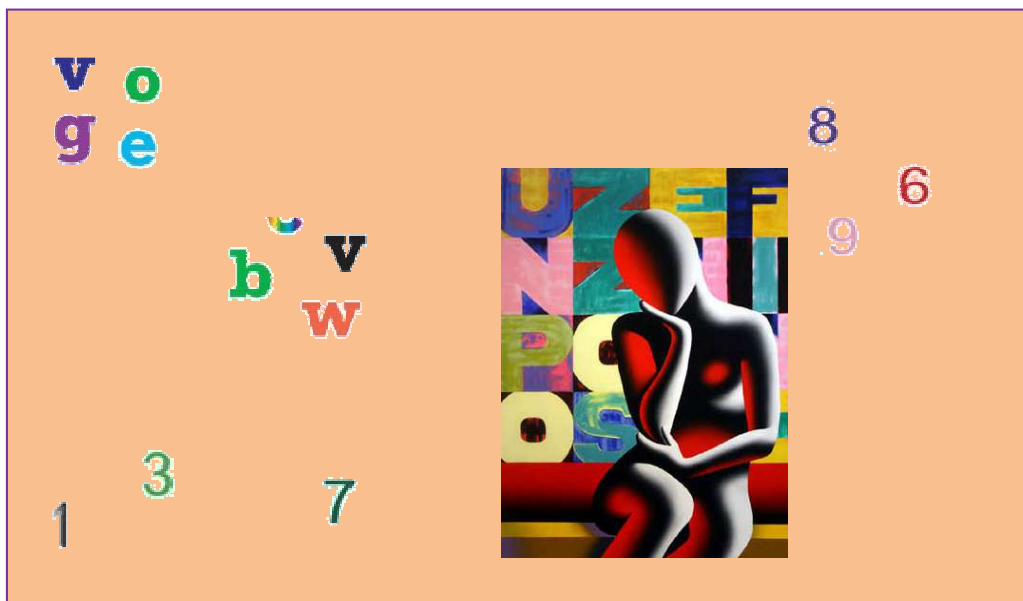
Può essere causata da lesioni dovute ad ostruzione di un vaso sanguigno (**ischemia cerebrale**) o alla sua rottura e conseguente fuoriuscita di sangue (**emorragia cerebrale**). La causa della lesione può essere inoltre dovuta a traumi cranici o tumori del cervello.



NOTE: _____



La gestione dei pazienti con disturbi del linguaggio e della comunicazione



Come avviene la presa in carico dei disordini del linguaggio e della comunicazione all'interno della nostra struttura?

Il professionista che si occupa della valutazione e della terapia dei disturbi afasici e della comunicazione è il **logopedista**, che, con la supervisione e responsabilità del medico specialista del Modulo di Neuropsicologia Riabilitativa (NPR), valuta il disturbo ed imposta il **programma di trattamento riabilitativo specifico** all'interno del progetto riabilitativo globale individualizzato per ogni paziente.



Il programma riabilitativo prevede

- una riabilitazione **specific**a del disturbo afasico e della comunicazione
- un immediato coinvolgimento della famiglia del paziente e di tutti gli operatori sanitari che quotidianamente lavorano con lui (ad esempio il fisioterapista, l'infermiere, ecc.) per favorire il recupero della comunicazione mediante l'acquisizione dei comportamenti comunicativi



più corretti per interagire con la persona stessa (riabilitazione aspecifica).

Dopo la valutazione dei disturbi del linguaggio si interviene con un trattamento logopedico, individualizzato per ogni singolo paziente in base alle difficoltà e alle risorse comunicative presenti.

La logopedista, inoltre, tiene conto delle esperienze e degli interessi personali della persona afasica per favorire tutte le modalità comunicative utilizzando anche del materiale (oggetti e figure) appositamente selezionato.



La durata e la frequenza delle sedute, che variano a seconda delle caratteristiche di ogni singolo paziente, vengono concordate insieme al team riabilitativo e possono essere modificate nel tempo a seconda delle esigenze riabilitative del paziente.



Può anche essere utile inserire la persona afasica all'interno di una **rieducazione di gruppo** al fine di permetterle di confrontarsi con gli altri e socializzare. L'obiettivo è di aiutare e facilitare la persona a capire che per comunicare si possono sfruttare tante diverse modalità. Il trattamento logopedico di gruppo può integrarsi, ma non sostituirsi, almeno inizialmente, a quello individuale.

La terapia di gruppo mette i pazienti in una situazione reale di comunicazione che può facilitare la presa di coscienza delle proprie capacità e dei propri limiti.



Questo tipo di attività rappresenta una fase riabilitativa di particolare rilevanza da inserire nel piano terapeutico del paziente, e può anche porsi come momento di passaggio tra la fine della presa in carico riabilitativa e il reinserimento socio-familiare.

L'obiettivo degli incontri è favorire la comunicazione e la relazione tra i vari componenti.

Il rapporto con altre persone che condividono lo stesso disturbo può aiutare a stabilire nuove amicizie, condividere esperienze, acquisire informazioni e ricevere consigli. È un'occasione per verificare e correggere il proprio comportamento attraverso l'aiuto degli altri componenti del gruppo.

Il gruppo facilita nei singoli partecipanti il cammino della consapevolezza e della conoscenza delle proprie difficoltà.

Il gruppo è formato dai pazienti e da operatori che svolgono il compito di "facilitatori" affiancando, stimolando ed incoraggiando - mediante azioni, riflessioni e domande - i pazienti stessi.

Ogni componente del gruppo, a turno, può assumere il ruolo di conduttore della seduta.

I gruppi d'incontro vengono vissuti dai componenti stessi come un contesto "protetto" in cui i loro problemi di comunicazione vengono compresi e accettati e dove sono rassicurati dal fatto che non devono far fronte a sentimenti di esclusione e di isolamento.

Tutto ciò ha un effetto positivo sulla stima di sé.

Il trattamento logopedico non ha regole assolute sull'effettiva durata, che varia da caso a caso, e non si pone l'obiettivo di portare la persona a parlare come prima dell'evento patologico.

Ha lo scopo di favorire il maggior recupero possibile delle abilità di comunicazione (verbali e non verbali), tenendo comunque conto dell'entità del danno.

Ricordate che non esiste un trattamento logopedico uguale per tutti.

NOTE: _____

Cosa potete fare voi?

L'afasia, compromettendo il sistema di comunicazione per eccellenza quale è il linguaggio, impedisce alla persona che ne è colpita di continuare ad esprimere le proprie emozioni, sentimenti e pensieri, determinando, talvolta, situazioni di isolamento familiare e sociale spesso difficili da superare.



La presenza dei **familiari** è sempre di grande importanza sin dall'inizio della malattia, sia perché esercita un'azione rassicurante, sia perché il paziente si sente maggiormente incoraggiato ad interagire e a comunicare con i propri cari nonostante le difficoltà.

Questa importantissima funzione di sostegno deve basarsi su precise indicazioni fornite dal logopedista fin dall'inizio del percorso riabilitativo.

Il logopedista fornirà le strategie comunicative più idonee che elaborerà in base alla gravità di afasia del paziente. La famiglia pertanto dovrà apprendere tali strategie comunicative al fine di poter riprendere, nel più breve

tempo possibile, una nuova forma di dialogo con il proprio caro.

La famiglia, per integrare il lavoro del logopedista e per aiutare il proprio caro, in ogni caso, lo deve costantemente *coinvolgere* nelle diverse situazioni comunicative che si presentano nella vita quotidiana.

Il coinvolgimento deve avvenire **promuovendo la comunicazione**, ad esempio chiedendo alla persona



afasica di continuare a parlare anche in caso di errore, sollecitandola e aiutandola ad esprimere sempre ciò che intende dire.

In questo caso se la persona non riesce ad esprimersi perché non è in grado di trovare la parola giusta, oppure perché non riesce a pronunciarla, è importante intervenire non

dicendo *"rispondi"* o *"dimmi ciò che vuoi"* ma piuttosto *"spiegami"* o *"mostrami con un gesto ciò che vuoi"*.

Il familiare deve anche **evitare di sostituirsi** alla persona afasica parlando al suo posto; deve imparare ad attendere in silenzio che abbia finito e poi parlare in modo da rispettare il "suo tempo di parola".

Un altro importante comportamento da tenere è quello di **evitare di interpretare** ciò che la persona afasica intende dire perché in questo modo le viene impedita la possibilità di esprimere realmente il proprio pensiero.

Durante la conversazione è buona regola **ridurre i rumori** di fondo (televisione, radio).

Nelle situazioni di conversazione con più persone (ad esempio nel corso di una cena) è importante **rispettare l'alternanza dei turni di parola**, parlando uno alla volta, in modo che la persona afasica possa comprendere perlomeno l'argomento di cui si sta parlando, creando in questo modo le condizioni per cui possa partecipare alla conversazione.



E' altresì importante, quando si parla, **evitare messaggi lunghi e ridondanti**.

Se la persona afasica non comprende un messaggio è necessario ripeterlo oppure modificarlo fino a quando non è stato compreso.

Per farci capire dalla persona afasica dobbiamo **rivolgerci in modo diretto, guardandola in viso** per favorire un reciproco controllo delle espressioni facciali, sottolineando le nostre parole con dei gesti che possano aiutarla ad interpretare quello che diciamo; ad esempio indicando i vestiti mentre gli si chiede se vuol togliersi la giacca, o indicare la porta quando gli si chiede se vuole uscire, e così via.

È importante **parlare normalmente** senza alterare il tono della voce e/o sillabando le parole, in quanto, come abbiamo già sottolineato, la persona afasica non presenta una difficoltà dell'udito, ma presenta difficoltà esclusivamente nella comprensione e/o nella produzione dei messaggi linguistici.

Se la persona è in grado di **fare dei gesti** (come ad esempio salutare qualcuno con la mano oppure mimare delle azioni quali bere o mangiare) nel caso in cui non riesca a dire le parole corrispondenti, si può chiederle di utilizzare la gestualità per spiegare ciò che intende comunicarci.



Spesso infatti la comunicazione gestuale, essendo più immediata, aiuta la persona afasica a comunicare, facilitandola nella scelta e nella espressione della parola che intendeva dire.

Ci sono pazienti a cui è possibile chiedere di rispondere solo con **cenni del capo** (si/no) che però non sempre corrispondono alla risposta che vorrebbero dare. Pertanto per avere la certezza della correttezza della risposta dovremmo ripetere la domanda in altro modo. Solo così avremo una risposta perlomeno attendibile.

Esistono tipi di afasia in cui il danno maggiore è legato alla produzione di parole rispetto alla capacità di comunicazione attraverso la **scrittura** oppure il **disegno**: in questo caso la persona afasica può sfruttare questa sua abilità per comunicare con i suoi interlocutori.



Esempi pratici

1. Avvertire il paziente quando si passa da un argomento all'altro dicendogli: *"Adesso parliamo d'altro. Parliamo di...."*.
2. Iniziare la domanda con la parte della frase che si riferisce all'argomento di cui si vuole parlare e poi fare la domanda sottolineando la parte alla quale si vuole avere una risposta. *"Giovanni (se si parla di Giovanni), è uscito oggi?, oppure "Giovanni, oggi è uscito?"*
3. Meglio usare frasi brevi dando un pezzo d'informazione per volta. Invece di dire *"Ho visto un film molto bello ieri"* è meglio dire *"Ieri" "Ho visto un film"; "Era molto bello"*.
4. Utilizzare domande cosiddette "chiuse" (che prevedono una risposta SI/NO) del tipo: *"Sei uscito ieri?" "Sei andato a spasso?" "Al cinema?" "Fuori a mangiare?" "Sei uscito solo?"*
5. Evitare domande "aperte" (che prevedono come risposta una o più frasi) del tipo: *"Cosa hai fatto ieri?", "Parlami del tuo lavoro"*.
6. Favorire lo sviluppo della capacità di rispondere a domande nei diversi contesti di vita quotidiana.
7. Promuovere la capacità di fare commenti su un determinato argomento, attraverso l'ausilio di materiale visivo motivante: fotografie, oggetti personali...

L'intervento del logopedista, e quindi dei familiari, è diverso quando il disordine di comunicazione è conseguenza di un danno delle altre funzioni cognitive (l'attenzione, l'orientamento, la memoria) e la difficoltà a comunicare non è legata solo all'uso dei suoni e delle parole ma alle regole della comunicazione che abbiamo visto nei precedenti capitoli.

In questo caso si cercherà non solo di rendere più efficace la comunicazione, ma anche di migliorare le altre funzioni cognitive compromesse.



***Ricorda che
la comunicazione è efficace
quando c'è un passaggio d'informazione
indipendentemente dalle modalità o dalla
qualità della risposta.
Non pretendere
che ogni parola
sia prodotta correttamente,
l'essenziale è
capire ciò che la persona
vuole comunicare.***



Parlare è un bisogno,
ascoltare è un arte



Gotha



18/05/2009

19884 Comprensivo "Giovanni Verga" -
Imperia (IN)

Prof. Avv. Discepolo Antonia Lucia



A.IT.A. Federazione
Associazioni Italiane Afasici

**L'A.IT.A. Federazione (Associazioni Italiane Afasici)
è un'associazione senza fini di lucro.**

E' stata costituita sulla spinta delle sollecitazioni giunte da persone afasiche, da parenti di persone afasiche, e da professionisti (neurologi, psicologi, logopedisti, terapisti della riabilitazione) e volontari impegnati nella cura della persona afasica.

Sede Legale Via San Primo, 6
20121 Milano



il Numero Verde è attivo:
dal lunedì al venerdì
dalle ore 10:00 alle ore 19:00

e-mail:
aita@aitafederazione.it

L'A.IT.A è presente in molte regioni Italiane.
A lato indichiamo i relativi riferimenti.

SEDI REGIONALI	indirizzo	TELEFONO	E-MAIL SITO INTERNET
Abruzzo	Via Oberdan, 96 65123 Pescara	380/3799201	info.aitaabruzzo@gmail.com
Emilia Romagna	Via Galletta, 44/b 40068 San Lazzaro di Savena (BO)	051/6252210 334/1722054	info.aitaer@gmail.com https://sites.google.com/site/aitaeronlus/
Lazio	Via Ardeatina, 354 00179 Roma	06/51501530	aitalazio@gmail.com www.aita-lazio.it
Lombardia	Via Cadamosto, 5 20129 Milano	02/29529354 349/4378250	info.aitalombardia@gmail.com www.aitalombardia.it
Marche	Via Picciola, 26 61121 Pesaro	0721/33379 347/3013887	info.aitamarche@gmail.com
Piemonte	Fondazione Carlo Molo C.so Vittorio Emanuele II, 1 10125 Torino	011/6694638	info.aitapiemonte@gmail.com http://www.afasiapiemonte.it
Puglia		347/9941229	info@afasia.net www.afasia.net
Sardegna	Clinica Neurologica Università di Sassari Viale San Pietro, 10 07100 Sassari	339/6370979 - 368/3101875	aitasardegna@gmail.com http://aitasardegna.blogspot.it/
Sicilia	Ircs Centro Neurolesi Bonino Pulejo Via Provinciale Palermo 98100 Messina	331/9539841	info.aitasicilia@gmail.com

SEDI REGIONALI	indirizzo	TELEFONO	E-MAIL SITO INTERNET
Toscana	U.O. Neuroriabilitazione, Az ospedaliero-universitaria Pisana Via Paradisa, 2 56127 Pisa	335-5334917	info@afasicitoscana.it www.afasicitoscana.it
Umbria	Via M. Angeloni 35 06010 Perugia	389 2361633	info.aitaumbria@gmail.com associazioneaitaumbria@gmail.com
Veneto	Via Adamello, 19 36040 Torri di Quartesolo (VI)	348/0831450	info.aitaveneto@gmail.com
	c/o Giuliana Fassina Via Chilesotti, 16 35129 Padova	349/0081700 348/0314045	mariarosa.zulato@gmail.com www.afasiavolontarivenetiaita.it
	c/o Ospedale G.B. Giustiniani Dorsoduro 1454 30123 Venezia	041/5295525 328/5725147	veaita@ulss12.ve.it
	c/o Centro Sociale Via Maurizio, 67 36100 Vicenza	338/2748579	aita_vicenza@yahoo.it

Buon Lavoro

1^a edizione
Ferrara, agosto 2013