

LA SORDITA' DELL'ADULTO

La valutazione della sordità dell'adulto presso la Audiovestibologia di Varese parte dalla definizione OMS di impairment, disabilità e handicap (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICDH, 1980), disponibile per consultazione sul sito http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261_eng. In tale senso si considera impairment la perdita o riduzione della funzione uditiva propriamente detta, per disabilità il vissuto personale del paziente in relazione alla propria ipoacusia e con handicap lo svantaggio sociale nei confronti degli udenti. Nella valutazione viene introdotta un'ulteriore distinzione della disabilità in soggettiva ed oggettiva, dove la disabilità soggettiva costituisce non solo la descrizione dei sintomi, ma anche del loro vissuto personale, mentre la disabilità oggettiva rappresenta ciò che gli altri riferiscono essere le difficoltà del paziente. In questo Servizio dunque la valutazione dell'ipoacusia e della sordità non si limita a una parte dell'impairment con l'audiometria tonale, ma quantifica anche la disabilità e l'handicap, poiché è in funzione soprattutto di queste due ultime valutazioni che è possibile proporre terapie efficaci e quindi rispondere concretamente alle necessità del paziente. L'impairment (deficit uditivo), le disabilità e l'handicap vanno quindi considerate nell'ambito di un'unica valutazione, dalla quale scaturirà l'atteggiamento terapeutico più corretto, soprattutto quando si parla di protesizzazione acustica. Ad esempio: un deficit lieve che il paziente descrive come gravemente disabilitante dovrà essere trattato più dal punto di vista psicologico che non protesico, così come un deficit uditivo grave descritto dal paziente come lievemente disabilitante, non dovrà portare a proposte terapeutiche importanti, perché il paziente stesso non ne sente la necessità. Infine, il confronto tra disabilità soggettiva e disabilità oggettiva chiarirà la reale motivazione del paziente ad effettuare qualsiasi trattamento terapeutico come ad esempio nell'anziano dove la disabilità oggettiva descritta dai familiari è spesso in contrasto con quella soggettiva, da cui dipende la reale motivazione ad utilizzare la protesi acustica. I test somministrati per una valutazione audiologica di base sono: l'audiometria tonale liminare e lo speech tracking per quantificare il deficit uditivo (impairment); le disabilità vengono invece quantificate con i test psicometrici di Sanders e di Sanders modificato. Sempre in termini di impairment, il medico specialista, dopo la valutazione di base, deciderà se approfondire la diagnosi con l'identificazione della sede della lesione (topodiagnosi), mediante ulteriori test audiologici (impedenzometria, otoemissioni acustiche, potenziali evocati uditivi) e valutazioni morfologiche (TC, RM), oltre a eventuali ulteriori consulenze specialistiche e indagini cliniche. Considerando in particolare la valutazione dell'impairment, essa si basa innanzitutto sull'audiometria tonale liminare. Questa è il classico test audiometrico di base e consiste nella somministrazione in cuffia di

toni puri di frequenza compresa tra 250 e 8000 Hz ad intensità via via crescenti. La risposta soggettiva del paziente, invitato a segnalare la presenza del suono, viene riportata in un grafico e consente di individuare una curva relativa alla soglia di minima udibilità dei vari toni somministrati. Tale valutazione viene integrata, ove ritenuto necessario, con lo speech-tracking, che rappresenta un test di acumetria vocale. Questo test ci permette di valutare le abilità di riconoscimento verbale, dove non è necessario comprendere quanto si è udito. Lo speech tracking viene eseguito in campo libero a viva voce di conversazione, in quattro condizioni d'ascolto: due con ausilio della lettura labiale e due in bocca schermata, entrambe sia nella quiete che con sottofondo di rumore di 5 dB superiore alla voce di conversazione. Il materiale utilizzato è stato allestito per livelli, andando dal più semplice (livello -1) al più complesso (livello +3), così da adeguarlo alle caratteristiche socio linguistiche dell'ascoltatore. Il materiale stesso così allestito per livelli è organizzato in gruppi di test che saranno scelti dall'esaminatore in base all'età del paziente. Il test si esegue ponendosi di fronte al paziente ad 1 m di distanza ed i risultati vengono riportati in "parole al minuto" (P.A.M.). Il test si è rivelato particolarmente utile poiché evidenzia soprattutto i deficit di analisi, non solo frequenziale e di intensità, ma anche temporali che nessun'altra prova verbale è in grado oggi di evidenziare. Come è stato detto, la descrizione dei sintomi e la loro entità soggettiva sono chiamati disabilità soggettiva e oggettiva. Il giudizio soggettivo sul proprio deficit uditivo è chiamato disabilità soggettiva, quello che gli altri rilevano è definita disabilità oggettiva, mentre gli effetti che tali disabilità provocano sulle performance di vita e di lavoro sono chiamati handicap. La disabilità uditiva soggettiva viene quantificata con test psicometrici (test di Sanders), che ci permettono di valutare la disabilità sia in ambiente domestico che lavorativo, oltre a quello sociale, mentre quella oggettiva sarà quantificata con il test di Sanders modificato. I risultati dei test vengono poi quantificati con una formula aritmetica; essi vanno da +6 (assenza di disabilità) a -6 (disabilità completa). Al termine delle valutazioni, il medico specialista, analizzerà i risultati del grado di impairment e di disabilità-handicap e li discuterà con il paziente, indicando gli eventuali strumenti più idonei a ridurre la disabilità, poiché non sempre il solo deficit uditivo ne è la causa. In altre parole, consiglierà di eliminarla curando con trattamenti medici e chirurgici la causa del deficit uditivo oppure, se ciò non fosse possibile, di ridurre il grado di disabilità con l'uso di protesi acustiche o dell'impianto cocleare. Nel contempo tenterà di riportare nel giusto livello il "vissuto sintomatologico", con appropriate sedute di counseling.