



Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

Anno 2025

TITOLO

**Trattamenti odontoiatrici urgenti eseguiti con l'ausilio
dell'ipnosi in pazienti sottoposti a regime carcerario.**

Candidato Dott. Silvio De Bellis

Relatore Dott. Rocco Iannini

Correlatore Dott. Enzo Venini

Trattamenti odontoiatrici urgenti eseguiti con l'ausilio dell'ipnosi in pazienti sottoposti a regime carcerario

Questa tesi vuole dimostrare che introducendo l'utilizzo **dell'ipnosi nel Carcere di Rimini** si **migliora il rapporto** con i detenuti e si ottiene una **minore richiesta di farmaci** ansiolitici ed analgesici, con una significativa riduzione del loro consumo.

Oltre agli innegabili **benefici sulla Salute**, (l'Ipnosi è priva di effetti collaterali), questo progetto di lavoro è anche interessante sotto il profilo economico.

Si può prevedere un concreto **vantaggio per la spesa Sanitaria** per il prevedibile risparmio sulla spesa dei farmaci.

Nel 2022 nelle Carceri Italiane sono stati spesi oltre 2 milioni di euro in psicofarmaci.

Quasi la metà dei detenuti nel Carcere di Rimini fa uso di sedativi o ipnotici, un terzo assume stabilizzanti dell'umore, antipsicotici o antidepressivi, moltissimi chiedono ripetutamente analgesici per mal di denti.

L'ipnosi consente di ottenere una sedazione profonda, senza l'ausilio di farmaci, nei pazienti agitati ed ansiosi specialmente quando necessitano di cure odontoiatriche ed **ha un costo zero**.

Il più delle volte l'odontalgia è provocata da una pulpite infiammatoria irreversibile, non più controllabile neppure da potenti analgesici, come il Metadone o la Buprenorfina (che hanno, comunque, una breve durata d'azione limitatamente all'effetto antalgico).

Solo con una prestazione odontoiatrica che prevede l'apertura della camera pulpare (con il trapano del dentista) e la rimozione del tessuto pulpare, infiammato o necrotico (con strumentazione manuale), si riesce ad eliminare immediatamente il dolore.

Le manovre odontoiatriche anestesilogiche sono il più delle volte impossibili da poter essere attuate, per l'estremo stato fobico ed ansioso del paziente che non riesce neppure ad aprire la bocca e restare fermo per la necessaria collaborazione.

I casi clinici presentati in questa tesi evidenziano tutti i vantaggi che si ottengono utilizzando l'ipnosi nei trattamenti odontoiatrici urgenti.

Trattamenti odontoiatrici urgenti eseguiti con l'ausilio dell'ipnosi in pazienti sottoposti a regime carcerario

Indice

Premessa.....	4
Progetto di lavoro.....	4
Introduzione.....	5
Mi presento.....	6
Dove lavoro.....	7
Regione Emilia Romagna.....	8
Il Carcere.....	9
Corso d'Ipnosi.....	10
Definizione d'Ipnosi.....	11
Odontalgia non risolta con terapia farmacologica.....	12-13
Stesso paziente dopo 2 settimane.....	14
Analgesia ipnotica ed anestesia farmacologica.....	15
Ambulatorio di Odontoiatria nel Carcere di Rimini... 	16-17
Induzioni ipnotiche rapide.....	18
Foto di pazienti in ipnosi.....	19-20
Ipnatismo.....	21
Estrazioni multiple eseguite in ipnosi.....	22-24

Trattamenti odontoiatrici urgenti eseguiti con l'ausilio dell'ipnosi in pazienti sottoposti a regime carcerario

Indice

Un caso di gesto autolesivo.....	24-26
Pulpite su di un incisivo.....	27-29
Radici residue di un dente del giudizio.....	30-31
Collaborazione attiva.....	31
Ipnosi vigile.....	32-33
Ipnosi con frazionamento.....	34
Un caso di odontofobia risolto con l'ipnosi.....	35-37
Devitalizzazione.....	38
Estrazione di un dente del giudizio.....	39-40
Ipnosi e vasocostrizione.....	41
Un altro caso di odontofobia.....	42-44
Estrazione di un molare.....	45-46
Esagerato riflesso faringeo.....	47-49
Paziente iperteso in terapia anticoagulante....	50
Riflessioni.....	51-60
Conclusioni.....	61
Bibliografia.....	62-70

Premessa

Dentista, Carcere e Ipnosi sono parole legate molto spesso a **luoghi comuni, pregiudizi e diffidenze.**

Per correggere queste fuorvianti opinioni **descriverò brevemente la mia attività**, sottolineando come sia importante un elevato grado di soddisfazione e di entusiasmo nei riguardi del proprio ruolo professionale per realizzare un rapporto ottimale medico/paziente, condizione assolutamente necessaria per ottenere l'Ipnosi, come si sostiene all'interno del Centro Italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale, Istituto Franco Granone. [1], [2]

Parlerò poi della realtà del Carcere, [3] in particolare della Casa Circondariale di Rimini, [4] luogo dal quale provengono i casi clinici esposti in questa tesi, che evidenziano come nonostante l'elevato uso di farmaci sedativi-ipnotici, stabilizzanti dell'umore, antipsicotici, antidepressivi o potenti analgesici come il Metadone o la Brupenorfinina, [5] questi non siano sufficienti a controllare il dolore lo stato di ansia, di agitazione psicomotoria, a volte di depressione, provocato dal mal di denti e dalla paura del dentista, [6] come invece si ottiene utilizzando l'ipnosi. [7]

Quindi elencherò i molteplici **vantaggi che si ottengono con l'ipnosi** nei trattamenti odontoiatrici urgenti, utilizzando anche diverse immagini, non per esaltare la tecnica o i risultati ottenuti, ma per dimostrare come, anche in un ambiente particolarmente stressante quale quello di un Carcere, [8] si possano eseguire cure odontoiatriche complesse su pazienti in completo abbandono, in piena fiducia, in totale benessere. In Ipnosi.

Progetto di lavoro

Con questa mia tesi partecipo al **progetto di lavoro** di introdurre nel Carcere di Rimini l'utilizzo dell'Ipnosi, progetto presentato in collaborazione con altri Operatori Sanitari nell'ambito della Sanità Penitenziaria.

Le tecniche e le metodiche d'induzione ipnotica sono state apprese in occasione del Corso di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica, tenutosi a Rimini, ed organizzato dall'Istituto Franco Granone C.I.I.C.S. di Torino.

Questo progetto di lavoro si pone lo scopo di **ridurre, mediante l'ipnosi, lo stress** presente in un ambiente così difficile, come quello di un Carcere, migliorando il benessere e la qualità di vita al suo interno e **diminuendo anche il consumo di farmaci ansiolitici ed analgesici.** [9] [10] [11] [12] [13]

Introduzione

I casi clinici presentati in questa tesi sono una sorta di diario fedele della mia attività odontoiatrica che svolgo nel Carcere di Rimini ad iniziare dal primo caso d'induzione ipnotica che ho avuto modo di realizzare e di documentare mentre ancora frequentavo il Corso d'Ipnosi.

Per documentare una grave odontalgia e la necessità di dover eseguire un trattamento odontoiatrico in urgenza per risolverla, mi avvalgo di immagini e di radiografie endorali. Questi esami sono sempre necessari per accertare la diagnosi, specialmente in un Carcere, dove in molti richiedono, senza un reale motivo, una visita urgente odontoiatrica, soltanto per ottenere farmaci analgesici o per usufruire di permessi vari.

Per documentare lo stato d'ipnosi, e distinguerlo da un semplice rilassamento (in Carcere molti sono in terapia con farmaci ansiolitici ed ipnotici), occorrono ulteriori immagini che evidenzino, di volta in volta, i connotati della semeiotica ipnotica e gli aspetti delle modifiche degli stati di coscienza, [14] sempre evitando il possibile riconoscimento delle persone in trance.

Per documentare lo stato di benessere finale raggiunto da persone che arrivano alla mia osservazione oltremodo sofferenti per fortissimi mal di denti (nonostante gli analgesici), spesso private anche del sonno (nonostante le benzodiazepine), avrei dovuto fotografare l'aspetto sereno dei loro volti dopo aver eseguito il trattamento odontoiatrico in ipnosi, ma la privacy non lo permette.

Posso soltanto descrivere a parole (sperando di riuscire a **farlo immaginare...magari ad occhi chiusi...**) il sorriso di gratitudine e soddisfazione dei pazienti che, a fine seduta, dichiarano tutti di aver vissuto uno stato di calma, riposo e tranquillità.

Mi presento

Prima di esporre i casi clinici e le metodiche utilizzate, racconto in sintesi il mio quarantennale percorso professionale per dissipare possibili perplessità legate alla **scelta di un Carcere per elaborare questa tesi.**

Questa tesi mi offre l'occasione di argomentare su alcuni aspetti dell'Istituzione Carceraria e della Sanità Penitenziaria, correggendo eventuali disinformazioni al riguardo, e mi permette anche di contribuire a dissolvere i pregiudizi e le false credenze che ancora aleggiano sull'Ipnosi, ribadendone la sua validissima utilità in ambito clinico.

Mi sono laureato in Medicina e Chirurgia nel 1983 e mi sono poi specializzato in Odontostomatologia nel 1986.

Inizialmente, per i primi vent'anni, ho svolto la mia attività di Odontoiatra esclusivamente in ambito privato.

I miei corsi di aggiornamento post-universitari e le mie attività di relatore in numerosi congressi di implantologia sono stati sempre mirati a perfezionare la mia preparazione conservativa, chirurgica e protesica.

Riuscivo a controllare gli stati d'ansia, la paura del dentista, la fobia dell'ago e della siringa, di molti miei pazienti, non grazie ad una conoscenza strutturata delle metodiche induttive, bensì utilizzando le consuete modalità che tutti gli Odontoiatri devono ovviamente possedere per tranquillizzare e mettere a proprio agio i propri pazienti. [15]

Per anni, in modo empirico, da autodidatta, sfruttando la progressiva esperienza professionale nella pratica odontoiatrica e la conseguente tranquillità trasmessa nel lavoro quotidiano, inducevo verosimilmente nei miei pazienti (adulti o bambini) un **semplice rilassamento**, comunque sufficiente a sedare gli stati di ansia, la fobia del dentista, ed ottenere la necessaria collaborazione, senza dover ricorrere a benzodiazepine orali o inalazioni di protossido d'azoto. Il resto lo ottenevo con la praticità degli anestetici locali.

Le uniche nozioni sull'utilizzo dell'Ipnosi in Odontoiatria le avevo lette (all'età di 14 anni) in un testo di Odontoiatria di mio padre che parlava di questo argomento.

Era il **Trattato Italiano di Odontostomatologia di Silvio Palazzi (1892-1979)** pioniere della moderna Odontoiatria Italiana, uno dei personaggi di maggior spicco nel panorama odontostomatologico italiano. [16]

Il Palazzi fu particolarmente interessato all'introduzione dell'ipnosi in Odontoiatria ed all'applicazione clinica di tale metodica, tanto da praticare, in ipnoanestesia, interventi quali avulsioni dentarie ed asportazioni della polpa. [16], [17], [19], [20]

Dove lavoro

Attualmente svolgo **la mia attività odontoiatrica a tempo pieno esclusivamente negli Ambulatori dell'Ausl Romagna** dislocati nell'Ospedale di Rimini, nel Territorio di Rimini e nella Casa Circondariale di Rimini.

Questa mia decisione potrebbe apparire insolita, specialmente se si considera la diffusa disaffezione che si sta verificando ultimamente in molti Operatori Sanitari verso il nostro Sistema Sanitario Nazionale.

In effetti specialmente **l'Assistenza Odontoiatrica Pubblica è penalizzata** da diversi fattori. Se da un lato ci sono validi punti di riferimento, rappresentati da Cliniche Universitarie e Poliambulatori Ausl efficienti (come quelli in cui lavoro), dall'altro esistono vasti territori in cui l'accesso alle cure è complicato, se non inesistente.

Ma anche l'Assistenza Odontoiatrica Privata in Italia non sempre è in grado di rispondere ai bisogni di salute della popolazione. Basta considerare il sempre diffuso fenomeno dell' "abusivismo odontoiatrico" e quello emergente del "turismo odontoiatrico".

Ne consegue che oggi in Italia l'Odontoiatria è uno dei settori nel quale si registra il maggior tasso di rinuncia alle cure per motivazioni di natura economica. Un quadro che potrebbe ulteriormente aggravarsi se si considerano le previsioni sul futuro economico e demografico del nostro Paese.

La sostenibilità economica della Sanità Pubblica, e di quella Privata, sarà una delle principali sfide dei prossimi decenni per continuare a garantire il diritto alla Salute dei cittadini italiani.

Un ulteriore motivo che ha condizionato la mia scelta di lavorare esclusivamente nel Pubblico è la costante presenza di conflitti d'interesse che si viene inevitabilmente a creare in ambito Sanitario se si deve conciliare la propria attività professionale in contemporanea in ambito pubblico ed in quello privato.

Per evitare, nella quotidianità lavorativa, possibili contrasti tra colleghi, operatori sanitari e pazienti, ho deciso di dismettere completamente l'attività privata, optando di lavorare esclusivamente in ambito Pubblico.

Regione Emilia-Romagna

Anche la Regione Emilia-Romagna, dove risiedo e lavoro, si impegna a sostenere quanto più possibile una **Sanità Pubblica ed un' Odontoiatria Etica e Sociale**.

Ho così avuto modo di verificare ed avere conferma di come il "Pubblico" possa più facilmente elaborare e proporre politiche di "Medicina di popolazione", di "Medicina di comunità", di "Medicina di prossimità", di "Medicina di prevenzione", di "Continuità Assistenziale" ed anche di "Odontoiatria Sociale".

E' con questo intento sociale che negli Ambulatori Odontoiatrici dell'Ausl Romagna possono accedere alle cure soltanto pazienti fragili con vulnerabilità sanitaria ed i cittadini residenti con un reddito Isee inferiore a 22.500 euro. Se il reddito è inferiore ad 8.000 euro, le cure sono addirittura gratuite.

Oltre a questo Welfare Odontoiatrico, la Regione Emilia-Romagna ha attuato un ulteriore sforzo, culturale ed organizzativo, nella gestione della Sanità Pubblica.

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 01/04/2008, la **Regione Emilia-Romagna è diventata titolare, prima in Italia, anche della gestione della Salute delle persone detenute in Carcere**, persone che hanno una fragilità in più, la mancanza di libertà. [21]

Il DPCM dell'1 aprile 2008 ha trasferito la competenza della Sanità Penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, concludendo il percorso, iniziato con il D.Lgs. 230/99, della **riforma della Sanità Penitenziaria**.

Gli obiettivi di salute della popolazione detenuta coincidono con quelli dei cittadini liberi, avendo entrambi pari dignità rispetto alla cura.

In attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, viene riconosciuta la piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, tra gli individui liberi e gli individui detenuti. [22]

Il diritto alla salute è altresì riconosciuto ai cittadini stranieri detenuti in misura uguale a quello riconosciuto ai detenuti italiani in quanto è indipendente dalla titolarità del titolo di soggiorno.

Sono questi i motivi che mi hanno convinto ad esercitare l'Odontoiatria oltre che negli Ambulatori dell'Ausl Romagna dislocati nell'Ospedale di Rimini e nel Territorio di Rimini, anche nel Carcere di Rimini.

Il Carcere

Nelle Carceri Italiane si devono certamente affrontare e risolvere grosse problematiche. Un dato drammatico sul quale riflettere è il **numero dei suicidi**.

Con gli ultimi due suicidi delle scorse ore sono già 20 le persone che si sono tolte la vita in questa prima parte del 2025 in un istituto di pena. Nel 2024, in Italia, i suicidi in carcere sono stati 89.

Altra condizione critica è il **sovraffollamento**, sempre più grave nelle carceri per adulti, con circa 16.000 persone che non hanno un posto regolamentare.

La Casa Circondariale di Rimini, ospita 152 detenuti di età adulta e di sesso maschile (per il 53% stranieri) ed ha una capienza regolamentare di 118 e tollerabile di 165. Si presenta, quindi, relativamente sovraffollata, ma si prevede un'ulteriore pressione di ingresso nella stagione estiva. [4]

Essendo una struttura ad indirizzo soprattutto riabilitativo i trattamenti odontoiatrici che devo eseguire sono su **pazienti in continuo ricambio**, molto spesso a carattere d'urgenza: estrazioni complesse, denti in pulpite, ascessi odontogeni....



La maggior parte dei detenuti proviene da **contesti socioeconomici sfavorevoli**, con un reddito inferiore al livello di povertà. Un'ampia percentuale ha anche un basso livello culturale e di istruzione. Quando si aggiungono elementi come la **tossicodipendenza, l'abuso di alcol, e l'uso frequente di psicofarmaci**, il quadro diventa ancora più complicato. Questi fattori, combinati, portano ad una maggiore necessità di cure odontoiatriche, spesso più complesse rispetto alla popolazione generale. [23]



Per i nuovi detenuti, inoltre, l'impatto con il carcere è indubbiamente ancor più traumatico. Adattarsi non è facile. Si è soliti manifestare agitazione psicomotoria, crisi confusionali, disturbi dell'adattamento di matrice ansiosa o depressiva, ma anche eventi deliranti e psicotici. [24], [25], [26], [27], [78]

Corso di Ipnosi Clinica

Con la mia attività di Odontoiatra ho avuto subito l'occasione di mettere in pratica gli insegnamenti teorico-pratici ricevuti frequentando il Corso di formazione in Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnociva, organizzato qui a Rimini **dall'Istituto Franco Granone C.I.I.C.S.** (Centro Italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale) [28] e questo mio lavoro rappresenta una sorta di diario delle mie prime esperienze.

Il prof. Franco Granone (1911 - 2000) è stato primario neurologo all'Ospedale di Vercelli ed ha sviluppato un'intensa attività di ricerca clinica e di divulgazione sull'ipnosi, coinvolgendo nel tempo centinaia e centinaia di colleghi, ed ha anche diretto uno dei primi Centri in Italia per le tossico-dipendenze e per l'abuso di alcol. [24]

Prima di questo Corso riuscivo comunque ad ottenere la necessaria collaborazione anche in presenza di manifestazioni di odontofobia e crisi d'ansia, ma ora sono in grado di distinguere se un paziente che si è accomodato sulla poltrona odontoiatrica è semplicemente rilassato, oppure se è in uno stato d'ipnosi.

Pochi mesi addietro, prima di iscrivermi al Corso d'Ipnosi, mi era capitato uno "strano" episodio. Ero riuscito a convincere un ragazzo di 12 anni, non proprio contento di andare dal dentista, a farsi curare una profonda lesione cariosa su un molare permanente, elemento ancora vitale e, di conseguenza, molto sensibile agli stimoli termici e meccanici. Approfittai della fiduciosa collaborazione del paziente ed iniziai a preparare la cavità del molare, senza necessità di anestesia locale ed, ovviamente, senza provocare dolore. Il ragazzo, che inizialmente era assai timoroso ed agitato, si era talmente rassicurato da restare fermo ed immobile per tutto il tempo della cura. Troppo fermo, tanto che la madre si avvicinò meravigliata ed anche un po' spaventata: nemmeno io mi ero accorto che il ragazzo "dormiva". Ancora non sapevo che probabilmente non era sonno, ma non ero neppure in grado di riconoscere questo "nuovo stato modificato di coscienza". Con non poco stupore "svegliai" il paziente, e rassicurai la madre.

Non avevo ancora ricevuto gli insegnamenti del Corso d'Ipnosi. Non potevo immaginare, né appurare, che quello era verosimilmente uno stato d'Ipnosi. [29]

Il termine "ipnosi" fu introdotto intorno al 1800 dal medico James Braid a causa delle apparenti analogie che sembravano esservi tra il sonno fisiologico e lo stato particolare in cui l'ipnotizzato si trovava.

Ancora oggi, frequentemente, si è portati a credere che la persona sotto ipnosi sia addormentata. In realtà il paziente sotto ipnosi, pur mostrando un rilassamento muscolare, un rallentamento del respiro e altre caratteristiche accostabili al sonno, dal punto di vista mentale e neurologico è tutt'altro che incosciente, mostrando, al contrario, livelli di attenzione addirittura superiori al tradizionale stato di veglia.

Definizione d'Ipnosi

Per ipnosi, secondo la definizione fornita da Franco Granone, si intende: “uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici ed in virtù del rapporto operatore-paziente”. [1], [2]

L'effetto sedativo e spesso anche analgesico presente in questo particolare stato di coscienza, è una fenomenologia che io, in modo inconsapevole, ottenevo e sfruttavo probabilmente già da tempo, grazie ad un favorevole “rapporto operatore-paziente” che avevo sempre ricercato ed attuato.

L'Ipnosi avviene quando l'immaginazione creativa [30] del paziente viene opportunamente guidata ed orientata. Poi, secondo quanto sostiene Granone, il massimo grado di profondità dell'ipnosi avviene quando tutto il rapporto tra medico e paziente viene ad essere costituito dal transfert emotivo, irrazionale ed infantile.

Nel mio caso l'ambiente lavorativo che si è dimostrato più idoneo a realizzare l'induzione ipnotica è stato l'Ambulatorio Odontoiatrico all'interno del Carcere di Rimini. I motivi sono innumerevoli e sono illustrati in questa mia tesi.

Con le ore di attività che ho svolto nel Carcere di Rimini in questi ultimi dieci anni, ho imparato a comprendere i difficili meccanismi che caratterizzano la comunità penitenziaria. [31]

Da quando, poi, ho frequentato il corso d'Ipnosi del C.I.I.C.S., grazie agli insegnamenti ricevuti, ho gestito con maggior facilità ed efficacia le emozioni ed i comportamenti di persone che sono private della libertà.

Le procedure odontoiatriche da mettere in pratica, specialmente all'interno di un Carcere, sono sovente ostacolate da crisi di ansia, amplificate ulteriormente dallo stato di detenzione. [32], [33]

Nelle urgenze odontoiatriche non sempre la terapia farmacologica è in grado di risolvere il sintomo dolore, la deprivazione del sonno, lo stato di agitazione.

Come in questo caso che mi accingo ad esporre, il primo che ho eseguito in ipnosi nel Carcere di Rimini e che ho opportunamente documentato

Odontalgia non risolta con terapia farmacologica



Questa è l'immagine di una persona in uno stato di semplice rilassamento o in uno stato di profonda ipnosi ?
[34]

E' la foto di un paziente di **nazionalità algerina, di anni 28**, con disturbi comportamentali per uso di sostanze psicoattive (cocaina), **odontofobico, estremamente ansioso, agitato e sofferente**. Da giorni lamenta un fortissimo dolore che aumenta nelle ore notturne, che non risponde ai comuni Fans e nemmeno agli analgesici oppioidi (assume anche Buprenorfina). Il dolore che lamenta è provocato da una **carie profonda con pulpite** in un molare. [35]

In questi casi la sola manovra che permette di risolvere il dolore è eseguire un'apertura d'urgenza della camera pulpare del molare (primo molare inferiore destro), con rimozione del tessuto pulpare infiammato. Questa manovra, di rapida esecuzione, consente l'immediata risoluzione del dolore, ma va eseguita con la stretta collaborazione del paziente, che, al contrario, era entrato in ambulatorio gesticolando e lamentandosi, senza riuscire a star fermo, chiedendo solo un analgesico per non soffrire oltre. [36], [37]

Riesco a rassicurarlo, promettendo di fargli passare il dolore. Gli chiedo di stendersi sulla poltrona odontoiatrica, di cercare una posizione comoda in modo da permettere ai muscoli di rilassarsi. "Vedi, ora anche la bocca si apre più facilmente, senza fatica. Questa cannula ti asciuga la saliva, così puoi più facilmente respirare col naso".....Il paziente entra quasi subito in trance. Gli suggerisco di andare in un posto per lui piacevole dove non sentirà nessuna sensazione di dolore. "Come in questo momento" (e gli pizzico la mano con un ago). Il paziente conferma di non sentire dolore. [38]

La foto documenta, a fine seduta, ancora l'assoluta immobilità del paziente che non ha mai mostrato segni di sofferenza durante tutto il trattamento odontoiatrico, neppure al momento dell'anestesia intrapulpare, manovra rapida, ma particolarmente dolorosa, che ho comunque ritenuto opportuno eseguire, nonostante avessi suggerito al paziente in ipnosi anche una suggestione di anestesia.



Il particolare di questa foto documenta l'analgesia ottenuta dopo aver suggerito al paziente in ipnosi di immergere la mano destra in acqua fredda.

Non avviene alcuna reazione dolorosa pungendo con un ago il dorso della mano.



Questa foto documenta come il paziente, ancora in ipnosi, esegue il gesto di unire pollice e indice (ancoraggio), suggerito a fine seduta, come manovra utile per controllare un eventuale dolore notturno, al posto dei farmaci.

Al momento dell'esduzione il paziente manifesta uno stato di calma e benessere. Non si è reso conto del lavoro eseguito (amnesia da ipnosi), ma è molto contento: non ha più dolore al dente. Mi parla del "posto sicuro" che gli avevo suggerito di trovare e dove potersi rifugiare, lontano dai problemi. Mi racconta di un viaggio col camper insieme alla sua famiglia.

Vengo a sapere, dal controllo effettuato dopo una settimana, che non ha lamentato più dolori e che di notte ha dormito sempre molto profondamente. I suoi compagni di cella si sono molto meravigliati ed hanno chiesto che farmaco assumesse. Lui ha consigliato a tutti la manovra di unire pollice e indice.... Ovviamente senza ottenere lo stesso risultato.

Stesso paziente dopo due settimane



Il paziente si ripresenta in ambulatorio **inaspettatamente** dopo due settimane e mi chiede di potersi stendere sul riunito, per potersi rilassare, perché si sente estremamente agitato.

Resto assai stupito. Lo faccio comunque accomodare con l'intenzione di eseguire una visita odontoiatrica di controllo e mi giro per indossare guanti e mascherina



Quando torno a voltarmi, mi accorgo che il paziente ha già eseguito spontaneamente la manovra di ancoraggio e si è procurato uno stato di **autoipnosi**. [39]



Questa foto documenta l'analgesia raggiunta in autoipnosi.

Non ci sono urgenze, ma mi rendo conto che posso ancora aiutarlo a gestire le emozioni ed il desiderio di felicità offrendogli la possibilità di “evadere” e di fruire degli affetti desiderati.

Gli suggerisco di immaginare un viaggio in camper insieme con tutta la famiglia. Ad un certo punto due Agenti di Polizia Penitenziaria irrompono in Ambulatorio alla ricerca di un detenuto che non riuscivano a trovare. “Non si dorme qui!” gridano. E cercano di “svegliarlo”, senza riuscirci. Il detenuto sembra incapace di udire, vedere, percepire o rispondere ad alcunché. In pratica la concentrazione e la consapevolezza del soggetto sono dirette unicamente sul dentista. Provvedo a riportarlo in uno stato di coscienza ordinario e gli Agenti lo riportano in cella.

Analgesia ipnotica ed anestesia farmacologica

Prima di descrivere altri trattamenti eseguiti nel Carcere di Rimini con l'ausilio dell'Ipnosi, voglio chiarire che in tutti i casi clinici presentati in questo lavoro le diverse tecniche ipnotiche utilizzate sono state eseguite presentandole ai pazienti come metodiche per ottenere un rilassamento. Un semplice rilassamento utile per affrontare, senza paure o dolore, il necessario trattamento odontoiatrico. [40]

Non si è mai parlato di ipnosi, né di analgesia ipnotica.

Ho ritenuto più opportuno esprimermi in questo modo con i pazienti, considerando questa spiegazione un'informazione certamente corretta e sicuramente meno foriera di ulteriori timori ed apprensioni.

Ricordo che si tratta di persone che arrivano per la prima volta alla mia osservazione, già molto provate per il forte mal di denti, in una situazione di privazione della propria libertà, spesso anche odontofobiche, in uno stato di agitazione psico-motoria o di marcata depressione. [36]

Anche se non ho mai parlato di ipnosi, né di analgesia ipnotica, l'esperienza comunque vissuta della trance ipnotica è risultata sempre assai efficace per gestire dolore ed ansia, ma anche utile nel migliorare tanti aspetti complicati della vita, migliorando il rapporto con la realtà attuale del Carcere.

Gli interventi odontoiatrici urgenti qui presentati sono stati tutti eseguiti in ipnosi profonda (costante l'amnesia dei pazienti al risveglio), con anche la presenza di una quota di analgesia ipnotica.

Tuttavia, prima di procedere al trattamento odontoiatrico, non potendo esser certo di una reale efficacia anestetica anche nel cavo orale, ho sempre aggiunto un supporto di poche gocce di Optocaina, (iniettato per infiltrazione locale), con lo scopo (sempre vantaggioso) di potenziare l'effetto anestetico sommando quello farmacologico e quello ipnotico. [41]

Ho così avuto modo di verificare l'assenza di reazioni dolorose da parte del paziente anche quando inserivo l'ago della siringa nella mucosa del cavo orale o direttamente nella polpa dentaria.

Ambulatorio di Odontoiatria nel Carcere di Rimini

L'Ambulatorio di Odontoiatria nel Carcere di Rimini è un ambiente lavorativo ad elevatissimo rischio biologico, poichè la popolazione carceraria è, già da prima dell'arresto, una popolazione vulnerabile e facilmente esposta a situazioni di rischio infettivo.

In un Carcere le numerose urgenze odontoiatriche con sintomatologia algica-infettiva devono essere possibilmente prese in cura rapidamente all'interno dell'Istituto stesso, senza creare critiche liste di attesa.

Il trasporto del detenuto in un luogo esterno di cura richiederebbe, inoltre, uno sforzo di energie e di mezzi anche da parte del personale di Polizia Penitenziaria, sempre alle prese con carenza di personale.

Le patologie odontoiatriche urgenti vanno quindi prontamente risolte con idonea ed appropriata terapia (conservativa o chirurgica), poiché la sola terapia farmacologica (antibiotici, analgesici, ansiolitici) è sovente di limitata efficacia. [42]

L'elevato numero di prestazioni odontoiatriche impone sempre una continua verifica di tutte le procedure da praticare per ridurre il rischio di trasmissione di malattie infettive.

E' estremamente importante nell'attività Odontoiatrica quotidiana il controllo della trasmissione e della diffusione di alcune gravi malattie infettive, in primis epatiti virali di tipo B , C e infezione da HIV.

È necessario, quindi, mantenere un livello di attenzione costante ed adottare sempre le norme preventive di igiene, disinfezione e sterilizzazione.

Il personale infermieristico presente nel Carcere di Rimini è professionalmente assai preparato ed è in grado di rispondere a pieno titolo, in ambito preventivo, per la gestione del rischio infettivo.

E' questo il principale compito richiesto agli infermieri che lavorano nell'Ambulatorio Odontoiatrico del Carcere di Rimini.

Tuttavia accogliere il paziente, tranquillizzarlo, farlo accomodare sulla poltrona odontoiatrica fornendogli il necessario materiale monouso, sono ulteriori mansioni che hanno ugualmente una valenza fondamentale nella mia professione. [43]

Sono mansioni fatte di gesti e parole che identificano una modalità di comunicazione, verbale e non verbale, capace di creare (o distruggere) un rapporto di fiducia. [82]

L'accoglienza dei pazienti e la comunicazione ipnotica, nell'Ambulatorio Odontoiatrico del Carcere di Rimini, non sono state mai affidate agli Infermieri, che sono comunque impegnati in altre delicate e gravose attività di assistenza infermieristica, ma sono sempre stati eseguiti personalmente da me. [44]

Questi compiti continuo ad eseguirli sempre personalmente, ed ora anche con maggiore attenzione ed ulteriore consapevolezza, perché accogliere un paziente, osservarlo attentamente, tranquillizzarlo con tono di voce e parole appropriate, farlo accomodare sulla poltrona odontoiatrica, invitarlo a trovare la posizione più comoda, fornirgli il necessario materiale monouso, è la prima fondamentale occasione per creare un rapporto di fiducia e di empatia, presupposto indispensabile per un'induzione ipnotica. [81]

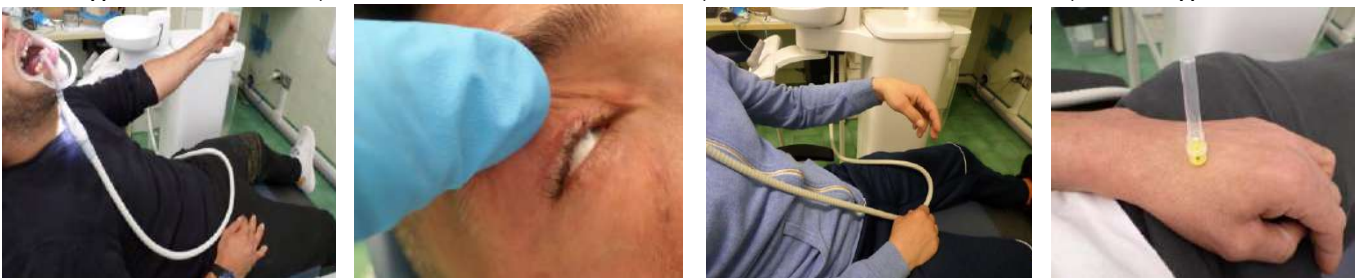
Diventa semplice a questo punto indirizzare l'attenzione del paziente sul proprio respiro, che diventa sempre più lento.

Il suggerimento di immaginare un ambiente accogliente, un posto sicuro, induce il paziente a concentrarsi con la sua fantasia su un solo pensiero, una sola idea, capace di ottenere quello stato modificato della coscienza che è detto Ipnosi.

Si realizza il Monoideismo Plastico di Franco Granone. Il paziente è in Ipnosi.

Non ho la possibilità di evidenziare questa nuova attività del cervello con sofisticate tecniche di diagnostica per immagini (neuroimaging). Posso solo documentare con "immagini da palcoscenico" la caratteristica fenomenologia presente nell'ipnosi:

la rigidità muscolare, la roteazione di un'occhio, la levitazione del braccio, l'analgisia



Posso però utilizzare questo stato modificato di coscienza, diverso dallo stato di sonno o dallo stato di veglia, per rendere più confortevole un trattamento odontoiatrico urgente: **l'Ipnosi da fenomeno da palcoscenico diventa Ipnosi Clinica.** [48]

Induzioni ipnotiche rapide in Carcere

Come mai molti pazienti che arrivano in urgenza nell'Ambulatorio Odontoiatrico dislocato nel Carcere di Rimini manifestano in modo assai rapido (5 minuti) la caratteristica fenomenologia dell'ipnosi ? [34] [45]

Innanzitutto, quando una visita odontoiatrica viene richiesta con urgenza, il paziente è accompagnato in Infermeria da un Agente di Polizia Penitenziaria che, come da regolamento, resta fuori dall'Ambulatorio.

La porta resta comunque aperta, per motivi di sicurezza.

Di certo non si presenta un ambiente accogliente. Giungono inevitabilmente nella stanza il vociare di altri detenuti, a volte grida di rabbia o disperazione.

Io mi alzo dalla sedia per accogliere il paziente che già intuisco essere molto sofferente: a volte è in uno stato di agitazione, altre volte in uno stato confusionale.

Il paziente ed il dentista sono ora entrambi in piedi, uno di fronte all'altro, gli sguardi si incrociano. [46]

E' con questo primo contatto visivo che può già iniziare un'induzione ipnotica.

Se il paziente mantiene il contatto visivo in modo prolungato, mi comporto in modo simile per evitare di sembrare poco interessato alle sue parole. Al contrario, se tende a sfuggire con lo sguardo, cerco di agganciarlo, senza però prolungarmi, per non dare la sensazione di volerlo fissare.

Senza assistente, senza infermiere, senza igienista dentale, senza segretaria, senza agente di polizia, non c'è nessun altro che potrebbe far distogliere lo sguardo del paziente sui miei movimenti.

Oltre alle parole, anche i miei gesti diventano adesso importanti. Le mie espressioni facciali devono essere appropriate per non contraddire quel che dico. [81]

Invito il paziente a sedersi e lo istruisco sull'uso dell'aspiratore e su come mantenerlo posizionato nella bocca.

In questo modo la mia postura, la variazione della distanza interpersonale, il contatto fisico, sono tutti gesti che possono creare (o rompere) la fiducia.

In pratica le tecniche di ipnosi rapida sono essenzialmente di tipo non verbale.

Foto di pazienti in ipnosi



Regolo il tono, il volume ed il ritmo della mia voce in maniera opportuna per rassicurare, per spiegare le procedure che si dovranno eseguire e per rispondere alle domande ed alle richieste. [47]



Mi informo sullo stato di salute generale e sulle problematiche dentali. Si crea in questo modo subito un' "atmosfera empatica", che è fondamentale per acquisire la fiducia di una persona, costretta a servirsi del "dentista del carcere" senza poter scegliere un "dentista di fiducia".



L'ipnosi si configura come una particolare forma di interazione umana. [82]

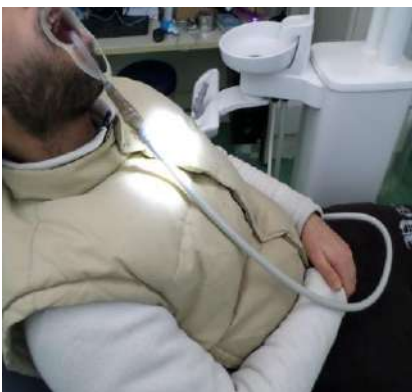


Foto di pazienti in ipnosi



L'induzione ipnotica è stata raggiunta tramite suggestioni verbali che favoriscono il rilassamento ed una sensazione di benessere.



L'Ambulatorio diventa più accogliente, così come la poltrona odontoiatrica, sulla quale il paziente può ora sedersi comodo.



Con voce, calma e monotona, invito a respirare profondamente e lentamente: "Senti l'aria che entra ed esce dal naso".



Conto 4/5 respiri, poi aggiungo (con voce più ferma): "Adesso tutto avviene automaticamente. I muscoli si rilassano da soli, così puoi continuare a stare a bocca aperta più facilmente. Anche le spalle si rilassano".



Sfioro leggermente le spalle con la mia mano ed il paziente si abbandona, ancora più rilassato, sulla poltrona.



Ipnatismo

L'ipnotismo, ossia la tecnica utilizzata per ottenere l'induzione della trance, non è un processo standardizzato che può essere applicato a chiunque nello stesso modo. Non esiste un metodo, una tecnica, una formula che funzioni sempre con chiunque o anche con la medesima persona in circostanze differenti.

Nell'Ambulatorio Odontoiatrico del Carcere di Rimini, per poter rispettare i tempi ristretti a disposizione, è assolutamente necessario ottenere induzioni ipnotiche rapide. [45]



Un'induzione rapida è necessaria, ed anche molto utile, quando si lavora con pazienti affetti da dolore acuto, spesso estremamente ansiosi, che hanno difficoltà a rilassarsi.

Una volta ottenuta l'ipnosi, devo mettere in atto le procedure necessarie per mantenerla ed approfondirla, poichè essa può terminare con la stessa velocità con la quale si è manifestata. Occorrono quei suggerimenti per indirizzare la fantasia del paziente a focalizzarsi su una sola idea, idea che è in grado di produrre gli effetti dell'ipnosi, non solo psichici, ma anche fisici.

Il monoideismo plastico costituisce la conditio sine qua non dell'ipnosi: se non c'è monoideismo, non c'è ipnosi. Franco Granone, il neuropsichiatra che ha introdotto l'ipnosi a fini medici in Italia, ha basato tutta la sua teoria dell'ipnosi sul monoideismo plastico. [1], [2], [48]

L'Ambulatorio Odontoiatrico nel Carcere di Rimini diventa un ambiente adatto a suggerire con la giusta prosodia, i suggerimenti e le suggestioni adatte alla personalità del paziente che ho in cura. Le parole ed il tono di voce usati potrebbero apparire poco comprensibili ad altri e creare imbarazzo. Ma nella stanza siamo soltanto io ed il paziente. [46], [47]

Estrazioni multiple eseguite in ipnosi

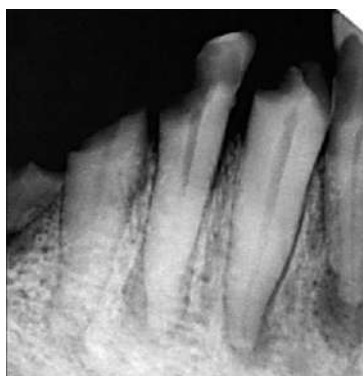
Come è possibile distinguere un profondo e piacevolissimo rilassamento da una vera ipnosi? [49]

Guardando soltanto le illustrazioni precedenti effettivamente non è possibile.



Questa, ad esempio, potrebbe essere la foto di una persona comodamente seduta e rilassata.

In realtà si tratta di un paziente di nazionalità marocchina, di anni 56, con forti dolori nel quadrante inferiore destro della mandibola.



La radiografia e la foto endorale evidenziano la presenza di **diverse radici residue**, alcune necrotiche con area osteolitica periapicale, dolenti alla percussione, altre con pulpite, molto dolenti agli stimoli termici. Si tratta di **un'urgenza odontoiatrica, non risolvibile con la sola terapia farmacologica**. Il paziente ricorreva da tempo a cicli di terapia antibiotica per ascessi recidivanti. E' presente anche una fistola vestibolare in prossimità del forame mentoniero con iniziali parestesie del nervo mandibolare. Occorre eseguire una bonifica del cavo orale con estrazioni multiple. [50]



Nonostante i forti dolori il paziente entra subito in ipnosi, mostrando un' assoluta immobilità e senso di calma. [75]



Per escludere che possa essere simulazione o una volontà di collaborazione, chiedo al paziente di irrigidire il braccio sinistro e farlo diventare “come quello di una statua”. Il paziente non avverte disagio o fatica.



Gli occhi restano chiusi, con immobilità della mimica facciale, pesantezza delle palpebre e morbidezza dei lineamenti.



Suggerisco al paziente di immergere le mani in acqua fredda per addormentarle. Verifico l’analgesia inserendo un ago prima nella mano sinistra, poi in quella destra, non evidenziando nessun sanguinamento alla sua rimozione, né alcun segno di sofferenza.



Il paziente continua a restare calmo ed immobile e mi conferma di non provare alcun dolore.

“Adesso anche nella bocca non sentirai più dolore” gli suggerisco con tono rassicurante.

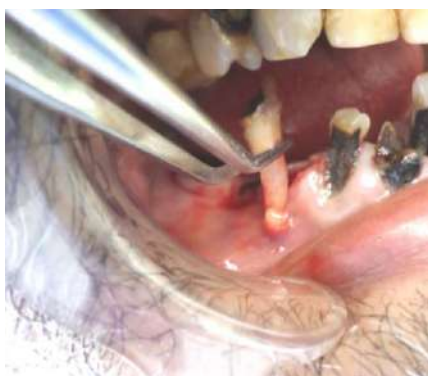


Decido a questo punto di iniziare la procedura chirurgica di bonifica. [74]
Eseguo, con poche gocce di Optocaina senza adrenalina, un’anestesia locale nella sede del molare. Questa manovra mi conferma che anche in questo distretto anatomico esiste già una ridotta percezione del dolore indotta dall’Ipnosi, poiché non si manifesta alcuna reazione dolorosa all’introduzione dell’ago.

Completo l'anestesia plessica locale anche nelle altre sedi, sempre con Optocaina senza vasocostrittore, ed eseguo la prima estrazione delle radici residue del molare.



Anche senza l'uso del vasocostrittore, non si verifica alcun sanguinamento. E' un'ulteriore conferma che il paziente non è semplicemente rilassato, ma è in ipnosi.



Proseguo con le avulsioni, sempre senza dolore, né sanguinamento. Anche la zona della fistola, nonostante la presenza del granuloma apicale e di abbondante tessuto di granulazione, **non sanguina.**



A fine intervento il paziente mi sorride e mi ringrazia portandosi la mano sul cuore.

Non posso ovviamente allegare nessuna foto che ritrae questo momento.

.....

Un caso di gesto autolesivo causato da severa odontalgia

Dopo pochi giorni, nella stessa cella dove è ristretto il paziente il cui caso ho appena descritto, arriva, trasferito dal Carcere di Parma, un nuovo detenuto, anche lui di nazionalità marocchina, di 33 anni.

Nella sua cartella clinica si legge: *“Recente episodio autolesivo in data 20/03/2025 per cui si cuciva le labbra con filo come forma di protesta richiedendo trasferimento presso altro istituto. Si richiede visita psichiatrica prioritaria per recente gesto autolesivo in rischio suicidario medio in paziente tossicofilico con storia di gesti autolesivi multipli. Si richiede colloquio psicologico”.*

Questo ragazzo marocchino è in trattamento con Olanzapina (antipsicotico, stabilizzante dell'umore ed antimaniacale), Citalopram (antidepressivo), Tavor (ansiolitico) e Talofen, (al bisogno, per controllare l'umore e il comportamento, in caso di aggressività o agitazione).

Non si accenna allo stato di salute della sua dentatura, né si richiede una visita urgente odontoiatrica. Viene richiesta, in urgenza, solo una visita psichiatrica. [51]

Per una fortunata coincidenza questo ragazzo si confida con l'altro detenuto marocchino che ho da poco trattato in ipnosi, il quale lo convince a superare la "paura del dentista". Forse nel Carcere di Parma si era cucito la bocca anche per questo motivo. [52]

Così ho la possibilità di visitarlo. Parla a mala pena l'italiano. Mi fa capire che soffre da tempo di mal di denti.

L'esame clinico evidenzia gli incisivi centrale e laterale superiori sinistri molto dolenti per coinvolgimento pulpare da carie destruyente.



L'ansia di cui soffre questo paziente è una risposta comune al dolore e i sintomi dell'ansia si aggravano quando un dolore diventa continuo ed invalidante (come in questo caso). Inoltre, l'ansia aumenta la percezione del dolore. [35]

Anche la depressione può associarsi ad un dolore persistente da tempo.

Il suicidio è segnalato nel 10-15% di casi con dolore prolungato e con scarso supporto sociale e affettivo, come già si configura per questa persona, con molti segnali allarmanti (sono già segnalati in cartella **precedenti gesti auto-lesivi multipli**).

Rassicuro il paziente che accetta di sedersi per eseguire una radiografia. Inizia così l'induzione ipnotica: mi conferma che è comodamente seduto sulla poltrona sollevando e muovendo le dita della mano, come risposta affermativa alle mie domande. [80]



Il paziente, prima ansioso ed odontofobico, ora è già in iniziale stato di trance. L'Ipnosi diventa ancora più profonda quando lo invito ad irrigidire il braccio sinistro.



Il paziente resterà fermo così, in questa posizione, senza manifestare disagio o stanchezza, per tutto il tempo del mio intervento.



La radiografia conferma il coinvolgimento pulpare dell'incisivo centrale superiore sinistro (21), in pulpite, e dell'incisivo laterale superiore sinistro (22), in necrosi. [35], [83]



Eseguo l'apertura della camera pulpare di questi due incisivi ed inizio una strumentazione canalare per asportare il tessuto pulpare infiammato dell'elemento 21 ed il tessuto pulpare necrotico del dente 22.



Il paziente continua a restare immobile, fino al momento dell'esduzione.

Non ha più dolore e mi ringrazia con un sorriso.

.....

Pulpite di un incisivo in paziente con grave disagio psichico

Un altro caso clinico dove mi sono avvalso dell'ipnosi, è quello di un ragazzo tunisino di 22 anni, con un grave disagio psichico.

Il paziente proveniva dal Carcere di Ancona ed assumeva una corposa terapia farmacologica a base di farmaci ipnoinducenti ed antipsicotici.

In data 3 aprile 2025 viene richiesta, in urgenza, una visita psichiatrica per comportamenti aggressivi del detenuto che non riusciva ad ottenere il farmaco desiderato.

Nel referto dello Psichiatra si legge:

Visita svolta presso Casa Circondariale di Rimini su richiesta urgente del medico della struttura penitenziaria per rivalutazione di paziente con rischio medio.

Paziente non conosciuto dai servizi del DSM-DP di Rimini. Dalla documentazione emerge abuso di cocaina sniffata, alcol, cannabinoidi e farmaci (Lyrica e Rivotril). Precedentemente detenuto presso la casa circondariale di Ancona nel dicembre 2024 durante la cui detenzione si è ustionato con una bomboletta con finalità strumentali in corso di richiesta volta all'ottenimento di prescrizione di Lyrica.

Dopo pochi giorni, **il 15 aprile, viene portato in Ospedale** per un gesto autolesivo:

Tipologia: Visita medica in urgenza

Note: Ingestione di lametta e spazzolino. Si richiede invio urgente in PS per gli accertamenti del caso.

Nella stessa giornata il paziente, di rientro dal P.S. dell'Ospedale di Rimini, viene accompagnato dagli Agenti di Polizia nell'Ambulatorio Odontoiatrico del Carcere, poiché lamenta un mal di denti insopportabile.

Il disagio psichico di questo ragazzo, poco più che ventenne, era sicuramente causato dallo stato di detenzione, ma anche dalla paura del dentista, (in particolare di un dentista che lavora in un carcere), e dal timore di dover subire l'estrazione di un incisivo, un dente particolarmente importante per il sorriso, ma divenuto assai dolente per una frattura della corona.

Il mal di denti, divenuto oramai insopportabile e non più controllato dalla continua richiesta di farmaci, lo aveva portato al gesto estremo di autolesionismo, come estrema richiesta di aiuto. [84]

Lo rassicuro dicendo che porterò via solo il dolore e non il dente. [85], [86]



Il paziente è ora rilassato sulla poltrona, concentrato sul suo respiro, con gli occhi chiusi.
Gli suggerisco di unire pollice ed indice della mano destra (comando post-ipnotico) e lo invito a riaprire gli occhi per poi richiuderli subito, 4/5 volte di seguito.
Ottengo un'ipnosi rapida e profonda.



Posso così eseguire facilmente l'apertura d'urgenza della camera pulpare dell'incisivo laterale superiore destro, elemento estremamente dolente per una pulpite da frattura coronale di vecchia data, di verosimile etiologia traumatica.



L'apertura della cavità pulpare consente la rimozione del tessuto pulpare infiammato con l'immediata risoluzione del dolore e la possibilità di un futuro restauro protesico dell'incisivo fratturato, evitando l'estrazione.

Il paziente al risveglio non si è accorto di nulla e non ha più dolore.

Dopo una settimana eseguo il controllo radiografico. Il paziente è ora sereno e subito si accomoda sorridendo.



Mi racconta che non ha avuto più dolori e non ha più richiesto farmaci.

Nella stessa giornata questo ragazzo ha un colloquio con la psicologa del Carcere di Rimini, che scrive:

Al colloquio odierno trovo il paziente nettamente migliorato nelle modalità comunicative interpersonali. Non si evidenzia la solita rivendicatività emersa in altri colloqui, afferma di volersi impiegare in attività di volontariato per impiegare al meglio le giornate, esprime il desiderio di poter registrare della musica, già dal carcere di Ancona sembra avesse iniziato a scrivere canzoni. Buono il tono dell'umore, dichiara inoltre di voler scalare i farmaci in quanto è convinto che se avrà la giornata maggiormente organizzata sentirà meno l'esigenza di sedazione. Chiede nuovamente informazioni circa la sua situazione con il Serdp e la possibilità di essere inserito in un programma comunitario. Lo sollecito di interfacciarsi con le colleghe del suddetto servizio per avere aggiornamenti.

.....

Potrei ora dilungarmi sulle cause e sui motivi di dolori così intensi, come nel caso di pulpiti, oppure perché, anche in caso di necrosi pulpare avanzata, possa ancora essere presente una certa sensibilità. Potrei parlare di come un segnale doloroso che parte dalla polpa dentaria raggiunge la corteccia cerebrale, dei neuroni A-delta, delle

fibre C, la via rapida e la via lenta del dolore, come il dolore viene riconosciuto, inibito o amplificato a livello centrale o periferico, del sistema gate-control, del fascio spino-talamico, del sistema limbico, ippocampo, ipotalamo ed amigdala....Ma sono tutti argomenti di immediata consultazione e facile reperibilità, anche sul web.

Preferisco invece ribadire come nella pratica clinica quotidiana tutti notiamo come la percezione cerebrale del dolore sia un fenomeno squisitamente individuale. Si riscontrano differenze di comportamento, a volte drammatiche, tra diversi individui di fronte al sintomo doloroso, come, ad esempio, nei casi prima descritti.

Tra i fattori capaci di influenzare il modo di percepire e vivere il dolore ricordiamo lo stress ed il grado di attenzione e preoccupazione che il paziente riversa sulla sua patologia, la personalità ed il grado di cultura del paziente stesso e le capacità di rassicurazione del Medico-Dentista.[87]



Oltre a facilitare il controllo dell'ansia e del dolore, la metodica dell'ipnosi mi consente di eseguire con maggior facilità estrazioni difficoltose, come queste:

Radici residue del dente del giudizio estratte in ipnosi



La radiografia evidenzia le radici residue dell'ultimo molare nell'arcata superiore sinistra (dente del giudizio), difficilmente visibili all'esame ispettivo a causa della loro posizione estremamente arretrata.

Trattasi di un'urgenza poiché le radici sono assai dolenti e presentano un' area osteolitica periapicale (granuloma cistico).



Anche la fotografia delle radici rimane difficoltosa.

E' possibile eseguirla soltanto utilizzando uno specchio.

Grazie all'ipnosi il **rilassamento muscolare** raggiunto permette di ottenere un'ampia apertura della bocca.

Il **respiro rallentato** non causa l'appannamento dello specchio.

La **perfetta immobilità** del paziente consente di mantenere fermo lo specchio che poggia soltanto sull'arcata dentale inferiore, senza altri supporti.

La manovra non crea **alcun disagio al paziente**. Senza assistente posso eseguire lo scatto della foto. Poi ovviamente procedo all'estrazione. Eseguo **poche gocce di anestetico locale** senza adrenalina. Il paziente non avverte alcun fastidio alla puntura dell'ago nella mucosa palatina. [88]

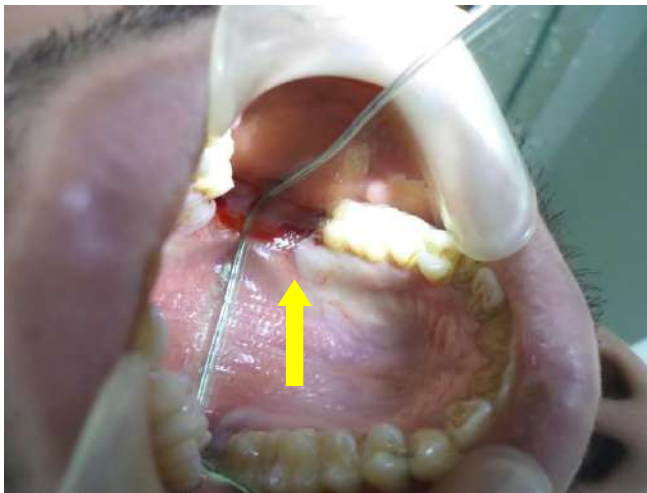


Foto dell'avvenuta estrazione.

Il paziente ha mantenuto la medesima posizione.

Ovviamente lo specchio, usato per la foto, è stato rimosso al momento della procedura chirurgica.

L'ipnosi si è dimostrata in grado, anche in questo caso, di **ridurre l'emorragia**, per l'avvenuta **vasocostrizione** e successivamente di **abbreviare il decorso** postoperatorio, di **favorire la guarigione dell'alveolo**, di **ridurre il dolore post-estrattivo**.

Collaborazione attiva in stato d'ipnosi



Questa è una foto che mostra **l'assoluta immobilità** di un altro paziente in ipnosi, in grado di mantenere **fermo uno specchio** poggiato sull'arcata dentaria inferiore, con un respiro così rallentato da non creare appannamenti. **Il paziente è in Ipnosi e collabora attivamente.**

Ipnosi vigile ad occhi aperti

Un enorme vantaggio offerto dall'Ipnosi, oltre a ridurre lo stato di ansia e la percezione del dolore, è la collaborazione dei pazienti all'esecuzione dei compiti loro richiesti, pur mantenendo un profondo rilassamento.

Come in questo caso d'ipnosi vigile ad occhi aperti.



Paziente arrivato in ambulatorio per un forte dolore all'emiarcata inferiore destra.

Lo stato d'ipnosi è verificato con la levitazione del braccio che si mantiene sollevato, senza segnali di affaticamento.



Il paziente, pur completamente rilassato in questo stato ipnotico, è concentrato all'esecuzione di un compito piuttosto critico, perché mantenere fermo il sensore del radiografico nella zona dove lamenta dolore non è per nulla piacevole. Ancora non è stata eseguita alcuna anestesia farmacologica.



L'immagine radiografica conferma la causa del forte dolore.

Si evidenzia una lesione cariosa interdentale del primo premolare inferiore destro, con coinvolgimento pulpare.

L'elemento, vacillante e dolente non è più recuperabile.

Presente anche un residuo radicolare del secondo premolare.

In previsione dell'estrazione, eseguo poche gocce di anestetico senza vasocostrittore.



Sono stati estratti il primo premolare ed il residuo radicolare del secondo premolare.

La radiografia evidenzia la strumentazione con il cucchiaio alveolare nel sito estrattivo.



Il paziente è ancora in stato d'Ipnosi.

Da notare l'assenza di sanguinamento anche dopo il curettage alveolare con la rimozione dell'abbondante tessuto di granulazione.



Ancora in ipnosi il paziente esegue il compito di mantenere fermo, (con la sua mano destra), il cucchiaio alveolare nel sito dell'estrazione appena eseguita.

Si conferma la **vigile concentrazione del paziente, ancora ipnotizzato, in assenza di dolore e sanguinamento.**

Il paziente, in ipnosi, mantiene fermo il cucchiaio alveolare con la sua mano destra.

Ipnosi con tecnica di frazionamento

Questa tecnica consiste nel deipnotizzare il paziente diverse volte durante la medesima seduta. In altre parole, dopo aver ottenuto una trance ipnotica, si chiede al paziente di risvegliarsi e successivamente lo si induce nuovamente in ipnosi. Questa metodica consente di ottenere un'Ipnosi profonda in pochi minuti.

Come in questo caso di ascesso odontogeno a carico del primo molare inferiore sinistro



Ho fatto entrare ed uscire in rapida successione il paziente dall'ipnosi.

L'ipnosi è rapidamente ottenuta mediante il comando post-ipnotico precedentemente convenuto (unire pollice e indice). Grazie allo stesso comando è possibile re-indurre l'ipnosi nell'arco di un paio di secondi.



Comando post-ipnotico

Un caso di odontofobia risolto con l'Ipnosi

Si tratta di un ragazzo italiano di 27 anni.

Questo è una copia del referto del Medico di turno nel Carcere di Rimini:

Appena entra in infermeria attua una verosimile scenata in cui si appoggia al lettino per un presunto dolore lombare e poi si appoggia e **si stende a terra urlando**, lamentandosi e toccandosi la schiena. Dopo 5 minuti di questa scena, l'infermiera xxxxx lo aiuta ad alzarsi e si siede per la visita. Inizia con tono oppositivo, illogico, a tratti minaccioso uno sperloquio che varia da **un incidente stradale avvenuto 2 aa fa**, al fatto che non ha piu memoria, che ha un orecchio che dovrebbe "essere amputato", alla sua storia familiare, alla sua carcerazione, ecc. Il sottoscritto non può neanche guardare il pc per leggere quello che hanno scritto i colleghi o i referti vecchi, perchè vengo accusato di non ascoltarlo e minacciato.

Il detenuto inizia a parlare per circa 30 minuti, **rabbia reattiva, insulti e sfiducia nei confronti dell'area sanitaria** e verso il sottoscritto, piu volte ci accusa di prenderlo in giro. Da quello che emerge alla fine vuole che il sottoscritto in qualità di medico scriva che **"Il detenuto ha bisogno di cure esterne"** su un foglio bianco firmato. Senza nessuna logica. Nessun referto disponibile. nessuna domanda possibile, poichè il detenuto non mi lascia parlare. Il tono con cui richiede questo foglio è insistente, imperativo, minaccioso. Continua a non farmi parlare, insulta, prosegue con discorsi illogici e pretende questo foglio. Non sapendo, dopo 30 minuti abbandonanti, il sottoscritto cosa fare, chiedo **intervento della polizia penitenziaria** per poter proseguire il piano lavoro dell'infermeria. Inizia ad urlare, minacciare, insultare, in faccia al capoposto xxxxxxxx. Presenti infermieri xxxxxxxxxx, oltre ad altri agenti delle pp. **Il detenuto inizia ad agitarsi e urlare sempre di piu'** fino al punto che sono costretto a chiudermi nell'altra stanza con gli infermieri e attendere che l'infermeria sia lasciata libera per poter proseguire con il lavoro.

Interviene un Agente di Polizia che convince questo ragazzo a farsi visitare anche dal dentista. L'Ambulatorio di Odontoiatria si trova nel locale accanto all'Infermeria.

Accolgo questo ragazzo con un sorriso e gli chiedo il motivo delle sue urla.

Lui inizia a lamentarsi dell'assistenza sanitaria che riceve nel Carcere.

Nonostante la terapia assunta (**165 gocce al giorno di Valium**, 3 compresse di **Quietiapina** al dì, una compressa da 5 mg di **Olanzapina** e 30 gocce di **Talofen** al bisogno), è in uno stato di fortissima agitazione. [69]

Mi chiede la prescrizione di antidolorifici, rifiutando di sedersi sulla poltrona odontoiatrica. Non insisto. **Mi posiziono anch'io in piedi di fronte a lui** e gli chiedo di spiegarmi dove accusa dolore. Lui continua a chiedere con insistenza che vuole solo un calmante per il dolore, perché non riesce a dormire e ripete ad alta voce che non vuole farsi visitare.

Osservandolo con attenzione **mi accorgo che ha il margine di un incisivo fratturato**.

Gli chiedo spiegazioni. Il mio interesse lo tranquillizza. Lo convinco così a sedersi per eseguire una radiografia endorale (io la chiamo una **semplice “foto del dente”**). Lui accetta, ribadendo che non vuole nessun tipo di trattamento. Lo rassicuro.

L'occasione della radiografia mi offre **l'opportunità di potermi avvicinare a lui** superando la sua paura e la sua diffidenza. La “paura del dentista” e la diffidenza del “dentista di un carcere” iniziano ad allentarsi. [80]

La radiografia conferma che **il dolore avvertito dal paziente è assolutamente reale** ed è tra i più forti (pulsante aumenta in posizione supina, specie di notte). L'incisivo centrale superiore destro è **in necrosi pulpare** da diverso tempo (vedi il colore più scuro del dente nella foto e l'estesa area osteolitica nella radiografia), ma anche l'incisivo laterale (apparentemente indenne) è in verosimile sofferenza pulpare a causa dell'invasione batterica proveniente dal dente vicino. Illustro il problema al paziente che, tuttavia, continua ad insistere con fermezza che non vuole sottoporsi a nessun trattamento odontoiatrico. Gli spiego che per calmare il dolore **occorre “far uscire l'infezione”**. **E non userò aghi e siringhe** (mi ha appena detto che non li sopporta). Per ottenere questo occorre solo rilassarsi, trovare una posizione comoda sulla poltrona, dove ora è seduto, e concentrarsi sul proprio respiro. Uso un tono di voce lento e calmo. Lui smette di agitarsi, il respiro rallenta, gli occhi tendono a chiudersi, la muscolatura si rilassa, la posizione diventa immobile. [89]

A questo punto **eseguo rapidamente l'apertura della camera pulpare** con una fresa diamantata montata su turbina su tutti e due i denti. Il paziente rimane immobile. Ho la conferma della necrosi pulpare su entrambi gli incisivi con la fuoriuscita di abbondante pus. Il paziente continua a restare fermo. Eseguo la radiografia di controllo della iniziale strumentazione canalare.

Le immagini del paziente odontofobico



Il paziente, odontofobico, quando è entrato in ambulatorio era in uno stato di estrema agitazione. Adesso è rilassato ed immobile, seduto sulla poltrona odontoiatrica.

L'Ipnosi è confermata dalla rigidità realizzata dal paziente con il braccio destro, su suggerimento di farlo diventare "come quello di una statua". La mano sinistra esegue la manovra di ancoraggio (unire pollice e indice).

La profondità raggiunta dello stato ipnotico consente di eseguire il trattamento in urgenza prima sull'incisivo centrale superiore (elemento necrotico ma ancora sensibile alle vibrazioni del trapano) e di seguito anche sull'incisivo laterale, (anch'esso in necrosi), permettendo un immediato drenaggio della raccolta purulenta.

Questa procedura, se c'è collaborazione, può essere eseguita senza utilizzare anestetico locale (si conferma la necrosi dentale), con immediato sollievo del dolore. [79]

Controllo radiografico della strumentazione canalare eseguita.

Vorrei poter inserire le foto dell'aspetto del paziente quando è arrivato e quando è andato via.

Posso soltanto descrivere il **caloroso abbraccio di gratitudine a fine ipnosi.**

Una devitalizzazione in paziente in forte stato di agitazione

E' un paziente di nazionalità tunisina, 30 anni.

Lamenta un forte dolore al primo quadrante.

Leggo dalla cartella clinica:

“Paziente in forte stato di agitazione psicofisica nonostante la terapia somministrata. Non sussistono le condizioni cliniche per la traduzione presso Tribunale di Forlì. Attualmente in forte stato di agitazione psicomotoria, non orientato spazio tempo, comportamenti bizzarri.”

Alla visita odontoiatrica, richiesta in urgenza per forti dolori, riscontro una profonda lesione cariosa del primo molare superiore destro con esposizione pulpare.



In ipnosi si inizia la devitalizzazione del molare con l'asportazione del tessuto pulpare nei tre canali.

Il paziente rimane calmo ed immobile per tutto il tempo del trattamento.



Lo stato ipnotico è verificato anche dai globi oculari che tendono a ruotare verso l'alto per un aumento del tono del muscolo retto superiore.

Estrazione di un dente del giudizio in ipnosi

Ragazzo di nazionalità marocchina di 24 anni

Nel referto del Medico di turno nel Carcere di Rimini si legge:

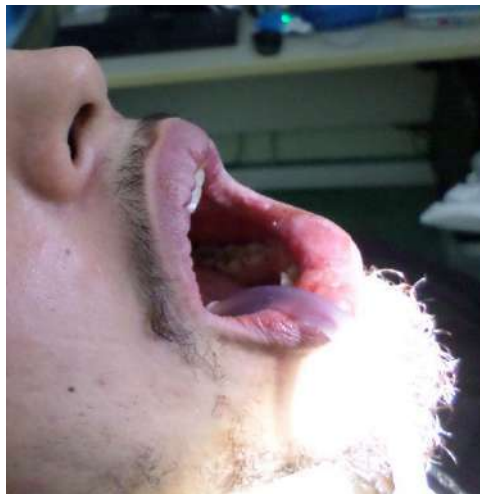
“Controllo in isolamento disciplinare: Persistenza di odontalgia, riferisce inefficacia della terapia somministrata.

Riferisce di aver tentato di rimuoversi il dente con delle forbici in cella. Attualmente assenza di toradol e tachidol in infermeria. Si somministrano 10ggt di contramal.

Da rivalutare in caso di persistenza del dolore.”

Nonostante l'isolamento disciplinare è accompagnato in Ambulatorio per il forte dolore lamentato nel primo quadrante.

Con il rilassamento ottenuto mediante l'ipnosi è più agevole eseguire la radiografia endorale e visualizzare il terzo molare superiore destro (dente del giudizio) con la distruzione della corona da carie.



Dente del giudizio in pulpite



Posizione molto arretrata del dente del giudizio nell'arcata superiore destra



Questo è il paziente in ipnosi che in stato di agitazione voleva togliersi questo dente con le forbici.



Radiografia dell'avvenuta estrazione.



Immagine dell'alveolo post-estrattivo.



Dente del giudizio da estrarre

Grazie alla vasocostrizione ottenuta con l'ipnosi il sanguinamento è assente.

Ipnosi e vasocostrizione



Paziente di nazionalità italiana, di anni 56.

Lamenta dolore al quarto quadrante.

Si procede all'induzione



Radiografia del secondo molare inferiore destro, elemento in grave sofferenza endo-parodontale, non più recuperabile.

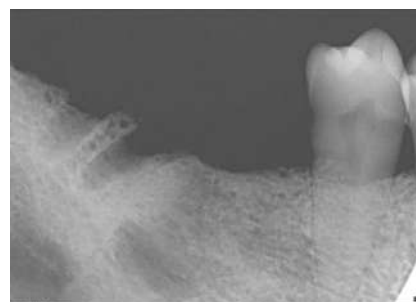


Questo è il molare vacillante e dolente.

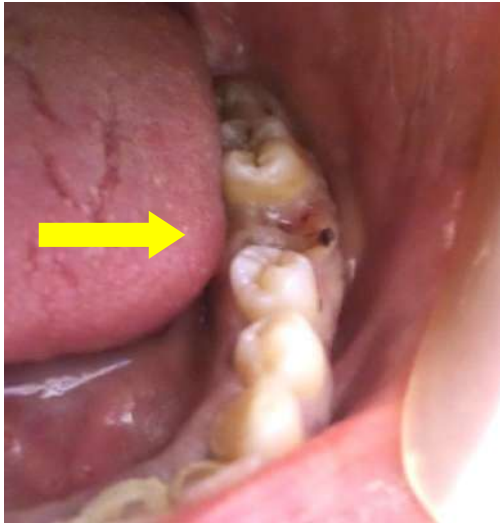
Eseguo localmente poche gocce di anestetico senza vasocostrittore.



L'estrazione avviene senza sanguinamento.



Un altro caso di odontofobia



Questa immagine mostra la presenza delle radici residue del primo molare inferiore sinistro



La presenza di queste radici, ora assai dolenti, consente anche di valutare il grado della “paura del dentista” di questo paziente, che ha sempre evitato una visita odontoiatrica e che adesso la richiede, **in urgenza, unicamente per richiedere un farmaco analgesico** per calmare il forte dolore.



L’Ipnosi permette di far superare la fobia del dentista.

Il paziente è seduto sulla poltrona odontoiatrica.

Il rilassamento ottenuto e la riduzione dei movimenti facilita la documentazione iconografica



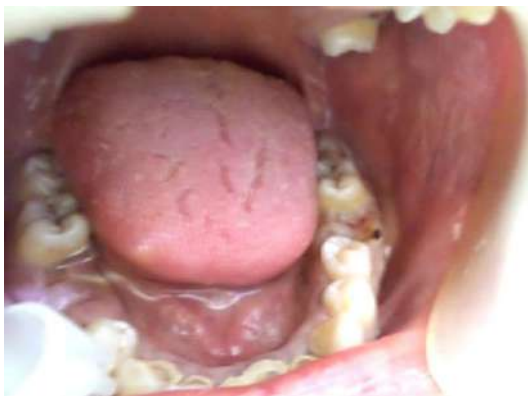
Il comando di unire le dita delle mani (pollice e medio) è utilizzato per realizzare un approfondimento dello stato ipnotico mediante la metodica del frazionamento.



Il suggerimento di immergere la mano nell'acqua fredda consente di ottenere un'analgesia con vasocostrizione, come mostra questa foto con l'inserimento di un ago nella mano sinistra, (senza manifestazioni di dolore) e la sua rimozione (senza nessun sanguinamento).

Il paziente, interrogato, conferma l'assenza di dolore alla mano.

Si suggerisce di trasferire questo risultato anche nella bocca, ottenendo anche lì anestesia e vasocostrizione.



Eseguo poche gocce di anestesia locale con Optocaina senza vasocostrittore, avendo anche qui la conferma dell'avvenuta presenza di un'analgesia ipnotica.

Il paziente, odontofobico e con severa odontalgia, resta immobile anche all'inserzione dell'ago nella mucosa del cavo orale.

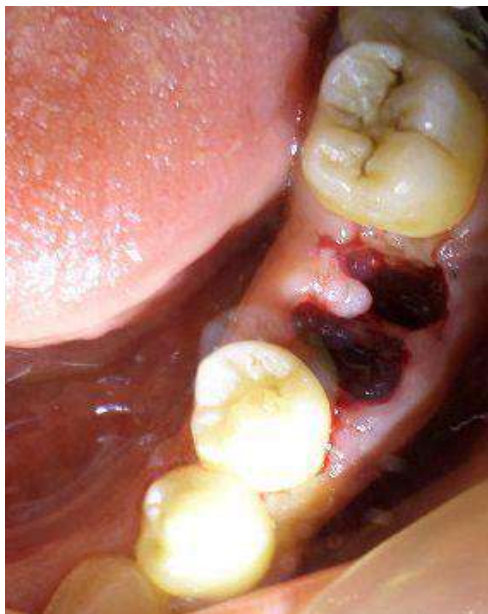


Procedo con l'avulsione della radice mesiale del primo molare inferiore sinistro.

Nessuna reazione dolorosa, nessun particolare sanguinamento.

Il paziente, sempre immobile nella stessa posizione, mi permette di eseguire facilmente questa foto.

Il respiro calmo e rallentato non provoca appannamenti.



Rimuovo anche la radice distale, sempre con lo stesso risultato.

Il paziente, al momento dell'esduzione, si mostra assai meravigliato.

Non si è accorto di nulla ed ora non avverte più dolore.

Suggerisco di utilizzare ancora il comando post-ipnotico per controllare un eventuale dolore causato dalla ferita.

Anche in questo caso l'Ipnosi si dimostra assai efficace nel ridurre ansia, paura, dolore e sanguinamento.

Estrazione di un molare in Ipnosi



Paziente di anni 60 del Senegal.

Ha richiesto una visita urgente perché lamenta dolore alla masticazione nel secondo quadrante.



La radiografia evidenzia una grave sofferenza parodontale del primo molare superiore sinistro, elemento vacillante, dolente, non più recuperabile.

Il paziente acconsente all'estrazione.



Si tratta di un paziente che **non** assume farmaci ansiolitici, **non** assume farmaci stabilizzanti dell'umore, **non** assume antidepressivi, **non** è ansioso, **non** è odontofobico.

Ha solo un dente assai dolente alla masticazione.



Questo caso mi offre l'occasione di poter affermare che non è per le terapie con farmaci sedativi che è più agevole indurre in ipnosi un paziente.



Mi sono accorto che in risposta al mio invito di rilassamento gli occhi (che lacrimavano) si sono chiusi. Con il solito comando post-ipnotico ho reso rapidamente l'ipnosi ancora più profonda.



Radiografia del molare



Controllo dell'estrazione



Il dente estratto

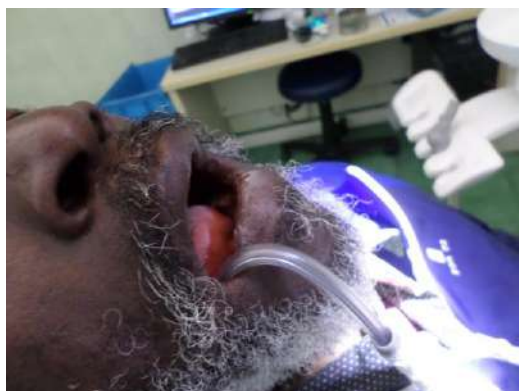
Al risveglio il paziente non ricorda nulla dell'estrazione. Quando si rende conto di non avere più in bocca quel dente dolente e vacillante, mi fa con un gran sorriso, che però non posso fotografare. [70]

Esagerato riflesso faringeo controllato con l'ipnosi



Paziente di anni 62, nato in Senegal, odontofobico, ansioso e con un esagerato riflesso faringeo che gli provoca conati di vomito alla sola introduzione di strumenti in bocca. [77]

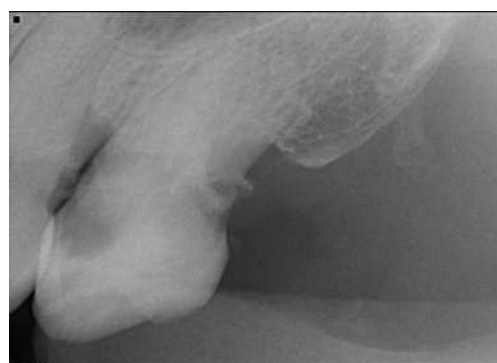
Viene in urgenza per forti dolori nel secondo quadrante che non regrediscono con terapia farmacologica (Fans).



So che il ricorso all'ipnosi faciliterà il trattamento odontoiatrico. [53] Così chiedo al paziente di sostenere da solo l'aspiratore in bocca e di concentrarsi sul respiro. Questa procedura di distrazione, rappresenta un primo momento d'induzione ipnotica. Gli occhi si chiudono spontaneamente.

Il rilassamento muscolare ed il migliorato controllo del riflesso faringeo facilitano la procedura diagnostica. Ho la possibilità di posizionare in bocca il sensore radiografico, senza provocare sensazione di nausea.

La radiografia permette di individuare la causa del dolore: è una carie profonda interdentale del dente del giudizio con coinvolgimento pulpare.

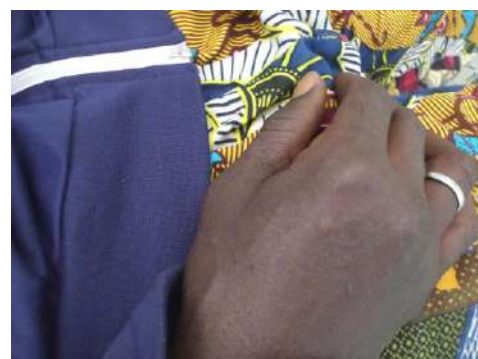




Grazie all'ipnosi il riflesso faringeo non impedisce l'introduzione dello specchio per eseguire anche la foto del terzo molare superiore sinistro.

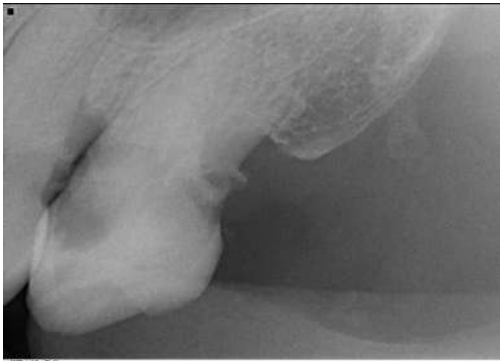


Al paziente in ipnosi suggerisco di immaginare le mani immerse nell'acqua fredda. Verifico l'analgesia ottenuta e la vasocostrizione, sia nella mano sinistra che in quella destra. Il paziente resta immobile e mi conferma di non avvertire alcun fastidio. Non si evidenzia sanguinamento alla rimozione dell'ago.



Il paziente è sempre perfettamente immobile, respira lentamente, non avverte alcun disagio.

Eseguo sempre poche gocce di anestetico locale e procedo all'estrazione del terzo molare superiore sinistro in pulpite.



L'esame radiografico evidenzia la carie profonda del dente del giudizio con conseguente dolore pulpitico.



Controllo radiografico dell'Alveolo post estrattivo



Foto del molare estratto

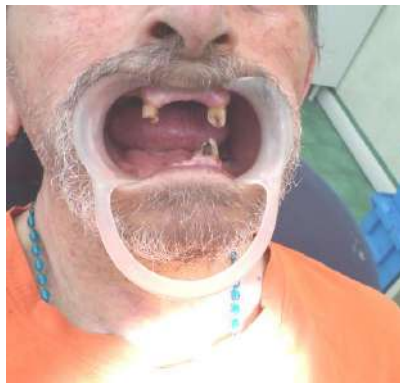


Assenza di sanguinamento nella sede dell'estrazione

Senza la necessità di ricorrere ad **una sedazione farmacologica**, la tecnica dell'ipnosi si è dimostrarla assai utile in questo caso particolarmente difficile, riuscendo a **controllare il riflesso faringeo**, senza che le procedure diagnostiche e le manovre chirurgiche potessero causare conati di vomito o nausea.

L'ipnosi ha anche controllato l'ansia e la fobia del dentista, consentendo di poter **eseguire facilmente l'estrazione di un dente del giudizio** in pulpite. Grazie alla vasocostrizione ottenuta con l'ipnosi, non si evidenzia sanguinamento della ferita.

Paziente iperteso in terapia anticoagulante



Questo caso mi offre l'occasione di poter verificare ancora una volta l'efficace vasocostrizione che si verifica con l'ipnosi.



Questo paziente di anni 64 e di nazionalità italiana, è in trattamento con Citalopram (antidepressivo), Amisulpride (antipsicotico), Carvedilolo (antiipertensivo), Diazepam (ansiolitico), **Arixtra (anticoagulante)**.



L'ipnosi si dimostra efficace e sicura per eseguire l'estrazione delle radici residue del secondo molare inferiore sinistro.



Foto dopo 30 minuti

Mediante la tecnica ipnotica del frazionamento (vedi foto del comando post-ipnotico) si raggiunge rapidamente uno stato d'ipnosi profonda.

L'estrazione viene eseguita con poche gocce di anestetico locale, senza adrenalina, iniettato localmente.

Prolungo l'osservazione del paziente (sempre in ipnosi), per verificare l'assenza di sanguinamento.

Al risveglio il paziente **presenta amnesia** per il trattamento odontoiatrico. Afferma di non aver provato alcun dolore. Molto contento mi ringrazia. Poi mostra agli Agenti di Polizia ed agli altri detenuti la sua bocca, ripetendo più volte ed a gran voce (cito esattamente le sue parole): **“Mi ha fatto l'estrazione... senza l'estrazione... Mi ha fatto l'estrazione... senza l'estrazione...!!!”**

Riflessioni

L'Odontoiatria è tra le specialità mediche quella che può beneficiare in particolar modo dell'ipnosi. [54]

Nei casi clinici presentati in questa tesi ho evidenziato i numerosi vantaggi che si ottengono utilizzando l'ipnosi nei trattamenti odontoiatrici urgenti. [55]

Quando il problema principale da affrontare è il **controllo dell'ansia e del dolore**, le tecniche ipnotiche permettono una significativa riduzione del consumo di farmaci ansiolitici ed analgesici. Si confermano, così, gli obiettivi previsti nel **progetto di lavoro** che mira all'introduzione **dell'ipnosi nel Carcere di Rimini**.

La **riduzione del consumo dei farmaci nel Carcere**, (in particolare per le benzodiazepine, ad esempio, che danno luogo frequentemente ad abuso e dipendenza) [56] [60] [61] oltre agli innegabili effetti benefici sulla salute dei pazienti, (l'Ipnosi è priva di simili effetti), lascia prevedere anche un utile vantaggio economico, considerando il risparmio sulla spesa di questi farmaci.

Nel 2022 nelle Carceri Italiane sono stati spesi oltre **2 milioni di euro in psicofarmaci**. [5]

L'ipnosi, oltre ad essere efficace e sicura, ha un costo zero.

Quasi la metà dei detenuti nel Carcere di Rimini fa uso di sedativi o ipnotici, un terzo assume stabilizzanti dell'umore, antipsicotici o antidepressivi, moltissimi chiedono ripetutamente analgesici.

Nonostante il supporto di tanta corposa terapia farmacologica, questa il più delle volte non è in grado di risolvere lo stato di ansia e di agitazione in un detenuto afflitto dal dolore trigeminale per patologia dentale. [62]

Gran parte delle prestazioni odontoiatriche che eseguo in urgenza nel Carcere di Rimini sono rivolte a **soggetti tossicodipendenti in terapia con Metadone**. [57]

L'assunzione del Metadone è un iniziale trattamento di dissuefazione dall'uso di sostanze stupefacenti, che poi diventa una terapia di mantenimento, seguendo il piano terapeutico fornito dai Servizi per le Dipendenze patologiche del Sistema Sanitario Nazionale (SERD). [58]

Spesso la detenzione risulta essere l'unica occasione per la cura, la prevenzione e la riabilitazione delle persone che hanno problemi conseguenti ai disturbi causati dall'uso di sostanze stupefacenti. [59]

La somministrazione del Metadone nel Carcere di Rimini viene effettuata di mattina, sotto forma di **gocce da bere subito**, senza allontanarsi, sempre sotto attento controllo degli infermieri.

Questa procedura è praticata per evitare episodi di accantonamento e di successivo scambio da parte dei detenuti, in una sorta di “**mercato di spaccio** interno al Carcere”.

Anche il Metadone genera dipendenza e può provocare ugualmente una sindrome da astinenza, ma con inizio più lento, un decorso più prolungato e con sintomi meno gravi. Grazie alla sua lunga emivita è comunque sufficiente una sola somministrazione orale al giorno, evitando l'uso di siringhe.

Il **Metadone induce sedazione** e possiede anche una **notevolissima proprietà analgesica**, che si verifica rapidamente alla somministrazione mattutina del farmaco, ma dopo 5-6 ore scompare. [11]

Così capita spesso che un'iniziale e leggera sintomatologia dolorosa da frequente patologia odontoiatrica, come ad esempio una carie, possa essere facilmente controllata dall'effetto sedativo ed analgesico del Metadone. Al pomeriggio, finito l'effetto analgesico del Metadone, l'assunzione di un comune farmaco come la tachipirina prolunga la copertura antalgica.

Accade tuttavia che, rinviando il necessario trattamento odontoiatrico, anche una semplice lesione da carie non curata va progressivamente peggiorando, fino a coinvolgere il tessuto vascolare e nervoso della polpa dentaria.

La reazione infiammatoria della polpa si manifesta inizialmente con un'aumentata sensibilità agli stimoli termici e può ancora essere controllata dall'assunzione del Metadone al mattino e di una compressa di tachipirina alla sera.

Ma è di notte che la sintomatologia della pulpite peggiora, manifestandosi con quel dolore pulsante, intenso, sincronizzato con i battiti cardiaci, accentuato dalla posizione supina per il maggior afflusso di sangue che arriva al distretto orale.

Il dolore aumenta insieme a preoccupazione ed ansia per la privazione del sonno. La cella è angusta, il caldo insopportabile, l'aria irrespirabile a causa del sovraffollamento.

Non tarda la richiesta di assistenza, spesso assai vivace, da parte del detenuto già in stato di agitazione. [63]

L'Infermiere di turno o l'Agente di Polizia Penitenziaria sono costretti a chiamare la guardia medica che, ovviamente, si limita a prescrivere un antidolorifico (solitamente un Fans per os o im).

Al mattino avviene la richiesta insistente di un farmaco per poter dormire e di un farmaco per calmare il mal di denti.

Il medico di turno prescrive una Benzodiazepina per la sera ed un Fans al bisogno. Ad evitare però un abuso dei farmaci analgesici (tipicamente il Brufen) ed i loro frequenti effetti gastrolesivi, viene richiesta anche una visita odontoiatrica urgente.

Ma la **diffidenza per l'assistenza sanitaria erogata in un Carcere** è diffusa tra i detenuti.

Ricordo ancora quando iniziai l'incarico di dentista nel Carcere di Rimini: un paziente, che rifiutava di essere visitato, candidamente mi disse: "dottò, senza offesa, ma io **ho paura e non mi fido...** qua dentro ci mettono solo i "malamenti"...".

Capii che bisognava correggere questa diffusa convinzione. Occorreva migliorare il rapporto di fiducia con i pazienti. Altrimenti, come insegna il prof. Granone, **non si può realizzare l'ipnosi.**

Con la paura di provare ancor più dolore dal dentista, spesso il detenuto non si presenta alla visita oppure richiede, in maniera a volte anche insistente, (e magari senza motivo) solo un antidolorifico.

In **una visita odontoiatrica ordinaria** devo verificare la reale presenza di una patologia del cavo orale e l'effettiva necessità di una terapia farmacologica e/o di un trattamento odontoiatrico.

Come ho già avuto modo di precisare nell'introduzione di questa mia tesi, per documentare la presenza di una patologia del cavo orale, mi avvalgo di immagini e di radiografie endorali. Questi esami sono sempre necessari per confermare la diagnosi, specialmente in un Carcere, dove in molti lamentano un mal di denti soltanto per ottenere farmaci analgesici.

Per effettuare **una visita odontoiatrica urgente** devo prima tranquillizzare un paziente che arriva vistosamente sofferente per un gran mal di denti.

Nei casi clinici che ho presentato l'odontalgia il più delle volte è provocata da una pulpite infiammatoria irreversibile. **Il dolore, definito da suicidio,** non si riesce a controllare neppure con potenti analgesici, come il Metadone o la Buprenorfina, che hanno, comunque, una breve durata d'azione limitatamente all'effetto antalgico.

Si legge in un referto medico: **"Il paziente viene in infermeria lacrimando per il forte dolore"** [64]

Molto spesso neppure l'anestesia loco-regionale, plessica o tronculare, risulta essere efficace. Oltretutto le manovre odontoiatriche anestesilogiche sono il più delle volte impossibili da attuare, per l'estremo stato fobico ed ansioso del paziente che non riesce neppure ad aprire la bocca e restare fermo per la necessaria collaborazione.

Ma anche quando l'anestesia farmacologica ha eliminato il dolore, l'ansia e la paura del dentista persistono.

Nemmeno funziona la corposa terapia, (spesso già attuata ed a volte eccessiva), con farmaci sedativi-ipnotici, (Delorazepam, Xanax, Diazepam, Valium, Stilnox, Zolpidem), con stabilizzanti dell'umore, con antipsicotici, con anticolvulsivanti, (Quetiapina, Olanzapina, Talofen, Depakin, Amisulpride) o con antidepressivi (Mirtazapina, Seroquel, Trittico), oppure con analgesici vari (Tachipirina, Brufen, Toradol, Lyrica, Tegretol).

Nessuna di queste sostanze, anche se prese in associazione, si dimostra sufficiente per ottenere l'effetto ansiolitico desiderato.

Addirittura **dosi eccessive di Benzodiazepine** spesso provocano, paradossalmente, ansia estrema, tensione, irrequietezza, confusione e irritabilità, agitazione, aggressività, collera, tendenza a parlare molto (vedi caso clinico a pag. 35/37).

Da non trascurare, inoltre, che in un ambiente già così stressante come il carcere l'abuso di questi farmaci, con l'aggiunta di un forte dolore, può provocare comportamenti potenzialmente pericolosi per sé stessi o per gli altri, quali **atti di autolesionismo** (cucendosi la bocca con ago e filo, forse per rifiutare un trattamento odontoiatrico o ingerendo lamette, come richiesta estrema d'aiuto. (vedi casi clinici a pag. 24/29). Il numero dei **suicidi in Carcere** è in drammatico aumento.

Per calmare immediatamente un dolore pulpatico che non cede alla sola terapia farmacologica, occorre un rapido trattamento odontoiatrico che prevede l'apertura della camera pulpare (con il trapano del dentista) e la rimozione del tessuto pulpare, infiammato o necrotico (con strumentazione manuale).

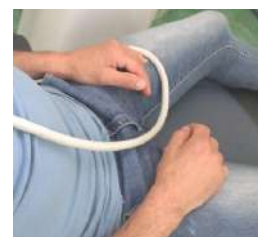
Ma occorre sedare il paziente.

In tutti i casi clinici che ho esposto in questa tesi, utilizzando l'ipnosi, **senza ricorrere a farmaci**, è stato possibile raggiungere uno stato di **grande rilassamento**, che appare **simile** per intensità a quello di una **sedazione farmacologica profonda**, con il vantaggio di mantenere sempre un'efficiente e pronta collaborazione del paziente e le più stabili condizioni fisiologiche.

L'ipnosi non provoca depressione respiratoria né diminuisce il tono delle vie aeree superiori o i riflessi protettivi, non richiede il cateterismo EV

In Carcere, ad un paziente che vedo in urgenza per la prima volta, sofferente, diffidente ed irritabile, certamente non gli propongo una seduta ipnotica. [66] Ma lo invito ad accomodarsi comodamente sulla poltrona, lo distraigo dicendogli che farò solo una "foto al dente" e lo rassicuro affermando, con tono calmo, di poter mandar via il dolore, senza farlo soffrire oltre. [70], [71], [72]

Ultimamente, e comunque dopo che ho iniziato ad utilizzare le metodiche ipnotiche nel Carcere di Rimini, ho avuto modo di notare come molti pazienti quando arrivano in Ambulatorio si accomodano subito sulla poltrona e quasi tutti, senza che io lo abbia richiesto, uniscono pollice e indice:



Probabilmente hanno tutti sentito di un detenuto (il mio primo caso di induzione ipnotica nel Carcere di Rimini) che sostiene di come sia sufficiente unire pollice e indice per uscire dal Carcere e farsi anche un giro in camper, insieme a moglie e figli...Andar via da un luogo così stressante come un Carcere è un desiderio di tanti...

Come ho già esposto in questa tesi a pag.12 e 13, questo ragazzo era arrivato in ambulatorio in preda ad un **fortissimo mal di denti**. Aveva appena rifiutato di assumere una compressa di **Buprenorfina**. Non riusciva a star fermo, si portava la mano alla bocca implorando un analgesico. Non dormiva da diversi giorni, nonostante **dosi massicce di Benzodiazepine**. Gli era stato somministrato **l'Acido Valproico (il Depakin)** per il suo stato di agitazione. Nel suo piano terapeutico era prevista anche la somministrazione di Buprenorfina, un altro farmaco che va ad affiancarsi al Metadone per il trattamento sostitutivo delle tossicodipendenze da oppiacei, con potenti effetti anche analgesici. [67]

La compressa sublinguale di Buprenorfina non va ingerita, e neppure masticata, ma va tenuta, (tutte le mattine), **sotto la lingua per 5-10 minuti** per massimizzarne l'assorbimento. Questa prolungata esposizione dei denti alla **natura acida** della compressa aveva verosimilmente provocato nel tempo la progressiva **decalcificazione**, inizialmente asintomatica, del primo **molare** inferiore destro.

Fino a quando è stato coinvolto anche il tessuto pulpare, provocando una pulpite dolorosissima che neppure l'effetto analgesico della Buprenorfina e di altri farmaci Fans erano riusciti a controllare. **Il paziente impazziva letteralmente dal dolore.**

La Buprenorfina ha un'importante opzione terapeutica per il disturbo da uso di oppioidi, ma si dovrebbe conoscere anche il potenziale rischio di eventi avversi dentali associati all'uso a lungo termine di formulazioni sublinguali. [68]

Nei pazienti indirizzati al trattamento sublinguale, è opportuno raccomandare una semplice manovra d'igiene orale: sciacquare i denti e le gengive con acqua una volta che il medicinale si è completamente dissolto. Sono opportuni anche regolari controlli della salute orale. Nel Carcere di Rimini l'Ambulatorio Odontoiatrico c'è.

Consiglierei, quando si vuole sostituire il Metadone con la Buprenorfina, di utilizzare la formulazione di questo farmaco non come compressa, ma come film orodispersibile.

Il film orodispersibile è flessibile e della dimensione di un francobollo; una volta posto nella cavità orale, a contatto con la saliva si scioglie rapidamente in poche decine di secondi, offrendo così una veloce disponibilità del farmaco, senza provocare decalcificazioni a smalto e dentina.

L'erogazione del farmaco in formulazione film orodispersibile è più rapida e consente una migliore interazione con il paziente durante la procedura rispetto alla somministrazione con le compresse.

Provate a chiudere gli occhi ed **immaginate** cosa può aver detto questo paziente (che lamentava un **forte mal di denti**) quando gli è stata consegnata la compressa di Buprenorfina e gli è stato ordinato di tenere **chiusa la bocca per almeno 10 minuti!**

La sua disperata agitazione, quando è entrato in ambulatorio da me, ora è molto più comprensibile.

Questo paziente, dopo il trattamento odontoiatrico, eseguito in urgenza ed in ipnosi, non ha più richiesto analgesici per l'odontalgia ed alla sera ha dormito, in evidente stato di benessere, semplicemente unendo pollice e indice. Non ricordava nulla della seduta odontoiatrica, ma ricordava perfettamente il "luogo sicuro" dove era stato. Dopo 2 settimane ha voluto tornarci, come ho raccontato a pag. 14.

Nel Carcere di Rimini le voci su come raggiungere un “posto sicuro e confortevole” corrono subito. Così molti pazienti, quando entrano nell’Ambulatorio Odontoiatrico, **eseguono spontaneamente la manovra di unire pollice e indice:**



Sembra un’evasione in massa, questa, che tuttavia non risolve l’attuale problema del sovraffollamento nelle Carceri Italiane.

In un ambiente così stressante come quello di un Carcere, la gestione di un detenuto ansioso o psicologicamente instabile è inevitabilmente un problema complesso da gestire.

Non è facile fare a meno dei rapidi benefici che **le benzodiazepine** apportano a condizioni molto diffuse come ansia e insonnia.

Tuttavia un uso prolungato di questi farmaci provoca **dipendenza**, come risulta in questo referto di un Medico di turno che descrive un recente episodio avvenuto nell’Infermeria del Carcere di Rimini:

Durante la visita medica il paziente si alza dal lettino e preleva un flacone di Valium pieno a metà.

Evento testimoniato dall'infermiere e dall'agente di polizia penitenziaria.

Si chiede ripetutamente di restituire lo stesso. Il detenuto esce dall'infermeria seguito dall'agente.

Viene riportato il flacone vuoto.

Inoltre appare evidente, dai casi che ho presentato, come la sola terapia farmacologica non sia assolutamente sufficiente a controllare lo stato di ansia provocato dal mal di denti e dalla paura del dentista. Questo risultato si ottiene utilizzando l’ipnosi.

Nemmeno aumentando il dosaggio dei farmaci si ottiene un effetto migliore.

Anzi, dosi massicce di sedativi ed ipnotici ottengono addirittura un effetto opposto, (come nel caso clinico descritto a pag. 35/37). Invece di tranquillizzare il paziente, incrementano il livello dell'ansia, provocano irritabilità, aumentata loquacità, comportamento aggressivo con reazioni di ostilità e rabbia.

Il rischio di dipendenza aumenta in funzione del dosaggio e della durata del trattamento. Il rischio di abuso e dipendenza è inoltre maggiore nei pazienti con precedenti di disturbi psichiatrici e/o di abuso di alcol, di sostanze o di farmaci.

L'ipnosi, invece, si è dimostrata sempre efficace e sicura.

In un ambiente stressante come un Carcere, in pazienti oltremodo sofferenti con severe odontalgie, l'ipnosi è stata in grado di produrre rapidamente e senza farmaci la risoluzione dell'ansia e della paura ed una riduzione della percezione del dolore. L'ipnosi ha consentito di poter eseguire le necessarie procedure odontoiatriche, come l'apertura d'urgenza della camera pulpare e/o l'anestesia intrapulpare, riducendo o abolendo il fastidio di queste manovre, sempre in uno stato di profondo e piacevole rilassamento.

In molti dei casi clinici esposti in questa tesi si è verificata, con opportune suggestioni, **l'analgesia ipnotica**.

Il modo per poterla verificare è stato quello di chiedere di volta in volta ai vari pazienti in ipnosi se avvertivano dolore quando pizzicavo con un ago le loro mani.

Tutti restavano immobili, senza manifestare alcun segno di sofferenza, negando di avvertire dolore o fastidio. Alla rimozione dell'ago non si manifestava alcun sanguinamento.



Ho deciso di mostrare queste immagini per ricordare che si tratta di persone che si trovano in un ambiente molto stressante (il Carcere), hanno tutti un forte mal di denti, molti sono ansiosi e non hanno dormito la notte, alcuni sono anche molto agitati ed odontofobici.

L'ipnosi, senza ricorrere a farmaci, ha permesso di ottenere sempre una sedazione profonda, con assoluta immobilità.

In questo modo ho avuto la possibilità di eseguire, molto più facilmente, trattamenti odontoiatrici in urgenza (aperture di camere pulpari con rimozione del tessuto pulpare, devitalizzazioni, bonifiche con estrazioni multiple, estrazioni complesse, anche in pazienti fragili psichicamente o con vulnerabilità sanitaria).

Tutti, a fine trattamento, hanno dichiarato (con un sorriso od un abbraccio) di non essersi accorti di nulla, ma di aver vissuto un momento di benessere.

Voglio nuovamente precisare che in tutti i casi presentati in questa tesi **non ho mai proposto sedute di ipnosi per eseguire prestazioni odontoiatriche in analgesia ipnotica.**

Innanzitutto per non creare ulteriori preoccupazioni di possibili fallimenti della metodica (sono persone già molto ansiose e sofferenti).

Quindi ho sempre eseguito anche un'anestesia locale plessica (con Optocaina, senza vasocostrittore).

Ho così avuto modo di poter verificare il completo rilassamento anche di chi aveva la fobia dell'ago e della siringa. Nemmeno l'anestesia intrapulpare, (solitamente assai dolorosa, perché praticata in una polpa dentaria infiammata), ha provocato reazioni particolari, confermando la presenza di analgesia ipnotica oltre che nelle mani, anche nel cavo orale, con un netto abbassamento della soglia del dolore.

A questo proposito mi preme sottolineare che **ci troviamo in un territorio innervato dal trigemino** e le risposte cardiovascolari agli **stimoli dolorosi possono produrre** effetti opposti a quelli legati al dolore in altre zone somatiche (come il dorso di una mano. La risposta simpatica al dolore nelle zone non trigeminali (come la puntura di un ago nella mano) è caratterizzata da vasocostrizione e tachicardia. Invece stimoli dolorosi nell'area trigeminale (provocati, ad esempio, da manovre odontoiatriche) possono provocare vasodilatazione e bradicardia attraverso **il riflesso trigemino-vascolare**, rendendo **la sincope emodinamica l'emergenza più comune** in odontoiatria. [73], [75]

Un ulteriore vantaggio che si ottiene con l'ipnosi è la quasi assoluta assenza di sanguinamento nelle ferite da estrazione dentarie.

Queste sono le immagini di estrazioni dentarie eseguite in pazienti in ipnosi.



Lo stato d'ipnosi dei pazienti facilita le manovre chirurgiche e le ferite hanno un ridottissimo sanguinamento. L'ultima immagine è di un paziente in terapia anticoagulante.

Anche il decorso della guarigione avviene senza problemi. Con il comando post ipnotico si ottiene una minore richiesta di farmaci antidolorifici.

Conclusioni

I casi presentati in questa tesi dimostrano che, anche in un ambiente oltremodo stressante come quello di un Carcere, [4], [8] l'induzione ipnotica permette di ottenere una sedazione profonda, [1], [2], [7] in pazienti che necessitano di prestazioni odontoiatriche urgenti, e che ovviamente arrivano in ambulatorio particolarmente sofferenti, ansiosi ed agitati. [15], [36], [52], [63], [65]

L'utilizzo di soli farmaci si rivela spesso inefficace a controllare l'ansia e risolvere il mal di denti. [5], [6], [9], [10], [11], [12]

I pazienti, grazie all'ipnosi, mantengono un'assoluta immobilità per tutto il tempo dei vari interventi, [18] ma conservano anche la capacità di una pronta e precisa collaborazione, dimostrandosi in grado di interagire con l'operatore, seguendo le istruzioni impartite. [16], [17],

L'ipnosi, anche in pazienti a rischio, non ha mai provocato compromissione cardiovascolare o depressione respiratoria. [76]

A fine trattamento l'amnesia per l'intervento odontoiatrico eseguito ha suscitato in ogni paziente una certa meraviglia e molta gratitudine per il dolore scomparso.

Vorrei poter trasmettere nel lettore l'entusiasmo e le emozioni che ho provato nel redigere questo "diario delle mie prime esperienze in ipnosi", in modo che **Dentista, Carcere e Ipnosi** non siano più parole legate a luoghi comuni, pregiudizi e diffidenze.

Bibliografia

- [1] Granone F., Trattato d'Ipnosi, UTET, Torino (2009)
- [2] Casiglia E, Croce D, Facco E, Foppiani E, Granone P, Iannini R, Lapenta AM, Miroglio G, Muro M, Scaglione M, Somma M.
Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS, Montegrotto T. (Padova), 2-3 dicembre 2023
- [3] Christian G. De Vito "Camosci e Girachiavi, storia del carcere in Italia", ed. GLF Laterza, 2009
- [4] <https://www.rapportoantigone.it/ventunesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/focus>
- [5] Analgesici oppioidi Uso, abuso e addiction
Diagnosi e trattamento di un fenomeno sommerso
A cura di: Fabio Lugoboni e Lorenzo Zamboni
2015 Verona Edizioni Clad-Onlus
- [6] Manani G., Beltrame A., Luisetto F., Fusaro A., Chiaranda M., Cantele P.,
Correlazione fra ansia e dolore nel paziente odontoiatrico ambulatoriale.
Giorn Anest Stomatol 17; 7, 1988
- [7] Facco E., Zanette G., Casiglia E.
The Role of Hypnotherapy in Dentistry
SAAD Digest, Vo. 30, January 2014
- [8] Reitano Massimo (1986)
Psicofisiologia dello stress. Kappa, Roma
- [9] Lader, M. (2013). Le benzodiazepine ancora una volta rivisitate. Cosa possiamo imparare? Benzodiazepine: uso, abuso e dipendenza. Dall'epidemiologia al trattamento. A cura dell'Unità Operativa "Medicina delle dipendenze" Policlinico G. B. Rossi-Azienda ospedaliera universitaria integrata Verona. Edizioni Clad-onlus.

- [10] Manzato, E., Lugoboni, F., Biasin, C., Rosa, S., Cifelli, G., Manzato, G., & Nava, F. (2014). Le benzodiazepine e i disturbi d'ansia: utilizzo clinico corretto, abuso, dipendenza e strategie di disassuefazione Parte I. *Mission*, 42.
- [11] Michelle A. Clark, Richard Finker, Jose A. Rey, Karen Whalen. 2000. Oppioidi, Farmaci antinfiammatori. Vol. I, in *Le basi della farmacologia*, di Richard Finker, Jose A. Rey, Karen Whalen Michelle A. Clark, Traduzione di Alessandra Colciago, Lavinia Casati Paola Negri Celsi, 624. Milano, Milano: Zanichelli.
- [12] Lader, M. (1983).
Dependence on benzodiazepines. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 44(4), 121
- [13] Bossini, L., Borghini, E., & Fagiolini, A. (2013).
Utilizzi clinici delle benzodiazepine Focus on: benzodiazepine e disturbi d'ansia. *Journal of psychopathology*, 19, 272-286.
- [14] Valutazione strumentale della profondità dell'ipnosi. In: Casiglia E, Facco E, Foppiani N, Gonella A, Iannini R, Lapenta AM, Muro F, Regaldo G, Somma M. *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova 2015.
- [15] *Psicoanalisi del mal di denti* di Hermann Strobel (Autore)
M. A. Massimello (Curatore)
Bollati Boringhieri, 2006
- [16] Silvio Palazzi. *Trattato Italiano di Odontostomatologia*.
Casa Editrice Renzo Cortina, Pavia, 1959
- [17] Palazzi S., *Discorso inaugurale al 1° Corso italiano di ipnosi in medicina*
(Biblioteca univ. Pavia 1957).
- [18] Granone F., *Rassegna di ipnosi, sofrologia, stati di rilassamento e medicina psicosomatica*; *Minerva Medica* vol. 73, N. 10 (1982).
- [19] Palazzi S., *L'ipnoanestesia nella nostra Clinica* (Biblioteca univ., Pavia 1958).
- [20] Palazzi S., *Notizie storiche e indicazioni dell'ipnosi in stomatologia*, Atti 31° Congr. J. Odontoiatria, Parigi 1972.

- [21] Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° Aprile 2008
Gazzetta Ufficiale 30 Maggio 2008, n. 126
- [22] <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-32>
- [23] Bosio B., Psiche e Droga. Bulzoni, Roma 1974.
- [24] Granone F., Il problema dell'assistenza del tossico-dipendente e l'ipnositerapia delle tossicomanie e dell'alcolismo. Medicina sociale vol. 26, 89-98 (1976).
- [25] Granone F., L'epidemia della droga. Realtà Nuova 425432 (settembre-ottobre 1977).
- [26] Granone F., La Droga, Convegno Nazionale sulle tossicomanie. Palermo 1981.
- [27] Granone F., Tossicodipendenza e alcolismo. Aspetti psicosociali; sussidi terapeutici (Minerva Medica, Torino 1988).
- [28] Granone F., Tecniche dirette e indirette in ipnosi, a cura di Del Castello E., Loredano C., in Tecniche dirette e indirette in ipnosi e psicoterapia, editore FrancoAngeli, Milano, 1995.
- [29] Regaldo G. Condizione ipnotica e fenomenologia dell'ipnosi. In: Casiglia E, Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza. Padova:CLEUP, 2015 (pag. 247-253).
- [30] Casiglia, E., Finatti, F., Tikhonoff, V., Stabile, M. R., Mitolo, M., Albertini, F., Gasparotti, F., Facco, E., Lapenta, A. M., & Venneri, A. (2020). Mechanisms of hypnotic analgesia explained by functional magnetic resonance (fMRI). The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 68(1), 1–15.
- [31] Vianello F., Sociologia del carcere, Carocci editore Studi superiori, 2019
- [32] Natoli S., Dei reclusi e delle pene. Giustizia, giustizialismo, giustiziati. La questione carceraria fra indifferenza e disinformazione, Rubettino editore, 2020

- [33] Sheehan DV, Sheehan K, Diagnostic classification of anxiety and phobic disorders, *Psychopharmacol Bull* 18, 35, 1982
- [34] Casiglia E. Why is it so easy to hypnotize? *Contemp Hypn Integr Ther.* 2012; 4: 309-314.
- [35] Langeland K. Management of the inflamed pulp associated with deep carious lesion. *J Endod* 1981;7:169.(r. I)
- [36] Manani G., Beltrame A., Luisetto F., Fusaro A., Chiaranda M., Cantele P., Correlazione fra ansia e dolore nel paziente odontoiatrico ambulatoriale. *Giorn Anest Stomatol* 17; 7, 1988
- [37] Facco, E. (2021). Pain, the unknown: Epistemological issues and related clinical implications. *Minerva Anestesiologica*, 87(11), 1255–1267.
- [38] De Benedettis G, Carli G, *Psiconeurobiologia dell'ipnosi*, in Centro studi sull'analgesia Università degli studi di Milano, Nuova serie seminari sul dolore, 3, 1990, pp 59-116 81
- [39] De Luca V, *Analgesia odontoiatrica in autoipnosi*, II convegno nazionale Psicoterapia e Comunicazione nello studio odontoiatrico, Rimini, 12 giugno 1999, pp 145-158
- [40] Riceputi V., Del Frate I.
La comunicazione non verbale in odontoiatria.
Il dentista Moderno 14; 1455, 1996
- [41] Manani G. (2011) in *Anestesia odontoiatrica ed emergenze*, a cura di Manani G., Facco E. & Zanette G., 2011 Napoli, Casa Editrice Idelson-Gnocchi, pag. 322-325.
- [42] Manani G., Peretti S., Pagnacco A., Chiaranda M., Giron GP.
La sedazione del paziente odontoiatrico ambulatoriale con diazepam e con prazepam. Studio in doppio ceco. *Giorn Anest Stomatol* 16, 9;, 1987
- [43] Riceputi V., Del Frate I.

La comunicazione non verbale in odontoiatria.
Il dentista Moderno 14; 1455, 1996

- [44] Ciacci M, Arone Di Bertolino R, Rassegna critica delle tecniche psicologiche e comportamentali più diffuse in odontoiatria, Rassegna di Psicoterapie Vol 15 n 3, Min Med 1988, pp 56-65
- [45] Regaldo, Giuseppe. 2014. Manuale di ipnosi medica rapida. La tecnica di induzione analizzata nei suoi meccanismi per renderla efficace e veloce con il metodo ipnosi R.A.P. Ratifica Appena Possibile. Torino: Giuseppe Regaldo.
- [46] Milton H. Erickson e al “Tecniche di suggestione ipnotica. Induzione all'ipnosi clinica e tecniche di suggestione indiretta” Casa Editrice Astrolabio 1979
- [47] Milton H. Erickson “Le nuove vie dell'ipnosi. Induzione della trance, ricerca sperimentale, tecniche di psicoterapia” Casa Editrice Astrolabio 1978
- [48] Casiglia E, Finatti F, Tikhonoff V, Stabile MR, Mitolo M, Gasparotti F, Albertini A, Lapenta AM, Venneri A. Granone’s plastic monoideism demonstrated by functional magnetic resonance imaging (fMRI). Psychology 2019; 10: 434-448.
- [49] Pagnini, F. (2013°). Tecniche di rilassamento: Contesti di utilizzo e prove di efficacia. Rivista di Psichiatria, 48(2), 88.
- [50] Cohen AS, Brown DC: Orofacial dental pain emergencies: Endodontic diagnosis and management. In S.Cohen, RC Burns “Pathways of the pulp” Eighth Edition. 2002 Mosby Inc Ed. St.Louis
- [51] Curci P., Camerini G. - Dentista, paziente e psicopatologia. Argomenti di psichiatria in odontoiatria e protesi dentaria - Ed.Guaraldi, Rimini, 1993
- [52] Tasarotti B., Casitto M.G.: Cavo orale e comportamento. Relazione tra psiche e soma. Dental Cadmos 18: 13-34, 1989

- [53] Noble S: The management of blood phobia and a hypersensitive gag reflex by hypnotherapy. A case report. Dental update, 2002, 29, 70-74 83
- [54] GIANNI' E., MELICA V.M.: Perché il colloquio alla poltrona non risulti iatrogeno. Dental Cadmos 13: 13-71, 1986
- [55] Facco E., Manani G., Zanette G. The relevance of hypnosis and behavioral techniques in dentistry. Contemporary Hypnosis 2013; 29:332-51.
- [56] Saias T., Gallareda T. Paradoxical aggressive reaction to benzodiazepine use: a review Encephale 2008; 34:330-6
- [57] Baconcim Robert G., Metadone: terapia o sterile situazione in terapia della droga (Il Pensiero Scientifico, Roma 1975).
- [58] Caprara G. V., De Luca G., Istituzioni e tossicodipendenze (Il Pensiero Scientifico, Roma 1987)
- [59] Bosio B., Psiche e Droga. Bulzoni, Roma 1974.
- [60] Lader, M. (1983). Dependence on benzodiazepines. The Journal of Clinical Psychiatry, 44(4), 121
- [61] Lader, M. (2013). Le benzodiazepine ancora una volta rivisitate. Cosa possiamo imparare? Benzodiazepine: uso, abuso e dipendenza. Dall'epidemiologia al trattamento. A cura dell'Unità Operativa "Medicina delle dipendenze" Policlinico G. B. Rossi-Azienda ospedaliera universitaria integrata Verona. Edizioni Clad-onlus.
- [62] Manzato, E., Lugoboni, F., Biasin, C., Rosa, S., Cifelli, G., Manzato, G., & Nava, F. (2014). Le benzodiazepine e i disturbi d'ansia: utilizzo clinico corretto, abuso, dipendenza e strategie di disassuefazione Parte I. Mission, 42.

- [63] Manani G., Beltrame A., Luisetto F., Fusaro A., Chiaranda M., Cantele P.,
Correlazione fra ansia e dolore nel paziente odontoiatrico ambulatoriale.
Giorn Anest Stomatol 17; 7, 1988
- [64] Langeland K. Management of the inflamed pulp associated with deep carious
lesion. J Endod 1981;7:169.(r. I)
- [65] Lauth H. Dental phobia. Br J Psychiatr 1971;119:151-8.
- [66] Pellegrino F. (2008) Il dolore. Aspetti psicologici e psicopatologici.
Mediserve s.r.l., Milano
- [67] Etminan M, Rezaeianzadeh R, et al. Association between sublingual
buprenorphine-naloxone exposure and dental disease. JAMA 2022;
DOI:10.1001/jama.2022.17485.
- [68] Hall RW., Zisook S. Buprenorfina: un'alternativa al metadone. The Med Lett
(ed. italiana) 2003; 7(1150): 25-27.
- [69] Hall RW., Zisook S. Paradoxical reactions to benzodiazepines.
Br J Pharmacol 1981; 11:99-1045
- [70] Facco E., Casiglia E., Masiero S., Tikhonoff V., Giacomello M., Zanetta G.
Effects of hypnotic focused analgesia on dental pain threshold - Int J Clin Exp
Hypn 2011; 59: 454-68
- [71] Halsband U (2017). et al. "What happens in the brain in dental phobics after
psychological interventions?" Ulrike Halsband, Jessica Valentine Meißner,
Thomas Gerhard Wolf Medical Research Archives, vol. 5, issue 10, October 2017
- [72] Halsband U (2016), Wolf TG." Functional changes in brain activity after
hypnosis in patients with dental phobia." J. Physiol. Paris. 2016;109(4-6):131-42
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jphysparis.2016.10.001>

- [73] Casiglia E, Rempelou P, Tikhonoff V, Giacomello M, Finatti F, Albertini F, Favaro F, Lapenta AM, Facco E. Hypnotic focused analgesia obtained through body dysmorphism prevents both pain and its cardiovascular effects. *Sleep Hypn.* 2016.
- [74] Facco, E., Casiglia, E., Zanette, G., Bacci, C., Cavallin, F., & Manani, G. (2011). The Effects of Hypnosis on Dental Pain Threshold. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 40, 1058-1059.
- [75] Granone F., Considerazioni psiconeurofisiologiche sul dolore desunte dalla pratica ipnotica, *Arch. psicol. neurol. psichiat.* vol. 61, 487-94 (1980).
- [76] Facco E. Hypnotic general anesthesia vs. focused analgesia in preventing pain and its cardiovascular effects. *Athens J Health* 2015; 3: 145-158.
- [77] Eitner S., Wichmann MN., Holst S.
A long-term therapeutic treatment for patients with a severe gag reflex.
Int J Clin Exp Hypn 2005; 53(19):74-86
- [78] Granone F., Il problema dell'assistenza del tossico-dipendente e l'ipnositerapia delle tossicomanie e dell'alcolismo,
Medicina sociale vol. 26, 89-98 (1976).
- [79] Trowbridge HO: Intradental sensory units: physiological and clinical aspects. *J Endod* 1985; 11:489
- [80] Angeli A.M., Frezzato A.: L'approccio psicologico al paziente odontoiatrico: procedure d'intervento di tipo psicologico. *Nota II. Dental Cadmos* 19:65-67, 1985.
- [81] Corah N.L., O'shear R.M. e Coll.: Il rapporto dentista-paziente: le percezioni da parte dei pazienti del comportamento del dentista possono influenzare il loro grado di soddisfazione e di ansia. *JadalRis. Vol.2, 1:46-52, 1986*
- [82] Pasini W, Haynal A. : *Psicologia odontoiatrica.* Milano, Masson 1990

- [83] Lin LM, Skribner J: Why teeth associated with periapical lesions can have a vital response. Clin Prevent Dent 1990; 12:3
- [84] Lardini M., Palatella P. : Odontostomatologia e Psicodinamica, parte I: il significato simbolico del cavo orale studiato negli odontopazienti. Dental Camos, 1986
- [85] Milton H. Erickson e al “Techiche di suggestione ipnotica. Induzione all'ipnosi clinica e tecniche di suggestione indiretta” Casa Editrice Astrolabio 1979
- [86] Curci P., Camerini G. - Dentista, paziente e psicopatologia. Argomenti di psichiatria in odontoiatria e protesi dentaria - Ed.Guaraldi, Rimini, 1993
- [87] Litt M D - A model of pain and anxiety associated with acute stressors: distress in dental procedures - Behav Res Ther 1996; 34: 459-76
- [88] The role of hypnotherapy in dentistry. Facco E, Zanette G, Casiglia E. SAAD Dig. 2014 Jan;30:3-6
- [89] Emil R. Rodolfa, William Kraft & Robert R. Reilley “Etiology and Treatment of Dental Anxiety and Phobia” American Journal of Clinical Hypnosis, 33:1, 22-28