

**CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO – SPERIMENTALE
C.I.I.C.S.
ISTITUTO FRANCO GRANONE**

La comunicazione ipnotica

Nel setting di Cure Palliative domiciliari

Candidate: Maria Marcella RIVOLTA
Adriana MASCIANGELO

Relatore: dr.ssa Laura PAPI GRASSO

Indice

- Premessa
- L'ipnosi
- Il ruolo dell'infermiere
- Il contesto delle cure palliative
- L'indagine
- I casi
- Discussione
- Conclusioni

Premessa

Un'azienda ospedaliera deve sempre porsi l'obiettivo della migliore qualità di servizio e assistenza per la propria utenza. Il raggiungimento di questo può avvenire attraverso molte strategie e programmi. Spesso si prediligono strumenti e tecniche all'avanguardia al passo con le nuove scoperte scientifiche che di giorno in giorno modificano i panorami assistenziali e talvolta radicalmente anche le evoluzioni di alcune malattie. Vengono progettati studi randomizzati e controllati sui farmaci migliori per il controllo di questo o quel determinato sintomo, valutata questa piuttosto che un'altra procedura diagnostica meno invasiva e più efficace.

In tempi di alta tecnologia e medicina basata sull'evidenza può sembrare dunque una voce fuori dal coro l'utilizzo di tecniche di cure complementari all'interno di un contesto di cure palliative di un'azienda sanitaria pubblica. In realtà ci sembra invece lungimirante e illuminato il pensiero della dirigenza infermieristica che a seguito del corso seguito in prima persona presso il C.I.I.C.S. di Torino organizza una formazione a diversi infermieri e medici dell'azienda ai fini di sondare l'applicabilità della Medicina Complementare e nello specifico nell'Ipnosi, intuendo in essa un innovativo strumento assistenziale utilizzabile in diversi contesti di cura. Il presente lavoro si colloca dunque in un più ampio quadro di indagine svolta in diversi ambiti aziendali e va a valutare nello specifico come l'Ipnosi possa essere uno strumento di miglioramento della qualità dell'assistenza e di conseguenza del miglioramento della qualità della vita dei pazienti in fase avanzata di malattia terminale in un setting di cure palliative domiciliari.

La Medicina complementare e in questa si annovera l'ipnosi è divenuta nel tempo un importante aspetto delle cure palliative e di supporto. (Edzard Ernst, 2001). Numerosi studi clinici suggeriscono l'utilità dell'ipnositerapia nei contesti di cure palliative fra cui per esempio uno studio del 1998 in cui

venivano effettuata una ricerca con venti pazienti sottoposti a chemioterapia che randomizzati venivano trattati con trattamento standard in un gruppo e supportati dall'ipnositerapia nell'altro. I risultati dimostrarono che quelli supportati dall'ipnosi avevano meno nausea e vomito e necessitavano di inferiori somministrazioni di dosi di antiemetici. Similmente altri studi mostrano che l'ipnosi riduce il dolore da cancro come il dolore da terapie antineoplastiche. Non ci sono però ancora vere e proprie evidenze in questo senso per cui viene suggerita un'ulteriore ricerca in quest'ambito.

L'impegno di questi mesi, il cui risultato riportiamo di seguito, vuole essere uno studio esplorativo per poter in futuro introdurre l'ipnosi tra le metodiche utilizzate nel controllo dei sintomi e nel miglioramento della qualità della vita dei pazienti in fase avanzata di malattia. Lo scopo è quindi di identificare le indicazioni, i benefici, i limiti e le controindicazioni di questa metodica per impostare in futuro una ricerca più sistematica che dia anche dignità di evidenza delle potenzialità di questo strumento che oggi possiamo solo avvalorare attraverso la buona pratica.

Capitolo 1

L'ipnosi

Nel contesto contemporaneo, ma anche in passato al termine ipnosi viene spesso associata l'idea di una condizione in cui il soggetto ipnotizzato divenga privo di propria volontà e alla mercè dei desideri di colui che induce in ipnosi. In effetti ciò avviene per lo più per una sola superficiale conoscenza del fenomeno frequentemente posto all'attenzione del pubblico attraverso l'opera di ipnotizzatori di spettacolo più che da veri ipnotisti.

Si fa quindi indispensabile definire con esattezza i termini testè utilizzati per poter comprendere la rilevanza del presente lavoro che vuole proporre l'ipnosi come ulteriore strumento di cura nel setting assistenziale delle cure palliative.

Brevemente ricordiamo che i termini ipnosi ed ipnotismo sono preceduti nella storia dall'uso del termine magnetismo (termine utilizzato da Mesmer nel 1779). Al tempo si supponeva che il fenomeno ipnotico fosse correlato alla presenza di fluidi particolari dell'ipnotizzatore, allora magnetista che consentivano il realizzarsi del fenomeno. In seguito Braid nel 1843 introdusse il termine ipnotismo e dopo una trentina d'anni entrò nell'uso comune anche il termine ipnosi.

L'ipnosi dunque la cui etimologia (*ipnos* in greco significa sonno) può far pensare ad una condizione molto simile a quella del sonno, se ne differenzia alquanto. Condivide con esso il fatto di essere uno stato di coscienza, ma pochi sono in effetti altri elementi in comune. La persona addormentata infatti reagisce solo a stimoli intensi, mentre il soggetto ipnotizzato può rispondere a stimoli disparati, anche di debole entità. L'EEG mostra la differente attività cerebrale nelle due condizioni. Anche alcuni riflessi come quello di Babinski in alcune condizioni ipnotiche viene invertito nello stesso soggetto. Infine esiste propriamente 'ipnosi vigile che con un soggetto in stato di veglia può produrre alterazioni della suggestionabilità, della volontà e somato-viscerali.

E' fondamentale ricordare che per Granone¹ l'ipnotismo rappresentava la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permettesse di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi fra questi e l'ipnotizzatore. Egli infatti distingue l'*ipnotismo* dall'*ipnosi*, in quanto il primo presuppone sempre la presenza dell'ipnotizzatore e la relazione fra questi ed il soggetto, mentre la seconda può essere considerata come la semplice sintomatologia ipnotica, anche avulsa dalla presenza dell'operatore. L'*ipnosi* infatti può anche essere autoindotta mediante monoideismi suggestivi. Allora come oggi il termine porta comunque con se le ombre di qualcosa che fa perdere il controllo che quindi viene vissuta con sospetto per cui già dal periodo in cui Granone scrisse il suo trattato vennero avanzate proposte di definizione differenti. Lo stesso cita come esempi la proposta di Bernstein *tranceologia* come disciplina che studia gli stati di trance; ricorda inoltre la proposta di Fry *rilasciamento per suggestione* e altre quali la *terapia psicosomatica*. La questione si porta avanti ancora oggi con ulteriori neologismi uno dei quali è quello proposto da A. Romero nel 1975 di: "Eidòsi"² fatto derivare dal greco *èidos* (aspetto, figura).

Altro termine più adeguato per definire l'*ipnosi*, secondo Tirone è *geniòsi*, termine composto da "gènio" dal latino *gènius* = generare, produrre, e dal suffisso *-osi* che aggiunto a sostantivi o a confissi, forma sostantivi che indicano un processo, una condizione. Per *geniòsi* dunque si intende la naturale forza dell'immaginazione creativa che produce effetto, realizzazione del monoideismo plastico, attraverso un dinamismo che può essere consapevolmente gestito. Quale che sia fra le citate la definizione più appropriata al fenomeno è un giudizio che lasciamo ai più esperti. Ci preme invece dichiarare sin d'ora che, alla maggior parte dei soggetti coinvolti nel presente studio, la tecnica è stata presentata come *cura di rilassamento* come peraltro suggerito già da Granone per la pratica terapeutica, poiché meno foriera di timori ed apprensioni.

¹ Franco Granone: fondatore della scuola post-universitaria di ipnosi clinica e sperimentale,

² A.Romero, *Eidòsi: una funzione psichica misconosciuta*, in "Rass. Ipnosi Med. Psicos." 32, 1976,p.875

La ricerca più recente ha comunque arricchito molto la conoscenza di questo fenomeno consentendo a chi non si accontenta delle etichette di apprezzare le potenzialità che esso racchiude non solo per la più nota applicabilità in ambito psicoterapico, ma come in questo caso anche in ambito assistenziale. La sua applicabilità come dimostreremo con il presente lavoro è infatti di ampia portata, con d'altro canto limitate controindicazioni. Ma prima di addentrarci nell'ambito specifico definiamo ancora alcuni elementi importanti riguardo la tecnica poiché saranno gli elementi successivamente utilizzati per l'analisi dei diversi casi affrontati.

Come si esprime dunque l'ipnosi?

In un atteggiamento, comportamento variabile da estrema quiete a grande dinamismo: lo stato mentale e l'obiettivo che il soggetto deve raggiungere determinano il tipo di atteggiamento - comportamento.

Durante la seduta il paziente può parlare come no e comunicare quindi con operatore solo attraverso segni che si stabiliscono di volta in volta.

L'ipnosi trova la sua applicazione non solo in situazioni in cui è presente un disagio o una patologia in atto vera e propria, ma può essere usata anche come strumento di potenziamento delle proprie performance sia in campo intellettuale che sportivo. La durata stessa della seduta può avere una marcata variabilità dipendente sia dall'operatore che dal soggetto come anche dalla situazione in cui si trova il soggetto stesso.

Persino in un campo così stabile come la farmacologia , una dose standardizzata di un farmaco è in realtà soltanto un approssimazione per quanto riguarda la risposta fisiologica dell'individuo. Quando si pensi alla difficoltà di standardizzare dei fattori tanto intangibili come i rapporti inter ed intrapersonali, risulta evidente la futilità di una tecnica ipnotica rigida “per assicurarsi dei risultati controllati”. La base di una tecnica ipnotica dovrà essere la consapevolezza delle

variabilità del comportamento umano e della necessità di tenerne conto.(Milton H.Erickson,1967)

Uno stesso soggetto e uno stesso operatore possono infatti avere esperienze molto differenti in sedute diverse anche se effettuate con il medesimo obiettivo condiviso.

Possiamo comunque definire gli elementi fondamentali di una seduta di ipnosi che sono:

- accettazione e la condivisione dell'obiettivo
- realizzazione di una monoidea
- focalizzazione dell'attenzione
- la realizzazione di una risposta evidente

È infatti fondamentale per comprendere il meccanismo dell'ipnosi comprendere la definizione di monoideismo plastico. L'idea che prende forma, l'unica idea che prende forma. Diviene plastica, concreta e per il soggetto vera e presentificata.

Per comprendere quanto un soggetto sia suscettibile di suggestionabilità ipnotica e quindi quanto un soggetto sia in grado di realizzare un monoideismo plastico sono utilizzabili alcune prove quali ad esempio: il barcollamento, la levitazione della mano, la moneta calda sul palmo della mano, le dita intrecciate, la valutazione della stretta della mano, il rilassamento collettivo con sfida ad aprire gli occhi e il sovraccarico di compiti e di stimoli. I fenomeni ipnotici da monoideismo plastico veri e propri invece sono: rilassamento, levitazione, catalessi, modificazioni viscerali, analgesia, sonno ipnotico, amnesia sonnambulismo, allucinazioni.

È fondamentale stabilire al termine della seduta un segnale per ricreare l'ipnosi in pochi istanti sia in successive sedute. Questo può essere anche utilizzato per consentire al paziente di indursi in autoipnosi.

Segnali di ipnosi: E' molto utile saperli cogliere:

o perché ci rendiamo conto se il soggetto è entrato in ipnosi

o perché è indispensabile ratificarli: renderli evidenti per il soggetto. Questo lo convince che qualcosa sta accadendo ed è meccanismo importante di induzione (ricalco - guida)

I segnali sono:

- o inerzia psicomotoria
- o volto atono ed inespressivo
- o vasodilazione (viso rosso, sente caldo)
- o sudorazione
- o rarità ammiccamento palpebrale (flutter in fase di induzione)
- o muscoli del volto, sguardo fisso, vuoto, fuori fuoco
- o occhi arrossati
- o asimmetria volto
- o deglutizione
- o movimenti oculari tipo fase REM
- o lacrimazione
- o non parla e se lo fa voce sommessa e monotona
- o tachicardia
- o muscoli rilassati
- o respiro lento e regolare non variabile.

Percorriamo ora brevemente la descrizione del meccanismo base di induzione

- Ridurre il fattore critico e dare suggestione
- Superamento del fattore critico
- attività della mente al momento della induzione: ogni attività può essere bersaglio di uno strumento di induzione.

1.interpretazione informazioni sensoriali

2.attività corticali superiori: pensieri volontari logici, guidati e strutturati in archivio di conoscenze, ricordi, convinzioni principi

3.immaginazione: la capacità di realizzare monoideismi plastici dipende molto dalla capacità di immaginare che è anche la chiave per modificare il sistema nervoso autonomo

4. Attività automatiche: pensieri intrusivi, distrazione, fantasie.

5. attività motorie volontarie.

6. gestione delle emozioni.

7. memoria: ricordi richiamati , o che emergono spontaneamente

8. sensazioni: stato d'animo, voce interiore, dialogo interno.

Compiti dell'ipnotista:

1.aumentare fiducia ed aspettativa;

2.ridurre fattore critico;

3.dare la suggestione.

E' importante che l'ipnotista tenga ben presente che ci sono alcuni fattori che aumentano i fattori critici.

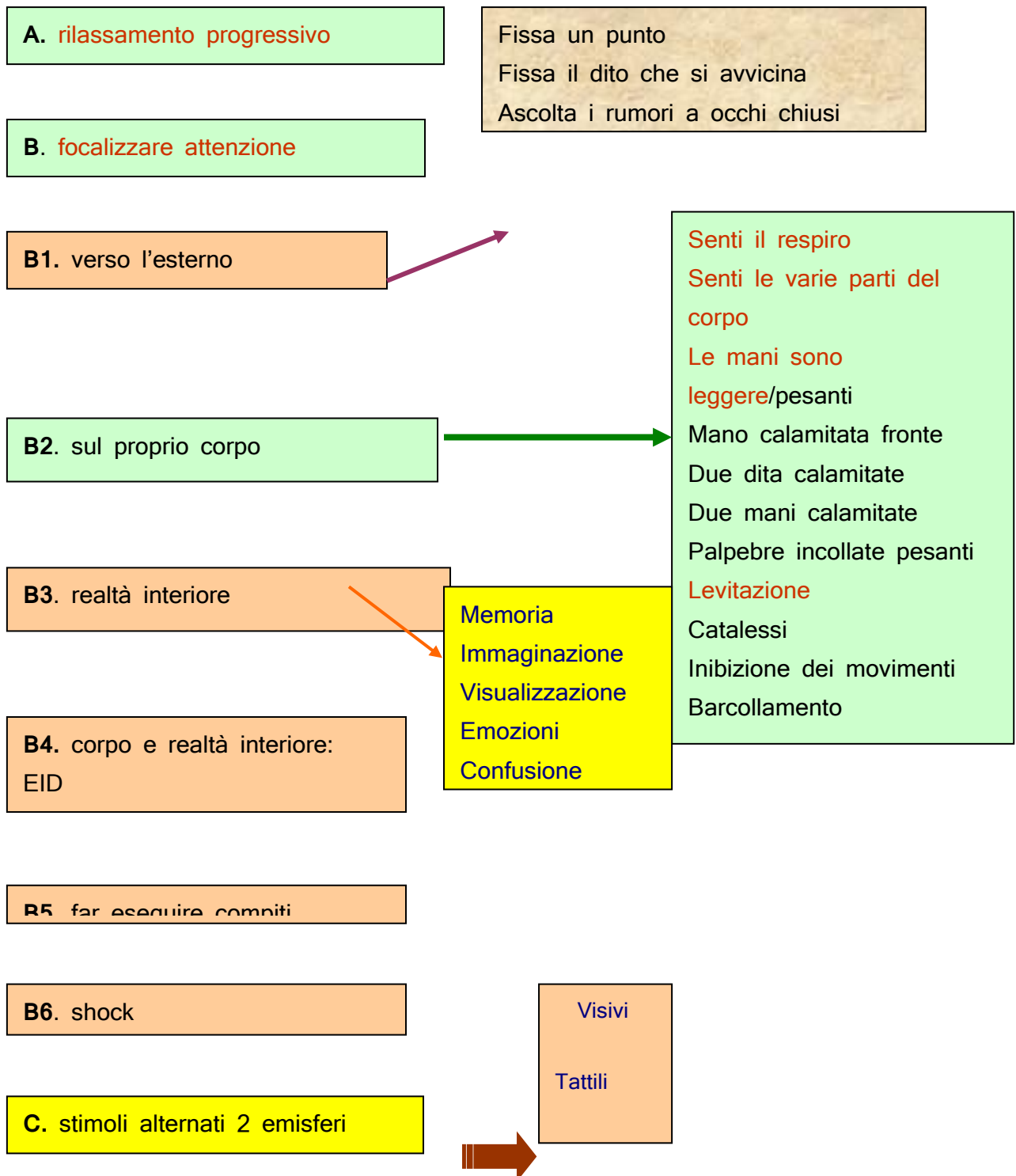
Conoscerli ed imparare a gestirli migliora notevolmente la riuscita della seduta.

Fattori che aumentano il fattore critico: paura, diffidenza, avere mente fresca e lucida, età ed esperienza, rilassamento, sentire parlare di ipnosi.

Fattori che riducono il fattore critico: fiducia, focalizzare l'attenzione, stanchezza, molti compiti da eseguire contemporaneamente, essere fuori da schemi di riferimento abituali, sorpresa, shock o sovraccarico sensoriale brusco, desiderio bisogno aspettativa, paura, ricerca di una spiegazione logica, confusione, curiosità e capacità di immaginare, illusione e false convinzioni, pubblicità, istinti, emozioni, rilassamento, abitudini e schemi comportamentali, simpatia ed identificazione, vedere una induzione ipnotica riuscita.

In sintesi si riportano nella seguente tabella i diversi strumenti di induzione cui può ricorrere l'ipnotista.

Strumenti di induzione



Conclusioni: le tecniche ipnotiche sono alcune delle modalità relazionali comunemente utilizzate nell'ambito clinico ed infermieristico.

Attraverso il corso e le esperienze cliniche:

Acquisizione di un metodo

Sviluppo di competenze relazionali

Capitolo 2

Il ruolo dell'infermiere

I bisogni di assistenza infermieristica non possono essere semplicisticamente etichettati in quanto “alterazioni” di una o più di queste dimensioni, rispetto ad una presunta norma, ma devono essere incessantemente interpretati dall'infermiere in un continuo rimando tra situazionalità e storicità di ogni singolo caso e le conoscenze dell'evidenza scientifica disponibile.

Virginia Henderson

Prima di affrontare l'argomento specifico delle possibili applicazioni dell'ipnosi nell'assistenza infermieristica al paziente oncologico in fase avanzata di malattia si ritiene fondamentale chiarire chi è l'infermiere oggi e su cosa fonda il proprio operato.

Crediamo che, senza dilungarci in descrizioni storiche sulle radici della professione nè sulle studiose e teoriche che hanno dato vita ad un corpus di conoscenze tale da connotare la branca di studi come scienza, sia sufficiente approfondire due elementi per comprendere come l'ipnosi possa configurarsi come ulteriore strumento di una professione ormai matura. Ciò cui si fa riferimento sono le colonne fondanti la professione infermieristica: il profilo professionale e il codice deontologico.

La pubblicazione del profilo professionale dell'infermiere (DM739/1994) ha rappresentato infatti la definitiva affermazione della specificità e originalità della disciplina infermieristica affermandone i caratteri di autonomia e responsabilità. *“L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso della Laurea infermieristica e dell'iscrizione all'Albo, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.”* Da questa prima proposizione si evince il carattere

nuovo di questa figura professionale che si libera dalle caratteristiche di subalternità e di ausiliarità che fino ad allora l'avevano in qualche modo connotata per lasciare spazio ad un professionista la cui caratteristica intellettuale viene confermata dall'obbligo di iscrizione all'Albo. Con questa infatti si garantisce la competenza e qualità delle prestazioni erogate. L'affermazione che l'infermiere è colui che *“identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della comunità e formula i relativi obiettivi”* non solo riconosce che l'assistenza infermieristica è di per sé una componente diversificata ed essenziale dell'assistenza sanitaria, ma riconosce l'infermiere come quella figura direttamente responsabile della pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico. Direttamente correlato a questo aspetto vi è quello della responsabilità che si esplica *“nell'assistenza infermieristica che è di natura tecnica, relazionale, educativa e le cui principali funzioni sono preventive, curative, palliative e riabilitative”*. L'infermiere ha il dovere di essere costantemente formato ed informato rispetto all'evoluzione della disciplina per garantire il massimo della competenza nel soddisfacimento dei bisogni della persona e della popolazione. Ma cos'è quindi l'oggetto della disciplina infermieristica? E quali sono i bisogni di assistenza che deve soddisfare? Oggetto di studio sono i bisogni di assistenza infermieristica dell'uomo, che è sia oggetto di cure che soggetto della propria salute. L'approccio che l'infermiere ha nell'identificare i bisogni e nel come soddisfarli è un approccio globale, olistico che considera la persona sotto molti aspetti non limitati alla sfera bio-psico-sociale, ma anche spirituale e tenendo ben presente che l'oggetto del bisogno è sempre rivestito da valori culturali e simbolici da cui è bene non prescindere. Ogni bisogno di conseguenza, anche il più banale riflette in sé la totalità della persona. E' importante a questo punto specificare che l'infermieristica considera come bisogni sia quelli fondamentali e primari come quelli legati alla sopravvivenza della persona, ma che in essi sono altresì inclusi bisogni che rientrano nella dimensione psicologica e socio culturale. E'

interessante riflettere come proprio la natura relazionale ed educativa sostengano l'operato dell'infermiere nell'erogare la propria assistenza di qualità. La relazione infatti rappresenta un settore talmente importante da qualificare in gran parte la specificità professionale e l'attività lavorativa. Una relazione positiva è fondata sulla capacità di ascolto attivo ed interessato dell'altro, sulla capacità di fare continuamente autocritica, sull'abilità di trasmettere fiducia e sicurezza, sull'attitudine a stabilire un rapporto armonico, empatico ed equilibrato con l'altro. L'infermiere deve essere in grado di identificare la necessità della persona e di strutturare un piano di cura che sia in grado di rispondere efficacemente alla pluralità dei suoi bisogni. Rimane tuttavia essenziale recuperare e sviluppare qualsiasi elemento di autonomia presente in essa per evitare che diventi oggetto di cura e non soggetto partecipe ed interessato. L'altro elemento fondamentale è l'educazione sanitaria anello irrinunciabile per la promozione della salute, per la prevenzione, ma soprattutto pensando all'ambito del presente lavoro rispetto all'insegnamento dell'autocura e allo stimolo dell'uso delle risorse residue dell'individuo. Infine è importante ricordare che l'intero comma 3 del Decreto è dedicato alla identificazione degli ambiti di competenza professionale dell'infermiere e viene riaffermata l'importanza del lavoro in équipe per l'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività. L'infermiere rappresenta invece il solo protagonista nell'identificazione dei bisogni e della formulazione e valutazione del piano di assistenza. L'autonomia decisionale, l'utilizzo di strumenti di lavoro scientificamente testati e valutati, la sperimentazione e l'adozione di metodi e modelli basati sull'evidenza scientifica fanno dell'infermiere un professionista in continua crescita.

Come professione, quella infermieristica si è sempre distinta nella vivacità e capacità di riflettere e rivedere se stessa anche attraverso la stesura del codice deontologico che, a differenza di altre professioni è stato più volte rivisto e riedito nelle ultime decine di anni giungendo alla più recente pubblicata nel

2009. Ritengo interessante e doveroso soffermarci su alcuni articoli del “Codice Deontologico dell’infermiere” che renderanno più chiara l’attinenza dell’ipnosi alla professione infermieristica. In particolare l’art.2 dice che “ L’assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e **complementari, di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.** L’art.3 sottolinea come già precedentemente il profilo professionale che “ La responsabilità dell’infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell’individuo” e ancora all’Art.4 “orienta la sua azione al bene dell’assistito, di cui **attiva le risorse** sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile **anche quando ci sia disabilità, svantaggio, fragilità.** Per quanto concerne l’ambito specifico del presente lavoro l’art.6 “L’infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, **palliazione** e riabilitazione.” Definisce appunto la palliazione, le cure palliative come aspetto da tutelare da parte dell’infermiere. All’art.9 il codice sottolinea che “ L’infermiere nell’agire professionale si impegna ad operare con prudenza anche al fine di non nuocere.” E inoltre(art.11) “Fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull’esperienza e la ricerca. Protegge e svolge attività di formazione, promuove ed attiva la ricerca e cura la diffusione dei risultati. Per il seguente studio è fondamentale ricordare anche che (Art.12) “L’infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza.”e di conseguenza (Art.13) “L’infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre se necessario all’intervento e alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale. Infine (Art.15) L’infermiere riconosce il valore della sperimentazione clinica e assistenziale per l’evoluzione delle conoscenze e per i

benefici sull'assistito. (...) e (Art.28) "L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come concreta espressione della reciproca fiducia con l'assistito." E (Art.35) "...si attiva per alleviare la sofferenza adoperandosi affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari".

Da questi pochi, ma fondamentali elementi emerge come la teoria e la prassi infermieristica abbraccino il concetto di personalizzazione dell'assistenza poiché seppure una malattia possa essere nella forma in cui si manifesta assimilabile fra più individui, i bisogni che da questa scaturiscono saranno invece specifici e caratteristici di ogni persona. Dunque personalizzare l'assistenza vorrà dire identificare il modo particolare con cui questa persona manifesta il proprio bisogno e coerentemente agire pianificando ed effettuando interventi mirati e non routinari. Proprio in quest'ottica la qualità della relazione e della comunicazione che si instaura tra infermiere e persona assistita assume una rilevanza fondamentale. L'infermiere svolge infatti una funzione supportiva e terapeutica attraverso il dialogo proprio per stabilire un'interazione efficace e personalizzata, con lo scopo di soddisfare i bisogni, recuperare l'autonomia e consentire l'adattamento allo stress che ogni forma di malattia e disagio porta con sé. Riassumendo dunque possiamo dire che l'infermiere ha diversi ambiti di competenza e non esclusivamente l'ambito tecnico, ma anche un ambito relazionale ed educativo che nello specifico si declinano ulteriormente come segue.

Tabella di sintesi:

La competenza infermieristica Tecnica :

Effettuazione di tecniche semplici e complesse per la cura e la gestione del soggetto/paziente.

Tecnica semplice e tecnica complessaquale la differenza?

La distinzione da realizzare tra tecnica semplice e complessa è determinata dalle caratteristiche intrinseche alla tecnica stessa e dalla ricaduta sulla salute del paziente che ne usufruisce.

La tecnica semplice è determinata da manovre che possono solo parzialmente mettere in precarietà il soggetto/paziente.

La tecnica complessa è determinata da una sequenza di manovre che se non eseguite correttamente possono mettere in precarietà il soggetto/paziente.

Strumenti e metodi per acquisire una tecnica

- Procedura infermieristica standardizzata
- Percorso clinico assistenziale
- Linee guida
- Individualizzazione assistenziale (piani di assistenza)

La competenza infermieristica Relazionale:

Fondata sulla Relazione d'aiuto applica scientificamente caratteristiche comunicative verbali e non verbali.

Strumenti e metodi per sviluppare la relazione d'aiuto

- Incontro d'aiuto occasionale
- Relazione d'aiuto (applicazione delle strategie comunicative dell'ascolto attivo e della risposta esplorativa)
- Counselling
- Psicoterapia (competenza specifica professionale)

La competenza infermieristica Educativa:

Si fonda sui principi ed i valori dell'Educazione terapeutica.

Conoscenza + Esperienza Capacità

Conoscenza :

La conoscenza è la consapevolezza e la comprensione di fatti, verità o informazioni ottenuti attraverso l'esperienza o l'apprendimento (a posteriori), ovvero tramite l'introspezione (a priori). La conoscenza è l'autocoscienza del possesso di informazioni connesse tra di loro, le quali, prese singolarmente, hanno un valore e un'utilità inferiori.

Esperienza

- soliti chiamare esperto una persona dotata di un'esperienza considerevole in un certo ambito.

Capacità

- L'etimologia della parola deriva dal latino *capacitas*, ovvero quanto posso prendere occupare, contenere, soggiogare.
- La capacità consiste nell'impadronirsi di qualcosa e che si possa occupare qualcosa, per cui la capacità è una POTENZIALITA' a fare pensare, agire.
- Il compito pedagogico sta nel mettere in grado il soggetto di sviluppare al meglio tutte le capacità che sono nel suo potenziale.

La valutazione e la certificazione delle competenze dovrà rilevare:

- misurazione-valutazione delle conoscenze (sapere)
- misurazione-valutazione delle abilità (saper fare)
- valutazione dei comportamenti personali

(agire, motivazione, attenzione)

- descrizione del percorso e delle situazioni di apprendimento

riferite al sapere, saper fare

Capitolo 3

Il contesto delle cure palliative

Le cure palliative si occupano di quei pazienti la cui patologia non è più suscettibile a cure specifiche e per i quali prioritaria è la salvaguardia delle miglior qualità di vita possibile con il massimo controllo sui sintomi correlati alla patologia nelle sue fasi avanzate. Le cure palliative pongono proprio l'attenzione sulla cura degli aspetti globali dell'individuo, con una visione di “to care” piuttosto che di “to cure”. Nei primi anni di diffusione della filosofia delle cure palliative (anni '80) supportata anche normativamente nel nostro paese quest'approccio assistenziale veniva infatti sintetizzato e promosso con lo slogan “High touch and low tech”. Con questo si voleva sottolineare la ritrovata importanza dell'aspetto relazione nell'assistenza indirizzata a questa tipologia di pazienti. Persone che necessitano sicuramente di personale preparato ad affrontare con competenza gli aspetti di cura dei sintomi di natura organica con tutte le risorse oggi a disposizione e costantemente in aggiornamento, ma anche personale preparato a prendersi cura di aspetti più sottili della cura dell'individuo. Personale pronta ad ascoltare bisogni anche di tipo psicologico, sociale e spirituale e preparate a soddisfarli.

Quello delle cure palliative è un approccio che massimamente si integra con la visione olistica dell'uomo che da sempre le teorie del nursing hanno sostenuto. Le cure palliative hanno avuto nel tempo una diffusione ed uno sviluppo sempre maggiori esplicandosi in contesti sempre più diversificati. Partendo da quelli che erano servizi di terapia antalgica sono andati sviluppandosi servizi di cure palliative, con possibilità di day hospital, servizi di cure domiciliari, hospital hospice ed hospice veri e propri. Tutti luoghi in cui è portato avanti un lavoro di équipe multidisciplinare. Il contesto nel quale viene svolta la nostra indagine è di cure palliative domiciliari. In questa situazione più ancora che in altri setting assistenziali il nucleo di cura non si limita al paziente, ma la presa in carico avviene per tutto il nucleo familiare, con una valutazione opportuna delle

fragilità e delle risorse presenti. La scelta dell'assistenza domiciliare è spesso dettata dal desiderio del paziente, altre volte è una scelta molto vicina all'imposizione dettata dalla scarsa disponibilità di alternative assistenziali.

La struttura in cui si svolge quest'indagine è costituita da un direttore medico responsabile, un coordinatore infermieristico, 7 infermiere, due medici dedicati alle cure palliative e una psicologa. Le prese in carico sono subordinate al soddisfacimento di alcuni criteri quali lo stato di malattia oncologica non più suscettibile a terapia attiva, un Karnofsky performance status inferiore a 40/100 e una prognosi inferiore a tre mesi. Per consentire un'adeguata assistenza al domicilio è indispensabile inoltre evidenziare all'interno del nucleo familiare una figura di riferimento che si rende disponibile ad imparare alcune tecniche assistenziali. L'effettuazione di queste tecniche è sempre prima supportata da un addestramento da parte degli operatori.

Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00, il sabato e la domenica dalle 8.00 alle 15.00 e il sabato pomeriggio è attiva una reperibilità. Il bacino di utenza è pari a circa 450.000 abitanti della città di Torino e le prese in carico sono circa di 25 pazienti in carico contemporaneamente. Gli accessi sono programmati in funzione delle condizioni del paziente, mai inferiori a un passaggio settimanale e nei momenti di acuzie o terminalità due passaggi quotidiani medico/infermieristici e vi è sempre la possibilità della visita su chiamata per le emergenze. In molte situazioni, anche se il servizio si rende disponibile, il familiare coinvolto è colui che risponde in prima battuta ai problemi che il paziente vive di giorno in giorno.

18 maggio 09

Lo studio

In un primo periodo le due infermiere effettuano alcuni trattamenti al fine di consolidare le competenze acquisite durante il corso. Questi primi pazienti sono 3, due donne ed un uomo. Nel periodo giugno - agosto 2009 viene dunque offerta la tecnica a tutti i nuovi pazienti e al care giver presi in carico dalla SSD Cure Palliative dell'Asl to1 sede di via Spalato.

Compatibilmente con le esigenze organizzative del servizio la coordinatrice del servizio ha fatto in modo che fosse possibile nell'ambito della prima visita infermieristica, successiva all'incontro con il MMG, e medico Palliativista, che l'infermiere di riferimento con Marcella Rivolta per il distretto 3, e con il coordinatore Adriana Masciangelo per il distretto 2, incontrasse il paziente ed offrisse la tecnica.

Se non accettata: il dato è stato registrato nella nostra scheda di raccolta dati.

Se accetta: si è formalizzato il consenso in cartella (sezione addestramento del care giver e diario clinico)

La tecnica doveva essere insegnata in un intervallo di tempo di 30 - 45 minuti: prima al paziente poi al care giver. Successivamente si è chiesto loro di utilizzare lo strumento quando e se lo ritenessero utile per indurre il sonno o ogni qual volta fosse comparso un disturbo in attesa dell'arrivo dell'infermiere o del medico.

Nel ambito della realizzazione del progetto di cura, almeno una volta alla settimana è stato monitorato il controllo dei sintomi con VAS e/o TIQ.

In data 18/05/09 la coordinatrice Masciangelo ha chiesto a Grazia Gusai e Anna Ajmo (Servizio Infermieristico Asl to1 e discenti del corso degli anni precedenti) la loro disponibilità come tutor nella fase di realizzazione del progetto.

Si effettua durante una riunione d'équipe una breve presentazione del progetto, del CIICS e del percorso fatto insieme durante il corso di formazione in ipnosi (dr.ssa Papi, dr. Regalo, le infermiere con cui lavoriamo, la dr.ssa Calorio, nostro responsabile)

Nel periodo di riferimento dell'indagine svolta sono stati inclusi nello studio 6 pazienti ai quali la tecnica è stata presentata e offerta come tecnica di rilassamento e strumento di gestione di alcuni sintomi quali la dispnea, il dolore, l'ansia, l'astenia e i disturbi del sonno.

Riportiamo di seguito uno dei casi seguiti in fase preliminare per consolidare le competenze acquisite durante il corso.

Lo presentiamo nella sua forma integrale così che il lettore abbia modo di conoscere le modalità di presa in carico del servizio.

MARZO 2009: Anna Maria

Contesto

Nell'ambito delle consegne e nelle riunioni d'équipe emerge rispetto alla sig.ra CA A.M. quanto segue:

- ❑ Care giver non affidabile. Programma di addestramento concluso, ma non sono state acquisite capacità manuali necessarie per un'assistenza in sicurezza per la paziente.
- ❑ Ripetute richieste di intervento infermieristico.
- ❑ Richiesta che l'infermiere si sostituisca al care giver. (modalità utilizzata dal care giver: di tipo rivendicativa "E' il servizio che se ne deve occupare!")
- ❑ Dolore non controllato
- ❑ Mts cutanea in progressione
- ❑ Dispnea ingravescente.

Opzione proposta: Sospendere la presa in carico dal servizio di Cure Palliative Domiciliari (non ci sono i requisiti per proseguire la gestione con questo regime assistenziale)

Intervento/i:

- Richiesta di valutazione clinica congiunta (MMG, Medico Palliativista, Infermiere, Paziente e Care Giver)
- Ridefinire piano terapeutico in funzione dei sintomi presenti.
- Ridefinire progetto di cura.

Contesto organizzativo:

- ci sono almeno 3 infermiere che ruotano intorno a questo nucleo familiare.
- La paziente è in carico al servizio da diverso tempo. Precedentemente in Assistenza Domiciliare Integrata e da alcuni mesi in Cure Palliative)

Perché l'Ipnosi in questo contesto?

- Le infermiere riferiscono che il Care Giver (marito della paziente) pur essendo stato addestrato sembra non sia intenzionato a collaborare, sia rivendicativo nei loro confronti, tende a mettere a confronto gli operatori che sono intervenuti, sottolineando le differenze come difficoltà, riferisce che il tempo di

addestramento sia insufficiente rispetto alla complessità delle capacità da acquisire. I passaggi infermieristici programmati sono 2 settimanali.

- I medici di riferimento per la paziente visitano la paziente almeno una volta alla settimana.

Problema: Potrebbero crearsi le condizioni per cui la paziente potrebbe peggiorare e la condizione di setino domiciliare non essere sicuro.

Programmo un incontro infermieristico con la paziente ed il marito il giorno successivo al passaggio dei due medici.

Nell'ambito dell'incontro ridefinisco con loro il contratto servizio – famiglia perché ci siano i requisiti per proseguire l'assistenza a domicilio.

Quindi:

- Volontà della paziente di rimanere a casa (bisogno di sicurezza)
- Identificazione di un Care Giver (che sia per la paziente e per noi il referente per l'assistenza nel momento in cui sia necessario intervenire e non siano presenti degli operatori)
- Ripresa dell'addestramento di una settimana per il care giver, se continua ad essere identificato dal marito, da parte di un solo operatore e rivalutazione al termine della settimana.
- Se al termine della settimana continuano ad esserci delle difficoltà nel proseguire l'assistenza domiciliare, questa verrà interrotta.

Concordiamo con la paziente che:

- Intende rimanere a casa
- Il marito sarà il care giver
- Programmo tre passaggi infermieristici alla settimana
- Programmiamo la richiesta di ricovero in Hospice, eventualmente da sospendere in caso non fosse necessario il trasferimento (tempi d'attesa medi per il ricovero: 30 giorni)
- Propongo alla signora ed al marito la mia presenza per 3 incontri durante i quali avrei insegnato alla paziente cosa fare nel momento in cui fossero comparsi dei disturbi importanti, o quelli presenti fossero particolarmente gravosi, in attesa dell'arrivo degli operatori e dell'effetto terapeutico dei farmaci.

La paziente ed il marito accettano la proposta.

Dopo circa 10 giorni sarei stata assente dal servizio per tre settimane.

Ho deciso che, come Coordinatore Infermieristico del servizio di Cure Palliative Domiciliari, avrei organizzato in quell'intervallo di tempo disponibile una rete organizzativa ed assistenziale intorno a questo nucleo familiare più solido.

Interventi:

- identificato l'operatore responsabile dell'addestramento (principio di continuità assistenziale)
- esplicitato nell'èquipe assistenziale l'offerta da proporre alla paziente di trattamento ipnotico.
- programmati tre incontri di 30' di trattamento ipnotico con la paziente in presenza del marito. (Nel primo incontro erano presenti i due medici, nel secondo l'infermiera di riferimento e nel terzo ero da sola con la paziente ed il marito).
- Programmato ricovero di sollievo presso l'Hospice dell'Asl.

MODELLO DI RACCOLTA DATI RISPETTO AI BISOGNI DI SALUTE

<u>Gestione della salute/malattia</u> ☐ autonoma ☒ con aiuto ☐ delegante ☐ dipendente	<u>Consapevolezza della malattia</u> ☐ sì ☐ no ☐ altro	<u>Attività lavorativa</u> ☐ in attività ☐ pensionato ☒ sospensione	<u>Ruolo nella famiglia</u> ☒ prende decisioni ☐ partecipa alle decisioni ☐ altro
<u>Orientamento</u> ☒ lucido ☐ disorientato ☐ soporoso ☐ altro	<u>Linguaggio</u> ☒ fluente ☐ afasia ☐ disartria ☐ altro	<u>Deficit di memoria</u> ☐ sì ☐ no	<u>Alterazioni sensoriali</u> ☐ gusto ☐ olfatto ☐ tatto ☐ udito ☐ vista
<u>Dolore</u> ☒ sì ☐ no	<u>Sonno</u> ☐ regolare ☒ irregolare ☐ insonnia ☐ altro ☐ accorgimenti	<u>Respirazione</u> ☐ eupnoico ☒ dispnea ☒ tosse ☐ cianosi ☐ altro	<u>Massa muscolare</u> ☐ trofica ☐ atrofica ☒ ridotta ☐ flaccida ☐ altro
<u>Dieta rispetto al fabbisogno</u> ☒ equilibrata ☐ superiore ☐ inferiore ☐ indicazioni dietetiche	<u>Nutrizione alterata</u> ☒ appetito aumentato ☐ masticazione ☐ deglutizione ☒ peso aumentato ☐ nausea/vomito ☐ altro	<u>Cute</u> ☐ trofica ☒ secca ☐ lesioni ☐ altro	<u>Cavo orale</u> ☐ integro ☐ arrossato ☒ secco ☐ lesioni ☐ infezione ☐ altro
<u>Alvo</u> ☒ regolare ☐ diarroico ☐ stitico ☐ incontinente ☐ altro ☒ accorgimenti Lassativi		<u>Eliminazione urinaria</u> ☒ continenza ☐ incontinenza ☐ ritenzione ☐ altro	
<u>Grado di autonomia nelle attività quotidiane</u>			
Mobilità: ☐ sì ☒ deambulare ☐ no ☒ con aiuto ☐ sì ☒ cambio postura ☐ no ☒ con aiuto ☒ sì ☒ sta seduto ☐ no ☐ con aiuto		☒ passaggio letto/carrozzina ☐ sì ☐ no ☒ con aiuto ☒ sta eretto ☐ sì ☐ no ☒ con aiuto ☒ sale e scende le scale ☐ sì ☒ no ☐ con aiuto	
		Alimentazione: ☒ mangia/beve da solo ☐ mangia/beve con aiuto ☐ viene imboccato Igiene personale: ☐ si lava da solo ☒ si lava con aiuto ☐ deve essere lavato	

Data 24 / 03/ 2009

firma Infermiere Adriana MASCIANGELO

DATA	DIARIO CLINICO	FIRMA
------	----------------	-------

24 – 03 – 2009

Problemi:

- Dispnea 8/10
- Edemi declivi ++++
- Edemi arti inferiori anche in posizione supina: +++
- In posizione semiseduta gli edemi arrivano fino alla zona lombare.

La paziente assume 4 co di Furesemide/die.

Rispetto alla settimana precedente sintomatologia invariata, accompagnata da astenia.

Intervento:

Propongo alla paziente tecnica di rilassamento, se le fa piacere, può eseguire gli esercizi con il marito.

Si concorda presenza del marito, tre sedute: 24 _ 25 _ 26 marzo di apprendimento della tecnica, da eseguire, in seguito in autonomia, quando sente che potrebbe averne beneficio.

Valutazione della paziente vedi scheda "Modello raccolta dati rispetto ai bisogni di salute"

Intervento: (ipnotico – relazione ipnotica)

Paziente coricata nel letto, in posizione semiseduta.

Il marito è seduto sul lato opposto del letto, io mi siedo accanto alla paziente sul bordo del letto.

Le chiedo:

- chiudere gli occhi concentrazione sull'arto sinistro (è l'arto che lascia più libero, con l'altro si aiuta per sostenere il tronco)
- Accompagno la mia voce con il tocco della mano.
- Stimolo visivo – palloncini supportati da nastro colorato, per aiutare l'arto, può, se lo desidera aggiungere ancora un palloncino, in modo che sia più leggero.
Anna Maria sceglie il colore rosso; Mi riferisce che il palloncino è rosso.
- estensione dell'esercizio all'arto destro Previa conferma di visualizzazione: la signora solleva l'arto sinistro seguendo l'immagine dei palloncini.
- Chiedo ad Anna Maria di spostare l'attenzione sulle gambe.
- Stimolo visivo: spiaggia, telo mare, calore della sabbia, leggera brezza, disponibilità dei palloncini.
- **Rinforzo:** puoi non sollevare le gambe, ma sentire l'aria fresca e il tocco sulla pelle. (sposto con la mano l'aria sulle gambe della signora) L'espressione del viso della paziente si fa più distesa.

Osservazione: il respiro si fa più calmo e profondo.

- Appoggio la mano sul torace di Anna Maria e propongo lo stimolo del palloncino per alleggerire il respiro.

Anna Maria dice "giallo, sorride: Il palloncino è giallo" (sorride anche Franco, il marito)

- Propongo ad Anna Maria il rinforzo delle due dita unite per recuperare lo stato di rilassamento raggiunto.

- **Verifica:** scacco le dita, tocco gli arti della signora, le chiedo di aprire gli occhi. Ripete l'esercizio da sola, verbalizzando cosa sta facendo.

Franco, presente e partecipe.

Tempo dedicato 30'

Richiesta al medico di rivalutare la terapia sintomatica per gli edemi e la dispnea.

25 _ 03 _ 2009

Visita MMG e Medico Cure Palliative:

Condizioni in peggioramento; dispnea, tosse, senso di costrizione toracica.

Edemi declivi ai piedi, gambe, simmetrici.

All'esame Obiettivo: PAO 115/70 fr 96.

Torace: MV ridotto a sinistra con qualche fine rantolo.

Addome: reticolo venoso; meteorico, trattabile.

Si telefona a Candiolo per aumento Morfina in elastomero a 40 mg/die (280 mg/ settimana)

Si imposta inoltre Furesemide per via sottocutanea.

Si prescrive controllo ematochimico.

25 - 03 - 2009

Passaggio infermieristico a seguito di valutazione medica.

Intervento:

- somministrato diuretico s.c. + 1 f. di Oramorph
- eseguito intervento di rilassamento di circa 20' con beneficio. (segnalato dalla paziente)
- Anna Maria durante l'esercizio riesce a visualizzare molto bene il senso di peso al torace e controllare il respiro con senso di sollievo.

Si concorda passaggio di rinforzo per domani mattina.

26 - 03 _ 2009

Eseguito prelievo ematico. Somministrata terapia. Sostituito angioset.

La signora Anna Maria. Questa notte ha riposato per alcune ore supina sul divano in sala.

Questa mattina, soggettivamente si sente meno disponica. (7/10)

Esegue gli esercizi di rilassamento in autonomia, per addormentarsi e quando si sente più in difficoltà.

Edemi declivi invariati rispetto a ieri.

Durante l'esercizio di rinforzo, propongo ad Anna Maria di ingrandire il palloncino giallo, come se fosse una mongolfiera, e di mettere nel cestino ciò che maggiormente pesa, in modo che possa essere portato via.

Il viso è disteso, il respiro è più lento e profondo.

Le propongo di vedere il telo su cui si è coricata come se fosse un robusto tappeto.

Le chiedo se ha paura di volare, la signora scuote la testa.

Le chiedo di vedere il suo tappeto così robusto da sostenere la sicurezza, Sentire la brezza, Sentire la leggerezza dei palloncini... e lasciarsi andare, come se fosse un tappeto volante.

Anna Maria sorride.

La lascio, in silenzio nello stato in cui si trova, scuoto la mano, per muovere l'aria sulle sue gambe, scruto l'espressione del viso.

Le propongo di unire le dita della mano sinistra, ogni volta che vorrà provare la sensazione di rilassamento di questo momento.

Le stacco le dita, le chiedo di aprire gli occhi lentamente e dirmi se ha bisogno in quel momento di qualcosa.

Anna Maria riferisce di essere soddisfatta.

La informo che non mi vedrà per alcune settimane e nella successiva non sarò raggiungibile neppure telefonicamente. Le ricordo come contattarci nel momento in cui ne avvertisse il bisogno.

"sono contenta per lei, ma mi spiace non vederla, riesco a rilassarmi."

Mentre riordino il materiale chiede:

"Adriana ce la farò?"

Interrompo ciò che sto facendo, Franco è sulla porta, e mi siedo sul bordo del letto.

"Cosa mi sta chiedendo?"

"Ce la farò?" pausa

« A cosa sta pensando ? » pausa

" lo so, non posso guarire, ma ... starò meglio? Potrò uscire ancora? Fare una passeggiata ?"

"Quando è uscita l'ultima volta, non considerando la volta che è andata a Candiolo?"

"A gennaio" "Adriana, Lei cosa pensa ?"

"Anna Maria, penso che se parliamo di guarigione, non sarebbe onesto dirLe di sì,"

"Lo so."

" farla stare meglio rispetto ai giorni scorsi, credo che si debba provare ancora."

Il suo sguardo è diretto, il viso è rilassato, ma come se Lei ed io, fossimo, in quel contatto visivo, isolate da tutto.

"In questi giorni abbiamo fatto alcune cose molto importanti:

- la terapia farmacologia è indispensabile per correggere i disturbi che ha.
- Pur aumentando la morfina, Lei rimane lucida, perché ha chiesto di esserlo più a lungo possibile. (annuisce con il capo)
- Abbiamo rinforzato l'addestramento di Franco, se c'è qualcuno .. si sente ancora più in difficoltà, non so se ce la farà, proveremo ancora: ci siamo.
- Abbiamo l'opportunità dell'hospice, nel quale potrà essere ancora più protetta, senza doversi curare di cosa fare (terapie) e stare con Franco come desiderate.
- Ho insegnato a Franco come massaggiarle le gambe, credo che sia molto più piacevole se lo fa una persona cara, rispetto a come posso farlo io.
- Abbiamo imparato insieme alcuni esercizi che possono aiutarLa quando tutto è molto più faticoso, o in attesa che facciano effetto i farmaci: può ripeterli quando vuole.

Non possiamo fare programmi a lungo termine," "lo so" " se la terapia ottiene i risultati attesi, la prossima settimana, vediamo insieme se sia possibile uscire di casa con la carrozzina."

Mi congedo da Anna Maria e Franco.

Nel pomeriggio vengo contattata perché l'angio-set non è funzionante. La collega di turno passa per sostituire l'ago.

27 _ 03 _ 2009

Paziente sofferente, dispnoica, tachicardia PAO 120/80 FC 125.

Lamenta forte compressione toracica. Ha assunto Oramorph 10 mg circa 3? Prima con poco beneficio.

Contattato medico che dà indicazione ad eventuale somministrazione di morfina s.c.

Praticato diuretico ev (solo per questa somministrazione in quanto non delegabili le prossime al care giver che continuerà a praticare terapie sc)

Sostituito elastomero aumentato nella posologia.

Rinnovate le medicazioni, no sanguinamenti.

Dopo circa altri 30' miglioramento dei sintomi.

Colloquio con la paziente ed il marito circa il ricovero presso l'hospice, che la paziente vorrebbe evitare, ma si rende conto che eventuale accesso in Pronto Soccorso sarebbe davvero gravoso per le sue condizioni, mentre il marito preferirebbe per non dover affrontare situazioni d'emergenza, che per lui non sono affrontabili al domicilio.

Programmato per domani passaggio di controllo.

MMG: al mio arrivo la paziente è tranquilla.

Mi riferisce una giornata un po' faticosa per il senso di costrizione toracica e dispnea. Ha beneficiato della morfina per os.

Si prescrive morfina sc al bisogno.

28 _ 03 _ 2009

Stamane riferito lieve miglioramento: notte riposata, sempre sul divano, no costrizione toracica, no dolore tosse saltuaria legata a secchezza delle fauci.

Si è alimentata ed idratata, alvo canalizzato, diuresi abbondante.

Eseguita terapia sc, non è stato necessario eseguire morfina sc, che è presente a domicilio. Somministrata fraxiparina.

Soggettivamente meglio

Domani telefonata di controllo.

30 _ 03 _ 2009

MMG: Al mio arrivo la paziente è tranquilla in O2 terapia; meno evidente edema declive e meno senso di costrizione toracica. Tosse. Non è stato necessario somministrazione di morfina. PAO 120/80 FC 88. Toni cardiaci validi. MV ridotto a sn. Con qualche fine rantolo.

Percepisce senso di vertigine al mattino, consiglio di ridurre a 1 f. il diuretico del mattino.

Presa visione visita MMG, si concorda visita congiunta con medico Cure Palliative.

Oggi la Paziente riferisce di sentirsi discretamente. Riposa sul divano. Si osserva lieve riduzione edemi arto sinistro.

Rinnovata medicazione ascellare, asciutta ma in estensione.

30 _ 03 _ 2009 h. 13.30

Il medico dell'hospice comunica la possibilità di ricovero.

Si contatta MMG che si recherà al domicilio della paziente per informarla.

Viene presa la decisione di accettare il ricovero e si procede a prenotare il trasporto in ambulanza per le 9.30 e si invia relazione infermieristica di dimissione.

Effettuato passaggio per ritiro cartella.

La paziente ha ancora qualche perplessità probabilmente non vuole accettare un ricovero definitivo, ma realisticamente è d'accordo sul fatto che ha bisogno di assistenza più capillare.

Il marito sembra consapevole del continuo peggioramento delle condizioni generali.

RELAZIONE DI DIMISSIONE CLINICO INFERMIERISTICA

SCALA DI KARNOFSKY (Performance status): SCHEDE DI VALUTAZIONE DEI SINTOMI (TIQ) (No = 0; Un po' = 1; Molto = 2; Moltissimo = 3; Non attendibile = 4)

		Difficoltà ad inghiottire		Euforia	
Dolore	X	Nausea		E' stato male?	
Mal di testa		Vomito		Difficoltà nel lavoro	
Insonnia	X	Dolore allo stomaco		Difficoltà nelle attività ordinarie	X
Problemi nel dormire	X	Difficoltà a digerire		Necessità di aiuto per mangiare, vestirsi, ecc	X
Sonnolenza		Diarrea		Si sente triste o depresso	
Vertigini		Stitichezza		Si sente ansioso o spaventato	X
Tremori		Tosse	X	Si sente nervoso, irrequieto, irritabile	
Confusione	X	Singhiozzo		Si è sentito insicuro	X
Sensazione di debolezza	X	Difficoltà a respirare	X	Ha manifestato difficoltà di concentrazione	X
Sensazione di stanchezza	X	Sudorazione		Ha difficoltà a distrarsi	
Mancanza di appetito		Prurito		Ha disaccordi con la sua famiglia	

Bocca asciutta		Agitazione		Si è sentito isolato dagli altri	
----------------	---	------------	---	----------------------------------	--

9 _ 04 _ 2009 h. 9.30

Visita infermieristica presso l'hospice

Paziente saporosa, risponde solo se stimolata; esprime contentezza nel rivedere qualcuno del nostro servizio.

Paziente molto edematosa , dolore controllato.

Presente il marito che martedì riprenderà a lavorare, apparentemente tranquillo, poiché sgravato della parte assistenziale.

Riferita presenza di lesione sacrale, la paziente viene mobilizzata regolarmente sulla sedia.

Anna Maria riferisce di essere ben assistita.

Si resta in visita 60' e poi mi congedo.

16 - 04 _ 2009 h. 9.00

Rientrata dalle ferie e volendo concludere la relazione rispetto all'incontro con Anna Maria telefono al medico responsabile dell'hospice e chiedo della paziente.

Il medico mi riferisce che Anna Maria è appena deceduta.

18 - 04 _ 2009

La collega che ha avuto modo di incontrarla in hospice, le ha chiesto se ha avuto modo di fare ancora gli esercizi con i palloncini, Anna Maria sorridendo le ha risposto di sì.

Caso clinico n. 1: Ca A.M. Sintesi

Problemi clinici

- Cancro della mammella
- Metastasi:
 - Cutanee
 - Polmonari
- Sindrome mediastinica
- Ansia
- Dispnea

Problemi assistenziali

- Dispnea 8/10
- Edemi declivi +++++
- Postura obbligata (semiseduta)
- Edemi fino alla regione lombare
- Difficoltà a riposare correlata ai sintomi

Revisione del concetto di Ipnosi

L'ipnosi non è quindi, uno stato rigido da ricercare (*trance*) per poi inserire suggestioni, ma è un modo di funzionare dinamico caratterizzato dall'orientamento della potenzialità della rappresentazione mentale del soggetto. La partecipazione coscienza-corpo, non è una dimensione da creare o da indurre, o da costruire, è semplicemente una realtà. Ed è proprio questa partecipazione, nei suoi dinamismi che si esprime sempre e comunque, attraverso modalità consce e inconsce che si può cercare di conoscere sempre più dettagliatamente in modo da poterla gestire consapevolmente con finalità d'aiuto e terapeutiche.

In ipnosi, non si deve "indurre uno stato" per ottenere comportamenti terapeutici, ma si insegna alle persone ad impiegare consapevolmente la potenzialità della loro rappresentazione mentale al fine di raggiungere obiettivi precisi. A tal fine è indirizzato lo sviluppo delle competenze relazionali, orientate al raggiungimento di un risultato assistenziale e/o terapeutico. Quindi è anche un processo di lavoro orientato alla gestione del monoideismo plastico ai fini dell'aiuto.

I requisiti essenziali dell'Infermiere

- Autostima
- Adeguatezza al ruolo
- Competenza
- Fiducia nelle proprie capacità di aiutare gli altri
- Conoscere bene i propri limiti (punti deboli)
- Capacità di individuare le proprie risorse per compensare i limiti (punti di debolezza)
- Capacità di condividere con l'altro

Obiettivo

- Fornire ad A.M. strumenti utili per controllare i sintomi (Dispnea e Ansia)
- Promuovere modalità relazionali che sostengano la paziente ed il marito nelle complesse attività quotidiane.
- Andare incontro al desiderio della paziente di mantenere il setting assistenziale in sicurezza.

Interventi

- Discussione nell'ambito dell'èquipe clinico assistenziale
- Analisi criticità
- Scelta di intervenire direttamente
(n. 4 incontri con paziente e care giver)
- Definizione dei problemi e possibili obv assistenziali
- Contratto con la paziente e care giver
- Congedo dalla paziente e dal care giver

- Rivalutazione del percorso al termine del processo di cura (tre settimane dopo)

Sedute di ipnosi

- Durata 20 -30' al massimo (astenia 7/10)

24 - 03 - 2009 **Intervento:** Propongo alla paziente tecnica di rilassamento, se le fa piacere, può eseguire gli esercizi con il marito. Si concorda presenza del marito, tre sedute: 24 _ 25 _ 26 marzo di apprendimento della tecnica, da eseguire, in seguito in autonomia, quando sente che potrebbe averne beneficio. Valutazione della paziente vedi scheda *“Modello raccolta dati rispetto ai bisogni di salute”*

Intervento: (ipnotico – relazione ipnotica) Paziente coricata nel letto, in posizione semiseduta. Il marito è seduto sul lato opposto del letto, io mi siedo accanto alla paziente sul bordo del letto. Le chiedo: - chiudere gli occhi concentrazione sull'arto sinistro (è l'arto che lascia più libero, con l'altro si aiuta per sostenere il tronco)- Accompagno la mia voce con il tocco della mano.- Stimolo visivo – palloncini supportati da nastro colorato, per aiutare l'arto, può, se lo desidera aggiungere ancora un palloncino, in modo che sia più leggero. Anna Maria sceglie il colore rosso; Mi riferisce che il palloncino è rosso.- estensione dell'esercizio all'arto destro Previa conferma di visualizzazione: la signora solleva l'arto sinistro seguendo l'immagine dei palloncini.- Chiedo ad Anna Maria di spostare l'attenzione sulle gambe. Stimolo visivo: spiaggia, telo mare, calore della sabbia, leggera brezza, disponibilità dei palloncini.

Rinforzo: puoi non sollevare le gambe, ma sentire l'aria fresca e il tocco sulla pelle. (sposto con la mano l'aria sulle gambe della signora) L'espressione del viso della paziente si fa più distesa. **Osservazione:** il respiro si fa più calmo e profondo.- Appoggio la mano sul torace di Anna Maria e propongo lo stimolo del palloncino per alleggerire il respiro. Anna Maria dice “giallo, sorride: Il palloncino è giallo” (sorride anche Franco, il marito)- Propongo ad Anna Maria il rinforzo delle due dita unite per recuperare lo stato di rilassamento raggiunto.- **Verifica:** stacco le dita, tocco gli arti della signora, le chiedo di aprire gli occhi. Ripete l'esercizio da sola, verbalizzando cosa sta facendo. Franco, è presente e partecipa.

Anna Maria riferisce di essere soddisfatta.

La informo che non mi vedrà per alcune settimane e nella successiva non sarò raggiungibile neppure telefonicamente. Le ricordo come contattarci nel momento in cui ne avvertisse il bisogno.

“sono contenta per lei, ma mi spiace non vederla, riesco a rilassarmi.”

Mentre riordino il materiale chiede:

“Adriana ce la farò?”

Interrompo ciò che sto facendo, Franco è sulla porta, e mi siedo sul bordo del letto.

Cosa mi sta chiedendo?”

“Ce la farò?” pausa

“ A cosa sta pensando ? “ pausa

“ lo so, non posso guarire, ma starò meglio? Potrò uscire ancora? Fare una passeggiata ?”

“Quando è uscita l’ultima volta, non considerando la volta che è andata a Candiolo?”

“A gennaio” “Adriana, Lei cosa pensa ?”

“Anna Maria, penso che se parliamo di guarigione, non sarebbe onesto dirLe di sì,”

“Lo so.”

“ farla stare meglio rispetto ai giorni scorsi, credo che si debba provare ancora.”

Il suo sguardo è diretto, il viso è rilassato, ma come se Lei ed io, fossimo, in quel contatto visivo, isolate da tutto.

“In questi giorni abbiamo fatto alcune cose molto importanti:

- la terapia farmacologia è indispensabile per correggere i disturbi che ha.
- Pur aumentando la morfina, Lei rimane lucida, perché ha chiesto di esserlo più a lungo possibile. (annuisce con il capo)
- Abbiamo rinforzato l’addestramento di Franco, se è presente qualcuno .. si sente ancora di più in difficoltà, non so se ce la farà, proveremo ancora: noi ci siamo.
- Abbiamo l’opportunità dell’hospice, nel quale potrà essere ancora più protetta, senza doversi curare di cosa fare (ad es: le terapie) e stare con Franco come desiderate.
- Ho insegnato a Franco come massaggiarle le gambe, credo che sia molto più piacevole se lo fa una persona cara, rispetto a come posso fare io.
- Abbiamo imparato insieme alcuni esercizi che possono aiutarLa quando tutto è molto più faticoso, o in attesa che facciano effetto i farmaci: può ripeterli quando vuole.

Non possiamo fare programmi a lungo termine,” “lo so” “ se la terapia ottiene i risultati attesi, la prossima settimana, vediamo insieme se sia possibile uscire di casa con la carrozzina.”

Mi congedo da Anna Maria e Franco.

In fenomeni ipnotici da monoideismo plastico: rilassamento, levitazione, catalessi, modificazioni viscerali, analgesia, sonno ipnotico, amnesia sonnambulismo, allucinazioni.

I CASI

Onde, vibrazioni, energia, sollievo ...Anche la voce segue lo stesso percorso

Luca

Dati dalla cartella

26 anni, leucemia, in carico al servizio da due settimane: nessuno vuole dirgli che non è il caso di proseguire nelle cure.

E' stato preso in carico dal nostro servizio contro il parere del medico responsabile su richiesta del medico curante.

Era in ospedale ed il primo obiettivo che abbiamo concordato insieme è stato essere in grado di tornare a casa in sicurezza per il suo compleanno (scorsa settimana)

Nel corso delle due settimane si è recato più volte in ospedale per trasfondere.

Ci sono stati diversi colloqui con la mamma, presente il papà, durante i quali la loro consapevolezza rispetto alla prognosi è diventata sempre maggiore.

Comunicazione difficoltà del medico: non riesce tollerare la lucidità del paziente e rispondere alle domande.

Il medico che segue da più tempo il ragazzo vorrebbe sedarlo "così i genitori non pensano che soffra troppo"

Medico palliativista non contatto: "E' una causa persa! Non si può trovare alcun sollievo per i genitori, il paziente morirà per infezioni, o per emorragie.

Le infermiere sono presenti e non intendono assecondare le difficoltà degli operatori.

9/06/09

La mamma: Questa mattina ha detto che ha paura. Gli ho risposto di non averne, siamo con lui.

La mamma è arrabbiata ed il dolore non trova nessuna forma di tregua.

Il papà si sente impotente di fronte alla sofferenza del figlio.

Febbre, scompenso epatico, ansia.

Luca riferisce che quando cerca di riposare vede delle persone intorno a lui, alcune sono conosciute, altre non sa chi siano.

Gli chiedo se sia a disagio a vederle, risponde di no, però fa fatica a riposare.

Proviamo insieme le tecniche di rilassamento progressivo partendo dal rilassamento di un arto.

"Mamma mi fido di Adriana" sorride.

“continuo a cantare una canzone e non so perché”

“quale canzone?”

“Mamma son tanto felice, perché ritorno da te”

“Perché questa canzone?”

“non lo so, ma mi piace...”

Mamma Beniamino Gigli C. A.Bixio - B.Chерubini (1940)

Mamma, son tanto felice
perché ritorno da te.
La mia canzone ti dice
ch'è il più bel sogno per me!
Mamma son tanto felice...
Viver lontano perché?

Mamma, solo per te la mia canzone vola,
mamma, sarai con me, tu non sarai più sola!
Quanto ti voglio bene!
Queste parole d'amore che ti sospira il mio cuore
forse non s'usano più,
mamma!,
ma la canzone mia più bella sei tu!
Sei tu la vita
e per la vita non ti lascio mai più!

Sento la mano tua stanca:
cerca i miei riccioli d'or.
Sento, e la voce ti manca,
la ninna nanna d'allor.
Oggi la testa tua bianca
io voglio stringere al cuor.

Mamma, solo per te la mia canzone vola,
mamma, sarai con me, tu non sarai più sola!
Quanto ti voglio bene!
Queste parole d'amore che ti sospira il mio cuore
forse non s'usano più,
mamma!,
ma la canzone mia più bella sei tu!
Sei tu la vita
e per la vita non ti lascio mai più!
Mamma... mai più!

Altri interpreti: Claudio Villa; Luciano Tajoli; Nunzio Gallo, Andrea Bocelli,
Renato Zero.

“Canto anche altre canzoni”

“racconta...”

“Marco Masini: “Bella stronza” e “vaffanculo”

Bella stronza... che hai distrutto tutti i sogni della donna che ho tradito che mi hai fatto fare a pugni con il mio migliore amico e ora mentre vado a fondo tu mi dici sorridendo ne ho abbastanza. Bella stronza... che ti fai vedere in giro per alberghi e ristoranti con il culo sul ferrari di quell'essere arrogante non lo sai che i miliardari anche ai loro sentimenti danno un prezzo il disprezzo... perché forse io ti ho dato troppo amore bella stronza che sorridi di rancore... Ma se Dio ti ha fatto bella come il cielo e come il mare a che cosa ti ribelli di chi ti vuoi vendicare ma se Dio ti ha fatto bella più del sole e della luna perché non scappiamo insieme non lo senti questo mondo come puzza Ma se Dio ti ha fatto bella come un ramo di ciliegio tu non puoi amare un tarlo tu commetti un sacrilegio e ogni volta che ti spogli non lo senti il freddo dentro quando lui ti paga i conti non lo senti l'imbarazzo del silenzio. Perché sei bella, bella, bella, bella stronza... che hai chiamato la volante quella notte e volevi farmi mettere in manette solo perché avevo perso la pazienza... la speranza... sì, bella stronza. Ti ricordi... quando con i primi soldi ti ho comprato quella spilla che ti illuminava il viso e ti chiamavo la mia stella quegli attacchi all'improvviso che avevamo noi di sesso e tenerezza bella stronza... sì perché forse io ti ho dato troppo amore bella stronza che sorridi di rancore... Ma se Dio ti ha fatto bella come il cielo e come il mare a che cosa ti ribelli	Vaffanculo Masini Se mi guardo nello specchio con il tempo che è passato sono solo un po' più ricco più cattivo e più invecchiato è l'amara confessione di un cantante di successo forse è l'ultima occasione che ho di essere me stesso Quando ho smesso di studiare per campare di illusioni sono stato il dispiacere di parenti e genitori ero uno di quei figli sognatori adolescenti che non vogliono consigli e rispondono fra i denti Vaffanculo Vaffanculo Ma la musica è cattiva è una fossa di serpenti e per uno che ci arriva quanti sono i fallimenti mi diceva quella gente che s'intende di canzoni hai la faccia da perdente mi dispiace non funzioni Masini Vaffanculo Vaffanculo Vaffanculo Non importa se ho pianto e sofferto questa vita fa tutto da sé nella musica ho solo scoperto il bisogno d'amore che c'è Chi lo sa che cosa è vero in un mondo di bugiardi non si può cantare il nero della rabbia coi miliardi siamo tutti conformisti travestiti da ribelli siamo lupi da interviste e i ragazzi sono agnelli che ti scrivono il dolore nelle lettere innocenti e la loro religione è di credere ai cantanti ma li trovi una mattina con la foto sul giornale in quell'ultima vetrina con la voglia di gridare al mondo Vaffanculo Vaffanculo Vaffanculo Mi dimetto da falso poeta da profeta di questo Fan's Club io non voglio insegnarvi la vita perché ognuno la impara da sé Me ne andrò nel rumore dei fischi sarò io a liberarvi di me
---	--

di chi ti vuoi vendicare ma se Dio ti ha fatto bella più del sole e della luna esci dai tuoi pantaloni mi accontento come un cane degli avanzati perché sei bella, bella, bella. Mi verrebbe di strapparti quei vestiti da puttana e tenerti a gambe aperte finché viene domattina ma di questo nostro amore così tenero e pulito non mi resterebbe altro che un lunghissimo minuto di violenza e allora ti saluto... bella stronza.	di quel pazzo che grida nei dischi il bisogno d'amore che c'è ora basta io sto male non è giusto Vaffanculo Nello specchio questa sera ho scoperto un altro volto la mia anima è più vera della maschera che porto finalmente te lo dico con la mia disperazione caro mio peggior nemico travestito da santone Vaffanculo Vaffanculo Vaffanculo Vaffanculo
--	--

La mamma riferisce di sentirsi molto in sintonia con la canzone “vaffanculo”

Il modo in cui si muove la mamma accanto a Luca, a me ricorda “Romanza” di Andrea Baccelli ed una collega che ha seguito Luca, mi ha ricordato un'altra canzone che rappresenta quanto osservato in quei giorni: **“PARLA CON ME”: Ramazzotti**

ROMANZA- Andrea Bocelli Gia la sento gia la sento morir pero' e calma sembra voglia dormir poi con gli occhi lei mi viene a cercar poi si toglie anche l'ultimo velo ache l'ultimo cielo o ache l'ultimo bacio ah ah ah ah ah ah ah ah forse e colpa mia aha forse e colpa tua così son rimasto a pensar ma la vita ma la vita cos'e' tutto o niente forse neanche un perché con le mani lei mi viene a cercar poi mi stringe lentamente mi lascia lentamente mi stringe lentamente mi cerca ah ah ah ah ah ah ah forse e' colpa mia ah forse e' colpa tua e così	PARLA CON ME: Ramazzotti Ma dove guardano ormai quegli occhi spenti che hai? Cos'è quel buio che li attraversa? Hai tutta l'aria di chi da un po' di tempo oramai ha dato la sua anima per dispersa. Non si uccide un dolore anestetizzando il cuore c'è una cosa che invece puoi fare se vuoi se vuoi se vuoi.. Parla con me, parlami di te io ti ascolterò vorrei capire di più quel malessere dentro che hai tu. Parla con me, tu provaci almeno un po' non ti giudicherò perché una colpa se c'è non si può dare solo a te. Parla con me Poi quando hai visto com'è anche il futuro per te lo vedi come un mare in burrasca, che fa paura lo so io non ci credo però che almeno un sogno tu non l'abbia in tasca.
--	---

son rimasto a guardar e lo chiamano amor e lo chiamano amor e lo chiamano amore una spina nel cuore che non fa dolor e un deserto questa gente con la sabbia in fondo al cuore tu che non mi senti piu' che non mi vedi piu' avessi almeno il coraggio e la forza di dirti che sono con te ave ave ave Maria a a a forse e' colpa mia ah forse e' colpa mia e cosi' son rimasto cosi' son rimasto cosi gia la sento che non puo piu sentir in silenzio se ne anda a dormir se ne andata a dormi i ir	Ma perchè quel canto asciutto? Non tenerti dentro tutto. C'è una cosa che invece puoi fare se vuoi se vuoi se vuoi.. Parla con me, parlami di te io ti ascolterò vorrei capire di più quel malessere dentro che hai tu. Parla con me, tu dimmi che cosa c'è io ti risponderò, se vuoi guarire però prova un po' a innamorarti di te. Non negarti la bellezza di scoprire quanti amori coltivati puoi far fiorire sempre se tu vuoi.. Parla con me, parlami di te io ti ascolterò vorrei capire di più quel malessere dentro che hai tu. Parla con me, tu dimmi che cosa c'è io ti risponderò, se vuoi guarire però prova un po' a innamorarti di te. Parla con me.. Parla con me..
---	---

“cosa ti aspetti che accada? Coso desideri?”

“Cosa?”

ripeto la domanda.

“Non mi piacciono le domande di Adriana”

“se non vuoi, ...puoi non parlare..

“Non mi piacciono le risposte che potresti darmi...” mi guarda in modo diretto.

“Cosa desideri?”

“Guarire.”

“lo sai che con posso mentirti, e la guarigione non è nelle nostre possibilità”

“questa mattina mi sono arrabbiato con Marcella, vi chiedo scusa, ,, ma io ...”

“puoi non chiedere scusa”

“io sono un tipo ordinato, mi hanno detto che avrei fatto 15 sedute di radioterapia ed io mi sono impegnato, per l'anca .. (scendono le lacrime)
...volevo camminare. Non ho più la forza..Il corpo non risponde,.. è come se fosse staccato dalla mente.

“ti senti come se fossi su di una nuvola? Ti senti sprofondare? Come se perdessi il controllo? Come quando stai per addormentarti e ti sembra di cadere?”

Annuisce, lo sguardo non si stacca dal mio.

“guardo lo sguardo della mamma: è rassegnata.”

la mamma sorride, “Non sono rassegnata, combattiamo insieme”
scendono le lacrime.

Io continuo il massaggio della mano e dell'avambraccio lentamente e con dolcezza come se fosse una leggera pompa che sorregge e lascia andare.

La sua mano ed il suo braccio sono sempre più rilassati ed abbandonati sulla mia mano.

“Io mi sono impegnato, ma non ce la faccio” scendono le lacrime

“vorresti avere il controllo?” annuisce

“ci sono cose che non possiamo controllare.

“Abbiamo deciso di non tornare più in ospedale”

La mamma ed il papà lasciano la stanza: papà va a coricarsi, mamma si muove silenziosamente nella stanza accanto.

“La mamma in tinello piange.”

“No, credo che siano le pantofole sul pavimento”

“No mamma sta piangendo. Lo fa da tanto tempo. Da quando è morto Marco. (fratello di Luca, deceduto tragicamente per incidente stradale)

vorrei portare con me la sua sofferenza, darle sollievo.”

“Le hai detto quanto le vuoi bene?”

“Mai abbastanza.”

“Prova a farlo”

“Mi guardo intorno e vedo tutte le cose che ho fatto anche se malato,... e mi spiace di dover lasciare.”

“prova a tenere gli occhi aperti, o chiusi se li senti stanchi, e prova a rilassare con il tuo tempo anche il torace, l'altro braccio.”

“non riesco a tenerli chiusi... Ci provo.”

Mi lascia andare.

Forse avremo modo di incontrarci ancora domani mattina.

Le due giornate che seguirono possono essere paragonato ad un lungo, progressivo travaglio, durante il quale Luca Papà e Mamma hanno trovato il loro modo di apprendere l'arte del lasciare andare: sostenuti l'uno dall'altro quando il peso era eccessivo rispetto alle forze residue.

Ho incontrato Mamma e Papà, due giorni dopo il funerale di Luca.

E' stato l'incontro in cui come operatore che "accompagna", ho avuto in dono la condivisione, per ciò che sono in grado di accogliere, della loro sofferenza, del loro narrare, del loro lasciare traccia leggera e profonda del senso di essere uomini.

Donna di 50 anni, Ca mammella in trattamento da 12 anni.

Attualmente: metastasi epatiche, ossee e cerebrali.

Attivato il servizio di Cure Palliative Domiciliari dal reparto di degenza in cui è ricoverata.

Problemi.

N nausea

V vomito

D dolore

A ansia

C consapevolezza di avanzamento di malattia.

8	12	16	20	24	4
Farmaci	Nausea	Nausea	Farmaci		
	Rilassamento	Vomito	Rilassamento		
		Dolore			
		Ansia			

Opzioni adottate:

- aumentato dosaggio farmaco antiemetico (da 2 a 3 somministrazioni)
- Proposto trattamento ipnotico (Rilassamento)
- Inserimento in terapia di un altro antiemetico con diverso meccanismo d'azione.

8	12	16	20	24	4
Terapia farmacologica ev			Terapia ev		
Rilassamento					
		h. 18			
		Nausea			
		Vomito			
		Dolore			
		Ansia			

Rilassamento

Pre test scelta mare o montagna: mare, con paura dell'acqua
Canale: visivo

Immagina di essere in riva al mare (E' seduta comoda sul divano con gambe distese su di una sedia, cuscini sotto la testa e sotto agli arti superiori)
"sono sulla sdraio, sotto l'ombrellone", "non in acqua perché ho paura"

Senti il tepore che ti circonda, il tuo corpo è comodamente adagiato sulla sdraio.

Verifico lo stato di rilassamento sollevando la mano (tende a controllare ed accompagnare i miei movimenti)

La invito a lasciarsi andare ancora più in profondità, attenzione al respiro, invito all'ascolto del proprio respiro e contando da 10 a 1 , accompagno il suo respiro che diventa più lento e profondo.

Rinforzo verbale: aria che entra e rilassa ... Partendo dal capo, sul volto, spalle, torace, stomaco (mi soffermo con la mano sullo stomaco e rinforzo la percezione del respiro), intestino, ...

fegato (ci soffermiamo a lungo: immagina una spugna che respira, l'aria entra, depura ed esce. Immagina di prendere delicatamente la spugna nelle tue mani e dolcemente metterla sotto un getto d'acqua che la possa detergere.) Si impregna di acqua e si depura.

Segno delle due dita unite per tornare allo stato di rilassamento desiderato velocemente ed in autonomia

Ricalco

Commento: Senso di rilassamento, "coccola", calore che partendo dai piedi risale per tutto il corpo.

21 luglio

Il trattamento:

Alla richiesta se preferisce il mare, la montagna o altro luogo, riferisce di aver provato da sola, nel pomeriggio precedente e di essere andata in campagna.

In un luogo in cui andavano con i parenti a fare un picnic (è un ricordo di quando i loro ragazzi erano bambini e rievocarli la distende)

Le chiedo se vuole ritornarci durante il trattamento e mi risponde di no, preferisce ancora il mare, perché in quel luogo non potrà più tornarci come in passato.

Raggiunge più velocemente lo stato di rilassamento.

Inserisco l'elemento acqua che scende come rinforzo all'aria che porta energia.

Ruscello, fiume, pensieri pesanti portati via dalla corrente, nuove energie che vengono trasportate dall'acqua.

Fino ad arrivare al mare e rilassarsi completamente sulla sdraio che lei ha scelto. Osservo maggior rilassamento del volto, spalle abbandonate, respiro lento e profondo.

Al termine il viso sembra + disteso, gli occhi diventano una fessura.

(ittero sclere: +++)

Sceglie degli orecchini, oggi è leggermente truccata (occhi).

Angelo, il figlio, e nostro care giver, ha filmato i due trattamenti.

Fragilità del care giver... **Angelo**

Giovane uomo di 24 anni, da circa 10 giorni care giver della mamma, paziente in cure palliative.

Risponde bene all'addestramento proposto dagli infermieri di riferimento.

Due episodi di diarrea, il primo il giorno in cui la mamma era in day hospital e le è stata sospesa la chemioterapia, il secondo dopo che la mamma che ha nausea, vomito e dolore non controllati, mi riferisce che lo vede troppo coinvolto e teso.

Alla mamma sono stati effettuati due trattamenti ed Angelo ha assistito e chiesto di filmarli in modo da ripeterli nel corso della giornata.

Propongo ad Angelo di sperimentare su di sé questo tipo di esperienza ed accetta volentieri. (motivazione+++)

Al mio arrivo in casa, colgo che Angelo è teso, distratto da sms e contatti telefonici non realizzati.

Mi muovo nella loro casa, sospendendo per quella mattina l'addestramento, preparo la terapia come se non fosse presente e non mi chiede di essere coinvolto. Nel corso della mattinata è programmato un colloquio di lavoro.

La mamma mi riferisce che ha avuto una lipotimia, una scarica diarroica e lo sente teso.

Proposta di trattamento

Obv: sperimentare su di sé, per essere più efficace con la mamma.

Canale cenestesico "scelta del mare, ama stare in acqua e nuotare"

Si abbandona con semplicità e velocemente con il massaggio della mano.

Osservo un respiro sempre più lento e profondo.

Deglutisce

Velocemente osservo il corpo abbandonato sulla poltrona.

Al termine riferisce rilassamento, ma non benessere.

Contatto telefonico nel pomeriggio perché la mamma è stata male.

Al termine della telefonata gli chiedo se stia sentendo il malessere della mamma come "Qualcosa difficile da controllare" come se potesse sentire ciò che sente la mamma.

Risposta diretta: "No, assolutamente, è un problema organico, forse un colpo d'aria).

Ipotesi:

- eccessivo carico assistenziale?
- Consapevolezza della rapida evoluzione della malattia?
- Eccessivo senso di responsabilità?

Ad occhi chiusi, contatti profondi seguono il suono della voce ...tornare se stessi

Giuseppe

Il pte di 75aa è affetto da un adenocarcinoma prostatico in fase avanzata. Consapevole della diagnosi, non della prognosi. Il nucleo familiare è costituito dal pte e dalla moglie con cui ha trascorso tutta la vita. La presa in carico era avvenuta pochi giorni prima e il passaggio era programmato per iniziare l'addestramento alla preparazione della terapia da parte della moglie. La seduta di ipnosi può essere classificata come "emergenza" per dolore non controllato.

All'arrivo dell'infermiera la moglie la accompagna subito dal paziente che giace nel letto in posizione fetale con gli occhi chiusi in uno stato di contrazione quasi tetanica. La moglie in modo concitato descrive una notte terribile con una scarsa risposta alla terapia analgesica impostata solo il giorno precedente soprattutto la mancata somministrazione dell'Oramorph 10mg programmata alle 2:00. Il dolore era così intenso che il paziente ha chiesto due volte di poter morire piuttosto che continuare a vivere quella sofferenza e che non voleva essere oggetto di alcun "esperimento" ulteriore. Dopo un breve colloquio telefonico con il medico palliativista durante il quale lo stesso ha prescritto Toradol 1f in Sol.Fisiol.100cc. Si procede col somministrare detta infusione. Il paziente continua a contorcersi dal dolore e a non aprire gli occhi. L'infermiera cerca inizialmente di rassicurarlo sulla pressochè immediata efficacia del farmaco, ma il paziente così contratto e teso non è in grado neppure di percepire le parole dell'operatore. Quindi il primo passaggio è stato quello di focalizzare l'attenzione del paziente sul proprio respiro respirando insieme a lui e scegliendo volutamente il passo di porre la mano sullo sterno perché era in quel frangente indispensabile una percezione chiara. Il passo è stato opportunamente accompagnato dall'accentuazione delle fasi inspiratoria ed espiratoria da parte dell'operatore. Questo primo passaggio ha consentito di focalizzare l'attenzione del paziente sul suo respiro di cui ha iniziato a prendere consapevolezza

iniziando a ridurre la tensione. La consapevolezza degli atti respiratori ha consentito all'infermiera di agganciare l'attenzione del paziente sull'immagine del farmaco che veniva più efficacemente diffuso via via che il respiro si faceva più lento e profondo. Partendo dal torace e quindi dai polmoni si è indotta una visualizzazione del farmaco che raggiungeva ogni distretto corporeo, dal capo fino ai piedi soffermandosi su ogni parte ad ogni respiro. Era evidente un progressivo rilassamento, ma persisteva la posizione antalgica. Dopo un quarto d'ora circa l'infermiera ha provato con estrema delicatezza a distendere le gambe del paziente portandolo in posizione supina con successo. Dalla finestra soffiava lieve la brezza del mattino e dunque la seduta è proseguita attraverso il suggerimento dell'immagine del paziente sdraiato in riva al mare sul manto di sabbia che lo accoglieva assorbendo il dolore e la tensione. A tratti, pur essendosi in parte rilassato veniva disturbato dalla comparsa di un dolore urente alle mani che lo riportavano in una condizione di sofferenza acuta. A questo punto l'infermiera ha evocato un secchiello di acqua del mare fredda che leniva il bruciore delle mani che affievolendosi spariva lasciando una piacevole sensazione di freschezza. L'infermiera si è soffermata a lungo sull'immagine del riposo pieno ed appagante sulla spiaggia finchè il paziente utilizzando il conto a ritroso per approfondire ulteriormente lo stato non è entrato in un evidente condizione di sonno che sarebbe terminato secondo la volontà del paziente quando il dolore fosse completamente regredito. Dopo venti minuti durante i quali l'infermiera ha potuto effettuare un colloquio con la moglie la loro attenzione è stata richiamata dalla voce del paziente che assolutamente calmo e rilassato chiedeva alla moglie di essere aiutato a sedersi sul bordo del letto. La moglie era profondamente stupita dal repentino cambiamento sottolineando più volta che anche la voce si era trasformata ed era tornata chiara e serena. Solo allora dunque il paziente ha visto l'infermiera alla quale ha segnalato la completa regressione del dolore. Alla verifica si è rilevata anche una parziale amnesia.

Come uno stambecco sulle vette più alte e fresche dove l'aria solletica le narici ed il respiro è pieno di vita

Giovanna

Paziente di 72 aa, affetta da tumore polmonare con MTS cerebrali, polmonari, linfangite carcinomatosa e comizialità. L'adenocarcinoma polmonare è stato diagnosticato nel 2006 anno in cui la pte è stata sottoposta ad intervento di lobectomia superiore dx. Viene presa in carico dal servizio di cure palliative a seguito di un ricovero c/o H. S.Luigi di Orbassano per focolaio broncopneumonico. La paziente verrà assistita dalle due amiche coetanee che si rendono disponibili in qualità di care givers. La paziente è lucida ed orientata e i problemi prioritari rilevati alla presa in carico sono:

- Dispnea
- Astenia
- Stipsi

Gli obiettivi proposti sono il controllo di tutti i sintomi elencati ed eventuali altri che si presentassero.

Gli interventi proposti sono : O² Terapia, terapia cortisonica, monitoraggio, educazione terapeutica, educazione alla gestione dell'assunzione della terapia

Contesto organizzativo:

- ci sono almeno 3 infermiere che ruotano intorno a questo nucleo familiare
- l'infermiera formata al trattamento con l'ipnosi è una delle 3 infermiere, subentra dopo 15 giorni circa dall'apertura poiché già in carico al momento dell'inizio della sperimentazione.

Perché l'Ipnosi in questo contesto?

La paziente è molto lucida e via via sempre più consapevole del peggioramento delle condizioni generali. Nell'ultimo periodo di vita sono comparse crisi

respiratorie importanti che hanno turbato molto sia la pte che le due care givers. La paziente seppur consapevole non esterna i suoi pensieri ed emozioni. L'utilizzo dell'induzione ipnotica trova significato in questo contesto essenzialmente con due finalità:

- in quanto strumento di gestione della crisi respiratoria in attesa che i farmaci prescritti agiscano
- presa di contatto della paziente con la propria interiorità

La presa in carico ha una durata di 48 giorni. La conoscenza con l'infermiera formata e il primo intervento di ipnosi avvengono dopo 20 giorni dalla presa in carico previa valutazione da parte dell'équipe.

20/05/09 Ore 16.00 La paziente è un po' disturbata poiché aspettava prima la nostra visita. Riferisce aumento della dispnea questa mattina, ha effettuato i puff e la terapia prescritta.

Sat. O2 97% con discesa a 94%. Si propone quindi una seduta di rilassamento per poterle insegnare a gestire meglio la difficoltà respiratoria e riuscire a dormire meglio. La paziente accetta e ne riferisce immediato beneficio sulla dispnea.

Si alimenta con molto appetito e si idrata con L 0,5 se stimolata a bere. Oggi non ha evacuato, si sollecita ad assumere con regolarità la terapia lassativa. Molto astenia, non ha dolore. Riferisce aumento della tosse. Presenta lieve succulenta perimalleolare.

Educata all'uso del collutorio.

20/05/09 Ore 16.00 La paziente è un po' disturbata poiché aspettava prima la nostra visita. Riferisce aumento della dispnea questa mattina, ha effettuato i puff e la terapia prescritta.

Sat. O2 97% con discesa a 94%. Si propone quindi una seduta di rilassamento per poterle insegnare a gestire meglio la difficoltà respiratoria e

riuscire a dormire meglio. La paziente accetta e ne riferisce immediato beneficio sulla dispnea.

Si alimenta con molto appetito e si idrata con L 0,5 se stimolata a bere. Oggi non ha evacuato, si sollecita ad assumere con regolarità la terapia lassativa. Molto astenia, non ha dolore. Riferisce aumento della tosse. Presenta lieve succulenta perimalleolare.

Educata all'uso del collutorio.

22/05/09 Paziente tranquilla, riposa poco di notte. Persiste tosse produttiva. Si alimenta regolarmente. No edemi declivi. Diuresi 1700, alvo regolare. Mantiene O₂ terapia continua. Non dolore Migliorata micosi del cavo orale con uso di Mycostatin.

PAO 120/70. Sostituito angiozet sottocute.

23/05/09 Si viene chiamati su 854 per bruciore all'arto su cui è applicato l'angiozet. Dato il fastidio percepito si riposiziona angiozet su braccio dx sottocute. Per il resto paziente stazionaria.

25/05/09 Paziente stazionaria, persiste tosse produttiva. O₂ terapia in corso PAO 115/70. Evacuazioni regolari con assunzione di Laevolac. Diuresi valida. Si alimenta regolarmente. Beve circa 1500 ml di liquidi/die Angiozet sottocute funzionante.

Seguono due settimane di stazionarietà..

08/06/09 Cons. Medico palliativista: Al nostro arrivo presente 118 per crisi dispnoica. Praticata dal care giver 1/3 di fiala di Morfina cloridrato+ Ventolin 2puff+ solumedrol 125 mg. Sat O₂ 56% O₂ terapia 10L/min.

All'esame obiettivo PAO 110/70 FC88

EOP: Mv presente su tutti i campi, ridotto a livello medio-basale di dx. Freq. Respiratoria 26 atti/min. Non edemi declivi.

Si consiglia:

- Proseguire con 1/3 di fiala di morfina ogni 8 ore
- Aumentare Desametasone a 12mg al dì

- Se crisi dispnoica praticare ventolin 2 puff+Flixotide
- Bromazepam 10gtt in caso di dispnea (Ripetibile 2-3 volte al dì)

Si effettuano tecniche di rilassamento e rinforzo al care giver sulla terapia consigliata e per supporto dopo l'urgenza.

Ore 16.00 effettuato 2° passaggio di controllo : pte tranquilla, è riuscita a fare “merenda” con latte e biscotti. Sat 84% FC 87 PAO 100/70 mmHg

Presenti edemi perimalleolari. Diuresi attiva. Aggiornata la dott.ssa A. che conferma la terapia prescritta fino a sua rivalutazione domani.

9/06/09 Paziente in condizioni gravi, questa notte nuova crisi dispnoica per cui è intervenuto il 118. Praticato il Solumedrol 125x2 Ventolin, Augmentin, Morfina 1/3 fiala, lasix, epsoclar 5000.

Al nostro arrivo paziente dispnoica, colorito grigiastro della cute, estremità cianotiche

All'EO Pao 105/70 FC120

EOP Respiro aspro, ronchi diffusi, Sat O2 76% 16 atti respiratori /min

EOC : toni validi, tachicardici

Diuresi mal valutabile, ma contratta.

Praticata ½ fiala di Morfina sottocute e Desametasone 4 mg sc. Si consiglia di continuare terapia con Morfina ½ fiala da 10 mg x 3 v/die desamentasone 8mgx 2, Lasix 1f sc(se pressione arteriosa > 100) Buscopan 1 fl x 3, Rocefin 1 gr IM per 7 dì e Clexane 4000sc.

9/06/09 Alle 18.30 si esegue passaggio poiché questa mattina è stata variata la terapia. Giunta al domicilio pte tranquilla, O2 terapia in corso a 4 ml/h, sat74%. Ha urinato, pannolone intriso di urina, non valutabile la quantità. Rilevata PAO 110/60 mmHg. Praticata Lasix 1 fl sc, Alle 19.30 il care giver praticherà 1 fl di Buscopan sc e Morfina cloridrato 10mg ½ fl sc.

Domani inizierà terapia antibiotica con Rocefin 1 gr IM x 7 gg e Clexane 4000 1 fl sc

Respiro con rantoli, cianosi ungueale lieve.

Ore 13.30 Si viene contattati su 854 per crisi respiratoria in atto, la care giver chiede se può praticare morf. Cloridr. 1/2 fl sc anche se già somministrata alle 12.

Mentre mi reco al domicilio contatto telefonicamente dott.X la quale prescrive in caso di crisi morf. Cloridr. 1 fl + Desametasone 4 mg 1fl sc.

Quando giungo al domicilio la crisi è quasi completamente regredita. La paziente è stanca e le si propone una seduta di rilassamento a seguito della quale la paziente si addormenta. Si danno indicazioni alla care giver rispetto a nuove prescrizioni, si rimane a disposizione su chiamata. Previsto contatto telefonico serale ed eventuale passaggio. PAO 90/60.

10/06/09 Pte Dispnoica, cianosi ungueale PAO 120/80 Continua terapia in atto.(MMG)

H12.00 Al mio arrivo la paziente pranza con macedonia e pane. La terapia IM e SC è stata somministrata correttamente. Permangono secrezioni bronchiali e rantolo, colore della cute grigiastro e cianosi ungueale. .Sat. 56% in O2.

Pazientete di 58 anni lucido ed orientato temporospazialmente è affetto da Ca polmonare con MTS epatiche ed ossee. Vive con la moglie ed una figlia di 30aa. Il figlio è sposato e pur non convivendo è molto presente al domicilio nell'assistenza al padre. Il pte è diabetico, insulino dipendente ed è in o2 terapia al bisogno. Parzialmente dipendente nel soddisfacimento dei bisogni quotidiani, deambula solo per piccoli tratti a causa dell'astenia. Alla presa in carico presenta ulcera scrotale di Fournier, con VAC therapy. In sede glutea dx e sx piccole lesioni da decubito 0,5 cm di diametro 2° stadio con arrossamento. Il sig M.C. non si alimenta e si idrata con 1 l circa di liquidi a giorno, Il cavo orale è roseo e deterso. E' portatore di Catetere Venoso Centrale attraverso il quale infonde la nutrizione parenterale. Lamenta algie alla colonna vertebrale e in sede lombare per cui viene variata la terapia antalgica. Presenta lievi edemi declivi ad entrambi gli arti inferiori per cui si suggerisce posizione di scarico durante la giornata e posizionamento di spessore sotto il materasso all'altezza dei piedi, per consentirne il riassorbimento durante la notte. Il care giver identificato è la moglie.

L'ipnosi viene proposta quando il paziente segnala un peggioramento della dispnea. Si rileva subito un beneficio sulla difficoltà respiratoria, come una grande recettività del soggetto. L'induzione avviene chiedendo al paziente di fissare il dito dell'operatore finchè non sente la necessità di chiudere gli occhi. Segue la visualizzazione di un ambiente marino, piacevole per il paziente in cui ci si sofferma sul respiro e sul percepire con pienezza i profumi e la lieve carezza della brezza marina. L'operatore enfatizza la ricchezza dell'aria che penetra in tutta la superficie del polmone nutrendo ogni cellula. Lo si invita a vivere con pienezza questi momenti che potrà rievocare in ogni momento in cui ne sentisse la necessità. Le condizioni generali sono discrete per cui non essendo un paziente assegnato all'infermiera formata in ipnosi si cadenziano sedute

mensili. Il paziente ha imparato ad entrare in trance, ma segnala una maggior efficacia delle sedute con l'operatore. Al secondo incontro su una scala da 1 a 10 il paziente riferisce una regressione del sintomo da 7/10 a 3/10, alla terza seduta da 7/10 a 0/10. In quest'occasione si rileva un peggioramento del performance status e il paziente chiede di poter aumentare la frequenza delle sedute per cui si programma un incontro settimanale. Purtroppo la situazione di intenso carico assistenziale ha impedito la prosecuzione delle sedute e il paziente è deceduto pochi giorni dopo il rientro dell'infermiera formata in ipnosi.

La signora A.L. di 52 aa è affetta da K vulva da 10 anni, la malattia ha completamente modificato l'immagine corporea della paziente la quale è portatrice di colostomia, a seguito dell'intervento di tumorectomia la paziente non ha più identificabili i genitali e urina attraverso una cistotomia sovrapubica con autocateterismi. A livello ischiopubico presenta una lesione profonda ed erosiva a causa della quale la pte ha subito un ricovero prima della presa in carico per osteomielite. La paziente è completamente allettata e presenta dolore alla mobilizzazione. Non è seguita dall'infermiera formata in ipnosi, ma l'occasione di proporre una seduta di rilassamento avviene a causa di una trasfusione che deve essere effettuata in regime di DH e a causa della quale la paziente esprime molto timore e preoccupazione. Le sue paure sono legate sia al significato che la paziente dà alla trasfusione che alla preoccupazione per il difficile reperimento di accessi venosi di cui la paziente è consapevole e per cui teme di essere sottoposta a molteplici punture. Esprimendo queste paure all'infermiera formata in ipnosi la stessa effettua un intervento di counseling per quanto riguarda il reframing dell'evento trasfusione all'interno della sua storia di malattia che pur comportandole spesso sanguinamenti dalla lesione ischiopubica non rende questo tipo di intervento così frequente e non doveva da essere così inteso come un segno di peggioramento. Dopo un confronto con l'équipe in merito alla proposta poiché la paziente è di per sé con alta complessità assistenziale e con tratti di caratterialità, si concorda con la paziente che si effettuerà un intervento di ipnosi per sostenerla durante la trasfusione stessa.

Si programma quindi il passaggio dell'infermiera in DH.

Il setting in quella situazione era caratterizzato dalla presenza di altre quattro persone nella stanza che viene suddivisa tra i pazienti da paraventi di stoffa. I rumori e l'andirivieni degli operatori ed i rumori della normale attività di reparto

erano una costante da considerare attentamente come fattori limitanti la riuscita dell'intervento.

L'intervento è stato orientato in prima battuta ad agevolare l'inserimento della cannula per consentire la trasfusione. Con una suggestione di insensibilità della parte la paziente ha riferito di non aver avuto male al momento dell'incannulamento. Successivamente si è indotta in trance con la tecnica del rilassamento progressivo e la suggestione di un'immagine marina. La pte era stata in Polinesia e il ricordo di quel viaggio era piacevole e rilassante. La durata della seduta è stata di circa 30 minuti. La fase di induzione è stata caratterizzata da molti passaggi in ricalco e guida. Momenti in cui si sottolineava l'appropriatezza della risposta. Una particolarità rispetto ad altre sedute è stata che la paziente appariva con gli occhi semi e l'operatore chiusi percepiva questo segno come un non completo rilassamento, mentre dopo qualche minuto la paziente stessa esprimeva il piacere di quello stato di totale abbandono. La seduta si è purtroppo bruscamente interrotta all'arrivo del marito della paziente che non era stato messo al corrente di quanto si stesse facendo. Si è cercato comunque di concludere reinducendo la paziente e consegnandole un comando post ipnotico da utilizzare in altre situazioni.

Pte di 52 anni, affetta da insulinoma, neoplasia neuroendocrina del pancreas con metastasi epatiche, ossee a livello delle vertebre dorsali, della parte dx del bacino, del terzo distale del femore dx e meningeo con comizialità. La paziente è consapevole della diagnosi e della prognosi infausta a breve termine. Convive con il marito di 58 anni e con un figlio di 22 anni. Ha una figlia di 29 anni coniugata e con due bimbi uno di pochi mesi e una di 4 anni. Spesso si trova al domicilio della madre per supportare il padre, care giver identificato, nella gestione dell'assistenza.

La presa in carico avviene il 22 luglio 2009 e fin dalla presa in carico il controllo del dolore è uno degli obiettivi prioritari sia per la paziente che per i sanitari insieme ovviamente al controllo dell'ipoglicemia cui è soggetta la paziente. Il dolore di più difficile controllo è il dolore all'arto inf. Dx. La terapia che viene impostata sin dall'inizio con oppioidi maggiori subisce un incremento costante nel tentativo di controllare il dolore. Alla morfina che viene presto infusa con pompa elastomerica a dosaggi superiori a 100mg/die si associano cortisone e Lyrica a dosaggi sempre crescenti.

Dopo un mese circa dall'inizio dell'assistenza il controllo del dolore è ancora saltuario e transitorio. Spesso la paziente assume le dosi di soccorso di Morfina cloridrato e durante la riunione d'equipe emerge come problema di difficile gestione. Viene deciso un nuovo aumento dei dosaggi dei farmaci antalgici. Al controllo previsto il 24/08/09, effettuato dall'infermiera formata in ipnosi la situazione appare sempre difficile. I farmaci prescritti e le dosi di soccorso erano già stati somministrati. L'infermiera ha quindi nuovamente allertato la dottoressa perché effettuasse una visita al più presto. Nel frattempo, non avendo altri strumenti farmacologici da utilizzare ha proposto una seduta di rilassamento, sottolineando che talvolta produce un effetto anche sul controllo del dolore. L'intensità riferita prima dell'intervento era 8/10 NRS. L'infermiera

conduce quindi una seduta utilizzando il rilassamento progressivo, portando l'attenzione sul respiro e da qui a tutte le parti del corpo per poi evocare immagini marine familiari alla paziente. Ad ogni passaggio viene chiesta conferma alla paziente che risponde con lievi movimenti del dito indice della mano sx. Giunta in una chiara situazione di trance, con evidenti segni in fase di induzione quali la deglutizione, l'amimia e la catalessi viene portata l'attenzione sull'arto dolente e si suggerisce l'immagine di una luce che penetra l'arto e porta via tutto ciò che causa dolore, lo allontana come l'acqua che scorrendo pulisce e depura, cambiando colore come se assorbendo la sofferenza in qualche modo si modificasse la luce/acqua stessa. Giunta al controllo del dolore, confermato dalla paziente e reso oggettivabile dal fatto che la paziente potesse distendere la gamba che prima manteneva piegata in posizione antalgica, si suggerisce l'ulteriore approfondimento della trance scendendo 5 gradini per raggiungere l'immagine di una scena familiare piacevole: la paziente in vacanza circondata dagli affetti più cari nel luogo che lei ricorda molto bene. Si chiede di focalizzare la sua attenzione a questo stato di benessere e dopo la consegna del comando postipnotico con la congiunzione del pollice e indice della mano sx si risalgono idealmente i 5 gradini. La paziente ritorna con calma al normale stato di coscienza.

Dice che è stato bellissimo. Il dolore è regredito a 3/10 NRS, ma riferisce soprattutto un piacevole stato di benessere. Nel frattempo è sopraggiunta la dottoressa che ha rivisto la terapia aumentando la terapia cortisonica. La seduta avviene in un tempo complessivo di 30 minuti.

Data la risposta positiva la paziente chiede di poter ripetere la seduta alla successiva visita programmata dell'infermiera formata in ipnosi.

Dopo una settimana circa si riesce a riprogrammare una seconda seduta. Il dolore è maggiormente controllato, ma la paziente chiede di poter comunque fare la seduta per la condizione di benessere procurato.

La seconda seduta avviene seguendo i passi effettuati nella prima seduta senza più focalizzare l'attenzione sull'arto dolente se non per un breve momento rinforzando l'attuale controllo del dolore. Durante la seduta, dopo aver suggerito l'immagine dei 5 gradini evocando un'immagine di mare, con il suono cadenziato dal respiro delle onde del mare che morbidamente lambiscono la spiaggia, la paziente inizia a parlare, con tono di voce sommesso e in modo rallentato. Inizia dicendo "E' stupendo!" e successivamente l'operatore chiede alla paziente di descrivere ciò che sta vedendo. La paziente descrive la situazione in cui al mare trascorreva la giornata con la madre e la figlioletta piccina. La descrive lentamente e si sofferma sul piacere procurato nel poter rivedere la madre. La si invita a fermare la sensazione di piacere e alla sua capacità di ritrovarla anche in situazioni future. Risaliti idealmente i 5 gradini si chiede riscontro alla paziente. E' molto soddisfatta e dichiara di rivedere le situazioni come se fossero reali. "Mi sembra vero."

Dopo quattro giorni chiede di poter riprogrammare una seduta che si riesce a organizzare.

La terza seduta segue i passi della precedente, la paziente esplicita all'operatore l'intenso piacere che queste sedute le procurano e attende con impazienza il momento in cui si realizzano. La seduta era stata preceduta da uno sfogo della figlia in presenza della paziente in cui si diceva arrabbiata per la situazione di malattia della madre che riteneva profondamente ingiusta. Aveva inoltre assunto uno sciroppo anticomiziale che non voleva assumere perché dandole sonnolenza non avrebbe potuto godere appieno dell'ipnosi. In quest'occasione purtroppo la seduta è stata poi bruscamente interrotta da un'improvviso senso di peso alla bocca dello stomaco che inizialmente è stato gestito in trance, ma che dopo qualche minuto si è ripresentato più intensamente costringendo ad interrompere la seduta stessa.

La quarta seduta è stata nuovamente estremamente piacevole per la paziente che ha rievocato sempre un episodio estivo in cui si è aggiunta anche il padre di lei

che tirava la madre, la paziente e la zia della paziente al mare su una camera d'aria di un camion come un enorme salvagente. Questo ricordo è stato accompagnato da uno scoppio di ilarità e la gestualità che descriveva la forma del galleggiante e i movimenti che le donne facevano per sostenersi sopra. La seduta si è conclusa con completo controllo del dolore e la presenza vigile della paziente che a quell'ora tendeva ad assopirsi.

maggio 2009 ... ultimo modulo

la scheda per la raccolta dati

In un atteggiamento - comportamento variabile da estrema quiete a grande dinamismo: lo stato mentale e l'obiettivo che il soggetto deve raggiungere determinano il tipo di atteggiamento - comportamento.

Fondamentale stabilire al termine della seduta un segnale per ricreare l'ipnosi in pochi istanti sia in successive sedute. Autoipnosi

In fenomeni ipnotici da monoideismo plastico:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
rilassamento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					11
levitazione																0
catalessi																0
modificazioni viscerali																0
analgesia																0
sonno ipnotico																0
amnesia																0
sonnambulismo																0
allucinazioni.																0
																0

Segnali di ipnosi: E' molto utile saperli cogliere:

- perché ci rendiamo conto se il soggetto è entrato in ipnosi
- perché è indispensabile ratificarli: renderli evidenti per il soggetto. Questo lo convince che qualcosa sta accadendo ed è meccanismo importante di induzione (ricalco - guida)

I segnali sono:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
•o inerzia psicomotoria	1	1				1	1	1	1	1	1					8
•o volto atono ed inespressivo	1	1	1			1	1	1	1	1	1					9
•o vasodilazione (viso rosso, sente caldo)					1	1	1			1	1					5
•o sudorazione										1	1					2
•o rarità ammiccamento palpebrale (flutter in fase di induzione)										1						1
•o muscoli del volto, sguardo fisso, vuoto, fuori fuoco		1			1		1	1			1					5
•o occhi arrossati			1	1	1					1	1					5
•o asimmetria volto																0
•o deglutizione	1								1	1	1					4
•o movimenti oculari tipo fase REM																0
•o lacrimazione											1					1
•o non parla e se lo fa voce sommessa e monotona	1	1	1		1		1	1								6
•o tachicardia																0
•o muscoli rilassati	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1					10
•o respiro lento e regolare non variabile.	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1					10
																0

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
<u>1.interpretazione</u> informazioni sensoriali		1		1												2
<u>1.attività corticali superiori:</u> pensieri volontari logici, guidati e strutturati in archivio di conoscenze, ricordi, convinzioni principi	1	1		1		1					1					5
<u>1.immaginazione:</u> la capacità di realizzare monoideismi plastici dipende molto dalla capacità di immaginare che è anche la chiave per modificare il sistema nervoso autonomo			1		1	1	1		1	1	1					7
<u>Attività automatiche:</u> pensieri intrusivi, distrazione, fantasie.		1	1							1	1					4
<u>attività motorie volontarie.</u>										1						1

<u>gestione delle emozioni.</u>			1				1	1			1					4
---------------------------------	--	--	---	--	--	--	---	---	--	--	---	--	--	--	--	---

<u>memoria:</u> ricordi richiamati , o che emergono spontaneamente		1		1		1	1	1		1	1					7
--	--	---	--	---	--	---	---	---	--	---	---	--	--	--	--	---

<u>sensazioni:</u> stato d'animo, voce interiore, dialogo interno.		1	1	1			1	1			1					6
--	--	---	---	---	--	--	---	---	--	--	---	--	--	--	--	---

Fattori che aumentano il fattore critico:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
<u>paura,</u>			1	1	1											3
<u>diffidenza,</u>						1				1						2
<u>avere mente fresca e lucida,</u>																0

età ed esperienza,										1						1
<u>rilassamento</u> ,																0
sentire parlare di ipnosi.	1					1										2

<u>Fattori che riducono il fattore critico:</u>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
<u>fiducia,</u>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					11
<u>focalizzare l'attenzione,</u>		1		1		1	1	1	1	1	1					8
<u>stanchezza,</u>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					11
molti compiti da eseguire contemporaneamente,	1									1						2
essere fuori da schemi di riferimento abituali,																0
sorpresa,			1			1				1						3
shock o sovraccarico sensoriale brusco,																0
<u>desiderio bisogno aspettativa,</u>		1	1	1		1	1	1	1	1	1					9
<u>paura,</u>				1							1					2
ricerca di una spiegazione logica,	1	1		1		1			1	1						6
confusione,			1	1							1					3
curiosità e capacità di immaginare,		1	1				1	1	1		1					6
illusione e false convinzioni,																0
pubblicità,																0
istinti,																0
<u>emozioni,</u>							1	1			1					3
rilassamento,											1					1
abitudini e schemi comportamentali,																0
simpatia ed identificazione,	1	1	1	1			1	1	1		1					8
vedere una induzione ipnotica riuscita.									1		1					2

Strumenti di induzione	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
rilassamento progressivo	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1					10

focalizzare attenzione	1	1	1			1	1	1	1	1	1					9
verso l'esterno																0
Fissa un punto																0
Fissa il dito che si avvicina	1															1
Ascolta i rumori a occhi chiusi					1		1	1	1	1	1					6

sul proprio corpo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
Senti il respiro	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1					10
Senti le varie parti del corpo	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1					10
Le mani sono leggere/pesanti	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1					10
Mano calamitata fronte																0
Due dita calamitate																0
Due mani calamitate																0
Palpebre incollate pesanti																0
Levitazione																0
Catalessi																0
Inibizione dei movimenti											1					1
Barcollamento																0

realtà interiore	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
Memoria	1					1					1					3
Immaginazione		1	1	1			1	1	1	1	1					8
Visualizzazione		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					10
Emozioni									1		1					2
Confusione																0

corpo e realtà interiore: EID																	0
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

far eseguire compiti	1																1
----------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

shock																	0
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

stimoli alternati 2 emisferi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
Visivi		1		1	1	1	1	1	1	1	1					9
Tattili	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					11
Uditivi										1	1					2

maggio 2009 ... ultimo modulo

la scheda per la raccolta dati

In un atteggiamento - comportamento variabile da estrema quiete a grande dinamismo: lo stato mentale e l'obiettivo che il soggetto deve raggiungere determinano il tipo di atteggiamento - comportamento.

Fondamentale stabilire al termine della seduta un segnale per ricreare l'ipnosi in pochi istanti sia in successive sedute. Autoipnosi

In fenomeni ipnotici da monoideismo plastico:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
rilassamento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					11
levitazione							1									1
catalessi	1	1	1	1	1	1			1		1					8
modificazioni viscerali								1	1							2
analgesia				1			1	1	1		1					5
sonno ipnotico			1	1	1	1		1								5
amnesia					1											1
sonnambulismo																0
allucinazioni.								1		1						2

Segnali di ipnosi: E' molto utile saperli cogliere:

- perché ci rendiamo conto se il soggetto è entrato in ipnosi
- perché è indispensabile ratificarli: renderli evidenti per il soggetto. Questo lo convince che qualcosa sta accadendo ed è meccanismo importante di induzione (ricalco - guida)

I segnali sono:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
•o inerzia psicomotoria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					11
•o volto atono ed inespressivo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					11
•o vasodilazione (viso rosso, sente caldo)																
•o sudorazione																
•o rarità ammiccamento palpebrale (flutter in fase di induzione)				1	1	1	1	1	1		1					7
•o muscoli del volto, sguardo fisso, vuoto, fuori fuoco							1	1								2
•o occhi arrossati																
•o asimmetria volto																
•o deglutizione	1	1	1	1	1	1	1									7
•o movimenti oculari tipo fase REM								1	1		1					3
•o lacrimazione																
•o non parla e se lo fa voce sommessa e monotona							1	1	1		1					4
•o tachicardia																
•o muscoli rilassati	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1					10
•o respiro lento e regolare non variabile.		1	1	1	1	1	1	1	1		1					9

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
<u>1.interpretazione</u> informazioni sensoriali																
<u>1.attività corticali superiori:</u> pensieri volontari logici, guidati e strutturati in archivio di conoscenze, ricordi, convinzioni principi								1	1	1	1					4
<u>1.immaginazione:</u> la capacità di realizzare monoideismi plastici dipende molto dalla capacità di immaginare che è anche la chiave per modificare il sistema nervoso autonomo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					11
<u>Attività automatiche:</u> pensieri intrusivi, distrazione, fantasie.		1	1					1	1	1	1					6
<u>attività motorie volontarie.</u>																
<u>gestione delle emozioni.</u>								1	1	1	1					4
<u>memoria:</u> ricordi richiamati , o che emergono spontaneamente				1	1	1	1	1	1	1	1					8
<u>sensazioni:</u> stato d'animo, voce interiore, dialogo interno.								1	1		1					3
Fattori che aumentano il fattore critico:																
<u>paura,</u>																
<u>diffidenza,</u>																
<u>avere mente fresca e lucida,</u>																

età ed esperienza,				1	1	1		1	1	1	1					7
<u>rilassamento,</u>																
sentire parlare di ipnosi.							1									1

<u>Fattori che riducono il fattore critico:</u>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
<u>fiducia,</u>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					11
<u>focalizzare l'attenzione,</u>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					11
<u>stanchezza,</u>	1	1	1			1		1	1		1					7
molti compiti da eseguire contemporaneamente,																
essere fuori da schemi di riferimento abituali,																
sorpresa,								1								1
shock o sovraccarico sensoriale brusco,							1									1
<u>desiderio bisogno aspettativa,</u>		1	1	1	1	1		1	1	1	1					9
<u>paura,</u>																
ricerca di una spiegazione logica,																
confusione,																
curiosità e capacità di immaginare,		1	1					1	1	1	1					6
illusione e false convinzioni,																
pubblicità,																
istinti,																
<u>emozioni,</u>																
rilassamento,	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					11
abitudini e schemi comportamentali,								1	1	1	1					4
simpatia ed identificazione,				1	1	1	1	1	1	1	1					8
vedere una induzione ipnotica riuscita.																

Strumenti di induzione	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
rilassamento progressivo	1	1	1			1		1	1	1	1					8

focalizzare attenzione	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					11
verso l'esterno																	
Fissa un punto																	
Fissa il dito che si avvicina				1	1		1										3
Ascolta i rumori a occhi chiusi						1											1

sul proprio corpo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
Senti il respiro	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					11
Senti le varie parti del corpo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					11
Le mani sono leggere/pesanti	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					11
Mano calamitata fronte																
Due dita calamitate																
Due mani calamitate																
Palpebre incollate pesanti	1	1	1			1		1	1	1	1					8
Levitazione							1									1
Catalessi	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1					10
Inibizione dei movimenti	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					11
Barcollamento																

realtà interiore	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
Memoria							1	1	1	1	1					5
Immaginazione	1	1	1	1	1	1	1	1								8
Visualizzazione	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					11
Emozioni								1	1	1	1					4
Confusione																

corpo e realtà interiore: EID																	
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

far eseguire compiti																	
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

shock																	
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

stimoli alternati 2 emisferi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
Visivi																
Tattili																
Uditivi																

DISCUSSIONE

Giunti al termine dell'indagine è importante ribadire che lo scopo della stessa era di identificare le indicazioni, i benefici, i limiti e le controindicazioni che l'ipnosi può trovare all'interno di un contesto di cure palliative domiciliari. Indubbiamente è un lavoro di tipo esplorativo, ma lo riteniamo un passaggio fondamentale per

L'ipnositerapia è stata utilizzata per gestire diversi disordini e disagi di tipo psicologico come per esempio il post traumatic stress disorder, insonnia e attacchi di panico. E' stato anche ampiamente sostenuta per il trattamento delle dipendenze ed in particolare le dipendenze da tabacco. L'ipnosi è stata anche utilizzata per controllare episodi di dolore acuto e in situazioni di emergenza. L'aspetto molto interessante riportato nella letteratura più recente è quello per cui i pazienti possono imparare essi stessi la tecnica ed utilizzarla durante gli episodi dolorosi con o senza la presenza del terapeuta.

Studi randomizzati sono di difficile conduzione, ma come descritto in studi precedenti si è dimostrata utile nel controllo dei sintomi nelle fasi avanzate di malattia terminale.

Nel presente studio la tecnica è stata proposta a 7 pazienti di cui 4 donne e 3 uomini di età compresa tra i 24 e i 77 anni. A due pazienti è stato effettuato un'unica seduta, a due due sedute, a 2 tre sedute e ad una 4 sedute.

E' importante sottolineare che in nessuna delle sedute si è manifestato disagio o malessere, al contrario l'assenza di effetti indesiderati ha aumentato la disposizione dei pazienti verso questo tipo di tecnica.

Tutti i soggetti hanno gradito le sedute e hanno avuto un rilassamento percepito come positivo.

In questa breve esperienza i sintomi che appaiono maggiormente responsivi all'ipnosi risultano essere la dispnea, la difficoltà ad addormentarsi, il dolore e l'ansia. Alcuni pazienti hanno oggettivato anche il beneficio percepito utilizzando la Scala Numerica (NRS) anche da 7/10 a 3/10. Molti di loro hanno potuto sperimentare poi l'autoipnosi con beneficio, soprattutto ricorrendo all'uso del comando post ipnotico.

A nostro avviso il ricorso a terapie complementari può essere un interessante e significativo strumento di miglioramento della qualità della vita a fronte dei dati ad oggi in questa esperienza collezionati. Un elemento che ancora teniamo a sottolineare, ma non è stato rilevato in modo oggettivabile è il miglioramento e l'approfondimento che la tecnica utilizzata ha prodotto sulla relazione d'aiuto.

CONCLUSIONI

Ad un piccolo e selezionato gruppo di pazienti in carico alle cure palliative domiciliari è stata offerta l'opportunità di utilizzare l'ipnositerapia, i benefici individuati includono la diminuzione dell'ansia, l'aumento del rilassamento, la sensazione di benessere, la riduzione del dolore, il miglioramento del sonno e la miglior gestione della dispnea. I rischi dell'induzione in ipnosi appaiono pochi e in questo lavoro non identificati. I limiti di questa tecnica si identificano soprattutto in presenza di patologia psichiatrica e/o disordini cognitivi importanti. Tuttavia c'è la necessità di una valutazione oggettiva attraverso studi randomizzati e controllati sulle terapie complementari per i pazienti in fase avanzata di malattia oncologica anche per definirne il ruolo effettivo nelle terapie di supporto.

ALLEGATI

la scheda per la raccolta dati

In un atteggiamento - comportamento variabile da estrema quiete a grande dinamismo: lo stato mentale e l'obiettivo che il soggetto deve raggiungere determinano il tipo di atteggiamento - comportamento.

Fondamentale stabilire al termine della seduta un segnale per ricreare l'ipnosi in pochi istanti sia in successive sedute. Autoipnosi

In fenomeni ipnotici da monoideismo plastico:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
rilassamento																
levitazione																
catalessi																
modificazioni viscerali																
analgesia																
sonno ipnotico																
amnesia																
sonnambulismo																
allucinazioni.																

Segnali di ipnosi: E' molto utile saperli cogliere:

- perché ci rendiamo conto se il soggetto è entrato in ipnosi
- perché è indispensabile ratificarli: renderli evidenti per il soggetto. Questo lo convince che qualcosa sta accadendo ed è meccanismo importante di induzione (ricalco - guida)

I segnali sono:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
•o inerzia psicomotoria																
•o volto atono ed inespressivo																
•o vasodilazione (viso rosso, sente caldo)																
•o sudorazione																
•o rarità ammiccamento palpebrale (flutter in fase di induzione)																
•o muscoli del volto, sguardo fisso, vuoto, fuori fuoco																
•o occhi arrossati																
•o asimmetria volto																
•o deglutizione																
•o movimenti oculari tipo fase REM																
•o lacrimazione																

•o non parla e se lo fa voce sommessa e monotona																			
•o tachicardia																			
•o muscoli rilassati																			
•o respiro lento e regolare non variabile.																			

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
1.interpretazione informazioni sensoriali																
1.attività corticali superiori: pensieri volontari logici, guidati e strutturati in archivio di conoscenze, ricordi, convinzioni principi																
1.immaginazione: la capacità di realizzare monoideismi plastici dipende molto dalla capacità di immaginare che è anche la chiave per modificare il sistema nervoso autonomo																
Attività automatiche: pensieri intrusivi, distrazione, fantasie.																
attività motorie volontarie.																

gestione delle emozioni.																
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

memoria: ricordi richiamati , o che emergono spontaneamente																
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

sensazioni: stato d'animo, voce interiore, dialogo interno.																
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fattori che aumentano il fattore critico:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
paura,																
diffidenza,																
avere mente fresca e lucida,																
età ed esperienza,																
rilassamento,																
sentire parlare di ipnosi.																

Fattori che riducono il fattore critico:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
fiducia,																
focalizzare l'attenzione,																

stanchezza,																		
molti compiti da eseguire contemporaneamente,																		
essere fuori da schemi di riferimento abituali,																		
sorpresa,																		
shock o sovraccarico sensoriale brusco,																		
desiderio bisogno aspettativa,																		
paura,																		
ricerca di una spiegazione logica,																		
confusione,																		
curiosità e capacità di immaginare,																		
illusione e false convinzioni,																		
pubblicità,																		
istinti,																		
emozioni,																		
rilassamento,																		
abitudini e schemi comportamentali,																		
simpatia ed identificazione,																		
vedere una induzione ipnotica riuscita.																		

Strumenti di induzione	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
rilassamento progressivo																
focalizzare attenzione																
verso l'esterno																
Fissa un punto																
Fissa il dito che si avvicina																
Ascolta i rumori a occhi chiusi																

sul proprio corpo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
Senti il respiro																
Senti le varie parti del corpo																
Le mani sono leggere/pesanti																
Mano calamitata fronte																
Due dita calamitate																
Due mani calamitate																
Palpebre incollate pesanti																
Levitazione																
Catalessi																
Inibizione dei movimenti																
Barcollamento																

realtà interiore	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
Memoria																
Immaginazione																
Visualizzazione																
Emozioni																
Confusione																

corpo e realtà interiore: EID																
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

far eseguire compiti																
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

shock																
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

stimoli alternati 2 emisferi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	tot
Visivi																
Tattili																
Uditivi																

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

Questi dati vengono raccolti già in fase di segnalazione al servizio della necessità di presa in carico, l'allegato è parte integrante e sostanziale della cartella clinico assistenziale della SSD Cure palliative

SCHEDA VALUTAZIONE SOCIO - FAMILIARE

Componenti del nucleo familiare:

conviventi	Nome	Età	Grado di parentela	Fragilità(1-2-3)
Non conviventi	Nome	Età	Grado di parentela	Fragilità

Funzionalità dell'abitazione

Barriere architettoniche: Si ☐ No ☐

Se sì tali barriere influenzano la qualità di vita del paziente? Si ☐ No ☐

Se sì tali barriere influenzano la qualità di vita della famiglia? Si ☐ No ☐

Condizioni sociali:

- ❖ servizio socio - assistenziali attivato? Si ☐ No ☐
 - ❖ [] se non ancora attivato necessita di segnalazione al servizio socio-assistenziale? Si ☐ No ☐
- (specificare il motivo di eventuale segnalazione)

Caregiver effettivo

- Familiare: grado di parentela e nome _____
- Non familiare:
 1. Badante
 2. Amico
 3. Altro

PRESENZA DOLORE						
A. Dolore	0	5				
B. DEI	0	5	Totale	< 6	NO	
C. Terapia antidolore	0	5		≥ 6	SI	

• 0 = ASSENZA DI DOLORE; 5 = PRESENZA DI DOLORE.

B. 0 = ASSENZA DEI; 5 = PRESENZA DEI

C. 0 = NON NECESSITA TERAPIA ANTIDOLORIFICA 5 = NECESSITA TERAPIA ANTIDOLORIFICA

DISAGIO PSICOSOCIALE						
A. Impatto malattia	0	5	10			
B. Coping familiare	0	5	10	Totale	< 15	NO
C. Stato emotivo del paziente	0	5	10		≥ 15	SI

A. 0 = PAZIENTE CON DISAGIO LIEVE 5 = PAZIENTE CON DISAGIO MODERATO 10 = PAZIENTE CON DISAGIO GRAVE

B. 0 = BUONO

5 = MEDIOCRE

10 = ASSENTE

C. 0 = PAZIENTE SERENO

5 = PAZIENTE ANSIOSO -

10 = PAZIENTE GRAVEMENTE DEPRESSO

DEPRESSO

*Livello di funzionamento della famiglia di fronte alla malattia

TERAPIA COMPLESSA						
A. Gestione terapia	0	5	10			
B. CVC o port à cath	0		5	Totale	< 10	NO
C. NPT o NET	0	5	10		≥ 10	SI

A 0 = TERAPIA OS

5 = TERAPIA INIETTIVA SEMPLICE

10 TERAPIA COMPLESSA

B 0 = ASSENZA cvc

5 = PRESENZA CVC

C. 0 = ASSENZA NUTRIZIONE

5 = PRESENZA NUTRIZIONE

SCALA DI NORTON

CONDIZIONI FISICHE	PUNTEGGIO	ATTIVITA' MOTORIA	PUNTEGGIO	MOBILIZZAZIONE	PUNTEGGIO
Buone	4	Normale	4	Autonoma	4
Discrete	3	cammina con aiuto	3	Ridotta	3
Scadenti	2	Costretto su sedia	2	Molto limitata	2
pessime	1	Costretto a letto	1	Immobile	1

CONDIZIONI MENTALI	PUNTEGGIO	INCONTINENZA	PUNTEGGIO
Lucido	4	Assente	4
Apatico	3	Occasionale	3
Confuso	2	Abituale (urinaria)	2
stuporoso	1	Abituale (urinaria e fecale)	1

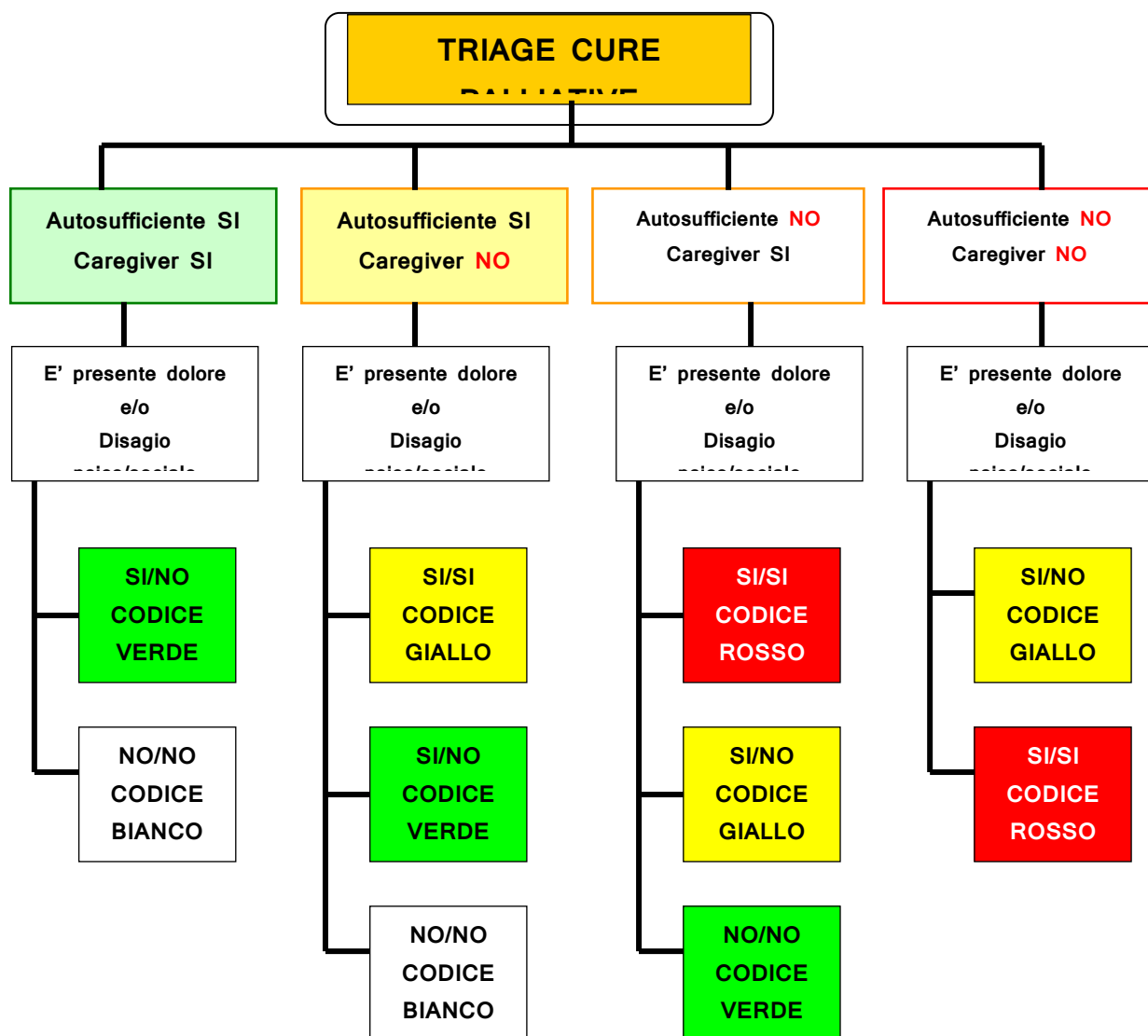
PUNTEGGIO COMPLESSIVO		L'indice calcolato esprime un forte rischio per i valori compresi tra 0 e 12
-----------------------	--	--

PAP SCORE

DISPNEA	SI/NO	1/0	CLASSI DI RISCHIO		
ANORESSIA	SI/NO	1/0			
KPS	≥ 50	0			
	30 - 40	0			
	10 - 20	2.5			
Previsione clinica di sopravvivenza (settimane)	≥ 12	0	A	Sopravvivenza a 30 gg > 70%	0 - 5.5
	11 - 12	2			
	9 - 10	2.5			
	7 - 8	2.5			
	5 - 6	4.5			
	3 - 4	6			
	1 - 2	8.5			
Leucociti/mm3	4800 - 8500	0	B	Sopravvivenza a 30 gg tra il 30 e il 70%	5.6 - 11
	8501 - 11000	0.5			
	≥ 11000	1.5			
Linfociti %	20 - 40	0	C	Sopravvivenza a 30 gg < 30%	11.1 - 17.5
	12 - 19.9	1			
	0 - 11.9	2.5			

Karnosky	ECOG	Descrizione
100	0	Capace di condurre una normale attività e una normale vita di relazione,
90		senza alcuna restrizione
80	1	Capace di condurre una attività lavorativa leggera, in grado di affrontare

70		cure ambulatoriali
60	2	Incapace di compiere una attività lavorativa, capace di accudire a se stesso e di affrontare cure ambulatoriali, in riposo assoluto per meno del
50		
40	3	Limitato nell'accudire alla propria persona, costretto al letto per più del 50% delle ore diurne
30		
20	4	Totalmente costretto al letto, incapace di accudire a se stesso, necessita di continua assistenza
10		



Esito della valutazione:

A: Richiesta di CP in assenza possibilità di assistenza domiciliare

B: Richiesta di alta intensità assistenziale

Data ____ / ____

SCHEMA DI VALUTAZIONE DEI SINTOMI (TIQ)

(No = 0; Un po' = 1; Molto = 2 ; Moltissimo = 3 ; Non attendibile = 4)

DATA				
DOLORE				
MAL DI TESTA				
INSONNIA				
PROBLEMI NEL DORMIRE				
SONNOLENZA				
VERTIGINI				
TREMORI				
CONFUSIONE				
SENSAZIONE DI DEBOLEZZA				
SENSAZIONE DI STANCHEZZA				
MANCANZA DI APPETITO				
BOCCA ASCIUTTA				
DIFFICOLTÀ AD INGHIOTTIRE				
NAUSEA				
VOMITO				
DOLORE allo STOMACO				
DIFFICOLTÀ A DIGERIRE				
DIARREA				
STITICHEZZA				
TOSSE				
SINGHIOZZO				
DIFFICOLTÀ A RESPIRARE				
SUDORAZIONE				
PRURITO				
AGITAZIONE				
EUFORIA				
È STATO MALE?				
DIFFICOLTÀ NEL LAVORO				
DIFFICOLTÀ NELLE ATTIVITÀ ORDINARIE				

NECESSITÀ DI AIUTO PER MANGIARE, VESTIRSI ECC.				
SI SENTE TRISTE O DEPRESSO?				
SI SENTE ANSIOSO O SPAVENTATO?				
SI SENTE NERVOSO, IRREQUITO, IRRITABILE?				
SI È SENTITO INSICURO?				
HA MANIFESTATO DIFFICOLTÀ DI CONCENTRAZIONE?				
HA DIFFICOLTÀ A DISTRARSI?				
HA DISACCORDI CON LA SUA FAMIGLIA?				
SI È SENTITO ISOLATO DAGLI ALTRI?				

“Codice Deontologico dell’Infermiere”

Articolo 1

L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.

Articolo 2

L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Articolo 3

La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Articolo 4

L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile anche quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.

Articolo 5

Il rispetto dei principi etici e dei diritti fondamentali dell'uomo è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.

Articolo 6

L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, palliazione e riabilitazione.

Articolo 7

L'infermiere presta assistenza secondo equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché dell'etnia, del genere e delle condizioni sociali della persona.

Articolo 8

L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo.

L'infermiere, qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale dell'obiezione di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.

Articolo 9

L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza anche al fine di non nuocere.

Articolo 10

L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili.

Articolo 11

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta e svolge attività di formazione, promuove ed attiva la ricerca e cura la diffusione dei risultati.

Articolo 12

L'infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza.

Articolo 13

L'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

Articolo 14

L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per rispondere ai problemi dell'assistito.

Articolo 15

L'infermiere riconosce il valore della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito. L'infermiere si astiene dal partecipare a sperimentazioni nelle quali l'interesse del singolo sia subordinato all'interesse della società.

Articolo 16

L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica.

Articolo 17

L'infermiere, nell'agire professionale è libero da condizionamenti derivanti da pressioni o interessi di persone assistite, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.

Articolo 18

L'infermiere, in situazioni di emergenza-urgenza, presta soccorso e si attiva per garantire l'assistenza necessaria; in caso di calamità si mette a disposizione dell'autorità competente.

Articolo 19

L'infermiere, attraverso l'informazione e l'educazione, promuove stili di vita sani e la diffusione del valore e della cultura della salute; a tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

Articolo 20

L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarne nell'esprimere le proprie scelte.

Articolo 21

L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di assistenza, tenendo conto della dimensione interculturale.

Articolo 22

L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e sulla relazione con l'assistito.

Articolo 23

L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

Articolo 24

L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

Articolo 25

L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà della persona di non essere informata, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri.

Articolo 26

L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

Articolo 27

L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

Articolo 28

L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta della reciproca fiducia con l'assistito.

Articolo 29

L'infermiere promuove le migliori condizioni possibili di sicurezza dell'assistito e dei familiari, concorrendo allo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore e partecipando alle iniziative per la gestione del rischio clinico.

Articolo 30

L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, motivato da prescrizione terapeutica o da documentate valutazioni assistenziali.

Articolo 31

L'infermiere concorre alla sperimentazione clinico-assistenziale conoscendone il protocollo, anche per valutare le implicazioni per l'assistenza e per l'assistito.

Articolo 32

L'infermiere si adopera affinché l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche e sperimentali sia presa in considerazione, tenuto conto dell'età del minore e del suo grado di maturità.

Articolo 33

L'infermiere si impegna a promuovere la tutela delle persone che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.

Articolo 34

L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito, deve mettere in opera tutti i mezzi per proteggerlo segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente.

Articolo 35

L'infermiere si attiva per alleviare la sofferenza, adoperandosi affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

Articolo 36

L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Articolo 37

L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Articolo 38

L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

Articolo 39

L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

Articolo 40

L'infermiere non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

Articolo 41

L'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

Articolo 42

L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe.

Articolo 43

L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà.

Articolo 44

L'infermiere segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale ogni abuso o comportamento dei colleghi contrario alla deontologia.

Articolo 45

L'infermiere tutela il decoro proprio e della professione ed esercita l'attività con lealtà nei confronti dei colleghi e degli altri operatori.

Articolo 46

L'infermiere si ispira a trasparenza e veridicità nei messaggi pubblicitari e nella divulgazione delle informazioni, nel rispetto delle indicazioni fornite dal proprio organismo di rappresentanza professionale.

Articolo 47

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

Articolo 48

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui affersce il proprio assistito.

Articolo 49

L'infermiere compensa le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell'interesse dei cittadini e dell'istituzione.

L'infermiere, qualora vengano a mancare i caratteri della eccezionalità o sia pregiudicato il suo prioritario mandato professionale, si oppone alla compensazione specificandone le ragioni, pur impegnandosi per il superamento delle carenze o dei disservizi.

Articolo 50

L'infermiere, a tutela della salute delle persone, segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale le situazioni che possono configurare l'esercizio abusivo della professione infermieristica.

Articolo 51

L'infermiere segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale.

BIBLIOGRAFIA

1. Franco Granone – TRATTATO DI IPNOSI 2009, Torino, Utet;
2. Milton H.Erikson – LE NUOVE VIE DELL'IPNOSI , 1978 Roma, Astrolabio Ubaldini Editore
3. Giuseppe Tirone – IL POTERE DELLA PAROLA NELLA RELAZIONE D'AIUTO PSICOLOGICO – 2005 , Torino, Libreria Editrice Psiche
4. Kay Hoffman – VIAGGIARE NELLA COSCIENZA 1998 TEA, Milano
5. Francine Shapiro – EMDR 2000, Milano, McGraw – Hill;
6. Giuseppe De Benedittis, Emanuele Del Castello e Camillo Valerio – DALL'IPNOSI ERICKSONIANA ALLE NEUROSCIENZE. L'IPNOSI FRA SCIENZA, CULTURA E TECNICA TERAPEUTICA 2008 Milano, FrancoAngeli editore;
7. Ezio Ansaldi – ASPETTI DELLA COMUNICAZIONE NELL'IPNOSI 1993, Torino, edizione a cura dell'autore,
8. Giuseppe Vercelli, Gladys Bounous – GHIANDE DELLO STESSO RAMO – TRENTATRE INDUZIONI IPNOTICHE PER L'ATTIVAZIONE DELLE RISORSE DELL'INCONSCIO 2005, Torino, Ed. Libreria Cortina;
9. Alfonso Siani – MANUALE DI IPNOSI Con capitoli su autoipnosi e training autogeno, 2000 Selecta Medica.
10. Spiegel D., Carena E. “New uses of hypnosis in the treatment of post traumatic stress disorder. J Clin Psychiatry” 1990; 51 (suppl):39-43
11. Finlay G. Jones L. “ Hypnoterapy in palliative care” Journal of the royal society of medicine, Vol.89 September 1996:493-496
12. Dialogika - MANUALE D'IPNOSI- www.dialogika.it