

## Corso Base di Formazione in Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica

2018

 Ospedale  
Papa Giovanni XXIII  Regione  
Lombardia  
ASST Papa Giovanni XXIII

Conoscenza che prepara il Futuro



### IL SORRISO DI TUTTI

**La comunicazione ipnotica come strumento terapeutico  
nella relazione con Pazienti Disabili ed a complessità  
terapeutica non Collaboranti e loro Care Givers**

Candidato

Dr.ssa Ucci Anna Patrizia

Relatore

Prof. Milena Muro

**A Giacomo  
che ha avuto in sorte  
una mamma molto ingombrante  
nella speranza che sappia accettarmi  
e farne la solida piattaforma su cui salire  
per spiccare il suo volo.**



## SOMMARIO

Premesse .....	4
Patologia Orale e Salute Sistemica .....	6
La salute Orale Come Diritto ed Opportunità .....	11
Organizzazione ed Obiettivi del Servizio .....	13
La Famiglia: un Sistema Complesso.....	20
La Forza della Parola .....	31
LA IATROSEDAZIONE .....	33
Il Cambiamento e Le Conclusioni.....	38
BIBLIOGRAFIA .....	42

***Ora che abbiamo trovato tutte le risposte, ci accorgiamo  
che sono cambiate le domande***

***(A.Einstein)***

Quando ho deciso di iscrivermi al Corso su Ipnosi e Comunicazione Ipnotica la spinta è stata clinica. L'ennesimo caso troppo complesso e troppo rischioso di fronte al quale i nostri anestesisti alzavano le mani. La sperequazione tra rischio anestesiologicalo e gravità della malattia odontoiatrica è uno dei problemi più seri con cui confrontarci nella nostra pratica quotidiana. E quindi la spinta era l'idea di imparare una tecnica che potesse aiutarci in questi casi estremi a ridurre il rischio anestesiologicalo.

Ma praticando il corso ho scoperto molto di più. Qualcosa che avevo già intuito e verso cui mi ero diretta nei miei 30 anni di pratica professionale ma senza certezze e sistematica scientifica.

La realtà del mio servizio, naturalmente a cavallo tra ambito sanitario e sociale, come l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche, l'importanza del ruolo sussidiario delle reti sociali, la richiesta di una diversa qualità dell'assistenza fanno emergere le contraddizioni esistenti tra le mentalità professionali degli operatori sociali e sanitari e la necessità di nuovi modi di concepire e interpretare l'assistenza e il modo di essere dei servizi sanitari.

Ecco perché il rispetto delle persone, la garanzia di un intervento terapeutico finalizzato non solo a curare la malattia emergente o la richiesta sanitaria specifica ed immediata ma per migliorare la qualità della vita, per generare salute, mediante un'effettiva disponibilità di risorse multidisciplinari qualificate e fortemente

integrate sono diventati la base del modello organizzativo di Servizio che abbiamo privilegiato.

Quello che mi ha spinto, quindi a scegliere come Tesi la creazione di un progetto fondato sull'uso della comunicazione interpersonale in un sistema complesso come il paziente disabile e la sua rete di affetti e di assistenza nasce dalla necessità a noi chiara che solo un'impostazione di tipo sistemico possa essere la risposta corretta alla complessità clinica ed umana che il nostro servizio affronta quotidianamente. E quindi la necessità di valorizzare l'importanza di una serie di strumenti culturali e metodologici tali che ci permettano di dialogare e farci carico della complessità dei sistemi viventi, rappresentati nello specifico dai pazienti e dai loro contesti sociali di vita.

Questo percorso ci permette di ridefinire i nostri obiettivi ponendo al centro la promozione della salute e quindi di orientare l'organizzazione e la gestione delle risorse in tal senso.

Il progetto che qui presento condiviso con la Direzione del mio Ospedale ASST-PG23 si riassume nell'implementazione ed organizzazione dell'uso della comunicazione ipnotica nei seguenti ambiti:

- 1) Pazienti ASA 3 e ASA 4 contattabili ma esclusi dall'uso di supporti sedativi per eccesso di rischio
- 2) Pazienti ASA 2 e ASA 3 per ridurre il grado di supporto sedativo diminuire il rischio ed aumentare l'uso della sedazione/ansiolisi versus narcosi
- 3) Care Givers per lavorare su un cambiamento delle aspettative e delle richieste, migliorare l'accettazione della disabilità del paziente di cui sono responsabili, per aiutarli ad attivare risorse e competenze per migliorare il grado di salute, per migliorare il proprio ruolo di attori del patto terapeutico che dobbiamo stringere a cura e tutela dei loro assistiti.

**«Lo Stato di Salute non è solo l'assenza di malattia ma uno stato di completo benessere fisico, sociale, mentale ed ambientale  
(OMS 1948)**

La Salute Orale contribuisce in maniera significativa sullo stato di benessere globale degli esseri umani e coinvolge non solo gli aspetti fisici; garantisce l'efficienza masticatoria ma aiuta anche a mantenere un aspetto gradevole contribuendo ad una vita privata e sociale dignitosa.

Il cavo orale rappresenta la "porta di ingresso" del nostro organismo attraverso cui potenzialmente batteri, virus, miceti e parassiti possono sviluppare, se non opportunamente contrastati dalle difese immunitarie, non solo infezioni locali, ma anche in tessuti e organi a distanza.

Diffusa è ancora l'abitudine di trattare i sintomi delle malattie, senza cercarne la causa, trascurando la prevenzione come strumento per evitare l'insorgenza della malattia. Il lato della prevenzione è di gran lunga il meno indagato nella storia della medicina occidentale, infatti la sua "scoperta" può essere fatta risalire al secondo dopoguerra del secolo scorso. Inizialmente la cultura della prevenzione fu legata alla crescente prosperità della popolazione, ottenuto con importanti risultati attraverso percorsi storici, culturali e politici e quindi, alla necessità di mantenere il benessere acquisito.

Oggi, in tempi di crisi e di riordino del sistema sanitario, è invece determinata dalla necessità di un'adeguata collocazione delle risorse.

"Stile di vita" è, a ben vedere, una frase concisa ed accattivante, ma che implica una complessa rete di metodi e abitudini di vita, a partire dallo svezzamento, attraverso il periodo della pubertà e l'adolescenza e oltre, seguendo la via del benessere in ombra dei tre pilastri che supportano questo obiettivo: il corretto approccio al cibo, la cura del nostro corpo e la scelta dell'ambiente in cui vivono. Le tappe storiche della nascita della politica per proteggere la salute attraverso la prevenzione, sono segnati dall'identificazione del concetto di salute come definita dall'OMS nel 1948: "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale". Riconosciuto questo principio, l'OMS ha messo a punto nel 1986 la Carta di Ottawa, che sottolinea la stretta relazione tra la persona (definito come un individuo, la famiglia della comunità, sociali e culturali) e le componenti dell'ambiente in cui vive. Su questa base poggia il concetto di "promozione della salute" come percorso da permettere alle persone di controllare la propria salute, con l'obiettivo di migliorarlo. La Carta di Ottawa, in ultima analisi, dà all'uomo il diritto al mantenimento della sua salute, un diritto che è già tutelato dalla Costituzione della Repubblica Italiana nel 1948, attraverso l'arte. 32, che stabilisce la salute come un diritto

fondamentale. Pertanto, la salute dovrebbe essere vista come una risorsa della vita quotidiana e non solo come un obiettivo finale.

Questo è tanto più importante nel nostro campo perché le malattie del cavo orale si possono sconfiggere **solo e con la sola PREVENZIONE.**

L'agente patogeno e le cause sono conosciute, evidenziate e controllabili con normali tecniche di igiene orale, una corretta alimentazione e sane abitudini di vita.

Una adeguata igiene orale ed alimentare permettono un buon controllo della malattia ed è ormai consolidato il fatto che le malattie del cavo orale, se trascurate, possano essere causa di gravi problemi a livello sistemico o compromettere ed aggravare quadri clinici generali più complessi.

Un corretto approccio alla salute orale diviene quindi ancora più urgente per tutti coloro che hanno necessità speciali, difficoltà di autonomia e comunicazione, handicap fisici e mentali, patologie sistemiche gravi (cardiopatie, disfunzioni renali, metaboliche). Dobbiamo inoltre avere ben chiaro che l'intervento Operativo di Trattamento Odontoiatrico non è rivolto **a curare** le malattie orali ma **a recuperare e correggere i danni** che queste malattie determinano sui vari organi della bocca (denti, parodonto, mucose) ed a ripristinarne, quando possibile, la funzione. Per trattare

la malattia orale **bisogna agire sulle cause che la determinano** e quindi su carica microbica, ambiente orale e risposta dell'ospite. L'intervento sullo stile di vita sia alimentare che meccanico di igiene domiciliare che riequilibra la biodiversità microbica, l'acidità ambientale e la risposta dell'ospite è da considerarsi la vera terapia delle malattie della bocca.

La salute del cavo orale nel paziente disabile e/o medicalmente compromesso. è stata per lungo tempo ritenuta secondaria e marginale rispetto alle patologie invalidanti giungendo questi pazienti all'osservazione del medico solo in situazioni di urgenza e dolore, che in un paziente non collaborante o medicalmente compromesso **divengono eventi drammatici e con un rischio terapeutico grave.**

È fondamentale comprendere, invece, che la cura della bocca non ha un'importanza secondaria rispetto alle più pressanti problematiche mediche.

Il ruolo dell'alimentazione nell' insorgenza delle patologie orali è ancora oggi fortemente sottovalutata anche se rappresenta la causa più importante di malattia.

È fondamentale comprendere che la cura della bocca non ha un'importanza secondaria rispetto alle più pressanti problematiche mediche.

**E l'abitudine e la familiarità** con le metodiche di igiene e con le discipline alimentari corrette sarà tanto più facile quanto più precocemente queste verranno applicate.

Non esiste una tecnica fisioterapica **così semplice e così quotidiana** per stimolare la corretta postura di labbra e lingua e la propriocettività sensoriale come la masticazione e l'igiene orale corretta eseguita con lo spazzolino in tutte le aree della bocca. Non esiste una modalità più efficace, per rendere **i micronutrienti** di un cibo **biodisponibili, della corretta masticazione.**

L'obiettivo **è il raggiungimento ed il mantenimento della salute orale ed attraverso questa della salute sistemica** per ottenere il quale dobbiamo lavorare sull'igiene alimentare e sull'igiene orale.

***La salute è un fondamentale diritto dell'individuo  
ed un interesse della collettività.***

***(S. Perlman)***

La salute orale diviene dunque ancora più un DIRITTO ED UN'OPPORTUNITÀ

per l'individuo che ha necessità speciali, difficoltà di autonomia e comunicazione, handicap fisici e mentali, patologie sistemiche gravi (cardiopatie, disfunzioni renali, metaboliche).

Spostare l'attenzione dalla terapia delle conseguenze delle malattie orali alle cause della malattia orale mettendo come obiettivo il raggiungimento della salute Spostare l'attenzione dalla terapia delle conseguenze delle malattie orali alle cause della malattia orale mettendo come obiettivo il raggiungimento della salute Trasformare un paziente da ospedalizzare in un paziente da trattare ambulatorialmente risparmio di costi umani, psicologici , biologici ed economici per il sistema sanitario La funzione della prevenzione odontoiatrica e del cambiamento dello stile di vita nella salute globale del paziente disabile

- A ridurre il rischio
- A mantenere salute
- A ridurre il costo generando risparmio

Questo ci pone di fronte ad una grande necessità di comunicazione:

Accogliamo pazienti e loro Care Givers portatori di richieste di semplice erogazione di una prestazione finalizzata alla remissione del dolore.

Ci confrontiamo con una grande sottovalutazione della patologia orale e del suo ruolo nella patologia sistemica

Dobbiamo cambiare il loro approccio la loro accettazione della disabilità

Dobbiamo attivare Fiducia nella nostra professionalità e nel patto terapeutico che proponiamo e Speranza che la proposta terapeutica ed il coinvolgimento diretto ed attivo dell'assistenza dei care givers porti ad un miglioramento della condizione di salute e della relazione del gruppo famiglia

## ORGANIZZAZIONE ED OBIETTIVI DEL SERVIZIO

Il Servizio di odontoiatria Speciale per Pazienti Disabili è nato nel 1991 all'interno del servizio di Specialistica ambulatoriale di Territorio dell'Azienda Sanitaria della Provincia di Bergamo rendendo da subito la promozione della salute orale e l'apprendimento e l'adesione ad uno stile di vita sano il cardine su cui far ruotare l'attività. Affiancando all'attività terapeutica un lavoro di informazione capillare, di educazione e di motivazione rivolto ai pazienti, alle famiglie agli operatori socio sanitari. Con l'obiettivo non solo di ridurre il rischio malattia in una popolazione dove la mancanza di collaborazione del paziente rende il trattamento odontoiatrico, di per sé un atto semplice, complesso e rischioso, ma soprattutto di far diventare l'esperienza di approccio e terapeutica uno dei numerosi percorsi di apprendimento sensoriale e comportamentale con un profondo valore evolutivo responsabilizzante ed autonomizzante per la vita complessiva del paziente.

Il passaggio all'Azienda Ospedaliera nel 2003 ha permesso di arricchire l'offerta delle possibilità terapeutiche attraverso l'uso di tecniche di sedazione cosciente, sedazione assistita e narcosi, ma anche il lavoro di promozione di salute grazie alla collaborazione interdisciplinare con la Neuropsichiatria infantile, la patologia neonatale e la pediatria ospedaliera e di base.

Le criticità da cui siamo partiti e con cui ci siamo confrontati in questi 27 anni di attività sono di seguito:

1. I pazienti arrivano alla nostra osservazione solo in emergenza per patologie ormai conclamate ed evolute al punto di dare

sintomi dolorosi quindi non prima dei 6/7 anni. Possiamo valutare in non più dell'1% l'accesso di bambini di età antecedente a questa. **Nessuna richiesta di visita preventiva.**

2. La cultura dell'igiene e della prevenzione odontoiatrica non è sufficientemente diffusa nella popolazione e non è sentita come una prevenzione cruciale nella promozione della salute. A maggior ragione questo avviene nei pazienti disabili dove la presenza di patologie o deficit generali tende a distogliere l'attenzione della famiglia, degli operatori e spesso degli stessi pediatri o specialisti curanti dalla prevenzione della malattia odontoiatrica. A fronte però di una maggiore difficoltà oggettiva e quindi una certezza di malattia ed una maggiore complessità di trattamento successiva.
3. La penetrazione della bocca indipendentemente che sia per una pratica medica o soltanto esplorativa o di igiene porta con sé una serie di criticità. La necessità di affidamento e di abbandono ad una pratica eseguita da un altro che non è controllabile visivamente e quindi genera panico. La percezione sensoriale in un'area portatrice di una grande carico emotivo e simbolico. E' di per sé un atto a cui si va educati, da rendere familiare. L'abitudine all'igiene orale eseguita da un altro quindi è tanto più importante quanto più precocemente viene insegnata. Renderà automaticamente scontato l'atto dell'igiene orale ma anche renderà meno suscitatore di paure, perché familiare e consueto, l'affidarsi ad un altro che penetra la bocca.
4. Nei soggetti handicappati sono riscontrabili molti fattori di rischio per la malattia parodontale, primi fra tutti la scarsa igiene, le malocclusioni e i traumi occlusali. I pazienti portatori di handicap sono in grado, talvolta, di praticare

autonomamente l'igiene orale, ma, nella maggior parte dei casi, devono essere assistiti o sono totalmente dipendenti da un familiare o da un assistente: può accadere che lo spazzolamento non risulti accurato ed efficace o che l'importanza della pulizia del cavo orale sia sottovalutata e trascurata. Se a questa situazione aggiungiamo, per esempio, l'esistenza di una malocclusione con affollamento dentario, capiamo quanto risulti difficile una completa e sistematica igiene orale. Per quanto riguarda, infine, il trauma occlusale, è stato provato che non può indurre un crollo dei tessuti parodontali, ma può portare ad un riassorbimento dell'osso alveolare che determina un'aumentata mobilità dentale, temporanea o permanente. Una tale mobilità dentale, associata a placca e igiene inadeguata, porta all'innescò del processo distruttivo delle strutture di sostegno parodontali e dunque, alla patologia.

5. La malocclusione oltre a problematiche parodontali influisce gravemente sulla respirazione. L'uso di presidi ortodontici può contribuire all'esercizio fisioterapico nel miglioramento di funzioni fondamentali come la masticazione la deglutizione e la postura della lingua.

Dalla nostra esperienza ormai più che ventennale (il servizio di Odontoiatria per La Disabilità è stato costituito con delibera dell'ASL nel 1991) così come ampiamente supportato da un'attenta revisione della letteratura il quadro che si delinea è univoco. I problemi di salute orale degli individui disabili sono complessi e sono dovuti, in parte ad anomalie congenite presenti alla nascita, in parte alla limitata possibilità di preoccuparsi personalmente della propria igiene orale o di ricevere adeguate cure ed attenzioni in tale ambito.

Nel vasto panorama dell'handicap la salute del cavo orale è stata per lungo tempo ritenuta secondaria e marginale rispetto alle patologie invalidanti, ed il quadro generale è preoccupante: soggetti disabili con estremamente bassi livelli di igiene orale, gravi gengiviti e necessità di trattamento parodontale, elevata incidenza di carie rispetto alla popolazione normale e ricorso alle cure odontoiatriche quasi esclusivamente in situazioni di urgenza (ascesso, dolore, flemmone...) con interventi possibili che spesso sono solo quelli mutilanti della "bonifica estrattiva". Con l'aggravante della necessità di intervento in narcosi o almeno sedazione. Quindi pagando altissimi costi biologici, emotivi e sociali.

Queste considerazioni ci hanno portato a promuovere negli ultimi 10 anni un servizio di igiene orale finalizzato al controllo della malattia parodontale e delle carie e contemporaneamente all'educazione ed all'istruzione all'igiene ed alla salute orale ed alimentare ed alla promozione di uno stile di vita più sano rispetto al precedente.

I risultati sono stati eccellenti sul numero di pazienti seguito con continuità: Malattie orali stabilizzate con una bassissima insorgenza di nuovi casi: Miglioramento del rapporto del paziente disabile con il dentista e con la propria bocca. Interventi resi più sereni e più facili dalla familiarizzazione del paziente e della famiglia con il trattamento odontoiatrico. Una funzione autonomizzante ed evolutiva rispetto alla visione ed alla gestione del proprio corpo e della propria immagine sia per il paziente che per la famiglia. E non ultimo un grosso risparmio di costi per la comunità

Il Servizio per la Disabilità dei nostri Ospedali orienta la propria attività cercando di integrare più aspetti e di lavorare a vari livelli con la finalità principale dei seguenti obiettivi :

- promuovere la salute orale nella popolazione disabile

- eliminare le diseguaglianze organizzative, tecniche e dare attenzione scientifica.
- diffondere informazioni e conoscenze nella popolazione disabile e nelle famiglie o operatori sanitari di assistenza
- Portare i pazienti disabili ad apprendere meccanismi di collaborazione per poter fruire di un approccio terapeutico più semplice meno costoso biologicamente emotivamente ed economicamente (sedazione cosciente versus narcosi).

IL Servizio per la Disabilità articola la propria attività quindi in più punti:

### **1. Prevenzione primaria:**

- a. Sviluppo del servizio di visite di prevenzione orale ed addestramento all'igiene e successivi controlli destinato alla fascia d'età dai 6 ai 12 mesi. Il servizio è destinato, in coordinamento con il Servizio di Patologia Neonatale, con la Neuropsichiatria e con la Pediatria di base, a tutti i pazienti con disabilità già conclamate alla nascita o con forti condizioni di rischio di sequele neurologiche (nati pretermine, sottopeso, intubazioni prolungate ).
- b. Attivazione di un servizio di visite di prevenzione orale ed addestramento all'igiene e successivi controlli destinato a tutti i pazienti reduci da interventi Ordinari in narcosi.

2. **Prevenzione secondaria:** l'uso della Sedazione Cosciente NORA attraverso la somministrazione per os o per via rettale

di dosaggi di Midazolam permette interventi di approccio e di prestazioni odontoiatriche semplici allo scopo di condurre il paziente disabile in un percorso di familiarizzazione

a. Incremento con personale Medico Odontoiatra del servizio di igiene orale. Lavarsi i denti non è né facile né spontaneo, ma tutti noi abbiamo dovuto imparare. Anche il paziente disabile ha il diritto, ed anche il dovere, di imparare a prendersi cura di sé o di affidarsi. Spazzolare i denti deve diventare un rito quotidiano. È fondamentale che sin da piccolo il paziente venga abituato alle normali procedure di igiene anche nel caso in cui non possa svolgerle in autonomia. La bocca è un'area molto delicata che assume diversi significati nel corso della vita per cui il soggetto teme chiunque desideri forzarne l'accesso. Affidarsi a qualcuno sarà tanto più difficile tanto più il soggetto sarà adulto. La ripetitività del gesto aiuterà però il paziente a collaborare e le procedure si semplificheranno anche per l'operatore/genitore. L'esperienza rappresenterà uno step di apprendimento nella storia odontoiatrica di ogni paziente.

b. Nei pazienti che abbiano raggiunto un buon grado di controllo di placca e di collaborazione l'incremento del trattamento ortodontico con funzione fisioterapica e di miglioramento funzionale del massiccio facciale.

### **3. Terapia a secondo del livello raggiunto dal paziente:**

a. Intervento ambulatoriale con approccio comportamentale

b. intervento in DH con sedazione cosciente NORA

### c. Intervento in Narcosi

La nostra struttura risulta punto di riferimento per la popolazione disabile della provincia di Bergamo che annovera circa 30.000 soggetti disabili, ma anche delle province limitrofe, Crema, Cremona, Lodi, Mantova prive di strutture Odontoiatriche pubbliche adeguate a questo compito. Ma soprattutto la struttura, che è capace di integrare nella sua organizzazione aspetti di prevenzione ad aspetti di terapia e terapia complessa rappresenta un punto di riferimento per un approccio Olistico e Sistemico alle problematiche della disabilità e della qualità di vita di questi pazienti che ci rende, un'esperienza unica nel suo genere.

Nel linguaggio comune l'idea di "sistema" rimanda a un'entità costituita da più elementi diversi e distinti, tra loro complementari che, collegandosi e integrandosi, danno luogo a un tutto organico, a una nuova entità. Non tutti i sistemi sono complessi. Una bicicletta, un orologio, una radio, un computer, un aeroplano, una navicella spaziale sono sistemi complicati. Anche se molto sofisticati, sono sistemi artificiali pensati per uno scopo e, conoscendone il progetto, possiamo replicarli in decine, centinaia o migliaia di esemplari identici. Un sistema complicato è formato da più elementi e svolge funzioni che nessuno di essi da solo può svolgere; è però un sistema statico, non cambia, non evolve, non si riproduce, non interagisce con l'ambiente. Possiamo accendere e spegnere una radio, un computer o un'automobile; funzionano se vi immettiamo energia. In essi non accade mai nulla di nuovo, tutto si ripete nello stesso ordine fino loro logoramento. Non è così nei sistemi complessi. Mentre in una "macchina" i componenti hanno tra loro un solo tipo di relazioni, fisse e definite una volta per sempre, i componenti di un sistema complesso sono tra loro collegati da una rete di reti di relazioni di molti tipi che si trasformano continuamente. Una famiglia è un sistema complesso, vitale se i suoi componenti mantengono ben vivi molti tipi di relazioni: affettive, gerarchiche, normative, di sostegno reciproco, formali, culturali. Queste sono il collante che tiene insieme i suoi componenti. Sappiamo quanto sia impegnativo mantenere vive le relazioni all'interno di un nucleo familiare, gestirle per adeguarle al continuo evolvere dei suoi componenti. Sappiamo che la famiglia perde di senso, viene meno, quando le relazioni tra i suoi componenti non si rinnovano e perdono di intensità, di continuità, di varietà, di frequenza, di significatività. L'approccio sistemico ci suggerisce così che, per comprendere e mantenere la

vitalità di un sistema entrandoci come dobbiamo fare nel creare un patto terapeutico, dobbiamo prestare attenzione non tanto, o non solo, ai suoi componenti ma, pur senza tralasciarli, dobbiamo tenere presenti le relazioni che tra essi intercorrono e provvedere alla loro "manutenzione", mantenendone varietà, qualità, intensità, stabilità, continuità nel tempo. La complementarità e l'integrazione tra i componenti di un sistema generano tra loro interdipendenza e influenzamento reciproco. Il comportamento e le azioni di uno, o di alcuni di essi, influenzano il comportamento e le azioni degli altri. In una famiglia umore e atteggiamenti, anche solo di un suo componente, influenzano "l'atmosfera familiare" e di conseguenza l'umore e i comportamenti degli altri familiari e della famiglia stessa, che possono subire passivamente una situazione, ad esempio d'imbarazzo, che si viene a creare o, al contrario, possono reagire elaborando e mettendo in atto una risposta e dei comportamenti che la riportino a una situazione di serena comunicazione. Una famiglia si trasforma continuamente, evolve sia man mano che mutano l'età, i rapporti e i comportamenti dei suoi componenti, sia perché sollecitata da mutamenti, perturbazioni, avvenimenti e discontinuità che intervengono nella società con la quale coevolve a sua volta, influenzandola. L'approccio sistemico suggerisce che ogni sistema è la sua storia, che emerge da una dinamica di "fusione" e di reciproco influenzamento con il suo contesto, dal quale è inseparabile e nel quale vive, però, come entità individuale ben definita.

Nel corso del suo ciclo vitale, ogni famiglia attraversa momenti in cui necessariamente si trova a dover affrontare una serie di eventi che la destabilizzano e che le impongono processi di riorganizzazione, modificando la sua precedente configurazione; anche se è possibile rintracciare alcune costanti.

La nascita di un bambino disabile è evento fortemente traumatizzante, che spesso tradisce fantasie e attese e, di frequente, mette a dura prova il rapporto di coppia, determinando conflitti o accrescendo un disagio preesistente. Ancor più vero è che la disabilità genetica mina la famiglia a livello conoscitivo, emotivo e comportamentale.

Come ricorda Jackson [1957], nello sforzo di conservare l'omeostasi, la famiglia si adegua alla malattia attraverso un percorso che racchiude in sé il passaggio di periodi simili a quelli vissuti dal paziente stesso.

Si assiste ad una confusione di ruoli, al rifiuto di effetti e conseguenze collegati alla patologia, nella speranza di rendere più accettabile una realtà percepita come insostenibile.

Queste famiglie tendono a mantenere lo status quo ante, negando che ci sia bisogno di cambiamenti per affrontare il problema. Inevitabilmente gli schemi osservati dalla famiglia per superare questo evento producono stress che influenzerà lo sviluppo del bambino ed della famiglia stessa.

Le prime persone alle quali i genitori esprimono la loro collera è spesso il personale sanitario che ha il delicato compito di modulare con estrema attenzione i contenuti molto dolorosi della comunicazione e della gestione degli aspetti della vita del disabile.

I genitori sentendosi inconsciamente responsabili, hanno bisogno di ricercare spasmodicamente sempre nuovi specialisti e di sottoporre il figlio a continue indagini diagnostiche, spesso sopportando rilevanti impegni economici e disagi, che però a livello profondo potrebbe avere la funzione di soddisfare il senso di riparazione per il danno.

Spesso è, invece, possibile individuare in alcuni genitori il rifiuto assoluto del problema con la conseguente ricerca, a volte ossessionante, di segni e fattori volti a negare la diagnosi iniziale.

Questo tipo di genitore orientato alla perenne ricerca di soluzioni che annullino le condizioni generatrici di disabilità, si distrae dalla realtà, non percepisce gli autentici bisogni del figlio e non si sforza di rintracciare soluzioni adeguate alla disabilità e che dirigano lo sviluppo del bambino verso forme più autonome.

La famiglia di un bambino con disabilità, rappresenta un sistema che a sua volta interagisce con altri sistemi, rappresentati dai luoghi di cura e dalle persone che ci lavorano, dai gruppi associativi, dalla scuola e dagli amici e dai professionisti sanitari con cui dovranno interagire nel loro percorso.

Le interazioni fra i diversi sistemi possono generare problemi comunicativi, quali incomprensioni e/o conflittualità, sia all'interno della famiglia stessa (solitamente allargata a zii e nonni) che nella relazione con le strutture di cui pure hanno bisogno.

Anche la mancata possibilità di uno solo degli elementi del sistema di essere ascoltato può determinare reazioni di rabbia e conflittualità, che rendono impossibile un sereno sostegno al bambino con disabilità.

Compito importante degli operatori sanitari che prendono in carico un bambino con disabilità è ricordarsi che esso non può essere considerato come elemento a sé stante, per cui l'autentica presa in carico dovrà prevedere, all'interno di un progetto riabilitativo, anche il coinvolgimento della famiglia.

Se a quest'ultima vengono fornite una serie di indicazioni discordanti fra loro, o comunque poco chiare o accessibili, difficili

da mettere in pratica, essa non fruirà dei mezzi necessari atti a prendere importanti e delicate decisioni sulla salute del piccolo.

S'instaurerà così un rapporto di sfiducia che trasformerà il rapporto con il sistema di cura o di riabilitazione difficile e conflittuale. Una scarsa attenzione ai bisogni della famiglia o anche solo l'esprimere commiserazione per il bambino, possono determinare difficoltà relazionali e comportamentali, causando la difficoltà a mantenere corrette condotte educative.

D'altro canto il sanitario potrà trovarsi di fronte alla necessità di entrare a modificare pregiudizi e presunzioni della famiglia per poter instaurare un corretto e sano rapporto di cura.

Una madre iperprotettiva, trasmette al figlio la propria ansia, tenendolo lontano dai coetanei per paura che si faccia male e non dandogli la possibilità di esplorare oggetti, sperimentare nuove esperienze, di accrescere l'autosufficienza nell'alimentazione, nell'igiene personale,

In sintesi, quando si verificano, tali situazioni configurano un difficile adeguamento all'ambiente ed alle situazioni che il disabile deve imparare ad affrontare.

All'opposto, in alcune famiglie potrebbe darsi inizio a una muta connivenza tra genitori e figlio: il figlio potrebbe senza sforzo rilassarsi e adattarsi allo stato di iperprotezione determinando in sé una smisurata dipendenza e una forte resistenza a separarsi dall'atteggiamento passivo.

Quando si parla di disabilità, generalmente l'interesse si concentra sulla persona, sui suoi genitori o, nel caso di persone adulte, sul coniuge e i figli. Ma, dove sono i fratelli? Seppur facciano parte a

pieno titolo della famiglia, e vivano la disabilità quanto gli altri, quasi mai vengono presi in considerazione.

Purtroppo, a volte la famiglia tende a lasciarli in disparte, erroneamente convinta che non abbiano bisogno di cure, lasciandoli soli con le difficoltà che la vita ha riservato loro nel continuo e quotidiano confronto con un fratello con disabilità.

Ma l'errore di coinvolgerli poco, ricade ancor più spesso sugli operatori sanitari. I fratelli di persone con disabilità rappresentano un'importante risorsa non solo per la famiglia e per il disabile, ma anche per gli operatori stessi. I fratelli sono persone che all'interno della famiglia si rendono operanti, e cercano di prendere parte alle necessità di sostegno e spostamento del disabile per rendere più lieve il già gravoso compito del resto dei componenti della famiglia. Essi sono tra i primi che si attivano per vedere realizzate favorevoli prospettive future per i loro fratelli, pur provando, assai frequentemente un forte senso d'impotenza.

C.N. ne è un esempio. E per me un esempio di fallimento della comunicazione. Paziente affetto da PCI tetraparesi ritardo cognitivo gravissimo è seguito da noi dall'età di 5 anni, Oggi ne ha 16 viene ogni 6 mesi per visita di controllo e Igiene Orale. La madre non ha mai accettato la disabilità del figlio ed ha continuato a chiedere prestazioni terapeutiche incongrue per la situazione di suo figlio costringendolo a lunghissimi ricoveri e riabilitazioni dolorose per interventi ortopedici evidentemente inutili nella situazione del figlio. Si presenta ogni volta con la solita litania che non mi è stata possibile modificare nel corso di tanti anni "la dottoressa ti farà male povero soffrirai". Ed ovviamente il paziente si disperava. Con questo paziente sono inutili sia gli strumenti di iatrosedazione che di ansiolisi. Accettiamo di eseguire la prestazione tra urla di disperazione. Solo una volta per impossibilità della madre che era impegnata per un

proprio ricovero C.N. si è presentato accompagnato dal fratello maggiore. Un altro bambino con il fratello abbiamo immediatamente stipulato un patto terapeutico, usato le nostre metafore, accentuato le parole “facile sei capace” contro “male dolore” usate normalmente dalla mamma. C. è stato perfettamente trattabile.

Ed è uscito ridendo. Ma la volta successiva tutto è tornato come prima. Noi siamo tornati ad essere i cattivi portatori di dolore nel linguaggio della mamma e C. a piangere disperato. Il tentativo di raccontare alla mamma l'episodio ha in realtà determinato una completa chiusura. La madre non vuole abdicare il suo ruolo di Madre/Padrona. E noi ad essere impotenti.

La famiglia della persona con disabilità si pone in una posizione ambigua, una via di mezzo divisa tra salute e malattia, fra uguaglianza e diversità. Purtroppo, esistono ancora oggi realtà che non attribuiscono una valenza sociale positiva alla persona con disabilità e, pertanto, rendono difficoltosa la comunicazione con le altre famiglie e con la collettività, i rapporti sentimentali, le funzioni economiche e rappresentative.

Comunemente la propensione più frequente della famiglia è quella di gestire i problemi generati dalla disabilità in maniera privata, in modo da non essere soggetta a valutazioni improprie, come i sentimenti di compassione e commiserazione.

Ma cosa desidera veramente la famiglia per i propri cari con disabilità?

Innanzitutto, chiede che si partecipi alla propria sofferenza attraverso interventi di conforto, donando alla persona la prospettiva di una vita socialmente integrata. La figura dell'operatore sanitario (di frequente rappresentata dal

fisioterapista e/o dall'infermiere) diventa per la famiglia un autentico punto di riferimento, una persona con cui condividere ansie e inquietudini. Nel corso degli anni egli impara a riconoscere meglio di ogni altro i bisogni particolari della famiglia, trasformandosi in un tramite tra i familiari, la persona disabile e il resto della società. Avrà la responsabilità di guidare la famiglia nel trovare soluzioni adatte ai loro problemi e in quelli più specifici interverrà direttamente con le sue conoscenze, proponendo i metodi più adatti e avrà il ruolo di consulente di processo supportandoli nella ricerca delle soluzioni che troveranno da soli.

Appare chiaro che, se i familiari svolgono questo ruolo positivo, anche per essi è essenziale stabilire un rapporto e poter comunicare con l'equipè di cura, tenendo conto che "i problemi che impediscono spesso che questo si verifichi sono fondamentalmente due: pochi contatti coi professionisti e accesso alle informazioni limitato e/o distorto".

Gli operatori sanitari possono fare molto perché la famiglia non si senta abbandonata, trasformandola in parte attiva del contesto di cura. Indispensabile è far sentire coinvolti tutti i componenti, chiedendo loro di far rispettare una serie di indicazioni (regole alimentari, norme igieniche, rispetto degli orari e dei dosaggi della terapia). Gli si possono chiedere compiti specifici, gratificandoli, all'incontro successivo ma soprattutto è importante riservare a chi faticosamente impegna parte del suo tempo alla cura e all'accompagnamento della persona con disabilità un sorriso, un gesto di riconoscimento, un semplice grazie.

Diventa importante ribadire il concetto che il programma di intervento di cura non sia accettato dalla persona con disabilità e dalla sua famiglia passivamente, ma che venga condiviso in ogni sua parte.

Ma noi dobbiamo tenere conto che all'interno dell'ambito Sanitario il Dentista fa Paura

- Perché prevede una penetrazione all'interno dell'organismo in un'area sensoriale e sessuale
- Perché prevede una penetrazione all'interno dell'organismo in un'area sensoriale e sessuale
- Perché non permette controllo

MA sappiamo anche che la condizione di non collaborazione come ogni comportamento umano può evolvere e dobbiamo puntare su questa evoluzione comportamentale come una speranza. Il trattamento odontoiatrico del portatore di handicap richiede quindi la creazione di un patto Terapeutico Triangolare Odontoiatra – Disabile – Care Givers dove l'odontoiatra deve acquistare e conquistare il ruolo di vertice e di guida determinando attraverso la corretta comunicazione lo spirito di fiducia, di speranza e di affidamento necessari.

I genitori sono quindi come dicevamo il nostro anello fondamentale, i bambini percepiscono le loro emozioni e vivono la realtà nuova che non conoscono attraverso le emozioni che respirano dai loro genitori:

- Se il genitore ha paura il bimbo avrà paura
- Se il genitore ha fiducia il bimbo si affiderà

Per concludere quindi lo Staff medico ed infermieristico che si approccia al disabile ed alla sua famiglia deve partire dalla consapevolezza che:

- Timori pregiudizi ed aspettative irreali complicano il rapporto medico/genitore a scapito del paziente
- Spesso le madri dei bambini disabili si sentono inadeguate e si rapportano con aggressività.

- Se i genitori non accettano la patologia del figlio non sarà possibile costruire un futuro di salute.

Consapevoli del fatto che ci troviamo per lo più di fronte a persone che si rivolgono all'ospedale pensando di scaricare le proprie paure e le proprie ansie nella richiesta di una prestazione erogata da ottenere e spesso pretendere. Che cambiare la prospettiva aiutandoli ad accettare obiettivi realistici e di faticoso impegno quotidiano rispetto alla cura del paziente non è facile ma è una grande opportunità.

### **La metafora del giro del mondo:**

La nostra paziente G.V. grave ritardo, disturbi comportamentali, sindromica con dismorfismi, anni 8, viene portata dalla mamma in urgenza perché la pediatra visitandola ha suggerito alla mamma l'idea che l'età fosse quella di una terapia con disgiuntore urgente. Con la drssa Drago la collega Pedodontista interna al Servizio che l'ha in cura, avevamo già più volte discusso con la mamma dell'inopportunità di una terapia ortodontica per cui sarebbe stata necessario un uso continuo e continuativo di sedazione od ansiolisi con i rischi conseguenti per ottenere un miglioramento minimo in una terapia che non è salvavita e quindi non giustifica il rischio anestesilogico. Ma l'intervento della pediatra era stato destabilizzante per la mamma. La nostra autorevolezza contro quella della collega. "Signora sua figlia è bella e lei la ama così. Certo la pediatra ha ragione questo è l'età in cui si dovrebbe intervenire con un disgiuntore ma è troppo rischioso. Non tutti abbiamo gli stessi strumenti per affrontare la vita. Se lei chiede a sua figlia di correre i 100 metri non potrà farcela. Ma se la lascia crescere così com'è con le sue gambe piano piano magari farà il giro del mondo" La mamma ha sorriso ed allora anche Vanessa ha sorriso. Ed abbiamo evitato una terapia non appropriate, un inutile

tormento per la paziente e inutile frustrazione per i risultati non raggiungibili a noi ed alla famiglia.

La scienza oggi ci dice che le parole sono potenti strumenti per raggiungere bersagli precisi del cervello attivando le stesse vie biochimiche dei farmaci e trasformandosi quindi, da suoni e simboli astratti in strumenti terapeutici. La teoria è che l'uomo si sia evoluto sviluppando un sistema di recettori in grado di inibire il dolore e che gli stessi recettori sono attivati in svariate circostanze. Sono i recettori degli antidolorifici, ma sono anche attivati in svariate circostanze compresa l'interazione sociale. Nei primati non umani nei primi ominidi e poi nell'uomo sapiens l'interazione con i membri del gruppo sociale era cruciale per il benessere dell'individuo fino a sfociare nella figura del guaritore dello sciamano che pure riusciva a guarire pur con un armamentario farmacologico e terapeutico molto diverso da quello che abbiamo oggi. Potevano disporre solo delle parole e del contatto umano. Nel corso dell'evoluzione ecco perché emergono aspetti come il calore umano, l'empatia, la compassione e l'altruismo

Le parole sono potenti armi di possibile uso molto diffuso, versatile e quotidiano. La Biologia e le neuroscienze ci hanno spiegato che le parole ed i simboli sono fatti di sostanza cioè producono molecole che determinano modifiche biologiche al nostro organismo. Possono essere usate bene o male e quindi incidere sulle nostre risposte biologiche.

La relazione medico paziente è una relazione sociale unica nel suo genere quindi una relazione di fiducia può avere effetti benefici sulla salute e sulla risposta del paziente alla terapia.

Dobbiamo creare una nuova classe di operatori sanitari consapevoli della potente influenza che il comportamento del

terapeuta ha sul paziente e sulla sua capacità di reagire positivamente alla malattia od alla terapia proposta.

L'ipnosi è uno stato neurobiologico naturale diverso da sonno e veglia, di particolare partecipazione mente-corpo in cui è possibile produrre fenomeni a livello fisico e mentale.

La comunicazione ipnotica utilizza il potere delle parole al fine di creare immagini mentali che possano determinare modificazioni del corpo e dei comportamenti, guidando il paziente verso una percezione di se e dell'esperienza che sta vivendo.

Ingredienti fondamentali sono l'azione a livello neurofisiologico delle parole ma anche la relazione di fiducia che si instaura tra paziente e operatore.

La fiducia è una proprietà del cervello umano che ha una rilevanza determinante per innescare comportamenti pro o anti sociali.

La fiducia non si determina con un atto cosciente ma con un'esperienza legata all'espressione allo sguardo alla postura a quell'insieme di esperienze non verbali che permettono alle persone trasmettere le proprie intenzioni e di comprendere le altrui.

Il paziente non collaborante per disabilità l'ansia ha un ruolo ancora più potente e pervasivo che in un paziente normale. Perché si sommano le paure di una situazione nuova ignota e quindi potenzialmente rischiosa: quella del paziente e quella dei caregivers.

Il supporto ansiolitico o sedativo attraverso la gradualità già descritta è probabilmente imprescindibile per permettere al dentista di realizzare gli approcci necessari abbassando lo stato di attenzione del paziente quel tanto che permetta il trattamento.

Ma lavorare sulla componente ansiosa delle difficoltà di collaborazione del paziente disabile è la grande opportunità di evoluzione comportamentale. Attraverso tecniche che favoriscono un processo di riapprendimento esperienziale sia del paziente che della famiglia noi possiamo puntare all'obiettivo di familiarizzazione ed abbassamento del livello di profondità delle tecniche sedative utilizzate e quindi ad una diminuzione del rischio.

Quindi l'Odontoiatra sedatore deve possedere e valorizzare tecniche di approccio comportamentale attraverso un ampio spettro di comunicazione verbale e non verbale.

Tutto questo va fatto in un colloquio che nel paziente disabile dovrà rivolgersi non solo al paziente disabile ma anche e soprattutto accogliere le ansie dei caregivers con l'abilità di usare strumenti diversi ed a volte proteggere il paziente dall'ingombrante iperprotettività di chi se ne cura. Quindi si lavora su due fronti: bisogna confrontarsi con i caregivers su cosa questi ritengano pericoloso. Restituire loro la massima sicurezza. Capire le loro ansie ma anche entrare in sintonia con il disabile interpretare i suoi segni

e far emergere una voce, quando possibile e quando riusciamo che spesso il care givers troppo coinvolti ed immersi nelle proprie paure non sanno vedere.

E' questo un momento di grande rischio di conflittualità. Spesso i genitori non sono disposti ad ascoltare davvero il proprio figlio. Presi dal proprio dramma ci portano quello che vedono cioè loro stessi.

Quindi con il termine di Iatrosedazione noi intendiamo l'atto di indurre calma nel paziente attraverso il comportamento del medico e viene da iatro ( dottore) e sedazione (l'atto di indurre calma). L'approccio in iatrosedazione deve essere l'approccio iniziale da solo o complementare in sinergia con tecniche di sedazione farmacologica o inalatoria.

Il primo colloquio quindi è importantissimo e di questo va tenuto conto anche nell'organizzazione del servizio. Il primo colloquio deve permetterci di individuare le paure e le aspettative spesso irreali, di conciliarle con le richieste e con la realtà dell'organizzazione di un servizio pubblico di una branca non salvavita che non prevede organizzazione di emergenza. Di smontare le irreali e ricostruirne di credibili positive ed attuabili.

Tutto questo nel primo colloquio che spesso viene vissuto in condizioni di richiesta di urgenza.

Nel 2015 abbiamo avuto ben 2 contestazioni all'URP proprio per il primo colloquio. Famiglie che si sono presentate all'ambulatorio di urgenze con figli disabili per motivi di dolore in dentatura decidua. L'aspettativa che il grande ospedale avesse una risposta immediata anestesiologicala e professionale per procedere alla rimozione del dolore come se si trattasse di una emergenza acuta. Sono state lasciate in attesa come gli altri pazienti ed inviate in plus visita al nostro servizio che però non aveva le risorse per gestire in

maniera corretta il primo colloquio. Il risultato è stato che in entrambi i casi non avendo tempo e condizioni organizzative per gestire le aspettative correttamente e generare il cambiamento necessario a prendere in cura i bambini in maniera corretta è partito il conflitto.

E' necessario quindi considerare che il medico deve essere in una situazione in cui possa mettere in atto un comportamento autorevole ed impostato a trasmettere la massima sicurezza al paziente ed ai suoi famigliari per rispondere adeguatamente all'ansia di queste situazioni. E visto che ciò è molto difficile che possa accadere quando il colloquio non è correttamente organizzato nei modi e tempi piuttosto è opportuno spostarlo. Dal 2015 in queste situazioni il paziente viene preso in carico dal servizio di urgenze, viene data una risposta generica di copertura farmacologica e viene fissato un secondo appuntamento nel nostro servizio dedicato per essere presi correttamente in carico. Il fatto di rivolgersi ad un servizio specializzato nella disabilità cambia l'approccio e le aspettative. I pazienti ed i familiari non hanno solo richieste erogative ma anche curiosità della nostra esperienza e nella maggior parte dei casi si instaura una maggiore fiducia della possibilità di miglioramento della condizione attuale.

Dicevamo quindi che nella nostra realtà difficilmente il semplice colloquio è sufficiente ed è necessario supportarsi con sedazioni farmacologiche x os ed endovenosa. Ma come c'è una ansia ed una memoria di traumi passati c'è anche la memoria dell'esperienza positiva che può aiutarci a superare il trauma in questo caso sia personale del paziente che del care givers che diventa nella maggior parte dei casi il vicario che passa l'ansia al paziente. Questa è la grande funzione di quella che noi chiamiamo "Prevenzione secondaria" ripetere l'esperienza a distanza temporale sufficiente a mantenere la memoria ma non troppo

ravvicinata per interiorizzarla e consolidarla nel care givers e nel paziente.

Ma la latroседazione diventa lo strumento indispensabile nel trattamento di pazienti non disabili intellettivi ma di gravità anestesiológica ASA 3 ed ASA 4 che per età o vissuto siano pazienti non collaboranti.

Su questi pazienti abbiamo costruito la collaborazione con il team del Servizio "Gioco Amico" in collaborazione con la USSD Psicologia Clinica diretto dalla drssa Spada. Abbiamo convenuto che lo strumento della latroседazione e dell'uso della comunicazione ipnotica possano diventare parte fondante dell'approccio e del trattamento al punto da spingere ed estendere la mia collaborazione oltre che all'ambito Odontoiatrico anche in altre branche in cui è attivo il servizio attualmente, al fine di facilitare l'approccio del bambino complesso alla pratica chirurgica o diagnostica a cui devono essere sottoposti.

I pazienti che ci vengono inviati provengono da reparti di Cardiologia, Cardiochirurgia Pediatrica, Epatologia, Gastroenterologia e trapianti Pediatrici, Ematologia ed Oncologia Pediatrica. Vengono presi in carico dal servizio come attività di preparazione all'accesso in sala operatoria ed ha la finalità di riuscire a condividere ed esprimere il vissuto emotivo del bambino e della famiglia in relazione al percorso di cura da affrontare in modo da facilitare la trasformazione delle angosce attivate in qualcosa di più tollerabile conosciuto e gestibile.

Nell'ambito delle conoscenze apprese durante il corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica ho sviluppato la possibilità di applicare nozioni e concetti che mi sono venuti dalla formazione ma anche sistematizzare e rielaborare i dati derivanti

dall'esperienza acquisita nei 30 anni di attività professionale. In questi casi gli strumenti comunicativi e relazionali a cui ricorro sono quelli propri della comunicazione ipnotica

1. Tell show do
2. Story Telling
3. Modeling
4. Metafora
5. Ricalco

In questo modo con sedute ripetute lavoriamo per ridurre e poi eliminare gli stati di grande ansia attraverso un processo di graduale nuovo apprendimento.

## IL CAMBIAMENTO E LE CONCLUSIONI

Lo studio parte dall'analisi di alcune criticità del nostro Servizio e dalla convinzione sviluppata durante questo anno di studio cioè che un miglioramento della comunicazione attraverso i metodi appresi nel corso potesse dare delle risposte concrete.

Una prospettiva ambiziosa in un ospedale che esprime scetticismo rispetto alle tecniche di Ipnosi, che si vive prevalentemente come un polo erogativo ad alta specializzazione, in una sanità come quella Lombarda che misura l'efficienza in base ai budget e che confonde il Razionamento come Appropriatezza.

Prendersi cura di una persona che soffre vuol dire non solo affrontare la sua complessa unità psicofisica, ma anche tutta quella trama di transazioni sociali che lega dinamicamente questa persona ad altri. Nell'ambito della disabilità o della fragilità sistemica questo sottolinea, tra l'altro, la necessità di considerare il paziente, minore o incapace, ma anche la sua famiglia la loro storia i loro vissuti emotivi come imprescindibile parte integrante del sistema di cura.

L'Uso del linguaggio ipnotico ed una appropriata organizzazione messi a servizio della "centralità" del paziente con una attenzione specifica all'accoglienza riportando l'Ospedale alla sua vecchia vocazione originaria di assistenza globale ai bisogni della persona sofferente e non di stretta cura della malattia "emergente".

Questa tesi rappresenta quindi la proposta razionale ad un cambiamento organizzativo dell'accesso al Servizio di odontoiatria per la disabilità proponendosi i seguenti obiettivi:

1. offrire al paziente disabile, fragile e medicalmente compromesso ed alla sua famiglia di usufruire di uno spazio relazionale accogliente e capace di facilitare il contenimento emotivo in un momento in cui ansia e preoccupazione possono essere difficili da gestire
2. favorire ed ottenere le risorse personali e sociali facilitando un posizionamento attivo ed un empowered del paziente e dei suoi care givers all'interno del percorso di cura
3. offrire ai pazienti ove possibile strumenti di conoscenza di ciò che riguarda la propria salute
4. sostenere genitori e care givers nella comunicazione e nella cura dei propri assistiti
5. Intercettare e modificare criticità e discrepanze tra aspettative e terapie appropriate alla complessità delle diverse situazioni. Anche lavorando sulla mentalità dei pazienti e dei nuclei familiari e della rete supportiva che chiedono di curare le malattie piuttosto che prevenirle.

L'esempio che portiamo è applicato a realtà difficili e complesse per questo si rende necessario investire anche sul rapporto multidisciplinare con altri specialisti e con le strutture di controllo dell'organizzazione ospedaliera oltre che con le associazioni. In questa esperienza siamo riusciti ad attivare e mettere in rete realtà già esistenti nel nostro ospedale come la Psicologia Clinica o l'Ufficio relazioni con il pubblico coinvolto nell'intercettazione di disagio o cattiva collocazione delle aspettative.

## **STIMA DELL'ORGANIZZAZIONE NECESSARIA:**

Si propone un intervento sperimentale definite "Percorso Fragile per la disabilità" che prevederà:

1. Le prime visite del percorso dovranno passare dalle attuali 15 minuti a 45 minuti per poter prevedere un adeguato colloquio
2. Il passaggio necessario dei pazienti anche da Accesso Diretto o Pronto Soccorso sempre attraverso una prima visita specialistica al Servizio
3. La somministrazione in prima visita di un questionario finalizzato all'individuazione di aspettative e richieste e l'analisi dei risultati in collaborazione con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico per intercettare le insoddisfazioni o incomprensioni eventualmente emerse nei colloqui e gestirle mediante ulteriori colloqui di mediazione
4. L'autorizzazione all'uso di spazi operativi di 1 ora erogati come visita (89.7) sia in regime ambulatoriale che in regime di DH a seconda della complessità clinica del paziente finalizzati alla latroседazione

Soprattutto in un momento in cui è in atto un processo di rideterminazione delle politiche assistenziali in campo odontoiatrico la maggiore attenzione alla prevenzione delle patologie orali attraverso strategie mirate di intervento per categorie e fasce d'età ed una riduzione dei costi e dei rischi anestesiologici appare la formula vincente. ***Ed aver introdotto nel nostro servizio la comunicazione ipnotica e l'ipnosi un cambiamento culturale e professionale strategico per Generare Salute, Curare Malattie con minori costi, economici Biologici ed Emotivi, ridurre Rischi e lavorare in maggiore sicurezza.***



**ospedale come promotore di salute**

***non significa che l'ospedale abbia cambiato la sua funzione principale da curativa a quella di promuovere la salute, ma che ha incorporato nella propria cultura e nel lavoro quotidiano l'idea della promozione della salute del suo personale, dei pazienti e delle loro famiglie"***

**(Dott.ssa Mila Garcia Barbero).**



## BIBLIOGRAFIA

1. Casiglia E. & altri Trattato di ipnosi e altre modificazioni della coscienza Cleup 2015
2. Erickson Milton La mia voce ti accompagnerà Astrolabio Ubaldini Editore 1983
3. Haley Jey terapie non comuni. Tecniche Ipnotiche e terapia della Famiglia Astrolabio Editore 1978
4. Benedetti Fabrizio La speranza è un farmaco Mondadori 2018
5. Casula Consuelo Giardinieri principesse e Porcospini Franco Angeli Editore 2013
6. Facco Enrico meditazione ed Ipnosi Edizioni Altravista 2014
7. Torre E. Lezioni di psichiatria e psicologia clinica. Aracne editrice, Roma. 2010
4. Rogers C. La terapia centrata sul cliente. Edizioni G. Martinelli, Firenze.1989
5. Buber M. Il principio dialogico e altri saggi. Ed. San Paolo. 1991
6. Redigolo D., Kaldor K., Illica Magrini R. Il processo comunicativo nella relazione d'aiuto. Rosini Editrice, Firenze. 1994
7. Ellenberger H. La scoperta dell'inconscio. Volume primo. Bollati Boringhieri, Torino. 1976
8. Shapiro A. K., Shapiro E. (1997), The powerful placebo: from ancient priest to modern physician, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
9. Valerio C., Mammini C. L'evoluzione clinica dell'ipnosi. FrancoAngeli, Milano. 2009
10. Benedetti F. Il cervello del paziente: le neuroscienze della relazione medico-paziente. Giovanni Fioriti Ed., Roma. 2012
11. Siegel D. La mente relazionale: neurobiologia dell'esperienza interpersonale. Cortina Ed., Milano. 2013
12. Del Castello D., Casilli C. L'induzione ipnotica. FrancoAngeli, Milano. 2007
13. Yapko M. Lavorare con l'ipnosi. FrancoAngeli, Milano. 2003
14. Somma M. Dispense su "Struttura dell'induzione". Corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica. C.I.I.C.S. Anno 2013
15. Muro M. Dispense su "Comunicazione ipnotica nelle procedure diagnostico/terapeutiche". Corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica. C.I.I.C.S. Anno 2013

8. Barelli P., "Saper comunicare migliora la vita", *Odontoiatria Oggi*, n. 4, 2004
9. Cavazza N., *Comunicazione e persuasione*, Il Mulino, Bologna 1997
10. Chapman G.B., Sonnenberg F. A. (a cura di), *Decision making in healthcare*, Cambridge University Press, Cambridge 2000
11. De Rysky S., "L'ipnosi in odontoiatria", in Granone F. (a cura di), *Corsodi Ipnosi Medica*, Minerva Medica, Torino 1975, pp. 102-105.
12. Giangregorio N., "La paura del dentista: perchè?", *Rivista Italiana di Stomatologia*, 2, 1982, pp. 175-178
13. Giangregorio N., *Manuale di odontoiatria psicosomatica e psicostomatologica*, Piccin, Padova 1992
14. Maravita A., "Rappresentazione cerebrale del dolore e dell'analgesia ipnotica", *Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnologica*, 25, 3, 2005, pp. 61-63
15. Matarazzo J.A., "Stili di vita e salute: buone e cattive abitudini nella salute e nella malattia", *Bollettino di Psicologia Applicata*, 209, 1994, pp. 3-13
16. Megighian G., Strohmenger L., "L'efficacia della prevenzione orale negli anziani", *Prevenzione e Assistenza Dentale*, 5, 1998, pp. 16-20.
17. Fulvio Forino Perché la Complessità? Nuove risposte a domande di sempre Festival della Complessità - Dedalo '97
18. Feltrinelli Giangiacomo *La sfida della complessità*, Feltrinelli Editore, Milano, 1994
19. Licata Ignazio *Le leggi della complessità Dedalo 97*
20. D'Alessandro D, Rusconi C *RIFLESSIONI SULLA COMPLESSITA'* Dipartimento di Architettura ed Urbanistica per l'Ingegneria – Università "La Sapienza" di Roma
21. *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*, Paris, UNESCO, 1999
22. Ralph D. Stacey "Management e caos": la creatività nel controllo strategico dell'impresa, Guerini e Associati Editori.
23. A. Ginestra, A. Venere, R. Vignera *Elementi di comunicazione per le professioni sanitarie. Strategie operative per le aree infermieristica, preventiva, riabilitativa e tecnica* Franco Angeli, Milano 2008
24. Zanobini M., Usai M. *Psicologia dell' handicap e della riabilitazione*. 1998 Milano, (Franco Angeli)
25. Minuchin & alt., *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio Ubaldini, 1978
26. Zanobini M., Usai M. *Psicologia dell' handicap e della riabilitazione*. 1998 Milano, Franco Angeli

27. Minuchin & alt., Famiglie e terapia della famiglia, Astrolabio Ubaldini, 1978
28. Building resilience of family caregivers. Social Service Journal. Vol. 14, Dec 05/Jan 06
29. Luchetti L, et al. Il carico soggettivo dei caregivers di anziani affetti da demenza: quali indicazioni di intervento? Indagine nel territorio piacentino. G Gerontol 2007;55:704-718 -
30. Bonati PA. Le implicazioni sociali. Quale futuro per i caregivers. Congresso Nazionale Società Italiana di Gerontologia e Geriatria