

# Numero 1/2012

# *il* Grandangolo

I Quaderni di Cultura della Società per la Promozione dell'Educazione Medica

## In questo numero:

- Unità Operativa di Odontoiatria Speciale Riabilitativa nel Paziente Disabile

**S.P.E.M.E.**

**CIMO** ASSOCIAZIONE  
SINDACALE  
MEDICI  
DIRIGENTI



**Unità Operativa di Odontoiatria Speciale  
Riabilitativa nel Paziente Disabile**

**P.O. Ferrarotto**

**Dir. Dott. G.R. Spampinato**

**A.O.U. Policlinico Vittorio Emanuele**

**Catania**

---

**SUPPORTO PSICOLOGICO AL PAZIENTE  
DISABILE SOGGETTO AD INTERVENTO  
ODONTOIATRICO**

---

**C. Marano**

**Psicologa**

**Master in Neuropsicologia e Riabilitazione Neuropsicologica**

**G.R. Spampinato**

**Direttore**

**Unità Operativa di Odontoiatria Speciale Riabilitativa nel  
Paziente Disabile**

## 1 INDICE

Summary	
Introduzione.....	pag. 2
Special Care Dentistry.....	pag. 2
Capitolo 1	
La disabilità fisica e psichica.....	pag. 4
1.1.La disabilità psichica.....	pag. 6
1.2.Approccio al paziente con disabilità psichica.....	pag. 7
1.3.Accoglienza al reparto di O.S.R. nel paziente disabile.....	pag. 9
1.4.L'ansia dovuta al contesto.....	pag. 9
Capitolo 2	
Pazienti Special Needs.....	pag.12
2.1 H.I.V.....	pag.12
2.1a H.C.V.....	pag.13
2.1.1 Stigma e discriminazione.....	pag.14
2.1.2 Auto stigmatizzazione.....	pag.15
2.1.3 Il paziente H.I.V. e H.C.V nell'U.O.C. di O.S.R.....	pag.16
2.1.4 Come intervenire.....	pag.17
2.2. Il paziente con scompenso cardiaco.....	pag.18
2.2.1 I vissuti emotivi: La Sindrome del Sopravvissuto.....	pag.20
2.2.2 Il supporto psicologico.....	pag.21
2.2.3 L'intervento odontoiatrico in pazienti cardiopatici.....	pag.22
2.2.4.Il supporto psicologico al paziente cardiopatico e famiglia nella fase pre e post intervento odontoiatrico.....	pag.23
Capitolo 3	
Approccio multidisciplinare al paziente disabile.....	pag.25
Conclusioni.....	pag.27
Bibliografia	

## Summary

Due to the sensitivity shown by the Hospital-University Vittorio Emanuele, Ferrarotto, S.Bambino of Catania, it was established the Division of Dentistry Special Rehabilitation directed from Dott.G.R. Spampinato dedicated to the diagnosis and treatment of dental diseases, with activities aimed specifically to patients with dislocations physical / neurological / psychic that cannot be cooperative with respect to the dental care they need, and that will be feasible only with an approach to dental care in General Anesthesia

The audience also includes special needs patients what patients with HIV, HCV from congestive heart disease and anticoagulant therapy. The Business Unit offers to the disabled patient dental care and not for rehabilitation purposes demolition, in order to restore and recover an important feature for his good quality of life. Many disabled patients have major dental problems, and this exacerbates their feelings of illness and suffering. The unit is structured, organized and sized to meet the personal needs of physical, behavioral and treatment of any patient with neurological disabilities or syndromes with implications that come to us. The 'Unit is able to perform all necessary dental procedures, in real time from diagnosis to treatment rx conservation and rehabilitation of oral surgery procedures, with intensive approach, addressing the needs of dental Mobility in a single episode, with a hospitalization in day surgery that ends in early afternoon. This procedure allows admission to disrupt as little as possible the user's habits with disabilities and their families. The welfare activities of the Unit since its inception, is characterized by attention to multidisciplinary health needs of people with disabilities, is part of the routine examination esofagogastroduodenoscopico in patients taking the drugs in chronic gastric likely. In addition to dental diseases, when appropriate and necessary, of surgical interest are applied in the same operative session, with lower costs of health and human diseases have never been resolved earlier.

## **Introduzione**

### **Special Care Dentistry**

L'Odontoiatria Speciale (*Special Care Dentistry*) è la branca dell'odontoiatria che si occupa dei soggetti con particolari esigenze: pazienti con disabilità intellettiva, pazienti affetti da malattie che ne riducono la mobilità o la collaborazione, persone anziane con patologie croniche invalidanti, persone con malattie che rendono il trattamento odontoiatrico critico, persone socialmente svantaggiate.

Scopo dell'Odontoiatria Speciale è di consentire a tali tipologie di pazienti di essere curati in maniera paragonabile per efficacia al resto della popolazione, raccogliendo le informazioni necessarie per attuare strategie terapeutiche, tali da effettuare un piano di trattamento normale, nonostante la scarsa collaborazione del soggetto interessato<sup>1</sup>.

A tal fine, presso l'ospedale Ferrarotto di Catania, è stato istituito un reparto apposito: L'Unità Operativa Complessa di Odontoiatria Speciale Riabilitativa diretta dal Dott.G.R.Spampinato.

L'attività è rivolta ai portatori di handicap, psichico o psico-fisico, e affetti da patologie psichiatriche, non collaboranti, che necessitano di cure odontoiatriche attuabili esclusivamente in ricovero breve ed in anestesia generale. Tale servizio ospedaliero vuole offrire al Cittadino svantaggiato, in quanto portatore di handicap, la possibilità di fruire di cure odontoiatriche con finalità riabilitative e non demolitive. Questo rappresenta per tali cittadini un'occasione per essere uguali agli altri rispetto al "*BENE SALUTE*" e abbattere una delle tante barriere che li affliggono.

L'attività assistenziale dell'U.O. è dedicata ai pazienti affetti da patologie croniche invalidanti, i cosiddetti "Special Needs", negli ambiti della Odontostomatologia e, mediante il supporto di specialisti di altre discipline, effettua interventi combinati e

---

<sup>1</sup> Br Med J. 1973 Aug 18;3(5876):393-6. Workshop for disabled survivors of severe head injury. London PS.

contestuali, realizzando l'obiettivo di una Sanità orientata ai bisogni assistenziali dei Pazienti speciali.

Sono particolarmente caratterizzanti le linee d'attività di Esofagogastroduodenoscopia in soggetti disabili non collaboranti sottoposti, in cronico, a terapie farmacologiche potenzialmente lesive per l'apparato gastroenterico e, di recentissimo avvio, l'attività di riabilitazione orale funzionale-estetica, mediante protesi dentarie fisse, in pazienti disabili fisico-psichici selezionati soprattutto in base alle loro potenzialità di un migliore inserimento nel contesto sociale.

## Capitolo 1

### La Disabilità fisica e psichica

L'OMS definisce la disabilità come qualsiasi limitazione o perdita della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano. La disabilità è la condizione personale di chi, in seguito ad una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma, pertanto è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane e spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale<sup>2</sup>.

#### La classificazione ICIDH

La classificazione **ICIDH** (*International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps*) del 1980 dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) distingueva tra:

- **Menomazione**: intesa come perdita o anomalità a carico di una struttura o una funzione psicologica, fisiologica o anatomica e rappresenta l'estensione di uno stato patologico. Se tale disfunzione è congenita si parla di minorazione;
- **Disabilità**: ovvero qualsiasi limitazione della capacità di agire, naturale conseguenza ad uno stato di minorazione/menomazione;
- **Handicap**: svantaggio vissuto da una persona a seguito di disabilità o minorazione/menomazione.

Tale classificazione negli anni ha mostrato una serie di limitazioni.

- Non considera che la disabilità è un concetto dinamico, in quanto può anche essere solo temporanea.

---

<sup>2</sup> World Psychiatry. 2011 Oct;10(3):175-80. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM, Cooper SA, Martinez-Leal R, Bertelli M, Adnams C, Cooray S, Deb S, Akoury-Dirani L, Girimaji SC, Katz G, Kwok H, Luckasson R, Simeonsson R, Walsh C, Munir K, Saxena S.Source.

- È difficile stabilire un livello oltre il quale una persona può considerarsi disabile.
- La sequenza può essere interrotta, nel senso che una persona può essere menomata senza essere disabile.

Nell'ICIDH si considerano solo i fattori patologici, mentre un ruolo determinante nella limitazione o facilitazione dell'autonomia del soggetto è giocato da quelli ambientali.

Negli anni 90, l'OMS ha commissionato a un gruppo di esperti di riformulare la classificazione tenendo conto di questi concetti. La nuova classificazione, detta **ICF** (*International Classification of Functioning o Classificazione dello stato di salute*), definisce lo stato di salute delle persone piuttosto che le limitazioni, dichiarando che l'individuo "sano" si identifica come "individuo in stato di benessere psicofisico" ribaltando, di fatto la concezione di stato di salute. Introduce, inoltre, una classificazione dei fattori ambientali.

Questo significa che mentre la disabilità viene intesa come lo svantaggio che la persona presenta a livello personale, l'handicap rappresenta lo svantaggio sociale della persona con disabilità. L'ICIDH prevede la sequenza: Menomazione - Disabilità - Handicap, che, tuttavia, non è automatica, in quanto l'handicap può essere diretta conseguenza di una menomazione, senza la mediazione dello stato di disabilità.

Si parla di handicap per descrivere uno svantaggio fisico, senza tenere in considerazione la condizione che si crea, quando viene detta questa parola, che può manifestare nel disabile un senso di disagio e rabbia per la sua situazione. Questa condizione genera un forte stress sia nel soggetto che nel proprio contesto di riferimento, il quale deve fronteggiare e contenere tutte le esigenze del caso.

## 1.1 La Disabilità Psichica

La disabilità intellettiva e relazionale è una condizione di salute irreversibile, data dall'effetto di gravi patologie neurologiche. Le cause della disabilità intellettiva possono essere di natura genetica o non genetica.

Si parla di cause genetiche, qualora siano presenti anomalie in un singolo gene oppure anomalie strutturali dei cromosomi. Le cause non genetiche, invece, sono quelle che si determinano a livello biologico e possono originarsi in diversi momenti della vita di un individuo: possono determinarsi prima della nascita, durante il parto (prematùrità ed asfissia), oppure per patologie sopravvenute dopo il parto (ad esempio encefaliti, meningiti o traumi cranici).

Tra le patologie esistenti, alcune hanno una incidenza rilevante.

Le più diffuse sono:

L' Encefalopatia, letteralmente significa malattia dell'encefalo, che, in campo medico, rientra nella categoria delle malattie metaboliche, in quelle tossiche, neoplastiche e degenerative del cervello. Ne esistono molteplici tipi con differenti cause, sintomi e cure, possono essere sia fatali ma anche reversibili<sup>3</sup>. Consistono in una lesione a carico dell'encefalo e possono essere determinate da molteplici fattori (genetici, vascolari, traumatici, infettivi, tossici). Si determinano durante la gestazione, il parto o nei primi anni di vita del bambino. Le possibili conseguenze possono essere molto diverse a seconda del tipo e grado di lesione e possono determinare patologie differenti.

La Sindrome di Down è una anomalia cromosomica numerica. Tale patologia è caratterizzata dalla presenza di un cromosoma in più nelle cellule: in particolare vi sono tre cromosomi 21 invece di due (da qui il nome di trisomia 21). Una persona affetta da Sindrome di Down è soggetta con maggior frequenza a patologie

---

<sup>3</sup> Joseph C. Segen, *Concise Dictionary of Modern Medicine*

fisiche ed ha una speranza di vita inferiore, rispetto alla media, anche se quest'ultima, negli anni, è molto aumentata. Presenta ritardo mentale, ma l'entità di tale ritardo è molto variabile da persona a persona.

L'autismo, chiamato originariamente Sindrome di Kanner, è considerato dalla comunità scientifica internazionale un disturbo che interessa la funzione cerebrale. Il soggetto autistico mostra una marcata diminuzione dell'integrazione sociale e della comunicazione. Attualmente risultano ancora sconosciute le cause di tale condizione<sup>4</sup>. A livello di classificazione nosografica, nel DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) l'autismo rientra nella categoria clinica dei "Disturbi Pervasivi dello Sviluppo", cui appartengono, fra le varie altre sindromi, anche la sindrome di Asperger, la sindrome di Rett e il Disturbo disintegrativo dell'infanzia. Tale patologia è caratterizzata da deficit della comunicazione, dell'interazione sociale e da problemi di comportamento.

La disabilità intellettiva si associa frequentemente a malattie psichiatriche, la cui incidenza è superiore di 3-4 volte rispetto al resto della popolazione. Ogni patologia psichiatrica può quindi sovrapporsi al ritardo mentale ed anzi il ritardo mentale stesso è uno dei più importanti fattori di vulnerabilità psichiatrica.

I disturbi psichici più frequenti sono le psicosi, la depressione, i disturbi della condotta, i disturbi d'ansia, i disturbi affettivi, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività.

## **1.2 Approccio al paziente con disabilità psichica**

Nel corso degli ultimi decenni si è sviluppato un diverso approccio alla disabilità in senso generale. Da un concetto di custodialismo e quindi di emarginazione sociale, in cui la disabilità era vissuta come elemento discriminante, si sta oggi sempre più affermando un approccio basato sulla tutela della qualità della vita della persona disabile.

---

<sup>4</sup> Daniels JL, Forssen U, Hultman CM, Cnattingius S, Savitz DA, Feychting M, Sparen P. (2008). Parental psychiatric disorders associated with autism spectrum disorders in the offspring. *Pediatrics*.

L'impatto della condizione di disabilità sulla qualità di vita delle persone può essere particolarmente rilevante, coinvolgendo in maniera importante anche il nucleo familiare di origine<sup>5</sup>.

Le dimensioni più rilevanti chiamate in causa sono la possibilità di realizzare una compiuta inclusione sociale, la possibilità di esercitare un sufficiente livello di autodeterminazione e la condizione di salute (poiché la condizione clinica delle persone con disabilità è complessa e spesso caratterizzata dalla compresenza di patologie psichiche e fisiche).

Nel campo specifico della disabilità intellettiva il cammino verso una maggiore inclusione nella società ha subito una importante accelerazione, anche se la strada da fare è ancora molta.

Se è vero che la disabilità è definita come “*una condizione di salute in un ambiente sfavorevole*” lo scopo che ci si propone è quello di fornire i sostegni necessari al fine di superare gli ostacoli ed accedere al miglior livello possibile di qualità della vita. La persona con disabilità intellettiva necessita di una rete sociale che lo sostenga, composta dai familiari, dai servizi di riferimento, dalle istituzioni, dal quadro normativo e dalle risorse sul territorio<sup>6</sup>.

Compito degli operatori sociali è quello di individuare e valutare un progetto individuale basato sui bisogni delle persone, al fine di favorirne lo sviluppo delle capacità di integrazione e partecipazione alla vita sociale<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> J Can Dent Assoc (Tor). 1970 May;36(5):195-200. Dental health and treatment needs of patients in a hospital for the chronically ill. McPhail CW, Curry TM, Paynter KJ.

<sup>6</sup> J Am Dent Hyg Assoc. 1966;40(2):77-8. Dental hygiene patients with special needs. The cerebral palsy patient. Sullivan S.

<sup>7</sup> Mod Hosp. 1967 Mar;108(3):130-1. Young patients are special with needs of their own. Maher HJ.

### **1.3 Accoglienza al Reparto di Odontoiatria Speciale e Riabilitativa**

Nel momento in cui il soggetto con disabilità si trova nella condizione di doversi sottoporre ad un intervento odontoiatrico, quest'ultimo è vissuto dal soggetto stesso e dai familiari come un fattore di stress emotivo. Si rivela, quindi, di primaria importanza che il paziente portatore di una disabilità fisica o psichica, al suo ingresso in reparto, trovi operatori che lo rassicurino, lo indirizzino e lo informino, in modo che la sua degenza, seppur breve, possa essere il meno traumatica possibile e possa concludersi con un'assistenza di elevata qualità, anche di fronte a pazienti di diverso contesto culturale<sup>8</sup>.

Quando il paziente viene accettato nel reparto, si attivano una serie di procedure che comprendono: la compilazione della cartella clinica, la preparazione della sala operatoria, il passaggio del paziente dal suo letto al tavolo operatorio, fino alla fase dell'anestesia.

Nel periodo pre-operatorio, il rapporto che si stabilisce con il paziente è breve, ma è fondamentale che si riesca a comunicare con la persona che sta per affrontare l'evento in maniera chiara nonostante la sua disabilità lo ponga già in una condizione di inferiorità (subire l'intervento chirurgico) e di passività costringendolo ad accettare procedure e manovre non desiderate. Egli si trova, quindi, in una doppia condizione di disagio sia fisico che psichico ancora più accentuato.

### **1.4 L'ansia dovuta al contesto**

Tutto questo crea nel vissuto del paziente una serie di sensazioni, emozioni e sintomi che si traducono in una sola parola: "*ansia*".

---

<sup>8</sup>Br J Nurs. 2012 Feb 8-22;21(3):174-6, 178-80. Intellectual disability nursing and transcultural care. Doody O, Doody CM. Source Department of Nursing and Midwifery, University of Limerick, Ireland.

L'ansia è definita come un senso soggettivo di disagio, paura e attesa apprensiva. Può indicare una patologia psichiatrica primaria o può essere una componente o una reazione ad una malattia fisica primaria<sup>9</sup>.

L'ansia di cui parliamo è un'ansia vissuta, sia dal paziente che dai familiari, nei confronti di un contesto nuovo e sconosciuto; nei confronti del personale medico, che dovrà essere necessariamente intrusivo nella pratica che andrà ad eseguire sul paziente, nei confronti dell'anestesia e, soprattutto, il distacco iniziale nei confronti di questa nuova situazione.

L'ansia pre-operatoria è un'ansia di attesa rispetto a qualcosa che non si conosce e per questo più temuta. Le conseguenze post-operatorie, eventuali complicanze, il dolore, la fase dell'anestesia, il disagio portato dalla patologia odontoiatrica sono i principali oggetti di preoccupazione; ma è altrettanto vero che questi fattori ansiogeni possono essere ridotti attraverso adeguate strategie di informazione adottate da uno specialista.

È proprio in questo contesto che risulta importante la presenza di un supporto psicologico come mediatore di quest'ansia e contenitore di emozioni negative che si sviluppano nel paziente che dovrà sottoporsi all'intervento ma anche nella famiglia.

Nei casi di una disabilità fisica, in assenza di un deficit cognitivo, il supporto psicologico che il reparto offre è orientato maggiormente al paziente che verrà sottoposto all'intervento odontoiatrico, nonostante non escluda il contesto familiare di riferimento. Si conducono colloqui individuali con i pazienti osservando le modalità comunicative non verbali, fondamentali per indagare i livelli di ansia presenti. Ai soggetti vengono somministrati test per la valutazione dell'ansia quali la Masc o il Bai; vengono informati in maniera precisa sull'intervento in modo da permettergli di avere chiarezza sui trattamenti ai quali verranno sottoposti, supportati e rassicurati sulla sicurezza dell'intervento, in modo tale da porre il paziente nella fase pre-operatoria in una

---

<sup>9</sup> American Psychiatric association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4<sup>th</sup> ed. Washington DC, American Psychiatric association, 1994.

condizione di maggiore tranquillità nei confronti del personale medico che eseguirà l'intervento ma anche nei confronti dell'intervento stesso.

Lo psicologo, inoltre, informerà il paziente che al risveglio dall'anestesia la sua figura sarà presente come contenimento delle sue emozioni post operatorie, fino alla dimissione.

Questo servizio non prescindere dal supporto psicologico che verrà dato anche al contesto di riferimento del paziente sottoposto all'intervento, presente in quel momento in reparto. Infatti, lo psicologo, oltre che fornire lo stesso servizio a genitori o parenti, si porrà in una condizione di "ponte comunicativo" tra il dentro della sala operatoria e il fuori, la sala d'attesa; informandoli su tutte le fasi dell'intervento e sull'andamento di questo; rendendosi comunque disponibili a dare qualsiasi tipo di informazione avessero bisogno.

A differenza dei pazienti con la sola disabilità fisica, nei confronti dei quali è maggiormente indirizzato il supporto psicologico pre e post operatorio, in quanto collaborativi rispetto al contesto di riferimento, nei pazienti con disabilità psichica ciò non avviene.

La disabilità psichica pone il soggetto in una condizione di non collaboratività a causa della sua patologia psichica e/o psichiatrica che molto spesso si associa anche ad una disabilità fisica. In questi casi è molto più produttivo un sostegno psicologico nei confronti della famiglia che lo accompagna al reparto adottando le stesse tecniche già descritte quali la somministrazione di test per l'ansia per il monitoraggio dell'ansia, tecniche di rilassamento e colloqui individuali o di coppia, qualora il caso lo richiedesse, con l'obiettivo di contenere l'emotività negativa, l'eccessiva ansia a causa del fatto che si trovano in una situazione di doppia preoccupazione sia per la gravità della situazione del paziente, sia per l'intervento al quale dovrà essere sottoposto e gli eventuali risvolti post operatori.



## Capitolo 2

### Pazienti Special Needs

Gli *Special Needs* sono pazienti affetti da malattie croniche invalidanti quali quelle infettive trasmissibili (HCV, HIV), trapiantati o candidati a trapianto d'organo, cardiopatici sottoposti a terapia anticoagulante orale (T.A.O.). La U.O.C. "O.S.R." cura i pazienti Special Needs senza fare ricorso a lunghe ospedalizzazioni.

#### 2.1 H.I.V.

Il virus dell'immunodeficienza umana (**HIV**, acronimo dall'inglese *Human Immunodeficiency Virus*) è il virus responsabile della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

La Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (da cui l'acronimo SIDA in italiano, francese e spagnolo), o Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS in inglese, utilizzato anche all'estero) è una malattia del sistema immunitario causata dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV).<sup>10 11 12</sup>

La malattia interferisce con il sistema immunitario, rendendo le persone colpite più vulnerabili alle infezioni, incluse le infezioni opportunistiche e tumori, che generalmente non colpiscono le persone con un sistema immunitario normale. Questa vulnerabilità aumenta con il progredire della malattia.

Il virus dell'HIV si trasmette attraverso i rapporti sessuali, attraverso il sangue o gli emoderivati e da una madre infetta al bambino al momento del parto, nel periodo perinatale o tramite l'allattamento. Non vi è alcuna dimostrazione che l'HIV si

---

<sup>10</sup> Sepkowitz KA (giugno 2001). *AIDS—the first 20 years*. *N. Engl. J. Med.* 344 (23): 1764–72. DOI: 10.1056/NEJM200106073442306. PMID 11396444.

<sup>11</sup> Weiss RA (maggio 1993). *How does HIV cause AIDS?*. *Science* 260 (5112): 1273–9. DOI:10.1126/science.8493571. PMID 8493571.

<sup>12</sup> Russell Cecil, *Textbook of Medicine*, Philadelphia, Saunders, 1988, 1523, 1799. ISBN 0721618480

trasmetta attraverso contatti casuali, o possa diffondersi attraverso insetti. L'infezione da HIV è, in tutto il mondo, soprattutto una malattia sessualmente trasmessa. Esso è stato riscontrato nello sperma, sia nelle cellule mononucleate infette che nel fluido seminale. Il virus è stato ritrovato anche nello striscio cervicale e nel fluido vaginale<sup>13 14</sup>.

## 2.1a H.C.V.

L'epatite C è una malattia infettiva che colpisce soprattutto il fegato, causata dall'Hepatitis C Virus (HCV). L'infezione è spesso asintomatica ma la sua cronicizzazione può condurre alla cirrosi epatica, che risulta generalmente evidente dopo molti anni dall'infezione. In alcuni casi, la cirrosi porterà a sviluppare insufficienza epatica, varici esofagee, gastriche, ed epatocarcinoma.<sup>15</sup>

L'HCV è trasmesso principalmente per contatto diretto con il sangue infetto, spesso associato all'uso di droghe per via endovenosa, presidi medici non sterilizzati e trasfusioni di sangue. Questo virus può trasmettersi per esposizione occupazionale al sangue e la probabilità di infettarsi è maggiore nelle unità di dialisi. Si stima che circa 130-170 milioni di persone al mondo siano infettate dal virus dell'epatite C<sup>16</sup>. Negli Stati Uniti l'incidenza di infezione da HCV è dell'1,8%, maggiore nei neri e nei messicani rispetto ai bianchi. Un'incidenza analoga di infezione si riscontra nella maggior parte dei Paesi del mondo. Negli operatori sanitari l'incidenza di infezione non è significativamente più elevata di quella della popolazione generale; tuttavia gli operatori sanitari

<sup>13</sup> HIV and Its Transmission. Centers for Disease Control and Prevention, 2003. URL consultato il 23 maggio 2006. (archiviato dall'url originale il 4 febbraio 2005)

<sup>14</sup> How HIV is spread. San Francisco AIDS Foundation, 14 aprile 2006. URL consultato il 23 maggio 2006.

<sup>15</sup> Ryan KJ, Ray CG (editors) (a cura di), Sherris Medical Microbiology, 4th, McGraw Hill, 2004, 551–2.

<sup>16</sup> J Am Dent Hyg Assoc. 1966;40(2):73-4. Dental hygiene patients with special needs. The hepatitis patient. Fagergren JL.

hanno una maggiore probabilità di contrarre l'infezione attraverso punture accidentali con aghi infetti<sup>17</sup>.

### 2.1.1 Stigma e discriminazione

La parola stigma viene usata come sinonimo di “*marchio*” in riferimento ad una disapprovazione sociale di alcune caratteristiche personali. Una definizione che lo rende perfetto per rappresentare la discriminazione nei confronti delle persone con HIV e HCV basata su pregiudizi morali e sociali, favorita dalla presenza di “*segni fisici*” riconoscibili.

La persona con queste infezioni rimane da biasimare, da incolpare, da allontanare e i media fanno poco per eliminare il pregiudizio anzi, in molti casi, diffondono informazioni inaccurate o incomplete per accrescere la paura ed alimentare i dubbi. I pazienti con HIV o HCV vivono ogni giorno lo stigma, temono per il proprio lavoro, per la propria salute, per la propria famiglia e la propria vita. Ci sono molte ragioni che concorrono a favorire questo stigma: l'hiv e l'hcv sono malattie pericolose, curabili ma non guaribili; sono malattie infettive e trasmissibili tramite comportamenti a rischio come i rapporti sessuali e l'uso illegale di droghe. Tutti questi pregiudizi mostrano come sia facile vedere le persone con hiv e hcv come chi ha meritato l'infezione e come chi è, o deve essere, fuori dal sistema della società generale, sana ed economicamente produttiva. In una parola, le persone con hiv e hcv sono viste e pensate come colpevoli di qualcosa che le ha portate a contatto col virus.

Lo stigma associato all'hiv e hcv ha un elevato costo sia a livello comunitario che individuale, è importante ricordarlo sempre per rendersi conto di quanto sia inutile e pericoloso sebbene sia così difficile da sradicare. Lo stigma non previene la trasmissione

---

<sup>17</sup> Houghton M (novembre 2009). *The long and winding road leading to the identification of the hepatitis C virus. Journal of Hepatology* 51 (5): 939–48.

dell'hiv e hcv, anzi la favorisce. Lo stigma diffuso e radicato può solo portare le persone infette ad essere isolate, discriminate, escluse o vittimizzate.

Le varie comunità ammettono che l'hiv e l'hcv siano due condizioni che necessitano di un confronto, d'informazione, ma in realtà non vogliono sapere e ciò rinforza lo stigma.

### **2.1.2 Auto stigmatizzazione**

A livello personale lo stigma legato a queste patologie può portare a sottovalutarsi, auto annullarsi, perdere fiducia in se stessi. Scoprire di avere l'hiv o l'hcv può significare cambiare il modo di pensare se stessi, la propria identità, la propria immagine, il proprio futuro, alimentando un'autodiscriminazione che viaggia di pari passo con lo stigma. Ci si sente inutili, malati, non produttivi, veicoli di rischio per gli altri. Si può decidere di abbandonare il lavoro, i contatti sociali, i rapporti familiari, solo per la paura che prima o poi si verrà a sapere della propria malattia.

È importante ricordare che l'hiv e l'hcv sono solo infezioni, non un giudizio morale o una punizione legata a chi si è o a cosa si è fatto. E' solo un virus che si è contratto in un determinato modo.

Sul piano psicologico è vissuta in termini di responsabilità, colpa per averla contratta e di pericolosità per il fatto di poterla trasmettere agli altri, partner e familiari. Rappresenta una minaccia per la propria salute, per la propria integrità fisica, la messa in crisi di un progetto esistenziale e dell'immagine di sé e del proprio ruolo sociale. È importante perdonare se stessi e accettare che ora si sta vivendo con l'infezione. Per molte persone è un processo lungo ed emotivamente doloroso che coinvolge nel profondo mettendo in discussione tutte le certezze fino a quel momento esistenti; un processo che sicuramente può aver bisogno di un sostegno psicologico. Vivere con l'hiv o con l'hcv non è una condanna a morte. Restare in silenzio, nascondersi ed annullarsi può solo servire a peggiorare la situazione, favorire la progressione della

malattia e nutrire lo stigma. Per combattere lo stigma bisogna partire da se stessi, combattendo la propria paura, i propri fantasmi, il “*proprio*” stigma.

Oggi, senza alcuna giustificazione scientifica, ci sono persone con hiv o hcv che subiscono discriminazioni ingiuste e intollerabili, a causa della poca informazione sull’argomento, non solo nel contesto sociale ma anche all’interno del contesto ospedaliero.

### **2.1.3 Il paziente H.I.V. e H.C.V. nell’U.O.C. di O.S.R.**

Sebbene siano passati più di 25 anni dall’identificazione degli agenti causali di tali patologie, c’è ancora bisogno, in ambito ospedaliero, di una raccomandazione su come gestire le persone affette da hiv e hcv.

Ancora oggi, senza nessuna giustificazione scientifica, ci sono persone sieropositive che subiscono discriminazioni, ingiuste e intollerabili, e diffidenza da parte del personale medico che non hanno motivo di esistere in quanto le procedure universali di igiene e di prevenzione di malattie devono sempre essere utilizzate e non solo a misura di persona con H.I.V. o H.C.V., ma generali, a tutela di tutta la popolazione che accede alle cure<sup>18</sup>.

Non esiste alcuna ragione di sanità pubblica che giustifichi da parte del personale medico misure di isolamento, quarantena o discriminazione adottate nei confronti di determinate persone per il solo motivo che esse sono infettate o sospettano di esserlo. I modi di trasmissione di queste infezioni sono limitati e consistono quasi unicamente in comportamenti ed atti ben definiti che dipendono dalla volontà di ciascuno. I malati infettati dall’hiv o dall’hcv pongono numerosi problemi al personale sanitario in tutti gli stadi della malattia.

---

<sup>18</sup> *Public Health Rep.* 2012 May;127 Suppl 2:17-24. *Correlates of Unmet Dental Care Need Among HIV-Positive People Since Being Diagnosed with HIV.* Jeanty Y, Cardenas G, Fox JE, Pereyra M, Diaz C, Bednarsh H, Reznik DA, Abel SN, Bachman SS, Metsch LR.

Poiché queste sono malattie altamente pubblicizzate, per le quali non esiste alcun trattamento, sottopone il personale sanitario a forti tensioni emotive. A causa della paura del contagio e della stigmatizzazione che spesso vengono generati da queste infezioni, il malato può ritrovarsi ad essere vittima di ostracismo e isolamento.

Il personale sanitario a contatto con pazienti con infezione da HIV ha un rischio basso di infettarsi in conseguenza dell'attività professionale. I risultati di numerosi studi su ampie casistiche dimostrano che il rischio di infezione da HIV a seguito di una ferita percutanea con aghi contaminati dal virus è circa dello 0,3%. Uno studio sulla sieroprevalenza condotto su 3420 chirurghi ortopedici di cui il 75% operava in zone con un tasso di infezione da HIV piuttosto alto, non ha identificato alcun caso di possibile infezione occupazionale; questo dato suggerisce che il rischio di infezione con ago da sutura potrebbe essere significativamente più basso rispetto a quello legato a puntura con aghi forati usati per il prelievo di sangue, anch'esso tuttavia abbastanza basso. Si evidenzia anche come la scrupolosa applicazione delle linee guida per il trattamento degli oggetti acuminati dal personale sanitario è sufficiente per determinare una drastica riduzione di questo tipo di incidenti<sup>19</sup>.

### **2.1.4 Come intervenire**

Gli infermieri devono trovarsi in una posizione tale da poter dispensare cure che rispettino la dignità dell'individuo e fornire agli altri operatori sanitari e membri della comunità l'esempio di un atteggiamento privo di pregiudizi.

In considerazione delle manifestazioni cliniche e degli aspetti psicosociali di questa infezione, si rendono necessarie per il personale sanitario che si trova a contatto con questi pazienti competenze in materia di educazione e di consulenza, al fine di

---

<sup>19</sup> *MMWR Recomm Rep. 1998 May 15;47(RR-7):1-33. Public Health Service guidelines for the management of health-care worker exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. Centers for Disease Control and Prevention.*

garantire cure infermieristiche ottimali prive di stigmatizzazioni e discriminazioni.

L'infermiere dovrà essere al corrente della diversità dei problemi incontrati da pazienti con queste infezioni e l'assistenza a quest'ultimo non sarà diversa da quella prestata ai malati aventi sintomi simili.

Anche l'infermiere, a sua volta, ha bisogno di un sostegno psicologico per far fronte alle proprie reazioni affettive soprattutto quando deve interagire con pazienti con questa patologia. Il sostegno psicologico a cui si fa riferimento è caratterizzato da colloqui individuali con l'obiettivo di informare il suddetto personale sulla malattia e sui modi adeguati di interagire con il paziente hiv o hcv presente in reparto.

I colloqui individuali sono orientati a ridurre lo stato d'ansia nel quale si può trovare l'infermiere avendo di fronte un soggetto con questi tipi di infezione per paura di un contagio, andando quindi ad agire sulla riduzione di questa. Evitare ogni tipo di discriminazione contro le persone infettate da hiv o hcv o sospettate di esserlo è particolarmente importante nella lotta contro l'AIDS, sarebbe la stessa sanità pubblica a soffrirne, è per questo necessario attivare un'attività di counselling per il personale medico con l'obiettivo di gestire e contenere ansia, paura e diffidenza qualora debba interagire con pazienti hiv o hcv.

## **2.2 Il paziente con scompenso cardiaco**

Tra i pazienti Special Needs, all'interno della suddetta struttura, ci sono anche i soggetti con scompenso cardiaco sottoposti a terapia anticoagulante orale (T.A.O.).

L'insufficienza cardiaca, o scompenso cardiaco, è definita come l'incapacità del cuore di fornire il sangue in quantità adeguata rispetto all'effettiva richiesta dell'organismo o la capacità di soddisfare tale richiesta solamente a pressioni di riempimento

superiori alla norma<sup>20</sup>. Non dev'essere confusa con l'arresto cardiaco. Da un punto di vista clinico l'insufficienza cardiaca può essere considerata una condizione patologica nella quale un'anomalia della funzione cardiaca è responsabile o dell'incapacità del cuore di pompare sangue in quantità sufficiente al fabbisogno metabolico dei tessuti o di spostamento di un volume di sangue normale, ma con volume ventricolare diastolico abnormemente elevato. Tale condizione può essere causata da problemi sia strutturali sia funzionali. Tra le cause più comuni si trovano: l'infarto del miocardio, l'ischemia miocardica, l'ipertensione, le valvulopatie e le cardiomiopatie<sup>21</sup>. L'insufficienza cardiaca è la complicanza più importante di ogni cardiopatia<sup>22</sup>.

I sintomi dello scompenso cardiaco sono numerosi. Tra essi i più importanti sono la difficoltà nel respirare (dispnea), che si manifesta specialmente da sdraiati (ortopnea), la tosse e la facilità di affaticamento durante l'esercizio fisico. Tale condizione limita, più o meno seriamente, le attività quotidiane del malato a causa della insufficiente perfusione muscolare e polmonare, peggiorando la qualità della vita e instaurando un vortice peggiorativo in cui il paziente tende sempre più alla sedentarietà ed a ridurre la propria autonomia.

Spesso l'insufficienza cardiaca non viene diagnosticata a causa della mancanza di una definizione universalmente accettata. La terapia consiste normalmente nel controllo di alcuni aspetti dello stile di vita del paziente (ad esempio la riduzione della quantità di sale ingerita) e nell'assunzione di farmaci specifici. Talvolta può risultare necessario ricorrere all'intervento chirurgico o ad una terapia anti-coagulante, la quale costituisce un trattamento di grande e crescente importanza per la cura e la prevenzione delle malattie trombo-emboliche e della patologia vascolare in genere. Infatti, in alcune condizioni, il rischio di formazione dei trombi è particolarmente alto per cui il trattamento antiaggregante non è

---

<sup>20</sup> Gensini, *op. cit.*, p.18

<sup>21</sup> McMurray JJ, Pfeffer MA (2005). Heart failure. *Lancet* 365 (9474): 1877–89. DOI:10.1016/S0140-6736(05)66621-4. PMID 15924986.

<sup>22</sup> Schwartz k., Mercadier J-J: *Molecular and Cellular biology of heart failure*. *Curr Opin Cardiol* 11:227, 1996.

sufficiente a ridurre il rischio in modo adeguato e occorrono, quindi, dei farmaci più potenti: gli anticoagulanti orali.

La terapia anticoagulante orale (T.A.O.) riduce le recidive di eventi cardiovascolari, tuttavia non è priva di effetti collaterali in quanto può essere responsabile di sanguinamenti e/o emorragie. Ogni paziente in terapia con anticoagulanti orali necessita di frequenti controlli del sistema di coagulazione. Nonostante la più scrupolosa attenzione nel monitoraggio della terapia, possono verificarsi eventi indesiderati. Circa il 10% dei pazienti sottoposti a T.A.O. da almeno un anno presenta una complicanza grave che richiede un attento controllo medico e lo 0,5-1% presenta una emorragia maggiore o fatale. Nonostante i rischi di sanguinamento, alcuni pazienti possono avere bisogno di una terapia anticoagulante per tutta la vita<sup>23</sup>.

### **2.2.1 I vissuti emotivi: La Sindrome del Sopravvissuto**

Il contesto affettivo e familiare del paziente che sopravvive ad un infarto conta molto per la sua ripresa. La malattia obbliga a ripensare la propria vita e il rapporto di coppia. L'infarto, e le cardiopatie in generale, sono un *“fulmine a ciel sereno”* che costringono a vivere l'angoscia della morte imminente, l'ingiustizia per il *“tradimento”* della vita, la perdita dell'immagine di sé come persona integra. L'equilibrio interiore si incrina e, a volte, cede. Si tratta di una fase critica, che spesso implica accettare il dolore della perdita di un'identità forte e indipendente, rielaborare i propri significati interiori circa la vita e la morte, affrontare emozioni di tristezza e angoscia e riorganizzare i propri ritmi quotidiani mobilitando risorse a volte dimenticate o sottovalutate. Il paziente dopo l'evento cardiopatico può non sentirsi più la stessa persona. Una volta dimesso dall'ospedale, torna in famiglia e in società, spesso anche nel mondo del lavoro, e tenta di reintegrarsi in una realtà dove le sue certezze e i suoi ruoli con i familiari, con i figli,

---

<sup>23</sup> BHATT DL, TOPOL EJ: Antiplatelet and anticoagulant therapy in the secondary prevention of ischemic heart disease. *Med Clin North Am* 84: 163, 2000

con gli amici ed i colleghi sono cambiati. Talvolta, le persone che hanno a che fare con disturbi fisici cronici somatizzano tali vissuti emotivi, percependo la propria condizione come più grave e invalidante di quanto sia in realtà.

Nei pazienti con patologia cardiovascolare sono comuni sentimenti di depressione, ansia e rabbia, sia pure di grado moderato<sup>24</sup>. La depressione si può manifestare con sentimenti di tristezza e disperazione, tendenza al pianto, perdita di interesse per le attività quotidiane e per le occupazioni che prima erano gratificanti; talvolta sono accompagnati da sintomi come cattiva qualità del sonno, scarsa concentrazione, mancanza di energia, perdita dell'appetito; insomma con un rallentamento generale che spesso viene sottovalutato in quanto viene attribuito unicamente alla malattia fisica. I sentimenti d'ansia si manifestano in angosce e rimuginazioni. La paura che si verifichi un altro infarto, che la propria vita non valga più niente e che non dia alcuna soddisfazione, può provocare agitazione e inquietudine costanti, accompagnate da disturbi del sonno e dalla tendenza a cercare attenzione o aiuto anche quando non servirebbe. Un'altro sentimento molto comune è la rabbia, la sensazione di essere stati in qualche modo traditi dal proprio corpo, l'incapacità di accettare la nuova situazione e di gestire un vissuto di impotenza che spesso porta a negare la gravità della situazione o a provare forte frustrazione. Inoltre, la storia sanitaria dei pazienti cardiopatici si rivela spesso un calvario che precede uno o più interventi, ai quali segue, a seconda della patologia e della gravità, un processo di riabilitazione lungo, che richiede continui controlli. L'identità del cardiopatico si costituisce a partire da un brusco, doppio cambiamento: dalla condizione di salute ad una situazione ad alto rischio di mortalità, fino alla cura, alla riabilitazione e ad uno stato di riconquistata salute e reinserimento nel flusso quotidiano<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> *Anxiety Stress Coping*. 2012 Apr 10. [Epub ahead of print]. *The role of illness perceptions in the attachment-related process of affect regulation*. Vilchinsky N, Dekel R, Asher Z, Leibowitz M, Mosseri M.

<sup>25</sup> *Psychosom Med*. 2012 Apr 17. [Epub ahead of print] *Somatic Depression Predicts Mortality in Chronic Heart Failure: Can This Be Explained by Covarying Symptoms of Fatigue?* Smith OR, Kupper N, Schiffer AA, Denollet J.

### 2.2.2 Il supporto psicologico

Tutti questi sentimenti sono umani e non necessariamente patologici. Si rivela quindi decisiva la possibilità di offrire ascolto, conforto e aiuto a persone che attraversano una fase critica, che spesso implica accettare il dolore della perdita di un'identità forte e indipendente, rielaborare i propri significati interiori circa la vita e la morte, affrontare emozioni di tristezza e angoscia e riorganizzare i propri ritmi quotidiani mobilitando risorse a volte dimenticate o sottovalutate. Per questa ragione diventa molto importante offrire ai pazienti cardiopatici un supporto psicologico o psicoterapeutico insieme a quello medico-sanitario. L'infarto, e le cardiopatie in generale, possono provocare la morte repentinamente, ma l'intervento medico può aiutare il paziente a *"tornare a vivere"*, a patto che modifichi le proprie abitudini e adotti comportamenti salutari. Lo scopo dell'intervento psicologico è facilitare il ritorno ad una vita normale, incoraggiare i pazienti ad attuare cambiamenti nello stile di vita al fine di prevenire ulteriori episodi, affrontare la sofferenza che comunemente segue la malattia coronarica. Alcune persone effettuano una ristrutturazione delle priorità e rivalutano l'importanza dei rapporti umani con un atteggiamento più mite e aperto nei confronti delle persone e della vita in generale, ma anche di sé stessi, rielaborando il significato dell'infarto come una seconda opportunità di vita.

### 2.2.3 L'intervento odontoiatrico in pazienti cardiopatici

Il paziente cardiopatico ha, quindi, un'emotività carica di una forte ansia nei confronti della propria patologia, paura per ogni attività quotidiana che svolge, un pensiero quasi patologico sul cuore, condizioni di stress, depressione che occorre controllare e combattere.

I fattori di ansia e depressione nei soggetti con pregresso infarto sono infatti specifiche fonti di rischio perché influiscono direttamente sull'insieme della vita e ne riducono notevolmente la

qualità. Questa condizione è aggravata nel momento in cui viene riferito al paziente cardiopatico la necessità di doversi sottoporre ad un intervento odontoiatrico. Questo momento viene vissuto come estremamente angosciante, si sviluppa in maniera sempre più evidente che l'anestesia al quale dovrà sottoporsi sarà letale per il proprio cuore, nonostante le continue rassicurazioni da parte del personale sanitario. Ed è proprio alla luce di ciò che necessita la presenza di un supporto psicologico nei confronti di questi soggetti e nei confronti della famiglia.

#### **2.2.4 Il supporto psicologico al paziente cardiopatico e famiglia nella fase pre e post intervento odontoiatrico**

Questo servizio ha lo scopo di contenere l'ansia e l'emotività patologica del paziente cardiopatico nella fase pre e post operatoria accompagnandolo in ogni momento del suo ricovero in ospedale, fornendo adeguate informazioni sull'intervento odontoiatrico a cui verrà sottoposto, adottando anche tecniche di rilassamento individuali i cui obiettivi sono indurre uno stato di calma e di distensione generalizzata, ridurre gli stati di ansia e la reattività agli stimoli stressanti e determinare modificazioni positive sull'apparato cardiovascolare (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, ecc.).

La tecnica di rilassamento tecnico-clinica da utilizzare in reparto è il training autogeno, indubbiamente lo strumento più efficace nel campo della “*soft hypnosis*”. Si ha quindi uno strumento assai efficace per l'analisi e la modificazione dei sintomi (anche somatici) all'interno di un trattamento, meno efficace, invece, nel fronteggiare il dolore (che è un fatto acuto).

Ottimale risulta l'impiego del training autogeno per il controllo dell'ansia e della fragilità emotiva (timidezza, insicurezza, etc.), e quindi la sua utilizzazione al fine di tamponare le paure dei pazienti odontoiatrici si dimostra ampiamente proficua<sup>26</sup>. Tutto questo può

<sup>26</sup>Published in [www.anthropos1987.org](http://www.anthropos1987.org) 2009.

facilitare sensibilmente la situazione del cardiopatico, evitando che egli si concentri sempre più sull'intervento a cui sarà sottoposto con un pensiero continuo che aggrava la sua condizione psicologica e lo rende succube di gravi crisi ansiose.

La valutazione e il supporto psicologico devono essere, quindi, considerati parti essenziali di un programma complessivo. I principali obiettivi sono: provvedere ad una corretta informazione sanitaria di tipo psico-educativo, affrontare insieme al paziente i sentimenti rispetto ai cambiamenti nella sua vita e focalizzarsi sui vissuti di sofferenza emotiva. Gli interventi, in questo caso odontoiatrici, svolgono un'influenza importante sullo stato d'animo degli individui trattati, in quanto costituiscono un evento acuto cruciale e indimenticabile nella vita di una persona, con vissuti di sofferenza prima, durante e dopo l'operazione, nonostante il processo di riabilitazione sia breve, o comunque richiede successivi controlli.

Concretamente, ogni persona affronta il periodo pre e post operatorio con i propri desideri e le proprie motivazioni, mete e bisogni, che determinano i suoi comportamenti e che gli forniscono contemporaneamente gli elementi per interpretare la situazione in cui si trova a vivere. In definitiva molto dipende dalla personalità dell'individuo, che svolge un ruolo decisivo nell'espressione delle risorse personali necessarie per reagire ed adattarsi ad un evento così grave, per lui. Gli interventi di tipo psicologico dovrebbero essere di conseguenza mirati ai bisogni dei singoli pazienti, per affrontare la sofferenza psicologica che comunemente segue la malattia coronarica.

Da un punto di vista operativo, le attività psicologiche più indicate nell'ambito della riabilitazione del paziente cardiopatico sono i colloqui clinici individuali e gli interventi psico-educativi. L'utilizzo dei colloqui individuali offre l'opportunità al paziente di realizzare molteplici scopi: manifestare con tranquillità e spontaneità eventuali problemi o apprensioni; comunicare i propri vissuti emotivi e credenze rispetto alla propria patologia odontoiatrica; esprimere le preoccupazioni rispetto a eventuali fonti

di disagio o malessere nella propria vita; riflettere sui propri obiettivi, aspettative e dubbi circa i cambiamenti sperati o temuti.

I gruppi psico-educativi sono volti a fornire informazioni al paziente sui fattori di rischio cardiovascolare, aiutarlo a interpretare i sintomi e le reazioni emotive alla nuova situazione che affronterà, facilitare la ripresa delle proprie attività dopo l'intervento e fornire un sostegno psicologico per ridurre la preoccupazione sulla malattia e sulle sue conseguenze.

### **Capitolo 3**

#### **Approccio multidisciplinare al paziente disabile**

Al fine di garantire un'efficace funzionamento della struttura, il reparto di Odontoiatria Speciale Riabilitativa, nell'approccio al soggetto disabile, si avvale della collaborazione di un'equipe multidisciplinare.

I pazienti, a seconda della loro patologia o disabilità, nella fase pre operatoria, vengono sottoposti oltre che agli esami routinari, ematochimici e cardiologici, ad una valutazione multidisciplinare ed anestesiologicala sulla patologia correlata alla disabilità, al fine di monitorare la loro condizione ed intervenire nel massimo rispetto, riducendo eventuali complicanze durante l'intervento e nella fase post-operatoria.

L'equipe multidisciplinare del reparto in questione segue una modalità di lavoro collettivo, caratterizzato dall'interazione di varie figure mediche specialistiche al fine di garantire una maggiore sicurezza e tranquillità nel paziente nella fase pre e post operatoria.

L'integrazione tra le varie figure professionali avviene mantenendo una comunicazione rispettosa del proprio e dell'altrui ruolo.

L'equipe del reparto di Odontoiatria Speciale Riabilitativa nel paziente disabile prende in carico tale paziente con patologia odontoiatrica andando oltre questa e ponendosi in un contesto di presa in carico globale dell'utente anche nei confronti di eventuali patologie a basso impatto chirurgico in comorbidity alla stessa patologia odontoiatrica, limitando in questo modo anche gli elevati stati di ansia e preoccupazione del soggetto e/o dei familiari.

Quindi, la multidisciplinarietà del reparto consiste nel prendere in carico in maniera totale il soggetto, intercettare il bisogno odontoiatrico dello stesso, ma anche i bisogni di altro tipo, in un

clima di costante interazione con lo specialista a disposizione per casi specifici e di altro genere.

L'equipe in tale modo minimizza le problematiche dell'utenza, oltre a quelle odontoiatriche, ed il conseguente disagio e trauma dovuti a più narcosi in base alle necessità del soggetto, intervenendo sotto l'effetto di una stessa narcosi sia per la problematica odontoiatrica che per altre problematiche che il paziente presenta.

Nel lavoro multidisciplinare, ogni figura professionale, pur integrandosi con le altre, mantiene un ruolo centrale e di pari dignità per potenziare l'intervento mirato al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

L'offerta di una presa in carico complementare attraverso il coinvolgimento di diverse figure professionali deve tener conto della disponibilità e del consenso consapevole della famiglia del disabile.

Nonostante le spiegazioni dettagliate sull'intervento e le rassicurazioni, in molti pazienti permangono ugualmente dubbi e timori affrontabili attraverso colloqui con lo psicologo nella fase pre e post intervento, rendendo così necessario il lavoro sopra esposto.

L'Odontoiatria Speciale Riabilitativa nel paziente disabile del presidio ospedaliero Ferrarotto di Catania, diretto dal Dott. G.R.Spampinato, è, soprattutto, un reparto orientato ad una sanità speciale sul bisogno globale del paziente disabile e non ristretto al solo bisogno odontoiatrico; mediando in tale modo ciò che la famiglia vuole dire e ciò che non dice spontaneamente perché reputato non inerente al contesto in questione.

## Conclusioni

L'attività assistenziale dell'U.O.C. di Odontoiatria Speciale Riabilitativa nel paziente disabile diretta dal dott.G.R.Spampinato si segnala per essere l'unica in ambito regionale e nel Meridione per l'aspetto di pluridisciplinarietà dato alle funzioni assistenziali svolte.

L'attività di ricerca scientifica è principalmente rivolta allo studio delle patologie invalidanti, di tipo genetico e acquisito, nella popolazione in età pediatrica.

Si è anche intrapresa una collaborazione con la U.O. di Talassemia del P.O. S. Bambino, per lo studio del coinvolgimento dell'apparato bucco-dentale nei loro pazienti.

L'U.O. è stata recentemente insignita dei seguenti riconoscimenti, attribuiti per le attività sanitarie svolte in favore dei Cittadini affetti da disabilità:

- Premio "Best Practice in Sanità", conferito nel 2003 da Cittadinanzattiva-Tribunale dei Diritti del Malato;
- Premio Internazionale " Memorial Rosario Livatino" - Anno 2005
- Premio ANFFAS
- Expo internazionale di Sanità Bologna 2.10.

## Bibliografia

---

American Psychiatric association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC, American Psichiatic association, 1994.

Anxiety Stress Coping. 2012 Apr 10.

Bhatt DL, Topol EJ: Antiplatelet and anticoagulant therapy in the secondary prevention of ischemic heart disease. Med Clin North Am 84: 163, 2000

Br J Nurs. (2012). Intellectual disability nursing and transcultural care. Doody O, Doody CM. Source Department of Nursing and Midwifery, University of Limerick, Ireland.

Br Med J. (1973). Workshop for disabled survivors of severe head injury. London PS.

Daniels JL, Forssen U, Hultman CM, Cnattingius S, Savitz DA, Feychting M, Sparen P. (2008). Parental psychiatric disorders associated with autism spectrum disorders in the offspring. Pediatrics.

Fagergren JL.

Gensini, op. cit., p.18

HIV and Its Transmission. Centers for Disease Control and Prevention, 2003.

Houghton M (2009). The long and winding road leading to the identification of the hepatitis C virus. *Journal of Hepatology*.

How HIV is spread. San Francisco AIDS Foundation.

*J Am Dent Hyg Assoc.* (1966). Dental hygiene patients with special needs. The cerebral palsy patient.

*J Can Dent Assoc (Tor)* (1970). Dental health and treatment needs of patients in a hospital for the chronically ill. McPhail CW, Curry TM, Paynter KJ.

Joseph C. Segen, *Concise Dictionary of Modern Medicine*.

McMurray JJ, Pfeffer MA (2005). Heart failure. *Lancet*.

*MMWR Recomm Rep.* (1998). Public Health Service guidelines for the management of health-care worker exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. Centers for Disease Control and Prevention.

*Mod Hosp.* (1967). Young patients are special with needs of their own. Maher HJ.

*Psychosom Med.* (2012). Somatic Depression Predicts Mortality in Chronic Heart Failure: Can This Be Explained by Covarying Symptoms of Fatigue? Smith OR, Kupper N, Schiffer AA, Denollet J.

*Public Health Rep.* (2012). Correlates of Unmet Dental Care Need Among HIV-Positive People Since Being Diagnosed with HIV. Jeanty Y, Cardenas G, Fox JE, Pereyra M, Diaz C, Bednarsh H, Reznik DA, Abel SN, Bachman SS, Metsch LR.

Russell Cecil, Textbook of Medicine, Philadelphia, Saunders, 1988, 1523, 1799.

Ryan KJ, Ray CG, Sherris Medical Microbiology, 4th, McGraw Hill (2004).

Schwartz k., Mercadier J-J. Molecular and Cellular biology of heart failure. Curr Opin Cardiol (1996).

Sepkowitz KA (2001). AIDS - the first 20 years. N. Engl. J. Med.

Sullivan S.

The role of illness perceptions in the attachment-related process of affect regulation. Vilchinsky N, Dekel R, Asher Z, Leibowitz M, Mosseri M.

Weiss RA (1993). How does HIV cause AIDS?. Science.

World Psychiatry. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM, Cooper SA, Martinez-Leal R, Bertelli M, Adnams C, Cooray S, Deb S, Akoury-Dirani L, Girimaji SC, Katz G, Kwok H, Luckasson R, Simeonsson R, Walsh C, Munir K, Saxena S. Source.

[www.anthropos1987.org](http://www.anthropos1987.org) 2009.