

TESI CORSO BASE C.I.I.C.S. 2011

Candidata: MARIA TERESA ARACU

Relatore: Dott. Massimo SOMMA



LA PREDICAZIONE DELLA TRONTO
PREDICAZIONE DELLA TRONTO
PER PREDICAZIONE

INDICE

CAPITOLO I : CAMPI D'APPLICAZIONE DELL'IPNOSI CLINICA.

I.1 Cenni storici

I.2 Vari tipi di induzione : medica e non medica

I.3 Campi di applicazione.

a. Controindicazioni all'uso dell' ipnosi clinica

CAPITOLO II : LUOGO DOVE ESERCITO L'ATTIVITÀ DI INFERMIERA

II.1 Triage

a. Aspetti generali

b. Segni vitali

c. Codici di valutazione e fasi del triage

d. Valutazione del dolore

e. Comunicazione e canali di comunicazione

f. Relazione d'aiuto comunicazione sanitaria

g. Ansia e dispnea

CAPITOLO III: DEFINIZIONE DELLE STRATEGIE “ CONTENIMENTO PSICHICO”

III.1 Definizione delle strategie d'intervento e modalità di applicazione delle tecniche comunicative efficaci in emergenza del Pronto Soccorso

CAPITOLO IV: I CASI CLINICI

IV.1 Descrizione dei casi clinici

IV.2 Obiettivi raggiunti e tecnica utilizzata

CAPITOLO V: CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA e SITOLOGIA

I. CAMPI D'APPLICAZIONE DELL'IPNOSI CLINICA

I.1 Cenni storici

Che cos'è l'ipnosi?



Dalla leggenda alla scienza

L'interesse per la materia risale alla notte dei tempi, secondo Muses anche l'ipnosi ha un suo reperto archeologico di circa 3000 anni or sono, una stele egizia dell'epoca di Ramses XII che raffigurasse la prima attestazione dell'ipnosi dell'antichità.

Recentemente lo svedese Vikstrøm avrebbe individuato in un affresco proveniente da Pompei (oggi al museo archeologico di Napoli) una scena d'ipnosi applicata alla chirurgia: Enea, in piedi, tiene un dito puntato sulla fronte, mentre il chirurgo Iapice gli estrae una freccia dalla coscia (un'interpretazione un po' eccessiva, perché nell'Eneide, con riferimento a questo episodio, Virgilio dice chiaramente che il chirurgo aveva somministrato il dittamo, pianta con effetti analgesici). È invece significativa l'immagine raffigurata in un dipinto della metà del 1500, che si trova in Spagna.

Nella didascalia si legge: "Lì vicino c'è la prossima vittima con le mani intrecciate sopra la testa". La figura centrale del dipinto è il chirurgo con la sua assistente che esegue l'intervento della pietra (i folli erano trattati facendo una piccola incisione sulla fronte e l'operatore faceva comparire una pietra, la pietra della follia; gli odierni guaritori filippini fanno circa la stessa cosa).

Nel dipinto è interessante notare l'atteggiamento del personaggio alla destra del chirurgo con le mani intrecciate sopra la testa del paziente, che non ha assolutamente un'aria spaventata, ma sembra anzi in stato di trance ipnotica, con un'espressione molto tranquilla e serena; le mani intrecciate sulla fronte sono ancor oggi un'immagine frequente nell'ipnosi da palcoscenico. In effetti, l'ipnosi è spesso interpretata (non solo presso la gente comune ma anche da una parte del mondo scientifico) come sonno, stato di passività, analgesia e soprattutto coartazione della volontà altrui.

Non sappiamo con certezza se l'ipnosi fosse praticata in maniera sistematica nell'antichità e per quali scopi. Sappiamo però che nell'antica Grecia vi erano i cosiddetti **templi del sonno** usati per quelle malattie che oggi definiamo psichiatriche

o psicosomatiche e che nella Cina del XIX secolo a.C. l'ipnosi era utilizzata, come pure presso e i Celti, gli Indiani d'America, gli esquimesi (oggi Inuit) e presso alcune popolazioni africane. Per tutta la storia antica, fino al 1530 - anno in cui Paracelso (1490-1541) traendo all'occultismo alcune intuizioni ingegnose, formulò la teoria relativa all'influenza degli astri sugli esseri umani e sulle malattie - i fenomeni ipnotici furono inquadrati nella sfera del magico, del mistico, considerati opera divina o diabolica oppure di oscure forze naturali.

Solo nel corso del XVIII secolo d.C. le scienze naturali compiono un notevole miglioramento e assieme agli studi sulla fisica e sulla chimica cominciano a diventare oggetto d'indagine anche le realtà psicologiche, quelle cioè che più sembrano sfuggire ai criteri quantitativi e qualitativi delle scienze matematiche. Tra i molti che studiano l'ipnosi in quel tempo, ricordiamo de Cuvillers, l'abate Faria, Deleuze, Dupotet, A.J.F. Bertrand e i fratelli Puységur, personaggi che appartengono alla storia in quanto hanno scritto qualcosa d'interessante. F.A. Mesmer (1734-1815) è a ragione ritenuto un pioniere del tentativo di comprendere e interpretare i fenomeni ipnotici in un ambito più scientifico e globale, in analogia con i contemporanei studi sull'attrazione magnetica, che allora andavano per la maggiore. Mesmer, rifacendosi alla **teoria dei magneti** di Paracelso, ritiene che i fenomeni ipnotici siano dovuti a un non meglio precisato **fluido magnetico animale** che, compenetrando il corpo attraverso il canale dei nervi, può trasmettersi da una persona all'altra, accumularsi e concentrarsi, ma soprattutto è in grado di curare le più svariate patologie, ristabilendo l'armonia alterata dalla malattia. Secondo Mesmer la malattia è “ l'aberrazione dell'armonia organica” che il “ magnetismo” guarisce. Le teorie di Mesmer, in realtà un bravo medico, probabilmente travolto dagli avvenimenti del tempo, conoscono alti e bassi, entusiasmi e delusioni.

Nel 1825, dieci anni dopo la sua morte, la Reale Accademia di Medicina di Parigi conclude l'indagine scientifica sul magnetismo su basi rigorose (per i mezzi di allora), giungendo a 4 conclusioni che sono ancor oggi attuali:

- 1- Gli effetti del magnetismo sono di nessuna entità negli individui sani e anche in alcuni malati;
- 2- Gli effetti del magnetismo sono spesso poco mancanti;
- 3- Gli effetti del magnetismo sono spesso il risultato della noia, della monotonia, della fantasia;
- 4- Gli effetti del magnetismo si possono sviluppare in modo spontaneo.

Con la morte di Mesmer non scompare l'interesse per il magnetismo, anche se questo termine viene via via sostituito dalla denominazione di **forza radiante** o **fluido vitale**, neologismi che sostituiscono la sostanza del concetto mesmeriano d'ipnosi. I

nuovi termini spiegano poco della natura e fenomenologia dello stato ipnotico, un po' come succede del resto oggi quando si chiama l'ipnosi "training autogeno" o "sofrologia".

L'interesse per i fenomeni ipnotici riaffiora nel primo quarto del XIX secolo rivolgendosi in modo particolare verso il campo chirurgico. Nel 1829 J. Cloquet esegue un intervento di mastectomia radicale su una donna di 64 anni in stato di analgesia e amnesia ipnotica, nel 1830 A. Daudet estrae un dente in anestesia ipnotica, nel 1845 amputazioni di arti vengono eseguiti in Francia e in Inghilterra, nel 1847 viene eseguita una resezione del mascellare in tre tempi con la sola anestesia ipnotica. J. Esdaile apre un ospedale a Calcutta, dove gli interventi chirurgici sono eseguiti in anestesia ipnotica (con risultati incoraggianti, secondo le valutazioni di una commissione governativa). Nel 1846 per la prima volta viene ammessa in tribunale una testimonianza resa sotto ipnosi per un caso di omicidio. Sono tutti risultati importanti dal punto di vista pratico, ma poco utili ai fini della speculazione teorica sul come e sul perché dei fenomeni ipnotici.

Un'interpretazione teorica dell'ipnosi viene sorprendentemente elaborata dal filosofo A. Shopenhauer, da sempre interessato alle tematiche della coscienza soggettiva.

JAMES BRAID. nel 1843 che il medico scozzese J. Braid, sul piano della ricerca teorica introduce nuovi elementi d'indagine compendiate nella sua opera **Neurohypnology**. Braid rifugge nella teatralità di Mesmer (ricca di elementi suggestivi, con le tinozze piene d'acqua magnetica, la catena formata dagli astanti ecc.) e verifica che è sufficiente far concentrare o stancare l'attenzione del soggetto per ottenere effetti ipnotici. Ed è proprio Braid che introduce il termine **ipnotismo** dal greco "hýpnos" (sonno), definendolo "uno stato particolare del sistema nervoso determinato da manovre artificiali, tra cui la fissazione di un punto luminoso" che costituisce l'esempio più semplice e che sarà seguito da generazioni d'ipnosi fino a quando non si constaterà che il punto luminoso può essere un qualunque altro oggetto concreto (pendolino, metronomo, orologio) o anche un oggetto solo immaginato oppure ancora un pensiero, un'idea, una sensazione del soggetto. Braid, poi, nel 1847, ripudiò il termine **ipnosi** sostituendolo modernamente con **monoideismo**, a descrivere la condizione della mente assorbita da una sola idea.

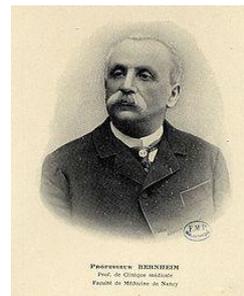


In particolare è Braid che in epoca moderna introduce l'uso sistematico dell'ipnosi per indurre quella che oggi chiamiamo anestesia ipnotica.

La definizione d'ipnosi di F. Granone, che è tuttora la più valida, recita: "Chiamiamo ipnosi la possibilità di introdurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che

permette di influire sulle sue condizioni psichiche, somatiche e viscerali per effetto del rapporto creatosi tra il soggetto e l'operatore e che il soggetto stesso può indursi da se con diverse specifiche metodiche “.

LA SCUOLA DI NANCY. Dopo Braid altri passi vengono fatti in Francia da A.A. Liébault e A. Bernheim, che danno vita alla cosiddetta scuola di Nancy nella quale si punta l'attenzione sui fattori psicologici che sono considerati determinanti nel causare i fenomeni ipnotici. Il principale di questi fattori è la suggestione. In proposito Bernheim afferma che “ la fede è tutto, è l'immaginazione umana che fa miracoli”. Proprio a Bernheim si deve una delle prime teorie sulla responsabilità ipnotica, da lui descritta come un'attitudine peculiare a trasformare le idee ricevute in atti (oggi lo chiamiamo **monoideismo plastico**). A proposito della catalessi, Bernheim ritiene trattarsi di una vera esaltazione dell'eccitabilità del riflesso ideo-motore che provoca la trasformazione inconscia (ignota alla volontà) del pensiero in movimento: un'idea si trasforma in atto motorio, ma non con i meccanismi del riflesso. Circa le allucinazioni sensoriali, Bernheim ipotizza che il ricordo della sensazione venga resuscitato con un'esaltazione del riflesso video-sensoriale che provoca la trasformazione inconscia del pensiero in sensazione o in immagine sensoriale (oggi questa condizione è chiamata **risposta ideo-sensoriale**). Un'altra importante scoperta della scuola di Nancy è la dimostrazione che è possibile indurre fenomeni ipnotici in ogni soggetto purché, questo sia dotato di una certa ricettività, celebrale intensa in senso neurologico e non psicologico. “ I fatti che accadono – scrive Bernheim – possono anche sorprendere, ma in fin dei conti essi non sono altro che l'esaltazione di fenomeni molto comuni dovuti essenzialmente alla disposizione naturale, all'obbedienza, all'imitazione, alla credulità. Questo esclude che l'ipnosi possa realizzarsi solo in concomitanza di una patologia psichica, in particolare quella isterica, come sostengono alcuni”.



LA SCUOLA DELLA SALPETRIÈRE. Su questo punto la scuola di Nancy si trova in profondo contrasto con quella contemporanea e forse più conosciuta, che opera a Parigi presso l'ospedale della Salpêtrière. Qui, sotto la direzione di J.M. Charcot, si svolgono ricerche sulla natura dell'ipnosi utilizzando come soggetti i degenti (in gran parte donne isteriche o epilettiche). Con simili pazienti e soprattutto in mancanza di un gruppo di controllo era inevitabile la Salpêtrière giungesse alla conclusione che ipnosi fosse lo stato patologico simile all'isteria. Scrive Charcot: “ l'ipnotismo s'innesta sull'isterismo come sul tronco più favorevole al suo più completo sviluppo”. Secondo Babinski, allievo di Charcot, “le manifestazioni

dell'ipnotismo sono assolutamente identiche a quelle dell'isterismo, la sola differenza che separa le manifestazioni ipnotiche delle manifestazioni isteriche e che le prime richiedono per svilupparsi intervento di altri". Va tuttavia riconosciuto alla scuola della Salpêtrière il merito di aver dimostrato la realtà dei fenomeni ipnotici, che prima erano spesso considerati trucchi da illusionisti; tra la fine dell'Ottocento e gli inizi del '900 sono numerosi gli studi sulla comparsa di ustioni e sulla scomparsa di verruche mediante suggestioni ipnotiche (esperimenti che ancora oggi si possono riprodurre).

E. Coué (1857-1926) ha un'impostazione psicologica dell'ipnosi e mette a punto tre leggi tuttora valide:

1. La suggestione agisce non sulla volontà ma sull'immaginazione, che è l'elemento dominante del subcosciente, il quale, a sua volta, influisce su tutte le funzioni del nostro organismo; quando volontà e immaginazione sono in conflitto, vince sempre l'immaginazione;
2. L'ipnotismo deve definirsi influenza dell'immaginazione sull'essere morale e sull'essere fisico dell'uomo;
3. Agendo sull'immaginazione si possono guarire organi malati, mediante un'autosuggestione ripetuta fondata su idee di benessere.

Oggi si parla di psicoimmunologia facilitata dallo stato ipnotico.



SCUOLE PSICANALITICHE. Verso la fine dell'800, periodo che coincide con la nascita della psicanalisi, vanno ricordate le figure di P.M.F. Janet, J. Breuer, S. Freud.

P. Janet (1859-1947) che introdusse la teoria della dissociazione della coscienza considerava l'ipnosi come una coscienza secondaria dissociata dotata di una sua particolare attività e memoria, capace di prendere transitoriamente il posto della coscienza normale (quest'ipotesi prepara la strada alla teoria dell'inconscio di Freud).

Breuer (1842-1925), nell'epoca in cui l'ipnosi era utilizzata per la rimozione diretta del sintomo, introdusse un'importante innovazione nella terapia ipnotica. Osservando che alcuni sintomi non presentavano una soppressione totale, ma solo un lieve miglioramento, ipotizzò che il sintomo potesse avere un significato nella dinamica psicologica del soggetto ammalato.

Freud (1856-1939), con i suoi grandissimi meriti, darà però una svolta negativa allo studio dell'ipnosi. Freud inizia a collaborare con Breuer e trascorre circa sei mesi con Charcot e alcune settimane con Bernheim, un tempo sicuramente troppo breve per discernere il buono e il cattivo della pratica dell'ipnosi. In questi periodi, poi, l'ipnosi

non è sempre praticata da medici ed è attuata per rimuovere direttamente i sintomi delle malattie con tecniche che oggi riteniamo primitive. Nel 1889, dopo aver frequentato sia Charcot che Bernheim, Freud scrive: “ devo ricordare come anche allora ho provato un senso di malcelata ostilità verso questa tirannia della suggestione. Quando vedevo un paziente che resisteva l’induzione e che veniva investito da frasi come “cosa state facendo? Vi contro suggestionate?” dette ad alta voce, non potevo esimermi dare a rilevare che ciò rappresentava un’evidente ingiustizia e un chiaro atto di violenza”. Tuttavia, tornando a Vienna, Freud inizialmente utilizza ancora l’ipnosi in collaborazione con l’amico Breuer, anche se è quest’ultimo per lo più a praticarla. Successivamente Freud, dopo l’iniziale periodo di entusiasmo, si dedica sempre meno alle tecniche ipnotiche e sempre più alla nuova metodica che va mettendo a punto. I motivi di quest’abbandono sono oggi più chiari e articolati.

Freud era personalmente interessato allo sviluppo di una nuova tecnica (che verrà chiamata psicanalisi) che non si serviva dell’ipnosi ma delle libere associazioni e dell’interpretazione dei sogni. Inoltre Freud non è capace di ottenere una profonda trance ipnotica e infine si accorge che l’ipnosi favorisce (com’è oggi ovvio) un legame di tipo sessuale che lo mette a disagio; più tardi, in **Psicologia delle masse e analisi dell’Io**, equipara innamoramento e ipnosi scrivendo: “ Gli aspetti in cui coincidono saltano gli occhi, la stessa utile sottomissione, l’arrendevolezza, l’assenza di senso critico nei confronti dell’ipnotizzatore come nei confronti dell’oggetto amato, la stessa cessazione di ogni iniziativa personale” (la posizione dello psicanalista dietro e non davanti al soggetto nasce in queste circostanze come difesa verso questo transfert). In maniera più obbiettiva, Freud sperimenta sul campo che l’ipnosi non sempre dà risultati duraturi, che ostacola o impedisce l’introspezione, che nasconde le resistenze del paziente o lo disturba facendolo sentire un soggetto da esperimento. Dopo la seconda stagione di Bernheim e Charcot le tecniche ipnotiche perdono molto del loro fascino soprattutto per due ragioni: da un lato per lo sviluppo della psicanalisi e il suo affermarsi nell’ambito medico psichiatrico poi seguito da quello letterario e cinematografico, che apre un campo di ricerca del tutto nuovo e dagli orizzonti inimmaginabili; dall’altro lato invece i progressi dell’anestesiologia clinica e farmacologica che rendono inutili o perlomeno superflue le sperimentazioni e quindi le indagini sull’ipno-analgesia. L’affermazione e gli sviluppi successivi delle tecniche psicoanalitiche creano intorno all’ipnosi una sorta di tabù che almeno in parte esiste ancor oggi, nonostante le metodiche siano notevolmente diverse da quelle dell’epoca di Freud e nonostante decenni di verifiche.

L’Enciclopedia Medico-Chirurgica ha pubblicato nel settembre 1969 un articolo dal titolo “ L’ipnosi nella terapia psichiatrica” nel quale si legge: “L’ipnosi non fa altro

che rivelare l'esistenza dell'inconscio senza poterlo penetrare. Nei confronti dell'inconscio l'ipnosi è in una posizione di confine dalla quale può indirizzare dei messaggi, ma che non può oltrepassare per penetrare in quell'ambito che l'ipnosi stessa dimostra. È in questo senso che l'elemento suggestione indispensabile ad ogni ipnosi è inconciliabile con l'analisi. Di conseguenza riteniamo che l'ipnosi vale riservata ai solo fini suggestivi e in casi ben determinati e non in vista di manipolazioni psichiche”.

In Russia lo studio dei fenomeni ipnotici avviene, contemporaneamente a Charcot, ad opera di V. Danilevskij, che basa il suo lavoro sul materialismo, K.I. Platonov, V.M. Bechterev e I. Pavlov, i quali danno dell'ipnosi un'interpretazione neuro-fisiologica. Bechterev sostenne l'importanza non solo dei fattori psichici, ma anche di quelli fisici nell'insorgenza dell'ipnosi. Pavlov considera i due fondamentali stati di coscienza sonno-veglia come rapporto tra i due fondamentali processi nervosi d'inibizione-eccitazione. L'ipnosi è un sonno solo parziale, un'inibizione localizzata che non si diffonderebbe completamente negli emisferi cerebrali, ma rimarrebbero attivi dei focolai di eccitazione su cui è possibile agire e provocare la suggestione.

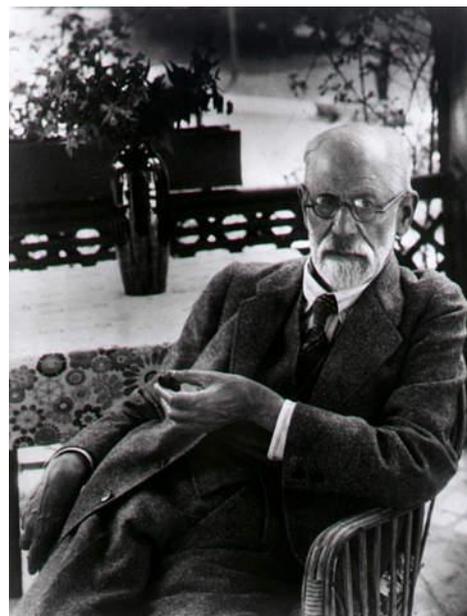
In Inghilterra e gli Stati Uniti, fin dai primi anni '50, si assiste a una ripresa d'interesse verso l'ipnosi. Al 1949 risale la fondazione dell'American Society for Clinical and Experimental Hypnosis, seguita da pochi anni dopo dall'American Society of Clinical Hypnosis. Nel 1955 la British Medical Association riconosce l'ipnosi come valido metodo terapeutico, seguita nel 1958 dall'American Medical Association che ne precisa anche le condizioni d'impegno. Nel 1959 viene messa a punto una delle prime scale di suscettibilità ipnotica, la Stanford Scale di Hilgard e Weitzenhoffer, mentre nel 1963 si cerca anche una forma, adatta ai bambini. Nel 1961 viene divulgato un rapporto dell'American Psychiatric Association che afferma chiaramente: “ L'ipnosi è un metodo psichiatrico specializzato e in quanto tale costituisce un aspetto della relazione medico-paziente. Nella pratica psichiatrica l'ipnosi offre un sostegno utilizzabile nella ricerca in campo diagnostico e terapeutico. Può essere utile anche in altri settori della pratica e della ricerca medica”. Non a caso oggi negli Stati Uniti esistono due associazioni mediche che si occupano esclusivamente d'ipnosi clinica e sperimentale.

Per restare in America, ricordiamo la figura eccezionale di M. Erickson (1901-1980), autore di numerosi scritti sull'ipnosi che costituiscono i testi più autorevoli sulle tecniche dell'induzione della trance, sul lavoro sperimentale che esplora le possibilità e i limiti dell'esperienza ipnotica, e sulle indagini circa la natura della relazione tra ipnotista soggetto. Psichiatra e psicologo Erickson è stato certamente un innovatore, dicendo: “ Una delle cose importanti da ricordare a proposito della tecnica è la disponibilità a imparare questa o quella tecnica e poi riconoscere che voi come

personalità individuale siete ben diversi da ognuno degli insegnanti che vi hanno insegnato una tecnica particolare. In ogni caso dovete conoscere le tecniche autoritarie ed essere disposti a usarle, tuttavia devono essere le vostre tecniche autoritarie e non quelle di qualcun altro”.

Un lavoro basato sull'accettazione di ciò che presenta il paziente, sul valutare tutte le possibilità e sulla disponibilità a lasciare libero il paziente. Scrive ancora Erickson “ Capire il passato può essere istruttivo, ma i pazienti vivono nell'oggi, è la vita di oggi che conta, il vostro paziente deve vivere in armonia con il presente, quindi occorre focalizzare la terapia su quell'oggi che il paziente vive”.

SCUOLE ITALIANE. In Italia a un certo fervore per la materia fa seguito un periodo di abbandono. Le pubblicazioni italiane si limitano a riprendere vecchie tesi “magnetiche” o a ignorare del tutto il contributo della psicanalisi, salvo attaccarla apertamente. C. Lombroso, autore di diversi studi sull'ipnosi, ipotizza l'influenza di fattori di tipo fisico e magnetico e ritiene il soggetto in ipnosi succube dell'ipnotista: “ L'ipnotizzato proclama il falso... questo ci insegna i pericoli e danni delle suggestioni ipnotiche perche, producendo un isterismo momentaneo in un individuo sano, lo rendono un pazzo morale temporaneo, che più tardi si può perpetuare. G. Portigliotti, autore nel 1903 di un manuale di psicoterapia, si riallaccia alla scuola di Nancy e della Salpêtrière e a Lombroso, utilizzando concetti di suggestione e auto-suggestione: “ La guarigione miracolosa non scende dall'alto ma sale di dentro a esso dall'emozione e dalla credenza profonda dello spirito”.



Tra i pionieri dell'ipnosi italiana si distingue la figura di V. Benussi, autore di studi specifici diretti alla ricerca di un'onesta conciliazione tra ipnosi e psicanalisi, interrotti solo dalla sua morte (1927). C. Musatti, nello stilare la biografia di Benussi, scrive: “ Le indagini condotte da Benussi con i metodi ipnosuggestivi gli contestano di esaminare sperimentalmente e in modo diretto alcune delle conclusioni alle quali la psicoanalisi perviene soltanto con procedimenti indiretti”. Roasenda, autore anch'egli, nel 1927, di un manuale considera l'ipnosi inadatta alla cura della psiconevrosi e all'esplorazione della personalità profonda.

Ai primi studi di S. Palazzi presso l'università di Pavia negli anni '55 e '56 si aggiungono quelli di pavesi nel '57, entrambi riescono a realizzare un primo corso

d'ipnosi applicato all'odontoiatria, in ambito universitario. Nel 1958 viene pubblicato un lavoro tutto italiano **L'ipnosi in odontoiatria**, a questo seguono **L'ipnosi nella medicina moderna** di Pavesi e Mosconi del 1960 e un lavoro di A. Romeo, già primario di neurologia all'Ospedale Mauriziano di Torino sull'ipnosi in psicoterapia. Nel 1960 viene fondata l'Associazione Medicina Italiana per lo Studio dell'Ipnosi (AMISI), che nel '61 organizza il 1° corso di Formazione in ipnosi e inizia a pubblicare dal 1965 la "Rassegna d'ipnosi e medicina psicosomatica" probabilmente la prima rivista a carattere scientifico pubblicata in Italia. Nel 1962 Granone pubblica una sintesi completa e scientificamente valida sull'ipnosi con il titolo **L'ipnotismo come fenomeno biologico, mezzo d'indagine e strumento terapeutico**. Nella prefazione Musetti scriveva: " Sarebbe sempre stato possibile conservare accanto alla terapia analitica per quei casi, sono numerosi, in cui la psicoanalisi non sia applicabile, la vecchia terapia ipnotica. L'ipnosi presenta un enorme interesse per la psicologia e per la psichiatria. Anche gli psicanalisti moderni parlano spesso d'ipnosi ma ne parlano in genere per ripetere vecchie formule e senza preoccuparsi di acquistare una personale esperienza nella sua tecnica". Nel 1965 G. Gualtieri fonda a Verona il centro d'ipnosi clinica "Bernheim", dove vengono tenuti corsi di formazione.

Nel 1979 viene fondata a Torino il Centro Italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale (CIICS), che sotto la presidenza di Granone organizza una scuola post-universitaria che tiene ogni anno corsi propedeutici e formativi specialistici a Torino e Roma. Attualmente l'interpretazione dell'ipnosi è profondamente cambiata rispetto al passato. Sono quindi mutate le tecniche d'induzione, da autoritarie e magnetiche a permissive e naturalistiche, si favorisce l'uso dell'autoipnosi applicandola al miglioramento di sé, s'inventano strategie ipnotiche basate sull'uso della metafora, del simbolismo e dell'immaginazione, mettendo da parte le risposte idee motorie e ideo-sensoriali; l'ipnosi trova applicazione nell'analisi e nella psicoterapia, nella pratica clinica per il rilievo di sintomi psicosomatici, per il controllo dell'ansia e del dolore in odontoiatria, ostetricia e chirurgia, nel trattamento dei disturbi di personalità, nei disturbi dell'alimentazione e nelle disfunzioni sessuali. Infine nascono centri e scuole volte all'impegno dell'ipnosi come strumento d'indagine scientifica; in quest'ultima s'inquadra prioritariamente la Sezione Veneta del CIICS con sede a Padova.



I.2 Vari tipi di induzione medica e non medica

- L'ipnosi è:

Stato di coscienza fisiologica



Rapporto (Relazione Medico-Paziente)



DEFINIZIONE:

IPNOTISMO è la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psichico e fisico che permette di influire sulle condizioni somatiche, psichiche, viscerali del soggetto-paziente per mezzo del rapporto creatosi con l'operatore (ipnotista).

L'IPNOSI è uno stato di coscienza modificato, fisiologico, dinamico che può essere indotto da un operatore per mezzo del rapporto creatosi con esso sia per mezzo del monoteismo plastico, con modificazioni psichiche, somatiche e viscerali, oppure autoindotto mediante spontanei monoideismi suggestivi.

L'IPNOSI si caratterizza sempre e soltanto per la presenza del monoideismo plastico. (Prof. GRANONE).

IDEOPLASIA è l'idea, che suggerita dalla parola, suscita azioni, movimenti, sensazioni perché viene pensata in modo così intenso e creativo che si "realizza", "prende corpo" fino a modificare il comportamento e o cambiare situazioni organo-viscerali, il sistema endocrino e il potenziale immunitario.

IL MONOIDEISMO è la presenza di una sola idea suggerita.

COME OTTENERE IL MONOIDEISMO PLASTICO

In genere quando si parla ai profani del potere creatore del monoideismo plastico si finisce per cadere nel banale. È facile o difficile ottenere un monoideismo? In realtà è incredibilmente facile. Agli studenti del corso universitario d'ipnosi clinica i docenti spiegano "come raggiungere il monoideismo" rubando le parole di un ipnotista del passato Carlo Surchi, in realtà un semplice ipnotizzatore da palcoscenico, ma di gran potenza e forza espressiva. Nel 1934 scriveva che se il soggetto possiede una potenza

di volontà sufficiente a respingere con forza e allontanare dal suo spirito ogni altro pensiero, il successo è certo; se al contrario, il soggetto non ha volontà e manca di concentrazione, non può far nulla. Pur infarcito delle assurdità e delle ciarlatanerie tipiche del suo tempo e del pubblico cui si rivolge, il libro di Surchi dimostra in alcuni passi una comprensione del problema sorprendente. Le tecniche volte al raggiungimento dello stato ipnotico sono chiamate tecniche d'induzione. Le tecniche sono meno importanti dei contenuti e degli obiettivi che si vogliono raggiungere: l'importante è la relazione biunivoca operatore-soggetto. Il numero delle potenziali tecniche è quindi infinito, come infinite sono le metafore che la mente del sapiens sapiens può creare.

L'IPNOSI

L'**ipnosi** è un fenomeno psicosomatico che coinvolge sia la dimensione fisica, sia la dimensione psicologica del soggetto. È una condizione particolare di funzionamento dell'individuo che gli consente di influire sulle proprie condizioni sia fisiche, sia psichiche e sia di comportamento.

In particolare "oggi sappiamo che l'ipnosi non è altro che la manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata in una precisa rappresentazione mentale, sia autonomamente (autoipnosi), sia con l'aiuto di un operatore con il quale si è in relazione".

È inoltre opportuno differenziare i termini: ipnosi e ipnotismo, intendendo con "ipnosi" lo stato particolare, psicofisiologico (trance) del soggetto e con "ipnotismo" la metodica e le tecniche impiegate dall'ipnotizzatore per realizzare l'ipnosi.

Attraverso l'ipnosi o l'autoipnosi è possibile accedere alla dimensione inconscia ed emotiva del soggetto. In termini scientifici di solito si tende a restringere il campo di definizione dell'ipnosi alla gestione consapevole di tale processo.

Attualmente l'ipnosi è impiegata scientificamente nella ricerca clinica e in ambito terapeutico (ipnositerapia da non confondere con *ipnoterapia* che riguarda la terapia del sonno).

PERCHE' L'IPNOSI SEDUCE E SGOMENTA?

Il fenomeno ipnosi è una finestra a grata fitta che illumina a chiazze irregolari un mondo INTERNO-ESTERNO che sentiamo nostro ed estraneo, amico e nemico, antico e attuale.

Da sempre ci intriga. I pionieri sono stati tanti, ma la strada è tortuosa e la meta apparentemente irraggiungibile e noi cogliamo solo frammenti, spesso inconsistenti e contraddittori.

A tutt'oggi abbiamo notato che ogni forma di isolamento fisico e/o psichico con deprivazione sensoriale, la fame, la sete, la stanchezza prolungata, un trauma, una minaccia della vita, propria e dei propri cari, un'ideologia, un rancore, una malattia, una sconfitta, un pessimismo o un ottimismo estremi, un Dio allucinato, la reiterazione di uno slogan, la monotonia di un discorso, la persistenza al tavolo da gioco, allo stadio, il sesso tendono a trasformare lo stato di coscienza abituale in uno modificato di tipo ipnoide/ipnotico nel quale si alterano, in positivo o in negativo, l'analisi della realtà, il giudizio, la previsione del futuro, il valore della vita, il decorso di una malattia, l'impegno nella lotta e così via. Quelle elencate sopra sono tutte modalità, DIRETTE; INDIRETTE, MASCHERATE, o PURAMENTE FISIOLOGICHE, di INDUZIONI IN IPNOSI.

L'ipnosi provoca fenomeni reversibili di tipo nevrotico, di tipo psicotico e da epilessia temporale, quale paresi, sordità, cecità, illusioni percettive, insensibilità, catalessi, catatonìa, idee coatte, assenze e allucinazioni.

Il fenomeno ipnosi tende ad esprimersi in tutta la sua potenza su entrambe le polarità estreme dell'archetipo, pur estendendosi lungo tutta la sua dimensione, con tendenza a raggiungere l'equilibrio grazie al meccanismo di compensazione alla ADLER o di autoregolazione alla JUNG sul principio dei contrari o della conjunctio oppositorum (o varietà e contrasto).

Ad ogni induzione, l'ipnotista resta stupefatto non meno dell'ipnotizzato dalla facilità e dalla rapidità con cui è possibile ottenere quel particolare stato di coscienza, quella speciale relazione interpersonale che a torto o a ragione chiamiamo TRANCE IPNOTICA.

Viene da chiedersi perché l'essere umano sia a tal punto predisposto a tale stato da entrarvi solo perché qualcuno glielo suggerisce. Non si può rispondere a questo quesito se non attraverso considerazioni antropologiche.

Se l'ipnosi è coscienza modificata, c'è innanzitutto da chiedersi che cosa sia e da dove venga la coscienza.

La coscienza soggettiva è quella particolare funzione che ci fa consapevoli di noi stessi.

In realtà la coscienza soggettiva non è affatto onnipresente e neppure sempre presente, anzi è un fenomeno intermittente, anche se in qualche oscuro modo finisce per apparirci continua. Noi preferiamo credere di essere sempre coscienti, ma a disilluderci basterebbe la considerazione che i neuroni hanno comunque scarica finita e saltuaria. Per la maggior parte del tempo non siamo coscienti e lo siamo solo in modo parziale.

COME PADRONEGGIARE L'IPNOSI.

Per padroneggiare l'ipnosi occorre aver presente alcuni accorgimenti.

E' necessario aver ben chiaro e ben definito l'obiettivo da raggiungere: qual è l'idea che deve esprimersi plasticamente; ossia, qual è il comportamento da realizzare e qual è la rappresentazione mentale che la definisce in maniera adeguata.

L'idea da realizzare deve essere fatta propria dal soggetto con cui si opera perché possa attivarsi il dinamismo atteso.

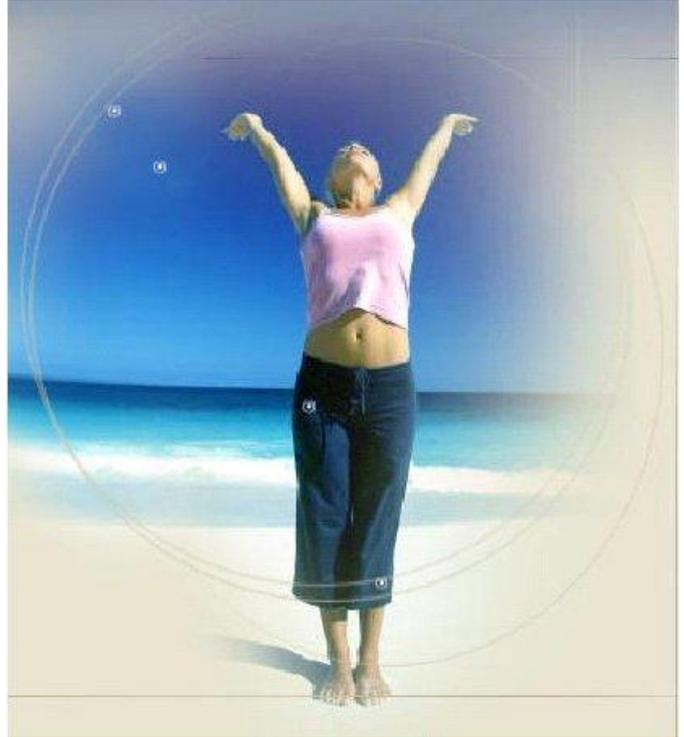
Perché la rappresentazione mentale possa essere espressa in termini fisici e/o di comportamento deve essere "carica della valenza giusta" (motivazione, aspettative, orientamento attenzione). Inoltre, l'azione definita deve essere di possibile realizzazione per il soggetto in virtù della sua costituzione psicofisica e delle sue potenzialità di apprendimento.

L' IDEOPLASIA

Dal punto di vista neurologico l'ipnosi è un processo dinamico lungo un continuo ampio e continuamente mutevole dello stato di coscienza. Si sviluppa attraverso una serie di fasi: elicitazione dell'attenzione, accettazione acritica e risposta ipnotica. Da un punto di vista psicologico, l'ipnosi è un fenomeno biologico, un mezzo d'indagine, uno strumento terapeutico e una forma di relazione interpersonale che con la sua forza ideoplastica non solo amplifica ogni forma di comunicazione mente-corpo, ma attiva risorse, potenzia l'effetto delle esperienze emozionali correttive, permette l'accesso ai meccanismi del sogno, dell'emozione e della follia, che può elaborare senza i limiti della razionalità, con conseguente ristrutturazione delle gerarchie cognitivo - comportamentali e con cambiamenti psicofisiologici sia spontanei che pilotati. Essa sa far emergere il passato, allieva la sofferenza, potenzia il corpo e la mente, accelera le guarigioni, crea un spazio di elaborazione psico-fisica dei nuovi stimoli e messaggi con possibilità di esercitazioni in sicurezza e competenza. Più si è consapevoli delle sensazioni interne, meglio si funziona. Dirigere l'attenzione su una parte del corpo significa influenzarla e questo è **ideoplasia**. L'ideoplasia o monoideismo è il primum movens del fenomeno Ipnosi. Il vocabolo nacque dall'osservazione di un appassionato precursore, J. Braid, ma stentò a entrare nel lessico.

IPNOTIZZABILITÀ

- Capacità del soggetto di realizzare IPNOSI
 - Rapporto positivo
 - Motivazioni
 - Aspettative
- Variabili favorenti
 - Abilità nell'apprendimento
 - Età
 - Intelligenza
- Variabili ostacolanti
 - Rapporto
 - Pregiudizi
 - Paura



IPNOSITERAPIA

- Suggestionabilità
- Ipnotizzabilità

IPNOSI NON È

- Sonno
- Magia
- Dovuta a fluidi e poteri
- Succubanza o forzatura della volontà
- Siero della verità
- Trucchi o giochi di prestigio
- Suggestione

L'IPNOSI, non è magia , non è magnetismo o fluidi magnetici, non è parapsicologia, per indurre l'ipnosi non si devono aver particolari poteri, non è trucco di prestigio o di magia, non è siero della verità.

Non è succubanza della volontà della persona, la volontà non si può forzare, non si possono far compiere ad una persona azioni che non siano conformi alla propria morale, alla propria etica e senza il consenso del super-io.

Non è suggestione, quando per suggestione s'intende l'accettazione acritica dell'idea di un altro (suggestionabilità).

La suggestione in ipnositerapia è ciò che il medico suggerisce – dice al paziente, che viene accolto, accettato e realizzato, la capacità di un soggetto di realizzare ipnosi è l'accettazione critica dell'idea di un altro (ipnotizzabilità).

L'ipnotizzabilità è favorita dal rapporto positivo di fiducia creatosi tra operatore e il soggetto e della presenza di alcuni fattori quali: motivazioni, aspettative, abilità nell'apprendimento, età, intelligenza, creatività.

OSTACOLANO l'ipnotizzabilità il rapporto negativo tra operatore e soggetto, mancanza di fiducia, i pregiudizi e la paura.

SEGNALI E SINTOMI OBIETTIVI DELL'IPNOSI.

I segnali o sintomi obiettivi che indicano che il paziente è in ipnosi sono:

- l'inerzia psicomotoria;
- il volto atono;
- il volto è inespressivo, asimmetrico;
- viso rosso e caldo per vasodilatazione;
- flutter palpebrale, lo sguardo è fisso e vuoto;
- iperemia congiuntivale;
- i movimenti oculari se gli occhi sono chiusi, tipo fase REM, lacrimazione, movimento di deglutizione, se parla la voce è monotona e sommessa, tachicardia iniziale e poi bradicardia;
- muscoli rilassati, respiro lento e regolare, sudorazione, movimenti lenti e pesanti; con l'approfondimento della trance il soggetto tende a flettere la testa in avanti, si abbassano le spalle e può comparire la tendenza a rannicchiarsi su se stesso.



SUGGESTIONALITÀ

- Accettazione acritica dell'idea dell'altro

IPNOTIZZABILITÀ

- Capacità di realizzare ipnosi
- Accettazione critica dell'idea dell'altra

I FENOMENI DELL'IPNOSI.

I fenomeni del monodeismo plastico sono:

- il rilassamento muscolare profondo;
- l'induzione;
- la catalessi;
- l'inibizione;
- la levitazione;
- le modificazioni viscerali;
- l'analgesia;
- il sonno ipnotico;
- l'amnesia;
- il sonnambulismo;
- le allucinazioni;
- l'ipnosi vigile;
- la regressione d'età;
- i condizionamenti post ipnotici



L'INDUZIONE

E' una sequenza di "MANOVRE" eseguite dall'ipnotista per aiutare il soggetto a realizzare il monodeismo plastico.

Queste manovre rendono progressivamente sempre più deboli e meno interessanti i legami con l'ambiente esterno, avviano e sostengono un dinamismo psicosomatico che attiva il monodeismo plastico.

Il risultato è il riassunto dell'acronimo "AFFARE".

Aumento della **Fiducia**, **Fissazione** dell'**Attenzione** affinché si **Realizzi** il monodeismo che **Evidenzi** un cambiamento.

La base di ogni strategia di induzione è ridurre il fattore critico (FC), a questo scopo, l'ipnotista deve instaurare e costruire un buon rapporto (RAPPORT) di conoscenza, di fiducia, di empatia, di ammirazione e di curiosità con il paziente al fine di poterlo indurre in trance ipnotica nella maniera più corretta e più consona alle sue esigenze.

L'ipnotista deve saper catturare la sua attenzione in maniera sempre più intensa, rendendo così i legami con l'ambiente esterno sempre più deboli.

Infine vi è una destabilizzazione progressiva che libera dalla tensione attentiva di lavoro e permette al soggetto di abbandonarsi e di rilassarsi.

Le varie manovre di induzione possono talvolta fallire quando non è stato concordato l'obiettivo che si vuol raggiungere, il paziente non è in grado di trasformare l'idea in azione, l'obiettivo viene consciamente o inconsciamente rifiutato, la risposta plastica richiesta non è possibile momentaneamente per l'organismo del paziente o perché non è avvenuta la rappresentazione mentale per mancanza di stimoli adeguati.

E' necessario capire a questo proposito, osservando e ascoltando il soggetto che tipo di sensorialità prevale in esso, per sfruttare al meglio questo canale sensoriale e scegliere la tecnica più idonea per l'induzione.

Il paziente può essere di tipo: visivo, cenestesico, e uditivo:

- Il tipo visivo nel raccontarsi guarda verso l'alto e usa verbi ed espressioni che riportano a questo canale sensoriale . (Es." Mi piace guardare il tramonto in riva al mare").
- Il tipo cenestesico ha lo sguardo diretto verso il basso e usa verbi ed espressioni di tipo sensoriale tattile. (Es." Mi piace sentire il calore del sole sulla pelle quando sono al mare").
- Il tipo uditivo ha gli occhi in posizione che oscillano da un lato all'altro lato del capo e usa verbi ed espressioni di tipo sensoriale uditivo. (Es. "Mi piace ascoltare il rumore delle cascate o le onde del mare sulla spiaggia").

I PASSI

I Passi usati dall'operatore sono degli sfioramenti eseguiti con la propria mano sugli arti o sul viso del paziente per realizzare particolari suggestioni.

I passi hanno la funzione di attirare l'attenzione del paziente nella zona dove si vuole realizzare l'analgesia , la catalessi o altri fenomeni ipnotici.

TECNICA DI INDUZIONE

Nell'induzione praticata ho utilizzato una tecnica mascherata con la quale si induce un soggetto in ipnosi a sua insaputa, mascherando la tecnica stessa.

Spiego sempre al paziente, prima di iniziare, cosa devo fare, che le tecniche di comunicazione ed i passi che utilizzo hanno un effetto rilassante su tutto il corpo, non nominando così la parola ipnosi, che suscita perplessità e paure, (tale tecnica è stata usata in pazienti in cui l'anamnesi prossima e remota mi permettevano di non metterli in una situazione di pericolo per la loro salute sia fisica che psichica).

La focalizzazione dell'attenzione su un oggetto luminoso che indica i parametri vitali del paziente.

- Ordine, al paziente vengono impartiti uno o più ordini:” si accomodi sulla sedia vicino a me, guardi attentamente questo monitor luminoso, si metta comodo, io mi metto di fianco al paziente seduta, possiamo vedere insieme i suoi parametri vitali, se vuole mi affidi la sua mano....”.
Gli ordini devono essere tali da poter essere accolti dal paziente e ogni ordine eseguito facilita l'accoglimento dell'ordine successivo.
- Descrizione, si descrive un fenomeno neutro di tipo oggettivo:”vedo che si è messo comodo”, il paziente ha appoggiato il braccio sul lettino e vede bene i suoi parametri vitali dal monitor.
- Ricalco, si descrive un'esperienza soggettiva, “sente che le tocco la mano, la sfioro, la massaggio, la sente più leggera”.
- Suggestione di leggerezza, “la mano diventa leggera, leggera, come se avesse un palloncino al polso che la solleva “.
- Ratifica, il paziente solleva la mano in alto, sospesa e ferma nel vuoto, è tranquillo.
- Deipnotizzazione, si riporta il paziente “alla normalità” suggerendo sempre idee di benessere, “ora si sente meglio, più tranquillo rilassato”.

Il linguaggio verbale e non verbale sono sempre presenti, uso un tono rassicurante, parlo lentamente, cerco di esprimermi in maniera positiva e allo stesso tempo cerco di sorridere ed avere un atteggiamento propositivo.

RILASSAMENTO E SILENZIO

Molti ipnotismi usano iniziare il soggetto all'ipnosi attraverso l'impiego di tecniche di rilassamento.

Tale modalità ha la sua importanza e la sua giustificazione.

La rappresentazione mentale, l'immagine mentale, il pensiero sono una forza e lo sono in particolare se esprimono in maniera focalizzata l'energia della coscienza. La coscienza e la presenza al pensiero è l'azione in embrione; e più il pensiero è circoscritto, preciso, unico, carico di significato, più è ricco di forza interna per il manifestarsi della coscienza.

Perché l'ipnosi, o l'autoipnosi, possa essere realizzata deve essere chiaro per l'operatore qual' è il pensiero realmente efficace “il giusto pensiero”.

Il pensare nervoso, incerto, superficiale, agitato, distratto, senza chiarezza, che scivola da un contenuto all'altro, non guidato è un pensiero povero di energia realizzatrice.

La rappresentazione mentale deve essere affermativa, decisa, chiara nella sua finalità.

Il pensiero esprime la sua potenza quando è unico ad occupare la mente.

Quando è unico l'obiettivo da raggiungere e tutta l'energia mentale è orientata ad esso, il pensiero si fa plastico, creativo.

La focalizzazione dell'attenzione è attiva quando è libera da passioni, da sentimenti fuorvianti quali sono la paura, la preoccupazione nella riuscita, il desiderio.

La rappresentazione mentale trova la sua massima espressione in uno stato equilibrato della mente.

Si comprende facilmente come "un ambiente mentale equilibrato" sia sinonimo di rilassamento, di tranquillità e pace interiore.

Il rilassamento fisico è introduzione al SILENZIO INTERIORE.

E' nel silenzio della mente che la rappresentazione mentale, l'immagine, il pensiero esprime la totalità della sua energia.

Il silenzio è non soltanto assenza di rumori esterni, ma essenza di giudizio e passività attenta.



I.3 Campi di applicazione

INDICAZIONI TERAPEUTICHE

INDICAZIONI ALL'USO DELL'IPNOSI

Le indicazioni all'uso dell'ipnosi sono cliniche-terapeutiche e non cliniche.

LE INDICAZIONI IN AMBITO CLINICO SONO:

- DERMATOLOGICHE, ha buoni risultati per la cura delle verruche e malattie della pelle.
- ODONTOIATRICHE, è usato per ridurre l'ansia, per ottenere l'analgesia, per prevenire piccole emorragie e ridurre la salivazione.
- GINECOLOGICHE E OSTETRICHE; il parto in ipnosi consente di ridurre l'ansia, ha un'azione miorilassante ed analgesica, abbrevia i tempi del travaglio del parto.
- CHIRURGICHE, a scopo ansiolitico nel pre-operatorio e nel post-operatorio per migliorare la compliance alle cure mediche/chirurgiche e ridurre i tempi di convalescenza.
- ALCOLISMO E TABAGISMO.
- NEVROSI (neurastenica, depressiva, isterica, fobica, ossessiva).

- MALATTIE PSICOSOMATICHE
- MALATTIE SOMATOPSICHICHE
- MALATTIE PSICOSESSUALI



INDICAZIONI NON CLINICHE

- Ricerca scientifica
- Studio
- Lavoro
- Sport
- Fini militari

Viene usata a scopo ansiolitico, aiuta quindi a migliorare la concentrazione, aumentando così la lucidità, migliora le prestazioni fisiche (in ambito sportivo), migliora l'efficienza, allena all'impegno, al superamento delle difficoltà, all'esercizio della volontà.

Si possono potenziare le capacità mnemoniche e dare suggestioni per stimolare maggior impegno nello studio, nell'allenamento, maggior grinta e mentalità vincente.

I.3.a Controindicazioni all'uso dell'ipnosi clinica

- Psicosi
- Psiche in evoluzione (schizofrenia, psicosi maniaco depressiva).

CONSIDERAZIONI GIURIDICHE

L'ipnosi è un metodo terapeutico riconosciuto e verificato sperimentalmente da oltre un secolo, trova piena legittimazione nel principio della libertà terapeutica e nel riconoscimento da parte della comunità scientifica.

L'IPNOSI come intervento sanitario (sia come intervento psicologico-clinico e/o psicoterapeutico, che come terapia di affezioni con componente organica o come terapia del dolore) dovrebbe essere praticata solamente da chi sia abilitato all'esercizio di una PROFESSIONE SANITARIA.

In un contesto terapeutico l'ipnotista deve avere la qualità di medico o psicologo, od anche, in relazione all'impiego nella terapia del dolore , ODONTOIATRA.

Ogni altro impiego per finalità cliniche, diagnostiche o terapeutiche da parte di una persona non abilitata integra il reato di **ESERCIZIO ABUSIVO DI PROFESSIONE**, previsto e punito all'art. 348 del CODICE PENALE.

E' ovvio che il terapeuta dovrà conoscere adeguatamente l'ipnosi, come deve conoscere bene tutti i metodi terapeutici o diagnostici pertinenti alla sua specializzazione, e dovrà valutare in scienza e coscienza i possibili vantaggi e rischi dell'eventuale terapia.

E' altrettanto ovvio che non potrà procedere alla terapia senza il Consenso Informato del paziente ovvero di chi ne ha la legale rappresentanza, genitore, tutore o curatore speciale.

Il vigente codice penale, promulgato nel 1930, menziona espressamente l'ipnosi in due punti.

L'art. 613 del codice penale punisce chiunque mediante suggestione ipnotica o in veglia, sostanze alcoliche o stupefacenti ponga una persona, senza di Lei assenso, in stato di incapacità d'intendere o volere. La punibilità non è esclusa se chi presta il consenso è minore di anni diciotto, infermo di mente, in stato di deficienza psichica per altra infermità, abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti, il consenso sia stato estorto con violenza, minaccia o suggestione ovvero carpito con l'inganno. La pena è la reclusione fino ad un anno. La pena è la reclusione fino a cinque anni se il colpevole ha agito col fine di far commettere un reato ovvero se la persona resa incapace commette, in tale stato, un fatto previsto dalla legge come reato.

L'art. 728 del codice penale prevede un'ipotesi contravvenzionale. Chiunque ponga taluno, col suo consenso, in stato di narcosi o ipnotismo ovvero esegua sul medesimo un trattamento che ne sopprima la coscienza o la volontà è punito, se dal fatto deriva pericolo per l'incolumità della persona, con l'arresto da uno a sei mesi ovvero con l'ammenda da Euro 30.00 a 516.00.

E' ammessa l'estinzione del reato mediante oblazione. La predetta norma non si applica se il fatto è posto in essere, per finalità scientifiche o di cura, da persona che esercita una professione sanitaria.



II. LUOGO DOVE ESERCITO L'ATTIVITÀ DI INFERMIERA

Al Pronto Soccorso dell'Ospedale Maria Vittoria a Torino addetta al triage a turno

Nella situazione iniziale in cui una persona giunge in Pronto Soccorso è importante tenere presente che questa persona porta con sé non solo un malessere attuale ma tutto il suo mondo relazionale: come e se è abituato a chiedere e a rivolgersi a persone che non conosce, a un medico, la sua conoscenza della struttura sanitaria, le sue precedenti esperienze. Lo stesso accade, più o meno consapevolmente, all'operatore sanitario che ogni giorno propone non solo le sue capacità professionali ma il suo modo di essere persona.

Questo accade inevitabilmente anche quando ci si difende dicendo “ Io separo nettamente l'aspetto professionale da quello personale”. Nelle relazioni di aiuto il proprio modo di **essere persona** traspare ed è un valore aggiunto, che richiede però una buona conoscenza di sé e delle proprie modalità relazionali per evitare di mettere in atto degli agiti personali che possono non essere adatti al contesto professionale. Per far riflettere concretamente su quest'aspetto è utile invitare gli infermieri a concentrarsi sulle loro relazioni quando si trovano di fronte a due situazioni diverse: nella prima si trovano di fronte ad accogliere un paziente fortemente in ansia con pensieri deliranti e allucinazioni e con un atteggiamento molto aggressivo e minaccioso ma conosciuto come paziente psichiatrico, nella seconda si trovano di fronte un paziente che presenta le stesse modalità ma conosciuto come tossicodipendente o alcolizzato. Questo confronto evidenzia come ci possa essere una differenza emotiva tra gestire un paziente psichiatrico, emotivamente vissuto come “non responsabile” del proprio stato e il mettersi in relazione con un paziente tossicodipendente ritenuto per certi versi “responsabile” del proprio stato e dei propri agiti. In entrambi i casi lo spazio relazionale è estremamente limitato, ma il vissuto connesso alla loro gestione in una fase critica rischia di essere molto pesante. Un'osservazione critica sul tempo che occorre per accogliere così i pazienti confrontare due modalità lavorative apparentemente in contrapposizione: una concreta, basata sulla tempistica, la coda fuori dal triage, la carenza di personale, le frequenti interruzioni e un'altra modalità definibile del “come dovrebbe essere”, con i tempi giusti per tutti, gli spazi adeguati, il personale necessario. Queste due modalità sembrano non trovare nessun margine di condivisione.



II. 1 Triage

a. ASPETTI GENERALI DEL TRIAGE



L'invenzione della tecnica del triage viene comunemente attribuita al barone francese Jean Dominique Larrey, capo chirurgo della guardia imperiale di Napoleone che fu il primo a utilizzare questa tecnica per eseguire una valutazione per gravità/priorità e ne elaborò le prime regole.

Tale applicazione fu però di tipo preospedaliero, in condizioni che oggi definiremmo di maxiemergenza, dove le prerogative organizzative e le aspettative sia dei valutatori sia degli infortunati sono diverse.

Nella valutazione che avviene in condizioni di maxiemergenza o catastrofe, la valutazione sposta il centro dell'attenzione sul "salvare" il maggior numero di persone possibili, laddove il rapporto risorse/feriti è minore di uno. L'approccio quindi è quello di ottimizzare i mezzi per non disperdere energie per vittime che, sulla base delle conoscenze scientifiche presenti in quel dato momento, hanno ridotte o nulle possibilità di sopravvivenza, per convogliarle verso le persone con maggiori possibilità.

Non si può pertanto distinguere così facilmente tra codice di gravità e codice di priorità in quanto le due modalità si sovrappongono nelle diverse fasi del soccorso extraospedaliero.

Il Triage è una funzione essenziale nel Pronto Soccorso dove accedono anche simultaneamente più pazienti ai quali bisogna assicurare le cure necessarie.

Diviene perciò indispensabile stabilire per ogni paziente la priorità d'accesso all'area di trattamento.

In Pronto Soccorso la funzione di Triage viene svolta per identificare le priorità rispetto, in prima valutazione, alle funzioni vitali o al rischio di perdita di una funzione di organo/senso e successivamente alla qualità e quantità di segni e sintomi che definiscono il paziente come urgente o non urgente.

Tutti, a livello internazionale, concordano che l'attività non sia di tipo diagnostico ma sia piuttosto la capacità di integrare le conoscenze scientifiche cliniche per individuare sintomi, segni e fattori di rischio, nella logica di individuare le condizioni per evolutività nel paziente che sopraggiunge in Pronto Soccorso.

L'intervista clinica strutturata diventa un momento interlocutorio volto a individuare e delineare le caratteristiche del paziente a partire dal sintomo manifestato e a raccogliere il maggior numero di elementi clinici specifici cui si aggiungono ulteriori dati ottenibili attraverso:

- L'osservazione diretta dell'intervistato;
- La percezione tattile;
- La percezione olfattiva;
- La percezione uditiva.

La capacità di valutazione deve essere tale da consentire al professionista di identificare immediatamente le possibili "catastrofi" che si possono celare dietro a segni e sintomi generici ed atipici.

La valutazione si conclude nel momento in cui, per qualità e quantità, i dati sono sufficienti per definire il problema reale o potenziale del paziente e quindi per definire la classe di priorità di appartenenza.

Una revisione sistematica della letteratura sull'argomento ci offre l'opportunità di affermare che i sistemi di Triage a livello internazionale, riconosciuti ed affermati, sono relativamente pochi.

L'elemento comune a tutte le linee guida sul Triage è il professionista chiamato ad esercitare tale funzione specifica di accoglienza e valutazione che corrisponde alla figura infermieristica, ormai laureata in tutti i paesi, talvolta con specifiche specializzazioni per poter esercitare in ambiti operativi specialistici.

Le specializzazioni infermieristiche in alcuni Paesi del mondo attribuiscono a questa figura professionale sanitaria ulteriori funzioni che, soprattutto in emergenza consentono di aumentare lo spazio discrezionale e decisionale nella fase di presa in carico del malato.

A titolo di esempio gli infermieri possono iniziare protocolli diagnostici (di tipo radiologico e laboratoristico), e terapeutici prima della presa in carico del medico.

In particolare, nell'ambito specifico delle attività nei dipartimenti di emergenza (DEA), le attività di Triage si sono intensificate con l'aumento dell'accesso ai servizi sanitari, l'"OVERCROWDING", da parte della popolazione che chiede la soluzione di tutti i problemi, siano essi sanitari e non, alle strutture ospedaliere, ritenute sicure, affidabili ed in grado di rispondere in modo tempestivo e completo alla definizione delle patologie attraverso strumenti e personale "ritenuti" maggiormente affidabili rispetto alla medicina del territorio.

L'obiettivo di tutti i sistemi di Triage è quello di identificare il paziente giusto per condurlo nell'area adeguata di trattamento nel tempo giusto per la priorità che gli è stata assegnata.

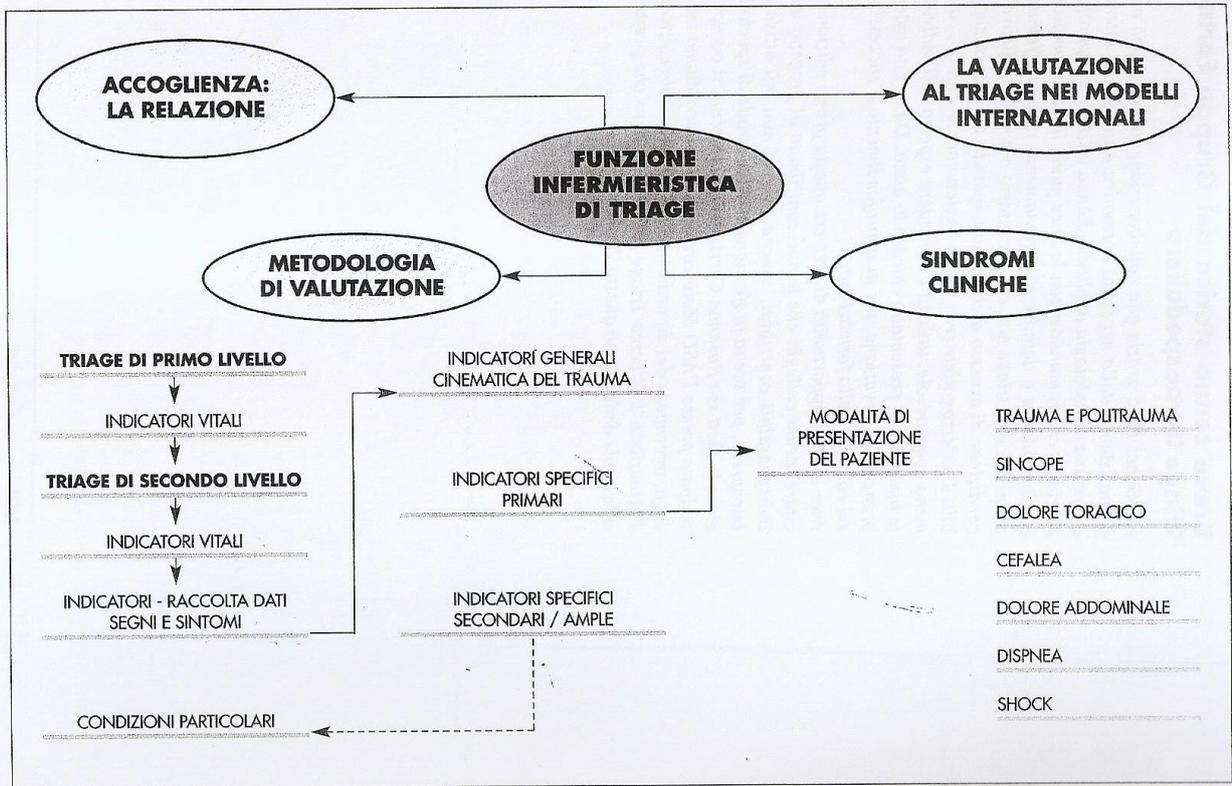
Non è un sistema di riconoscimento o definizione diagnostica.

Tutti i sistemi di Triage hanno elementi comuni:

- il professionista infermiere responsabile delle funzioni di triage, adeguatamente formato ,con esperienza specifica nel campo dell'emergenza di almeno sei mesi e che opera secondo protocolli prestabiliti;
- il tempo di triage come gold standard dovrebbe essere tra i due ed i cinque minuti, un maggior tempo può essere richiesto nel caso dei pazienti anziani o pediatrici, soprattutto se è necessario rilevare n set completo dei parametri vitali;
- la rapida identificazione delle persone che accedono ai dipartimenti di emergenza attraverso i livelli di priorità;
- l'identificazione delle priorità rispetto alle funzioni vitali(emergenze) dalle situazioni urgenti o non urgenti e non la gravità della condizione patologica
- la definizione dell'area più opportuna di trattamento (chirurgia, medicina, pediatria, ostetricia, etc);
- la riduzione della congestione alle aree di emergenza;
- la presa in carico della persona che esprime dei bisogni, presentati all'eccesso al sistema di emergenza; con una riduzione dell'ansia ed un miglioramento della soddisfazione rispetto al servizio erogato;
- il miglioramento dell'informazione e la comunicazione con la persona ed i suoi familiari rispetto all'organizzazione del servizio ed al tempo d'attesa.

Il sistema ESI versione 4 attualmente in uso in molti Stati degli USA(vedi allegato 1) è semplice e completo, in quanto è in grado anche di definire le risorse necessarie, in termini sia di professionalità che devono rispondere al problema clinico, sia di consumo di materiale ed attività diagnostiche necessarie a completare l'iter della persona.

In Italia non è ancora previsto uno standard nazionale ma ogni Regione ha definito delle linee guida sul Triage che hanno delineato i principi fondamentali rispetto al modello scelto e ad aspetti organizzativi relativi alla funzione di Triage.



ERRORI DA EVITARE IN TRIAGE

Secondo le linee guida internazionali sono:

- valutare i pazienti in ordine di arrivo alla porta d'ingresso e non in base alla priorità immediatamente rilevata con un primo "COLPO D'OCCHIO";
- definire il codice di Triage in base a chi si presenta e non sulla base di cosa succede in quel momento, ovvero la sintomatologia riferita;
- focalizzare la propria attenzione sulla ferita e non sul motivo della caduta o sugli effetti sistemici relativi alla caduta;
- aumentare il codice di priorità alle persone che si lamentano maggiormente rispetto alle persone che hanno un grado di sofferenza talmente elevato da non avere la forza di lamentarsi;
- definire il codice di priorità in base alle condizioni organizzative del momento nel dipartimento di emergenza e non sulla base della reale valutazione del paziente;
- cadere nel tranello del "libro delle ricette" e seguire sequenzialmente l'elenco degli ingredienti;
- cadere nell'errore sistematico "bias" legato a pregiudizi di genere e/o età della persona che si ha di fronte;
- incompleta compilazione della documentazione che riporta il processo di valutazione sistematica del Triage del paziente. Si dovrebbe essere in grado di riconvalidare la propria valutazione di priorità al Triage anche leggendo a distanza di tre anni solo la documentazione;

- rilevare i segni vitali in modo sistematico e non sulla base di un processo di valutazione della condizione del paziente: gli studi dichiarano che solo nel 9% dei casi i segni vitali modificano il codice di priorità.

b. I SEGNI VITALI

I segni vitali, o parametri vitali sono:

- la pressione arteriosa (PAO);
- la frequenza cardiaca (FC);
- la frequenza respiratoria (FR);
- la temperatura corporea auricolare (TA);
- l'ossigeno nel sangue (PO₂).

I parametri vitali sono da sempre considerati l'oggettivazione numerica di una condizione di alterazione rispetto ad un quadro ritenuto nella media della popolazione normale.

Sui segni vitali è necessario evidenziare che nei vari modelli di valutazione di priorità non vi è uno standard di riferimento specifico che attribuisca un determinato livello di priorità in base alla sola valutazione del singolo parametro numerico, ad eccezione della pressione arteriosa dove i criteri sono stati definiti dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità).

I parametri vitali sono diventati un utile strumento discrezionale, a disposizione dell'infermiere per completare un quadro di evolutività.

La frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria e la temperatura sono invece spesso individuo-dipendente, ovvero ogni persona ha un inter-range di benessere/malessere di risposta alla variazione numerica del parametro stesso.

La lettura del parametro numerico viene pertanto effettuata contemporaneamente alla risposta corporea alla variazione.

Nelle linee guida il singolo valore fuori range non giustifica da solo l'attribuzione di un livello di priorità, ma costituisce l'elemento discriminante o aggiuntivo alla raccolta dati relativa alla descrizione da parte del paziente del sintomo guida. In particolare vengono indicati come essenziali la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria, la saturazione dell'ossigeno, (se pertinente) e la temperatura corporea (bambini con età superiore ai tre anni), per decidere se la sovrastima è necessaria.

Allegato 2 :codici di priorità in relazione ai parametri vitali del sistema french

Livello di priorità FRENCH	
Frequenza cardiaca	
• ≥ 180 battiti al minuto	1
• 141-180 o < 40 battiti al minuto	2
• 120-140 o 50-40 battiti al minuto	3
• Palpitazioni	5
PAO (con sintomatologia correlata)	
• ≥ 220 mmHg	2
• ≥ 200 mmHg	3
• $< 200/220$ mmHg	5

c. CODICE DI VALUTAZIONE e FASI DEL TRIAGE

I codici di priorità secondo la normativa nazionale sono:



Definizioni dei codici secondo le linee guida del punto 4 e 5 della Deliberazione della Giunta Regionale 23 marzo 2005, n 43-15182:

- **Codice rosso:** assenza o grave compromissione di una o più funzioni vitali. Accesso immediato alle aree di trattamento
- **Codice giallo:** paziente critico, con funzioni vitali non gravemente compromesse ma suscettibili di peggioramento o con indicatori di sofferenza fortemente attivati tempo di attesa dai 10 ai 20 minuti, tempo di rivalutazione 10 minuti
- **Codice verde chiaro 30 min:** paziente non critico, con funzioni vitali stabili che necessità di interventi differibili nel tempo ma comunque urgenti tempo di attesa dai 60 ai 90 minuti, tempo di rivalutazione 60 minuti
- **Codice verde scuro 60 min:** paziente non critico, con funzioni vitali stabili che necessità di interventi differibili nel tempo ma comunque urgenti tempo di attesa dai 60 ai 90 minuti, tempo di rivalutazione 60 minuti

- **Codice bianco:** paziente non critico, con funzioni vitali stabili, che necessità di interventi non urgenti per i quali il protrarsi del tempo d'attesa non aggrava le condizioni tempo di attesa non definibili, tempo di rivalutazione 240 minuti

Le fasi del triage sono:

- 1 La **valutazione sulla porta** dove l'infermiere valuta velocemente attraverso il "colpo d'occhio" l'aspetto generale del paziente in cerca di problemi che richiedono interventi immediati
- **Valutazione primaria ABCD**
 - la presenza e la qualità dello STATO DI COSCIENZA,
 - la presenza, la qualità e l'efficacia dell' ATTIVITÀ RESPIRATORIA,
 - la presenza, la qualità e l'efficacia della ATTIVITÀ CARDIACA,
 - la presenza di DEFICIT NEUROLOGICI o alterazioni dello stato di coscienza

Gli elementi che si possono raccogliere attraverso il triage sulla porta e che possono indicare una condizione di emergenza sono:

- A. **Vie aeree**
- B. **Respiro**
- C. **Circolo**
- D. **Deficit neurologici o alterazioni dello stato di coscienza**

Il **Codice di priorità** può anche essere attribuito immediatamente se l'infermiera rileva, già in questa fase iniziale, condizioni pericolose per la vita oppure assegnato dopo una più accurata valutazione soggettiva e oggettiva.

- 2 **la raccolta dati**, dopo la valutazione sulla porta comincia la raccolta dei dati soggettiva e oggettiva.
- **valutazione soggettiva**, viene effettuata fondamentalmente con lo strumento dell'intervista. L'infermiere interroga il paziente, i familiari e/o accompagnatori, il personale di soccorso al fine di determinare:

Sintomo/problema principale,

L'evento presente,

Il dolore

I sintomi associati

La storia medica passato

- **valutazione oggettiva**, viene effettuata con l'esame fisico:
 - DATI OSSERVATI (come appare il paziente)
 - DATI MISURATI (parametri vitali)
 - DATI RICERCATI (esame fisico mirato)

Ispezione (guarda)

auscultazione (ascolta)

palpazione (senti)

- La **rivalutazione** deve essere attuata
 - a giudizio dell'infermiere del triage
 - a richiesta dell'utente o dei suoi accompagnatori
 - allo scadere del tempo di rivalutazione previsto per ogni codice

d. VALUTAZIONE DEL DOLORE

Per quanto riguarda il "DOLORE" vengono utilizzati aggettivi descrittivi :

- severo;
- moderato;
- da medio a moderato;
- minimale.

Il dolore ha però una componente oggettiva ed una soggettiva che spesso si sovrappongono, creando difficoltà ad una corretta valutazione.

La componente soggettiva può avere origine da fattori controllati o non controllabili del paziente:

- esperienze precedenti;
- cultura;
- formazione;
- pregiudizi o astuzia (" se urlo tanto passo prima....");
- soglia personale del dolore.

La componente oggettiva può essere valutata attraverso scale validate di rilevazione del dolore che spesso si compongono di due parti, una che registra quanto dichiarato dal paziente ed una che descrive quanto osservato dall'infermiere (postura, colore della cute, attivazione neurovegetativa, osservazione dopo intervista in condizioni di neutralità cui il paziente non si sente osservato e per cui assume un atteggiamento reale nei confronti del dolore che prova, ecc.).

Gli aggettivi che sono stati utilizzati nei sistemi di triage Internazionale per descrivere l'intensità del dolore sono differenti a seconda delle linee guida di riferimento.

- 1) Valutazione del dolore secondo le linee guida CTAS(Canadese).
- 2) Valutazione del dolore secondo le linee guida ATS (Australia).
- 3) Le linee guida MTS (Inglese).

Nel caso delle linee guida CTAS, la valutazione deve tenere in considerazione la localizzazione e la condizione di dolore acuto e cronico e la suddivisione prevede tre range:

- 8-10 per il dolore severo;
- 4-7 per il dolore moderato;
- 0-3 per il dolore lieve.

Le linee guida inglesi MTS indicano tre strumenti di valutazione del dolore:

- la descrizione verbale;
- la scala di valutazione visuale (VAS);
- la scala di valutazione numerica (NRS);
- la scala di valutazione dei comportamenti rispetto al dolore.

Per quanto riguarda la descrizione verbale la scala prevede: nessun dolore, dolore leggero, moderato, severo, agonizzante (terribile).

La scala visuale analogica, viene rappresentata su una retta, graduata da uno a dieci, ai cui estremi si collocano l'assenza di dolore ed il peggior dolore mai provato.

Gli strumenti a disposizione dell'infermiere per la scala di valutazione dei comportamenti sono:

- la risposta verbale;
- il linguaggio del corpo;
- l'espressione del viso;
- il cambiamento comportamentale;
- il livello di coscienza;
- le modificazioni fisiologiche.

Le linee guida affermano però che l'utilizzo di scale complesse richiede molto tempo per la loro compilazione; pertanto è stato previsto un algoritmo dove il dolore viene graduato in dolore severo (codice arancio), dolore moderato (codice giallo) e dolore recente (codice verde).

E' necessario che l'infermiere effettui una valutazione completa ed approfondita per non dimenticare l'elemento personale della percezione del dolore.

Nei pazienti che non possono verbalizzare la loro condizione dolorosa viene indicata come scala di valutazione la Abbey Pain Scale (2004), la quale prevede la compilazione di una scheda che analiticamente diversi aspetti fra i quali viene richiesto di identificare se il dolore è acuto, cronico o riacutizzazione di un dolore cronico.

Il paziente sicuramente tenderà ad affermare di avere un dolore elevato per poter accedere prima alla sala visita e pertanto quanto viene affermato dal paziente deve essere completato da una valutazione che tenga in considerazione se il dolore è centrale o periferico, l'espressione del volto, la presenza di diaforesi, la postura del corpo e l'eventuale variazione dei parametri vitali.

Il tempo di insorgenza può essere un ulteriore elemento di valutazione rispetto alle condizioni a rischio potenziale di peggioramento delle funzioni vitali, ma non deve essere un elemento "punitivo" per il paziente rispetto all'eventuale inappropriato accesso alla struttura.

Oggi è sicuramente necessario individuare quali strumenti possono essere utilizzati per monitorare la performance e la qualità delle prestazioni erogate in ambito sanitario.

Il triage, processo complesso di valutazione che deve attribuire un codice di priorità in tempi rapidi, è sempre più oggetto di attenzioni da parte del legislatore ed inizia ad essere motivo di denuncia verso il personale infermieristico nel caso di incidenti critici a cui faccia seguito la morte del paziente.

I modelli di valutazione proposti in particolare quello dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari dell'Emilia Romagna con un'attività di bench-marking ed il sistema di audit clinico proposto dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari dalla Regione Piemonte.

Il sistema di audit clinico ha il vantaggio del confronto fra pari su eventi legati alle attività oggetto di valutazione, in particolare negli eventi critici o eventi sentinella, che possono essere il terreno favorevole per individuare eventuali punti critici e trovare soluzioni applicabili.

Il Triage entra a far parte a pieno titolo delle attività di governo clinico e risk management dei processi sanitari per la complessità e la responsabilità professionale che ne consegue.

Rispetto agli indicatori di processo è possibile trovare standard di codifica a parità di condizioni di valutazione, come il test KAPPA utilizzato in molti paesi, ma di non facile realizzazione (vedi allegato test kappa).

Per poter effettuare tale test di concordanza viene richiesta la compresenza di due infermieri che indipendentemente, a parità di condizioni effettuano la valutazione sul paziente. Non a caso il test presenta nella matrice una percentuale di risultati definiti di concordanza casuale.

Proprio per la necessità di osservare ed intervistare il paziente è difficile creare il setting ideale di valutazione con un modello di concordanza differito nel tempo tra il primo e secondo valutatore (possibili bias di processo).

Sui possibili indicatori di risultato al triage , alcuni Autori propongono :

- la valutazione a posteriori della qualità della documentazione clinica prodotta, completezza ed accuratezza della scheda di Triage , tale da consentire ad un altro professionista di giungere alla stessa valutazione di priorità indipendentemente dalla presenza del paziente da osservare.
- la valutazione a posteriori della qualità della documentazione al fine di individuare, sulla base di criteri dati, se il macroproblema del paziente è stato individuato correttamente o, al contrario, servirsi della diagnosi di dimissione per individuare a posteriori, quali e quanti segni e sintomi erano patognomonic della patologia e quanti invece non lo erano.
- terzo ed ultimo modello, citato per completezza ma non ritenuto idoneo dagli autori, è quello di comparare il codice di priorità definito dall'infermiere, senza particolari strumenti a disposizione, con il codice di gravità dato in uscita dal medico, che ha a disposizione un pattern di esami strumentali.

Riteniamo che i primi due modelli, se effettuati in modo sistematico, potrebbero offrire interessanti stimoli di riflessione rispetto alla definizione dei quadri patognomonic di malattia, in quanto sempre di più i pazienti presentano sintomatologie, descritte nei testi clinici di riferimento, di rara o quasi impossibile manifestazione.

Tabella 9. - Valori concordanza del test Kappa.

< 0,01	nulla
0,01-0,20	scarsa
0,21-0,40	modesta
0,41-0,60	moderata
0,61-0,80	sostanziale
0,81-1,00	quasi perfetta

(Landis e Koch, 1977)



e. LA COMUNICAZIONE E CANALI DI COMUNICAZIONE

L'acronimo "GAS" utilizzato in BLS, offre un ottimo spunto per iniziare delle riflessioni sulla comunicazione che avviene nel pronto soccorso e in particolar modo nella fase di triage. L'operatore è tenuto infatti a:

- **guardare** la persona che gli è di fronte e compiere delle osservazioni;
- **ascoltare** ciò che comunica e la modalità con cui avviene la comunicazione;
- **sentire** con la mente, empaticamente;

abilità che, insieme a molte altre, non sono sconosciute agli infermieri. La capacità di prendersi cura della persona rappresenta per l'infermiere non solo il praticare tutte le attività assistenziali di base ma va inteso come l'aiuto offerto affinché la persona stessa possa esprimere i propri sentimenti, apprendere nuove capacità per affrontare i suoi problemi magari assumendo modelli di comportamento nuovi e più gratificanti, ottenendo così di rafforzare l'immagine del sé e l'autostima. La capacità di ascoltare è una competenza complessa con caratteristiche sia ricettive sia attive e include l'attivazione dell'attenzione, dell'osservazione, della comprensione del messaggio e della sua riformulazione, abilità che si possono così schematizzare:

- **prestare attenzione:** significa comunicare attraverso il proprio comportamento non verbale di essere interessati a tutto quello che viene detto. Tale capacità presuppone un atteggiamento che rispecchi disponibilità, abbassamento delle barriere difensive, nonché la predisposizione all'interesse e la concentrazione su tutto quello che viene riportato dalla persona;
- **osservare:** vuol dire focalizzare l'attenzione sulla comunicazione non verbale, senza perdere ciò che viene verbalizzato;
- **comprendere il messaggio:** come capacità di decifrare ciò che viene realmente detto cogliendone sia il contenuto espresso sia quello latente;
- **riformulare:** parole o frasi dette dal paziente per mantenere l'attenzione su un certo argomento, per continuare ulteriormente il dialogo o per trasmettere ciò che abbiamo compreso senza mai allontanarsi dalla cultura, i valori, i problemi personali e lo stato d'animo della persona;
- **affrontare il silenzio:** di paura, noia, rabbia, tristezza o imbarazzo, senza provare disagio costituisce un'importante competenza per chi si occupa di relazioni d'aiuto.
- **informare:** presuppone "sapere" e cioè avere chiaro il problema, i modi per prevenirlo e le risorse da attivare per risolverlo. Per questo è necessario che l'infermiere considerati i bisogni di conoscenza espressi dal paziente, definisca le sue competenze e sappia attivare le risposte nel momento e nel modo più appropriato;
- **adottare un atteggiamento empatico:** con la capacità di assumere un atteggiamento empatico non si intende una semplice abilità, ma uno strumento capace di creare una relazione di fiducia. Per l'infermiere l'empatia rappresenta

un modo di essere, di comunicare, di ascoltare, di osservare e un modo per raccogliere i dati necessari per formulare un'assistenza adeguata.

CHE COS'È LA COMUNICAZIONE

Non si può non comunicare, ciascuno di noi anche nel silenzio sta comunicando qualcosa. La **comunicazione** è un processo di trasmissioni di informazioni. Un modello spesso usato per descrivere questo fenomeno è quello fisico matematico di Shannon e Weaver, nato dalla necessità di studiare le condizioni per migliorare l'efficienza della trasmissione di segnali attraverso apparati tecnici di trasmissione. Lo sviluppo di questa teoria fisico-matematica è parallelo alla grande evoluzione delle telecomunicazioni. In realtà, l'influenza delle loro ricerche è andata oltre il problema specifico per cui era nata. Infatti, oltre alla definizione di comunicazione che ancora oggi utilizziamo, ne è derivata anche l'elaborazione di uno schema generale dei processi comunicativi, che ha goduto di una diffusione vastissima. Lo schema di Shannon e Weaver ha specificato, quando si parla con un'altra persona il cervello è la sede della codificazione dell'informazione, l'apparato vocale è il trasmettitore, le vibrazioni sonore il canale della comunicazione, l'orecchio dell'interlocutore il ricettore e il suo cervello il decodificatore del messaggio. A partire dagli anni '60 alcuni filosofi del linguaggio proposero il **modello inferenziale** (Ginger 1975), secondo cui la comunicazione umana è una forma di interazione sociale e cooperativa tra persone che intendono condividere con uno o più individui parte della loro conoscenza. La comunicazione presuppone un linguaggio e una serie di regole condivise, non è statica ma è fatta di transazioni che vanno e vengono, che includono sentimenti, comportamenti e informazioni. La comunicazione che avviene nel momento del triage appartiene ad un tipo di comunicazione specifica, definita **comunicazione sanitaria**. Perché distinguere un tipo di comunicazione definendola sanitaria e specificando ulteriormente che avviene nella fase di triage? Poiché si tratta di una comunicazione con caratteristiche particolari, fatta e gestita in un **contesto** (l'insieme di rumori, persone, luci, clima ed elementi fisici) difficile, dove sono molto rilevanti le sensazioni, le paure, le ansie delle persone coinvolte. Questo complesso processo coinvolge diversi protagonisti: i professionisti della salute, il paziente ed i familiari.

LE FORME DI COMUNICAZIONE

La comunicazione verbale viene integrata e arricchita da un altro tipo di linguaggio, il linguaggio non verbale o analogico.

La comunicazione non verbale

Per capire al meglio la comunicazione che avviene tra due persone occorre non solo ascoltare le parole ma osservare attentamente la gestualità, le espressioni del viso, il tono della voce, la postura del corpo, la distanza tra le due persone ...

I pazienti e i loro familiari prestano molta attenzione a tutto ciò che avviene intorno a loro e quindi anche alla comunicazione non verbale che intercorre tra il personale

sanitario. Ciò accade perché nel contesto ospedaliero il paziente, e il familiare, sono dominati da una forte emozionabilità e della paura, segnali questi di allarme che aumentano il livello di ansia e rendono le persone molto recettive ad ogni piccolo gesto, a cui si cerca di attribuire un significato che non sempre risulta essere adeguato, come ad esempio interpretare un cenno che può essere fatto o un'espressione letta nei termini di preoccupazione del sanitario sul paziente. La comunicazione non verbale si basa su 5 aree chiave:

1. fenomeni paralinguistici (suoni non verbali);
2. espressioni del viso;
3. tutti i movimenti del corpo;
4. comportamenti visivi;
5. prossemica.

Quest'ultimo fattore merita un particolare approfondimento. Il termine **prossemica** fu introdotto dall'antropologo Edward T. Hall nel 1963, nell'ambito dello studio delle relazioni di vicinanza sulla comunicazione, studio che evidenziò come l'analisi del contesto spaziale possa dirci molto sui sentimenti tra le persone e sui rapporti di potere e fiducia che intercorrono tra esse. Hall distinse quattro tipi di distanze:

- La **distanza intima** implica un alto grado di coinvolgimento in cui tutte le percezioni sensoriali si acquiscono;
- La **distanza personale** è quella rispettata dai membri di una società che si ispira al non contatto, può essere infranta solo da persone in contatto con il soggetto, mentre non è valicata dagli estranei;
- La **distanza Sociale** è quella entro la quale si trattano gli affari sociali e gli incontri occasionali.
- La **distanza pubblica** un individuo può fuggire o cercare di difendersi se subisce una minaccia mimando la reazione di fuga istintiva animale, la voce è alta e i contenuti sono formali.

La comunicazione verbale è importante nell'ambito sanitario al fine di stabilire una buona interazione con il paziente senza che questo si senta invaso o allontanato. In quest'ottica sarebbe auspicabile che la fase del triage avesse un luogo specifico in cui avvenire, dove si potesse accogliere il paziente senza barriere intermedie e nel rispetto della sua riservatezza.

Un tipo particolare di comunicazione non verbale: il contatto fisico è la prima forma di comunicazione dell'adulto con il neonato e di quest'ultimo con l'ambiente che lo circonda. In ambito sanitario il contatto fisico può essere rassicurante, fa sentire accolti, esortati a non avvilitarsi, sempre nel rispetto della prossemica e dell'autenticità dell'empatia.

I fattori che influiscono il contatto fisico sono:

1. Il genere della persona che stabilisce il contatto e di chi lo riceve determinano la positività o il fastidio dell'altro;
2. Fattori socio-culturali: si parla di culture di contatto e di culture di non contatto

3. Tipo e lungo: il tipo di contatto determina il contenuto del messaggio. Nell'ambito della professione sanitaria il contatto è molto contenuto e fatto con empatia: esso comunica "mi sto prendendo cura di te". Da non confondere con il contatto funzionale professionale come il misurare la pressione.

f. RELAZIONE D'AIUTO COMUNICAZIONE SANITARIA

La comunicazione sanitaria è una parte della comunicazione il cui contenuto ha a che fare con i problemi di salute, in special modo quando il contesto è quello del pronto soccorso. Basta immaginare di fare una uguale raccolta anamnestica in contesti sanitari diversi quali un ambulatorio di medicina di base o in un reparto di ortopedia, per cogliere immediatamente quanto il contesto sia importante e influisca sulla situazione emotiva, sia del paziente sia dell'operatore.

All'interno del settore specifico della comunicazione sanitaria, vi sono delle variabili che acquistano un particolare significato proprio per il contesto nel quale avviene questo tipo di comunicazione:

- Empatia
- Controllo
- Fiducia
- Apertura, disponibilità personale
- Conferma e riconoscimento.



Vediamo ciascuna variabile più nel dettaglio.

Empatia: termine coniato nel 1909 da Theodor Lipps che letteralmente significa "sentire dentro". Altri autori hanno definito l'empatia come un vero e proprio processo che significa "entrare nel mondo percettivo privato dell'altro e sentirsi come a casa propria". Stare empaticamente con l'altro non vuol dire essere d'accordo, ma stare con un'altra persona lasciando da parte i propri valori e giudizi per entrare nel mondo dell'altro senza pregiudizi. Nell'ambito sanitario tale processo è utile sia al paziente sia al professionista. Per il paziente è utile sentirsi capito per gestire i suoi stati d'animo in un momento in cui è spaventato e confuso dalla malattia, mentre il professionista utilizza tale processo per comprendere meglio il paziente e i suoi problemi, senza per questo identificarsi con loro.

Controllo: nel contesto sanitario c'è un continuo confronto tra chi detiene il controllo, che è un fattore sottile ma potente della comunicazione.

Vi sono due tipi di controllo:

- **Controllo relazionale** che fa riferimento alla percezione che le singole persone hanno del come sono relazionati agli altri e a chi a il potere in quel momento.
- **Controllo personale** ovvero la percezione che le persone hanno di poter contrattare il modo in cui le circostanze influenzano le loro vite. Il paziente che arriva in ospedale vive un forte stato d'ansia e di perdita del controllo, sia

rispetto alla malattia che al l'ambiente esterno. È importante che il paziente senta che la situazione è sotto controllo.

Fiducia: significa accettare gli altri senza valutare e giudicare. È la variabile fondamentale nel processo umano di comunicazione. Accentua ancora di più la sua importanza nel contesto sanitario poiché il paziente si sente inerme e bisognoso di aiuto. Sentire di potersi fidare fa sì che il paziente acquisisca sicurezza e si crei un supporto reciproco nella relazione interpersonale tra paziente e professionista che riduce al minimo la comunicazione di tipo definitivo.

Apertura disponibilità personale: il professionista che fa propria l'empatia, l'ascolto e la fiducia stimola l'apertura e la disponibilità personale anche da parte del paziente, all'interno di quel processo circolare che è la comunicazione umana. Bisogna altresì riconoscere che si tratta di un terreno molto delicato poiché coinvolge l'aspetto psicologico non solo del paziente ma anche del professionista.

Conferma e riconoscimento: riconoscere l'interlocutore come un essere umano degno di attenzione e di rispetto. La conferma e il riconoscimento passano attraverso la personalizzazione, ovvero il riconoscimento dell'individualità dell'altro che si trova in un contesto che non gli è abituale, e chi si occupa di lui deve assicurargli la normalità di tutto ciò che gli succede in modo da tranquillizzarlo. Al fine di comprendere meglio ciò che avviene a livello comunicativo e anche relazionale nell'incrocio con un paziente, ritengo preziosi i contributi dell'analisi transazionale.

ANALISI TRANSAZIONALE

L'analisi transazionale o AT è una teoria psicologica elaborata da Eric Berne negli anni '50; è una pratica psicoterapeutica, ma soprattutto si tratta di una concezione dell'essere umano che nasce da una filosofia positiva in cui ogni persona è fondamentalmente ok. La comunicazione tra due individui può essere letta come una transazione tra stati diversi o omologhi dei due io. Le trasmissioni possono essere semplici o complesse, lo scopo dell'analisi transazionale è quello di scoprire in ogni individuo la componente genitore, adulto, bambino che sottende ogni sua espressione, sia essa di stimolo o di reazione. Le transazioni, secondo Bern possono indicare gli elementi più profondi della personalità. Tra questi elementi vi sono gli "stati dell'IO, tra loro relativamente autonomi ma non sempre bene integrati. L'analisi transazionale insegna anzitutto a riconoscere ed utilizzare con maggiore consapevolezza ed efficienza le tre dimensioni della personalità, sia a livello personale, sia nell'osservazione degli altri. Ogni stato dell'IO ha connotazioni positive e negative a seconda che favorisca oppure impedisca l'indipendenza della persona. Lo stato "adulto" nella sua funzione vive oggettivamente nella realtà, non sdrammatizza l'errore e decide in base a ciò che è noto; invece, qualora non sia ben funzionante e contaminato, trascura le emozioni ed i valori e non si cura dei rapporti interpersonali. Il **bambino adattato positivo** accetta le regole, collabora e agisce per farsi accettare;

il **bambino adattato negativo** si sottomette alle regole, si compiange e subisce per farsi accettare.

Il **bambino ribelle positivo** ha spirito d'iniziativa.

Il **bambino ribelle negativo** è sempre contrario per principio.

Il **bambino libero positivo** si esprime in tutto liberamente mostrandosi apertamente.

g. ANSIA E DISPNEA

L'**ansia** è uno stato psichico, prevalentemente cosciente, di un individuo caratterizzato da una sensazione di paura, più o meno intensa e duratura, che può essere connessa o meno ad uno stimolo specifico immediatamente individuabile (interno o esterno), ovvero una mancata risposta di adattamento dell'organismo ad una qualunque determinata e soggettiva fonte di stress per l'individuo stesso.

L'ansia è una complessa combinazione di emozioni negative che includono paura, apprensione e preoccupazione, ed è spesso accompagnata da sensazioni fisiche come palpitazioni, dolori al petto e/o respiro corto, nausea, tremore interno. Può esistere come disturbo cerebrale primario oppure può essere associata ad altri problemi medici, inclusi altri disturbi psichiatrici. I segni somatici sono dunque una iperattività del sistema nervoso autonomo e in generale della classica risposta del sistema simpatico di tipo "combatti o fuggi".

Si distingue dalla paura vera e propria per il fatto di essere aspecifica, vaga o derivata da un conflitto interiore.

La distinzione con il termine angoscia appartiene solo alle lingue di origine latina, infatti in inglese il termine usato sia per ansia e sia per angoscia è "anxiety", in tedesco "Angst".

L'ansia sembra avere varie componenti di cui una *cognitiva*, una *somatica*, una *emotiva* e una *comportamentale* (Seligman, Walker & Rosenhan, 2001).

- La componente cognitiva comporta aspettative di un pericolo diffuso e incerto.
- Dal punto di vista somatico, il corpo prepara l'organismo ad affrontare la minaccia (una reazione d'emergenza): la pressione del sangue e la frequenza cardiaca aumentano, la sudorazione aumenta, il flusso sanguigno verso i più importanti gruppi muscolari aumenta e le funzioni del sistema immunitario e quello digestivo diminuiscono. Esternamente i segni somatici dell'ansia possono includere pallore della pelle, sudore, tremore e dilatazione pupillare.
- Dal punto di vista emotivo, l'ansia causa un senso di terrore o panico, nausea e brividi.

- Dal punto di vista comportamentale, si possono presentare sia comportamenti volontari che involontari, diretti alla fuga o all'evitare la fonte dell'ansia. Questi comportamenti sono frequenti e spesso non-adattivi, dal momento che sono i più estremi nei disturbi d'ansia. In ogni caso l'ansia non sempre è patologica o non-adattiva: è un'emozione comune come la paura, la rabbia, la tristezza e la felicità, ed è una funzione importante in relazione alla sopravvivenza.

Si pensa che i circuiti neurali che coinvolgono l'amigdala e l'ippocampo soggiacciono all'ansia (Rosen & Schulkin, 1998). Quando i soggetti vengono sottoposti a stimoli spiacevoli e potenzialmente dannosi come odori o gusti ripugnanti, le scansioni PET eseguite su di loro mostrano flussi sanguigni aumentati nell'amigdala (Zald & Pardo, 1997; Zald, Hagen & Pardo, 2002). In questi studi, i partecipanti riportarono anche un'ansia moderata. Questo potrebbe indicare che l'ansia sia un meccanismo protettivo progettato per prevenire comportamenti potenzialmente dannosi per l'organismo come nutrirsi di cibo avariato.

Se invece l'ansia ricorre cronicamente ed ha un forte impatto sulla vita di una persona si può allora diagnosticare un disturbo d'ansia. I più comuni sono il disturbo d'ansia generalizzata (DAG), il disturbo di panico (DP), la fobia sociale, le fobie specifiche, il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e il disturbo post-traumatico da stress (DPTS).

Una buona anamnesi e una visita medica sono essenziali per la diagnosi iniziale di qualunque disturbo d'ansia per poter escludere qualunque condizione medica trattabile che potrebbe provocare gli stessi sintomi dell'ansia. Una storia familiare di disturbi d'ansia o altre malattie psichiatriche rafforza la probabilità di un disturbo d'ansia. Siccome vi è una forte associazione dell'ansia con altri problemi psichiatrici, compresi l'abuso di sostanze e la depressione, la visita medica dovrebbe comprendere il controllo della presenza di uso di droghe iniettate intravena e precedenti episodi di autolesionismo.

La **dispnea** è la spiacevole consapevolezza di una respirazione difficoltosa. Tale disturbo è solitamente correlato alla sensazione di "fame d'aria"

L'associazione NYHA ha classificato la dispnea secondo 4 classi in base al grado di compromissione funzionale:

- nel 1° grado si ha la comparsa di dispnea in seguito a sforzo fisico moderato;
- nel 2° in associazione a una attività fisica ordinaria;
- nel 3° per attività fisica ridotta rispetto all'ordinario;
- nel 4° per la presenza di dispnea a riposo.

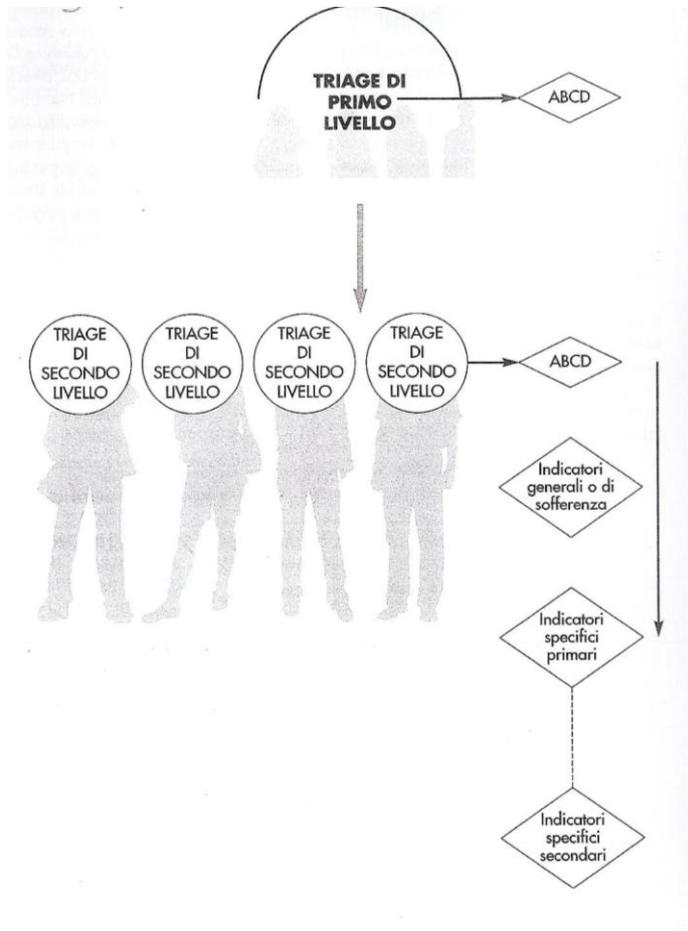
In relazione alla causa sottesa, possiamo avere dispnea per alterazioni a carico di:

- Apparato cardiovascolare: insufficienza cardiaca sinistra o destra, versamento pericardico, tamponamento cardiaco, aneurisma aortico (per compressione tracheo-bronchiale), cardiopatie congenite (tetralogia di Fallot). Nell'insufficienza cardiaca sinistra, a seconda dell'entità della stessa, si hanno quattro diversi gradi di dispnea: ortopnea, dispnea parossistica notturna, asma cardiaco, edema polmonare acuto;
- Apparato respiratorio: da cause ventilatorie (restrittive o ostruttive) o alveolo-capillari

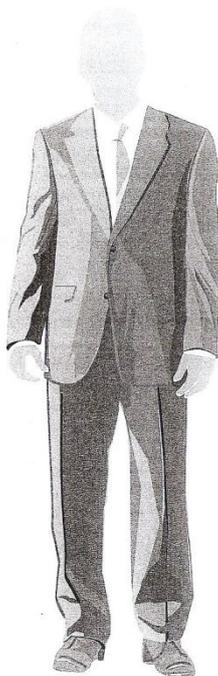
Esistono poi una dispnea psicogena (stati d'ansia, forti emozioni) e una dismetabolica (acidosi, sindrome da iperventilazione, tireotossicosi).

La dispnea è anche portata dalle malattie ematologiche maligne nelle quali può determinarsi anemia (carenza di emoglobina nel sangue, o per diminuita produzione di globuli rossi o per insufficiente sintesi di emoglobina). La dispnea può essere quindi un segno di anemia (sia da malattie di origine tumorale, ma anche da altre patologie!), anche se si tratta di una affaticabilità maggiore, piuttosto che di una franca dispnea. Altre cause di tale sintomatologia possono essere causate da agenti chimici.



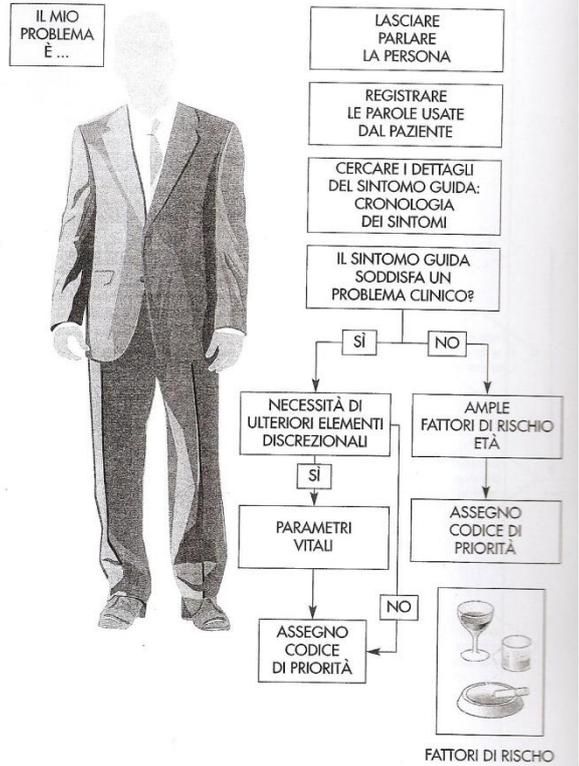


ACCOGLIENZA AL TRIAGE



- ASSICURARE
PRIVACY E
CONFIDENZIALITÀ
- DEFINIRE
L'IDENTITÀ
DELLA PERSONA
- CONSIDERARE
I BISOGNI
DELLA PERSONA
E CERCARE DI
COMPRENDERLI
- SPIEGARE AL
PAZIENTE CHI
SIETE E QUALE
È LA VOSTRA
FUNZIONE

VALUTAZIONE AL TRIAGE PROCESSO DECISIONALE CLINICO



III DEFINIZIONE DELLE STRATEGIE “ CONTENIMENTO PSICHICO”

VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI PSICHICI

È difficile esprimere a parole ciò che in pochi secondi valutiamo nello stato psichico della persona che ci accingiamo ad assistere, per individuare i segnali che denotano una situazione di malessere importante tale da allarmare, indipendentemente dalla possibilità che si verificano comportamenti pericolosi per la sicurezza del paziente o di altre persone .

Si cercherà in particolare di focalizzare l’attenzione sugli aspetti comunicativi, già al primo contatto effettuiamo una valutazione di alcune modalità espressive adottate dalla persona da assistere che potrebbero esprimere disagio, malessere, sofferenza:

- Vicinanza/distanza fisica reazione al contatto fisico
- Mimica espressione del viso e degli occhi, espressione verbale e paraverbale
- Movimento del corpo
- Reazione allo stimolo e all’ambiente
- Tono emotivo della situazione : **ascoltare** le proprie emozioni , sentimenti negativi, paura , angoscia, rabbia creano allarme.

Un aspetto che a volte viene trascurato è quello della valutazione complessiva del soggetto, quasi dando per scontato che il paziente agitato abbia solo patologie che coinvolgono la psiche.

INDICATORI/DISCRIMINANTI SPECIFICI PRIMARI E SECONDARI

La difficoltà nella valutazione può essere legata sia alla capacità del soggetto di descrivere il segno/sintomo, sia alla difficoltà da parte dell’infermiere nella raccolta anamnestica (AMPLE); non considerando che possano esserci fattori di rischio causati da patologie concomitanti, che a volte non sono adeguatamente approfondite e sottovalutate.

INDICATORI/DISCRIMINANTI GENERALI O DI SOFFERENZA

Tra questi indicatori quello che sicuramente presenta maggiori difficoltà di valutazione è il dolore, condizionato dall’assunzione di farmaci che ne alterano la percezione o la capacità e/o attendibilità del soggetto nella sua misurazione. Per poter valutare, durante l’accoglienza al triage, gli eventuali comportamenti ed atteggiamenti definibili a rischio viene utilizzata come strumento una scala di valutazione del disagio psichico.

12. - Scala di valutazione al triage del disagio psichico.

Cod priorità	Descrizione della persona	Presentazione tipica	Principi di gestione al triage
Rosso	<ul style="list-style-type: none"> Definito come pericoloso per la vita propria o altrui Disordine grave della personalità con necessità di immediato trattamento della pericolosa violenza 	<p>Osservato:</p> <ul style="list-style-type: none"> comportamento violento possesso di armi comportamento autodistruttivo in pronto soccorso dimostrazione di estrema agitazione comportamento bizzarro/disorientato <p>Riferito:</p> <ul style="list-style-type: none"> ordine verbale (allucinazione) di colpire sé o gli altri con incapacità a resistervi storia di recenti comportamenti violenti 	<p>Supervisione:</p> <ul style="list-style-type: none"> continua sorveglianza visiva rapporto 1:1 <p>Azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> allertare immediatamente lo staff medico allertare lo staff del DSM (dipartimento salute mentale) se disponibile provvedere ad un ambiente sicuro per il paziente e per le altre persone assicurare un numero di persone sufficienti per contenerlo ed immobilizzarlo sulla base delle procedure previste <p>Considerare:</p> <ul style="list-style-type: none"> allertamento forze dell'ordine se la sicurezza del personale e del paziente è compromessa (può essere necessario un numero elevato di personale per la contenzione) osservazione con un rapporto 1:1 l'intossicazione da alcolici e da sostanze stupefacenti può comportare un peggioramento del comportamento che richiede una gestione attenta
Giallo	<p>Potenziale rischio di pericolosità per sé o per altri</p> <p>e/o persona contenuta fisicamente in pronto soccorso</p> <p>e/o disturbi severi del</p>	<p>Osservato:</p> <ul style="list-style-type: none"> agitazione estrema aggressività fisica e verbale confuso/incapace di collaborare allucinazioni /paranoia richiede contenzione elevato rischio di peggioramento e di intolleranza all'attesa <p>Riferito:</p>	<p>Supervisione:</p> <p>continua sorveglianza visiva</p> <p>Azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> allertare immediatamente lo staff medico allertare lo staff del DSM se disponibile provvedere ad un ambiente sicuro per il paziente e per le altre persone utilizzare tecniche di temporeggiamento (sommministrazione orale, attesa in area dedicata)

Cod priorità	Descrizione della persona	Presentazione tipica	Principi di gestione al triage
	<p>comportamento se violento o aggressivo sia per sé che per altre persone:</p> <ul style="list-style-type: none"> richiede immediato trattamento ha richiesto contenzione nel passato per agitazione severa o aggressività 	<ul style="list-style-type: none"> aggressività verso sé o gli altri, anche fisica incapace di attendere in modo "sicuro" 	<ul style="list-style-type: none"> assicurare un numero di persone sufficienti per contenerlo ed immobilizzarlo sulla base delle procedure previste <p>Considerare:</p> <ul style="list-style-type: none"> se le tecniche di temporeggiamento non hanno effetto rievolvere il triage ed eventualmente aumentare il codice di priorità sistemi di sicurezza in allerta fino a sedazione del paziente l'intossicazione da alcolici e da sostanze stupefacenti può comportare un peggioramento del comportamento che richiede una gestione attenta
Verde 30 minuti	<p>Potenziale pericolosità per sé e per gli altri</p> <p>Moderati disturbi del comportamento</p>	<p>Osservato:</p> <ul style="list-style-type: none"> agitato comportamento introverso confuso ambivalente nell'accettare il trattamento (rifiuto/accettazione) non è soddisfatto nel dover attendere <p>Riferito:</p> <ul style="list-style-type: none"> ideazione di comportamento suicida crisi situazionale <p>Presenza di sintomi psicotici:</p> <ul style="list-style-type: none"> allucinazioni 	<p>Supervisione:</p> <p>attenta sorveglianza visiva (non lasciare il paziente da solo in sala di attesa senza persona di supporto o caregiver) ogni 10 minuti</p> <p>Azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> confrontarsi con i colleghi del DSM sul percorso da intraprendere provvedere ad un ambiente sicuro per il paziente e per le altre persone <p>Considerare:</p> <ul style="list-style-type: none"> se il comportamento dovesse peggiorare rivalutare il paziente assegnando un codice di priorità più elevato informare la sicurezza della presenza del paziente l'intossicazione da alcolici e da sostanze stupefacenti può comportare un peggioramento del comportamento che richiede una gestione attenta

Cod priorità	Descrizione della persona	Presentazione tipica	Principi di gestione al triage
		<ul style="list-style-type: none"> delusioni idee paranoiche pensieri disordinati comportamento bizzarro/agitato <p>Presenza di disturbi comportamentali/umore:</p> <ul style="list-style-type: none"> depressione di grado severo manca di comunicazione con o senza ansia umore elevato o irritabile 	
Verde 60 minuti	<p>Disagio moderato</p>	<p>Osservato:</p> <ul style="list-style-type: none"> non agitato irritabile senza aggressività cooperativo capace di raccontare la propria storia in modo coerente <p>Riferito:</p> <ul style="list-style-type: none"> disordini psichici preesistenti sintomi quali ansia o depressione senza ideazione di suicidio disponibile all'attesa 	<p>Supervisione:</p> <p>discontinua/ad intervalli sorveglianza visiva ogni 30 minuti</p> <p>Azioni:</p> <p>confrontarsi con i colleghi del DSM sul percorso da intraprendere</p> <p>Considerare:</p> <p>se il comportamento dovesse peggiorare rivalutare il paziente assegnando un codice di priorità più elevato</p>
Bianco	<p>Nessuna pericolosità per sé e per gli altri</p> <p>Disagio lieve</p> <p>Nessun disturbo del comportamento</p>	<p>Osservato:</p> <ul style="list-style-type: none"> cooperativo comunicativo e disponibile ad impegnarsi disponibile al confronto aderente al trattamento 	

Cod priorità	Descrizione della persona	Presentazione tipica	Principi di gestione al triage
		<p>Riferito:</p> <ul style="list-style-type: none"> persona già conosciuta con sintomi psicotici cronici persona conosciuta con sintomi somato-psichici richiesta di prescrizione di farmaci presenza di effetti collaterali minori ai farmaci assunti per la terapia problematiche economiche, sociali o familiari 	<p>Supervisione:</p> <p>Generale osservazione nella sala di attesa</p> <p>Azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> confrontarsi con i colleghi del DSM sul percorso da intraprendere eventuale invio presso il centro di riferimento se percorso attivato

Traduzione ed adattamento da:

Complaint Oriented Triage COT 2008 - (English Canada Version 01.04) based on the Canadian Triage and Acuity Score (CTAS 2008), Paediatric CTAS (Paed-CTAS 2008) and the Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) 2008 Chief Complaint list.

Australian Government Department of Health and Ageing; Emergency Triage Education Kit Triage Workbook, October 2007.

Sue Huckson, B AppSci (Health Promotion) Clinical Practice Update - Mental Health Implementation of the Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool *Australasian Emergency Nursing Journal* 2008; 11: 80-84.

III.1 Definizione delle strategie di intervento e modalità di applicazione delle tecniche comunicative efficaci in emergenza del Pronto Soccorso

La difficoltà maggiore che si riscontra nel Triage è la gestione dello stress, legato alla necessità di riconoscimento dei codici di priorità a più alto rischio, ma anche la gestione talvolta, dei codici verdi e soprattutto dei bianchi.

La situazione più frequente è rappresentata dalla difficoltà ad accettare i tempi d'attesa e di conseguenza il continuo assillare il personale di triage con richieste di accesso rapide, con crisi di "malessere", per passare subito, aggressività verbali e problematicità di comprensione di culture diverse, la difficoltà di rapporto che viene a crearsi nei momenti di maggior tensione, con i pazienti, mi hanno indotto a scegliere questa tesi.

Un particolare un po' difficile da contenere è il tempo necessario, che è pochissimo al triage, in quanto, nella coda dei pazienti al Pronto Soccorso, non esiste mai "l'ultimo paziente", ma c'è sempre qualcun altro che attende.

In una situazione così confusa e con lo stress alle stelle, ho pensato di utilizzare la comunicazione ipnotica per migliorare le relazioni con gli altri e ridurre lo stress dell'attesa.

Con la comunicazione ipnotica consapevole ho cercato con il mio intervento di aiutare il paziente a:

- rilassarsi e superare l'ansia e la paura
- ritrovare un equilibrio emotivo
- abbandonare pensieri ricorrenti e preconcetti
- migliorare la comunicazione e la relazione.

A tale scopo ho effettuato uno studio sui pazienti che si presentavano in Pronto Soccorso con dei sintomi specifici:

- agitazione
- pianto
- tachipnea
- richiesta di passare subito dal medico, per paura di morire nell'attesa
- ansia.

Questo studio ho cominciato ad adottarlo sui pazienti che si presentavano in triage de Pronto Soccorso del Maria Vittoria di Torino,(dove io esercito l'attività di infermiera) da marzo fino a giugno 2011 ed ho potuto constatare direttamente, con la conferma della valutazione del medico di medicina generale, l'efficacia.

I casi che ho analizzato ed in cui ho utilizzato la comunicazione ipnotica consapevole nell'accoglienza sono dieci da marzo fino a giugno 2011, la risposta è stata efficace per tutti i casi.

Ho descritto per esteso la procedura completa di quattro casi.(vedi allegati casi clinici).

I dieci pazienti in cui ho utilizzato la comunicazione ipnotica nell'accoglienza del triage di Pronto Soccorso, all'arrivo erano molto agitati, tachipnoici, impazienti di passare; la valutazione "colpo d'occhio" da me attribuita era un codice verde, a causa della situazione dimostrata all'apparenza. Grazie alla situazione valutata al momento, sia a livello ambientale che comunicativo e sanitario, con la comunicazione ipnotica, ho potuto conferire il codice bianco, confermato poi, dal medico con le dimissioni del paziente e con la conferma della valutazione del codice di colore.

I pazienti alla dimissione sono tornati al triage per ringraziarmi.

Su dieci pazienti a cui ho chiesto se conoscevano "la comunicazione ipnotica", le risposte sono state:

- 3 chiedono di approfondire questo argomento;
- 5 chiedono di sottoporsi ad altre sedute di comunicazione ipnotica. Anche fuori dall'Ospedale e quale strada devono seguire.
- vorrebbero partecipare a corsi , seminari e leggere libri in merito.

Tra le aspettative dichiarate dai pazienti prevale la ricerca di uno stato di rilassamento per aumentare le proprie capacità, miglioramento dell'autocontrollo sia nel lavoro che nella famiglia per indurre un benessere psicofisico senza l'uso di farmaci.

Per fare una valutazione corretta al termine dei casi clinici e confermare i risultati ho ritenuto interessante ed opportuno sottoporre un questionario, sempre secondo la disponibilità accordatami e la collaborazione, ai pazienti in dimissione.

Vedi Allegato Induzione

INDUZIONE

- COME GIUDICA IL LIVELLO DI RILASSAMENTO RAGGIUNTO? (Attribuisca un punteggio da 0 a 10)

- COME GIUDICA IL LIVELLO DI RILASSAMENTO PSICO-FISICO?
 SUPERFICIALE MEDIO PROFONDO

- DOPO QUANTO TEMPO (SOGETTIVAMENTE) LE SEMBRA DI AVER RAGGIUNTO LO STATO DI MASSIMO RILASSAMENTO DURANTE LA COMUNICAZIONE IPNOTICA?

- QUALE PERCEZIONE HA AVUTO DALL'AMBIENTE ESTERNO? (0 = NESSUNA 10 = MASSIMA)

- QUALI FATTORI RITIENE ABBIANO MAGGIORMENTE INFLUITO AL RAGGIUNGIMENTO DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA?

1. VOCE – TONALITA' – PAROLE
2. CONTATTO FISICO - TOCCHI
3. PENSIERI, RICORDI PERSONALI
4. ASPETTATIVE
5. AMBIENTE ESTERNO
6. ALTRO

- HA PROVATO SENSAZIONI NEGATIVE E/O SPIACEVOLI?

SI NO

- SE SI QUALI

- COME DEFINIREBBE LO STATO DI COMUNICAZIONE IPNOTICA PROVATA? _____

- HA RISPOSTO ALLE SUE ASPETTATIVE? SI NO

IV. I CASI CLINICI

IV. 1 Descrizione dei casi clinici

CASO CLINICO N° 1

In triage del Pronto Soccorso si presenta una Signora di anni 23, italiana, con i seguenti sintomi:

- 1) Agitazione psicomotoria.
- 2) Algie diffuse.
- 3) Tachicardia f.c.115.
- 3) Tachipnea f.r. 20.
- 5) Saturazione 98%.

In evidente stato di agitazione, urlando, dice di assegnarle un codice rosso, perché sto morendo.

Ecco che capita l'opportunità che aspettavo, mi avvicino alla signora, senza contraddirla e la invito, con il suo stesso tono di voce elevata ed imperativa la invito ad accomodarsi all'interno della saletta del triage.

Le spiego che dovevo fare una valutazione infermieristica corretta per cui è più corretto eseguirla in modo appropriato, da soli, rispettando la privacy, nel limite delle nostre possibilità ambientali e temporali.

Faccio accomodare la paziente su una sedia, all'interno del triage, cerco di catturare l'attenzione della signora guardandola negli occhi, cambio il tono di voce, più basso, suadente e dico:

- So che sta male.
- Continuo a guardarla negli occhi.
- Cambio ancora il tono di voce, più basso.
- Ora, mi ascolti, attentamente, faccia come faccio io, porti la mano sul torace, si concentri sul respiro.

La Signora mi guarda, ammutolita, non commenta, ed esegue ciò che faccio io.

- Sempre fissando i suoi occhi, continuo, sente il torace alzarsi ed abbassarsi.
- Il flusso dell'aria entrare ed uscire attraverso il naso.
- Bene, vedo che sta respirando meglio ed in modo più regolare, (osservo il torace e parlo al ritmo del suo respiro).
- Via, via suggerisco, il rilassamento.

Si crea un clima di consenso e fiducia fra me e la paziente, e ciò mi darà l'opportunità che un'eventuale successiva suggestione, venga accolta senza difficoltà.

- Ora, se vuole, chiuda gli occhi.
- La Signora chiude gli occhi al mio invito.
- Si accomoda meglio sulla sedia.
- Appoggia le mani sulle ginocchia.
- Ora, mi ascolti e pensi a qualcosa che le piace.
- La signora, suggerisce il mare.
- Il mare, bene, senti acqua fresca, ti sfiora il corpo, ti rilassa, ti fa provare una gioia infinita.
- Risposta: ” Sento il mare, l'acqua fresca, mi fa piacere, (monodeismo plastico), immagino di tuffarmi e mi sento benissimo, leggera, fresca, vorrei stare sempre in quest'acqua bellissima.
- Vedi, ora ti senti meglio, continua a respirare piano, bene, così, (contemporaneamente controllo la frequenza cardiaca 72, frequenza respiratoria 14, saturazione 98%, pressione arteriosa 130/80), come stai facendo ora.
- Continua a pensare al tuo bellissimo mare, vedrai che starai benissimo, tutti i tuoi dolori e problemi li avrai dimenticati, non li sentirai più.
- Ora, senti, che stai meglio, conterò da cinque a zero e quando vorrai potrai aprire gli occhi constatando, il tuo benessere.
- La Signora, lentamente, apre gli occhi, si guarda intorno, con meraviglia esclama: “Mi sento veramente meglio, non ho più dolore”.
- Io sorridendo, invito la Signora, assegnandole un codice Bianco ad accomodarsi nell'atrio, davanti al triage, dove verrà chiamata dal medico di medicina generale per la visita, il quale Le darà consigli sul Suo stato di salute.
- La Signora si accomoda tranquillamente in sala d'attesa con i suoi parenti ed attende la chiamata del medico..

Al termine della visita, la Signora, torna in triage, per ringraziarmi, per la mia pazienza, e quella del medico, che la invitava per il futuro ad effettuare eventuali altre sedute di comunicazione ipnotica

La tecnica usata è quella “DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA NELL'ACCOGLIENZA DEL TRIAGE”, un processo con cui è possibile:

- Ridurre l'ansia e la depressione
- Modificare il ritmo della respirazione, della frequenza cardiaca e temperatura corporea.
- Controllare il dolore e/o modificare la percezione.

- La paziente, può aderire ad un'idea suggerita da chi conduce “ Comunicazione Ipnotica”, al fine di realizzare “ Il MONOIDEISMO PLASTICO”, essenziale a creare un rapporto di estrema fiducia ed empatia fra le due parti, in questo caso, infermiere, paziente, per poter ottenere una buona riduzione del fattore critico e l'accettazione delle suggestioni.

Questo rapporto di fiducia, disponibilità reciproca ed attenzione viene definito “RAPPORT”.

CASO CLINICO N° 2

Una paziente, donna, di anni 30, sposata, con un figlio di tre anni, si presenta al Triage del Pronto Soccorso accompagnata dal marito, piangendo con le mani sul petto, urlando di non Riuscire a respirare.

Il marito mi comunica che negli ultimi mesi, la moglie era piuttosto agitata, cercava di superare la notizia della malattia della madre ed affrontare la vitalità del figlio che le chiede continue attenzioni, tutto, sta creando non pochi problemi.

La paziente desidera essere visitata subito e continua a piangere senza voler sentire ragioni. Mi avvicino, la guardo negli occhi, con voce ferma, un po' alta, invito la signora ad accomodarsi nella saletta interna del Triage, distogliendo la sua attenzione dall'ansia.

La Signora, mi ascolta, spiegando che, in questo modo, potevamo parlare più tranquille, controllando anche Suoi parametri vitali, in quanto le apparecchiature necessarie erano sul mio tavolino all'interno del Triage.

La Signora, abbassa il tono di voce, non molto convinta, si tranquillizza un po' e dice:

“Se lo dice lei, che è l'infermiera, spero sia così”.

Mi avvicino con cautela, ancora un po' e Le chiedo, (allungando la mia mano verso di Lei, per accoglierla):

“Posso?” Appoggio, la mia mano sulla Sua spalla sostenendola per entrare nel Triage. La Signora accetta il mio invito e si accomoda nella sedia che io, in silenzio, Le ho indicato. Mi siedo davanti alla Signora e, guardandola negli occhi, La invito, in tono più basso, di quello usato prima all'accesso, a parlare della Sua situazione familiare, dei sintomi del suo malessere e continuo dicendo:

“Guardi, davanti a sé, il monitor luminoso con cui possiamo vedere i Suoi parametri vitali, elenco.

Pao:(pressione arteriosa), 150/90.

F. C.(frequenza cardiaca), 110.

F. R. (frequenza respiratoria). 18

S.P.O2. (ossigeno nel sangue), 100.

Vede, sono solo un po' alterati perché Lei è un po' ansiosa, conferma con un cenno della testa.

Continui a guardare il monitor ed ora, faccia come faccio io.

Porti, la Sua mano sul torace, sente l'aria che entra dal naso ed esce dai Suoi polmoni al ritmo del respiro, lentamente, continui a respirare piano, ...chiuda, se vuole, gli occhi, respiri profondamente e lentamente, vede ora si sente meglio, è vero?.

La signora, respirando, sempre lentamente e profondamente, ha chiuso gli occhi, sospira, mi racconta che è preoccupata per la madre ammalata, che non può recarsi da Lei, è lontana, non può curarla come vorrebbe, è un problema.

Inoltre fatica ad occuparsi del figlio piccolo, molto vivace, richiede continue attenzioni, lavorando fatica a gestire tutto, il marito non riesce a comprendere la situazione e non può andare avanti in questo modo, bisogna assolutamente trovare una soluzione, io mi sento veramente male.

Le spiego che non è facile tutto questo da superare, ma, Lei è forte, con impegno, pazienza, può farcela.

Vede, ora i tuoi parametri, vanno meglio, solo a spiegare i tuoi problemi, si sente più tranquilla, con tono di voce basso Le chiedo:

“E' vero che ora si sente meglio?. Ora quando vuole, può aprire gli occhi, così potrà verificare dal monitor i Suoi parametri vitali ed il suo stato di benessere.

La signora apre lentamente gli occhi, mi guarda, un po' con stupore, io ripeto a voce alta i parametri vitali, che sono decisamente migliorati, (Pao 110/70- F.c. 72- F.r.14- PO2 100), e dico:

“Vede, che si può superare con impegno quasi tutto! Ora si sente meglio?”.La Signora risponde di sentirsi decisamente meglio, non credeva, verifica i suoi parametri vitali e si accomoda vicino al marito ed al figlio, nel corridoio del Triage per attendere la visita del medico di medicina generale.

Dopo la conferma da parte della Signora, la quale dichiara di stare decisamente meglio, Le attribuisco un codice bianco (all'arrivo della paziente, era in base ai sintomi un codice verde).

La Signora con il marito, dopo la visita, viene in Triage, per ringraziarmi e salutarmi soddisfatta del suo stato di salute.

La dimissione della paziente, viene confermata dal medico di medicina generale, come codice bianco, dopo la visita, con la somministrazione di X gocce di DIAZEPAM.

Ovviamente, la mia soddisfazione è aumentata, dopo aver raggiunto l'obiettivo preposto, la riduzione del codice di valutazione, da codice verde a bianco, grazie alla comunicazione ipnotica, utilizzata all'accoglienza del Triage del Pronto Soccorso, con la tecnica della fissazione di un oggetto luminoso e della concentrazione sul ritmo del respiro.

CASO CLINICO N° 3

Una Signora si presenta in Triage del Pronto Soccorso accompagnata dall'ambulanza Signora di 40 anni, italiana, con due figli ed il marito.

Mi avvicino alla Signora per capire quale sia il motivo che ha portato la stessa, a chiamare l'ambulanza per recarsi in Pronto Soccorso, La signora è seduta in una sedia a rotelle, ha lo sguardo fisso, sembra agitata, ha lievi tremori alle mani e suda in modo eccessivo.

Presenta una postura rigida, con gambe unite e le mani strette intorno alla testa.

Invito la signora, con voce ferma, elevata, come il suo tono di voce, all'interno della saletta del Triage da sola, per comunicare con più tranquillità, titubante ed indecisa, mi guarda, con aria di sfida, ma accetta dicendo: "Vediamo, cosa deve dirmi"....

Confermo con voce decisa, che devo fare una valutazione dei suoi sintomi per poterle attribuire un codice di valutazione corretto prima di accedere alla visita dal medico.

Una volta accomodati all'interno della saletta del triage, faccio accomodare su una sedia, la signora ed io mi accomodo di lato, dove posso vederla negli occhi ed osservarla attentamente nel volto.

Sul tavolino alla mia destra ho sempre a vista: il saturimetro portatile luminoso, termometro, fonendoscopio, sfigmomanometro, glucometer per controllare la glicemia, apparecchiature che servono per la prima valutazione nell'intervista con il paziente.

Tutte queste apparecchiature catturano l'attenzione della Signora che, attratta dalle novità, comincia ad abbassare il suo tono di voce e ad ascoltare con più disponibilità le mie domande.

Le chiedo quale sia il suo problema.

La Signora risponde: “Sento un nodo alla gola ed ho una tensione alle tempie, ho un pensiero fisso, quello di aver paura di morire e di conseguenza di non poter più badare ai suoi figli ed al marito.

Abbassando ancor di più il tono della sua voce, aggiunge che, da un mese soffre d’insonnia, tachicardia, astenia e si sente proprio male”.

La signora dichiara, durante la mia intervista, di non soffrire di nessuna malattia, nessuna allergia farmacologica o altri tipi di allergie.

Inizio a parlare piano, invitandola a concentrarsi su ciò che farò per valutare il suo problema e poterla aiutare.(fissazione di un oggetto luminoso).

Invito la signora a guardare attentamente un monitor portatile con cui valuteremo insieme i suoi parametri vitali:

F.C.115

F.R. 18

PAO 150/75

PO2 98%

Spiego alla signora che i suoi parametri vitali, pressione, ossigeno nel sangue, frequenza respiratoria e frequenza cardiaca sono un po’ alterati perché è preoccupata e con l’ansia possono modificarsi.

Chiedo alla Signora se vuole che abbassiamo un po’ le luci, le dò dell’acqua da bere, la invito a respirare lentamente, chiudendo gli occhi, tenendo, se vuole le sue mani appoggiate fra le mie e invitandola a pensare a ciò che le piace di più, una cosa che le dia felicità, un avvenimento di gioia, sempre respirando lentamente.

Bene, vedo che sta respirando meglio, è più tranquilla (osservo il torace e parlo al ritmo del suo respiro).

Si crea un clima di consenso e fiducia fra me e la paziente in modo che la successiva suggestione venga accolta senza difficoltà.

La signora alla mia domanda: ”Pensa a qualcosa che ti dia felicità”.

Risponde: ” Penso al giorno del mio matrimonio, rivivo ogni minuto di quel giorno sento le stesse sensazioni, sento la musica come allora, sono veramente felice!”. Contemporaneamente io controllo i parametri vitali che si riducono decisamente:

PAO 125/60

F,C 76

F.R 12

PO2 100

Chiedo alla Signora se sta meglio, lei risponde affermativamente.

Vedo che ora sta meglio, sente il suo benessere, io conterò da cinque a zero e quando vorrà potrà aprire gli occhi.

La signora apre gli occhi, mi guarda e dice: "Mi sento, veramente bene, ora potrei, tornare a casa, dai miei figli, con mio marito, oppure devo fare la visita dal medico?"

Le faccio verificare nel monitor i suoi parametri vitali, che si sono decisamente normalizzati, ma le consiglio di farsi visitare dal medico di medicina generale per valutare il suo stato di salute, decido di assegnare alla Signora un codice bianco e la invito ad attendere la visita nel corridoio adiacente al triage chiedendole di farmi sapere come stava al termine della stessa.

La Signora prima di tornare a casa, passa dal triage per ringraziarmi, si scusa della sua agitazione mi chiede come fare per il futuro a rilassarsi come aveva fatto con me e vorrebbe continuare a fare questi colloqui per migliorare la sua salute.

La dimissione della paziente con conferma da parte del medico di medicina generale mi hanno dato una certa soddisfazione, perché questo caso poteva essere considerato all'arrivo della paziente un codice verde, ma grazie alla comunicazione ipnotica, sono riuscita a conferirle un codice bianco.

CASO CLINICO N°4

Si presenta in triage del Pronto Soccorso, un ragazzo di anni 25, rumeno, con i seguenti sintomi:

- 1) Agitazione psicomotoria
- 2) Particolarmente instabile, ondeggiava camminando.
- 3) Alito alcolico.
- 4) Tachicardia f.c.120.
- 5) Tachipnea f.r. 18.
- 6) Nausea.
- 7) Impaccio digestivo.

In evidente stato di agitazione, ma, anche d'imbarazzo, mi chiede di essere visitato, perché sta malissimo.

Invito il paziente a favorirmi un documento per la registrazione dei dati anagrafici, lo stesso dichiara di non aver il documento ed in fondo, non interessa registrare niente, ma semplicemente essere curato.

Finalmente il paziente, mi fornisce i suoi dati anagrafici, posso procedere a fare una valutazione corretta della situazione e convincere lo stesso a tranquillizzarsi.

Faccio accomodare il paziente su una sedia a rotelle per evitare eventuali cadute, lo stesso continua ad agitarsi, lo guardo in silenzio negli occhi e dico con tono deciso:

“Lo so, che stai male!”

“Ora ascolta attentamente, vediamo di risolvere insieme, il tuo problema di salute, entriamo all'interno della sala del triage, così possiamo parlare tranquilli e posso farti una valutazione corretta del codice di colore per poter fare la visita.

Il paziente accetta dicendo:

“Va bene vediamo se poi starò meglio”.

Io rispondo:

“Ora controllerò i parametri vitali, per valutare se sono nella norma, fissa attentamente questo monitor luminoso che riporta gli stessi sul video, così, potrai anche tu controllare insieme a me come sono”. (fissazione di un punto luminoso monitor portatile, cattura l'attenzione del paziente che incuriosito, comincia a calmarsi).

Continuo, dando degli ordini motivati.

“Adesso, vedi, sul monitor, la tua f.c.120, è alta, perché sei agitato ed inoltre hai bevuto un po', la tua f.r. 18, è alta per lo stesso motivo come anche la tua pressione 150/95”, l'ossigeno nel sangue è 96 su PO2 100 valore normale.

“Ora, fai come faccio io, porta la tua mano sul torace, chiudi gli occhi, concentrati sul respiro.

“Senti il torace, alzarsi ed abbassarsi, il flusso dell'aria entrare ed uscire attraverso il naso”.

“Bene, vedo che stai respirando meglio, in modo più regolare, (osservo, il torace, parlo al ritmo del suo respiro) ”.

“Ora, sempre con gli occhi chiusi, vedo che sei comodo, stai decisamente meglio, è passata anche la nausea, ti senti più leggero, ti sembra di essere un'altra persona”.

Si crea un clima di consenso e fiducia fra me ed il paziente e ciò che io gli dico viene accolto senza difficoltà.

“ E’ vero, mi sento proprio bene, non ho più la nausea, le vertigini, il cuore non mi fa più male, respiro meglio, non ho più il cerchio alla testa, mi sento leggerissimo, un’altra persona.

“Ora, conterò da 5 fino a zero, e, quando ti sentirai potrai aprire gli occhi”.

Il paziente al mio zero, attende ancora qualche secondo, apre gli occhi con aria di stupore.

“Mamma mia! Non posso crederci, sto benissimo!”

“Vedi, ora i tuoi parametri vitali sono nella norma, come puoi vedere:

f.c.72,
fr.14,
sat.98%
pao. 120/80”.

Faccio accomodare il paziente nella sala d’attesa del Triage per la visita medica, attribuendogli, un codice bianco.

Al termine della visita torna in triage per ringraziarmi sorridente per la nostra pazienza.

Il medico di medicina generale,dopo la visita al paziente mi conferma verbalmente di aver lo dimesso con fermando il codice bianco.

IV.2 OBIETTIVI RAGGIUNTI E TECNICA UTILIZZATA

1. Il paziente viene accolto nel modo corretto,
2. si sente considerato, una persona nella sua globalità,
3. si riduce il suo stato di malessere generale, (ansia , paura tachipnea, ecc),
4. si riducono gli accessi ai codici verdi, poiché il paziente accede ai codici bianchi;
5. si dà la priorità ai pazienti più urgenti;
6. si riduce affollamento nella zona del pronto Soccorso a codici di priorità più elevata;
7. si riducono i costi delle Aziende Sanitarie per gli accessi impropri;
8. si evitano disguidi per gli episodi di aggressione verbali verso gli operatori del triage.

TECNICA UTILIZZATA

- Rilassamento
- Canali d'induzione, (fissazione del monitor luminoso) utilizzando in prevalenza il canale visivo, uditivo e cenestesico
- I passi, mi è stato confermato dal paziente, prima un po' intimorito dalla situazione, dopo, molto rassicurato dal fatto che io fossi presente, totalmente rivolta ad esso, non solo con le parole ma anche col tocco delle mani.

Il livello di rilassamento psico-fisico raggiunto è stato profondo in 5 casi, medio in 2 casi e superficiale in 3.

Il fattore che ha maggiormente influito sul raggiungimento dello stato di massimo rilassamento è stato:

- la voce (tonalità e parole)
- dal contatto fisico (tocco)
- dalle aspettative
- da pensieri e ricordi personali

Nessuna sensazione negativa è stata percepita, come dichiarato dai pazienti.

Sensazioni di bellissimo, profondo, rilassante, fantastico, da approfondire, in ogni caso tutti i pazienti trattati hanno risposto alle aspettative personali.

Alcuni elementi di disturbo sono da considerare con attenzione e valutazione:

- la fastidiosa presenza di rumori esterni nell'ambiente del triage (la gente che parla nell'attesa, le proteste, il telefono che squilla, ecc);
- l'ambiente inadatto;
- la difficoltà di sgomberare la mente da pensieri e situazioni esterne;
- la privacy del paziente;
- la presenza di due infermieri in triage;
- il tempo, sempre insufficiente per l'esigenza del paziente.

Ho effettuato un'indagine con i medici di medicina generale che hanno visitato i pazienti per la conferma del codice di valutazione, ponendogli la domanda di cosa ne pensassero di questa tecnica di comunicazione ipnotica consapevole nell'accoglienza de Pronto Soccorso ed alcuni di loro, su 5 , 3 hanno detto che, visto che i risultati dei pazienti osservati erano stati positivi, poteva nel futuro essere considerata fattibile con i dovuti adattamenti all'ambiente lavorativo.

V. CONCLUSIONI

Al termine di questa tesi ho riflettuto sulle possibilità di ottenere in futuro delle opportunità migliori per l'accoglienza nel triage per facilitare l'accesso dei pazienti, ridurre lo stress, l'ansia dell'attesa, la paura della malattia ecc, ma non è così facile raggiungere tutti gli obiettivi che si desiderano, bisogna lavorare nel tempo con le risorse messe a disposizione dall'Azienda Ospedaliera dove si lavora.

Nella situazione iniziale in cui una persona giunge in Pronto Soccorso è importante tenere presente che questa persona porta con sé non solo un malessere attuale ma tutto il suo mondo relazionale all'operatore sanitario che ogni giorno propone non solo le sue capacità professionali ma il suo modo di essere persona.

L'attenzione e la sensibilità mostrate verso questi argomenti proposti, all'interno dell'Azienda e con i colleghi, sono state sempre molto elevate, ma accompagnate puntualmente dalla critica sul "TEMPO che occorre per accogliere così i pazienti.....", e confrontare due modalità lavorative apparentemente in contrapposizione.

Una concreta, basata sulla tempistica, la coda fuori dal triage, la carenza di personale, le frequenti interruzioni (il telefono, le persone che chiedono informazioni, il passaggio delle barelle che arrivano con le ambulanze) e un'altra modalità definibile del "come dovrebbe essere", con spazi adeguati, il personale necessario, con tempi giusti per tutti.

Queste due modalità sembrano non trovare nessun margine di condivisione.

Discutendo con il personale infermieristico è invece emersa la convinzione che si possa uscire da questa diatriba, semplicemente utilizzando delle strategie diverse e delle soluzioni alternative facilmente applicabili nell'immediato utilizzando risorse già esistenti.

Il fatto di essere riuscita con la comunicazione ipnotica, a trasformare dei concetti teorici, di difficile applicazione in sensazioni vissute sul momento e sperimentate, ha rinforzato le mie speranze, mi ha permesso una più completa acquisizione dei concetti che mi erano stati proposti dai docenti del CIICS, e un nuovo stimolante input ad osservare il proprio e l'altrui modo di comunicare e di entrare in relazione.

Un'ultima riflessione riguarda un elemento che caratterizza l'accesso in Pronto Soccorso e che differenzia subito le posizioni del paziente e dell'infermiere: il

paziente ritiene che il suo disagio abbia le caratteristiche di urgenza e di emergenza e si aspetta una pronta risposta ai suoi bisogni, questa aspettativa di solito viene disattesa perché per l'infermiere urgenza ed emergenza hanno due connotazioni diverse.

Il primo compito dell'infermiere è quello di far capire al paziente dicendogli e facendogli capire che è il posto giusto in cui ci si prenderà cura del suo disagio, dandogli informazioni sui tempi, i risultati, oppure informazioni sulle quantità di persone presenti in quel momento nel servizio, dell'attenzione che bisogna dedicare a ciascuno, sulle modalità di lavoro intese come fasi che seguiranno al loro colloquio,

La modalità relazionale appropriata consente di migliorare la comunicazione con i pazienti e i familiari, diminuire il margine dell'interpretazione, causa questa di frequenti incomprensioni e aggressività: se il messaggio è semplice e chiaro il rischio di fraintendimenti cala notevolmente.

Il mio obiettivo è quello nel futuro di avere un triage a livello appropriato:

- due infermieri sui tre turni in triage;
- spazi ambientali adeguati, non sportelli;
- tempi adeguati, per dedicare al paziente l'attenzione dovuta;
- applicazione della tecnica di comunicazione ipnotica a tutti i pazienti candidati con personale specifico.

Conclusione dedicataal futuro.....

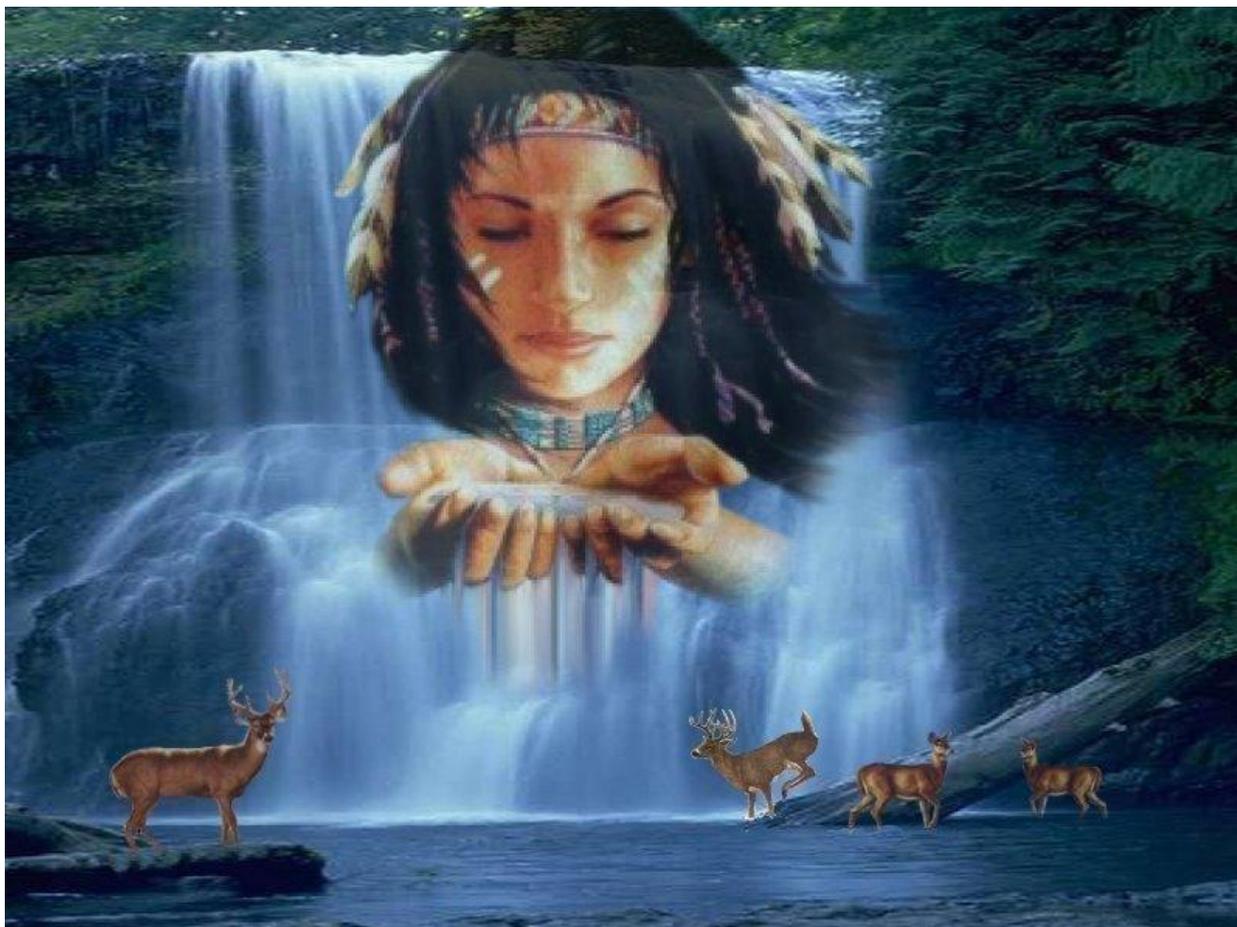
“.....le cose non si possono forzare, e là dove questo in apparenza riesce, può diventar causa di pentimento in seguito. La cosa migliore è non dimenticare mai quanto siano limitati il nostro sapere e il nostro potere.....”

C.G. JUNG

“.....compite ascensioni se volete, ma ricordatevi che il coraggio e la forza non valgono nulla senza la prudenza.....”

.....non fate nulla precipitosamente, abbiate cura di ognuno dei vostri passi e, all’inizio di una gita, pensate sempre quale può essere la fine.....

E. WHYMPER



BIBLIOGRAFIA

- COMPENDIO di IPNOSI SPERIMENTALE E CLINICA
Di E. Casalinga – A.M. Rossi (Centro Italiano Ipnosi Clinico Sperimentale sezione Veneto)
Di A.M. Lapenta – M. Somma – G.Tirone – M. Tosello (Centro Italiano Ipnosi Clinico Sperimentale Torino)
- TRIAGE DECISION MAKING valutare e decidere in infermieristica
Di Laura Belletrutti – Cecilia Deiana C.G. Edizioni Medico Scientifiche
- TRIAGE NURSING SECRETS
Di Zimmermann P.G. Herr R.
- FIVE LEVEL TRIAGE: A REPERT from the ACEP/ENA ; FIVE LEVEL TRIAGE TASK FORCE
– JOURNAL EMERGENCY NURSING
- PROCESSI COGITATIVI E PERSONALITA'
Di Pravettoni G. Miglioretti M. Milano Franco Angeli 2004
- STATI DELL'IO , LE BASI TEORICHE DELL'ANALISI TRANSAZIONALE INTEGRATA
Di Maiso C. Novellino M. Roma Astrolabio - Ubaldini 1982
- LA COMUNICAZIONE VERBALE
Di Rigotti E. Cigada S. Milano Apogeo 2004
- PRAGMATICA DELLA COMUNICAZIONE UMANA
Di Watzlawick P. Beavin J. Jackson D. Astrolabio Roma 1971
- ANALISI TRANSAZIONALE
Di Woollams – Brown Cittadella 1985
- RELAZIONE CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA
Di Docenti C.I.I.C.S.
- LEZIONI FRONTALI TEORICHE E PRATICHE
Di Dr. Regaldo Dssa. Muro C.I.I.C.S. Torino
- LEZIONI FRONTALI TEORICHE
Di Dr. Lapenta C.I.I.C.S. Torino
- LEZIONI FRONTALI TEORICHE E PRATICHE
Di Dr. Somma C.I.I.C.S. Torino
- IPNOSI E TRASFORMAZIONE
Di R. Bandher J. Grinder Astrolabio
- TRATTATO DI IPNOSI
Di Dr. Franco Granone (Utet)

SITOGRAFIA

www.galenotech.org

www.comunicazione-magia.com

www.programmazioneurologuisticarichiardbandler.com

www.google.it/immagini

www.wilkipedia.com