



Fondatore Prof. FRANCO GRANONE

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2024

**COMUNICAZIONE IPNOTICA ED IPNOSI NEL SOCCORSO EXTRAOSPEDALIERO:
REVISIONE SISTEMATICA DELLE EVIDENZE CLINICHE. PROSPETTIVE OPERATIVE NEL
SISTEMA 118**

Relatore

Dott.ssa Milena Muro

Candidato

Mirna Buccinnà

Correlatore

Dott.ssa Daria Drudi

INDICE

ABSTRACT	1
INTRODUZIONE	2
CAPITOLO 1	4
<i>DEFINIZIONE DI IPNOSI E CENNI DI NEUROFISIOLOGIA</i>	4
I TRE ASSIOMI	5
CONCLUSIONI SULLA DEFINIZIONE DI IPNOSI SECONDO GRANONE.....	7
<i>STORIA DELL'IPNOSI IN MEDICINA E PRINCIPALI AUTORI DI RIFERIMENTO</i>	8
<i>DOLORE E ANSIA NEL CONTESTO EXTRAOSPEDALIERO: LA SFIDA DELL'EMERGENZA TERRITORIALE</i>	14
CAPITOLO 2	19
<i>REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA</i>	19
APPROCCIO METODOLOGICO	19
SELEZIONE DEGLI STUDI	21
ESTRAZIONE E SINTESI DEI DATI	22
CAPITOLO 3	25
<i>RISULTATI DELLA REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA</i>	25
<i>SINTESI DEGLI STUDI SULL'USO DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AL CONTESTO EXTRAOSPEDALIERO</i>	31
<i>ANALISI CRITICA DEGLI STUDI SELEZIONATI</i>	39
CAPITOLO 4	41
<i>PROSPETTIVE OPERATIVE PER IL SISTEMA 118</i>	41
<i>PROPOSTA DI FORMAZIONE SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE IPNOTICA PER GLI OPERATORI 118</i>	42
<i>CONSIDERAZIONI ETICHE E LEGALI</i>	44
<i>CONCLUSIONI</i>	46
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	50

ABSTRACT

Background - Questo elaborato si basa sulla ricerca in letteratura, di studi scientifici che provino l'efficacia dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica nel setting dell'emergenza, con particolare riferimento al contesto del soccorso extraospedaliero.

Vengono descritti i fondamenti teorici dell'ipnosi clinica e della comunicazione ipnotica, i principali autori di riferimento e l'exkursus storico che ha delineato un rapporto complesso con la medicina convenzionale, creando, nel corso dei secoli, una forma di legame altalenante tra queste pratiche ed il sapere medico ufficiale.

Negli ultimi anni si sta assistendo a un incremento degli studi sull'utilizzo dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica nel contesto anche extraospedaliero. Sebbene gli articoli scientifici a riguardo siano numericamente ancora limitati, ciò denota una sempre maggiore attenzione del mondo clinico nei confronti di queste tecniche.

Metodo – La revisione sistematica è stata effettuata attraverso una ricerca sulla banca dati PubMed e il motore di ricerca Google Scholar. Sono state utilizzate le parole chiave: “emergency”, “pain”, “anxiety” e “hypno*”. Sono stati individuati 9 articoli, di cui 2 attinenti al campo dell'emergenza pre-ospedaliera. L'analisi su Google Scholar ha invece individuato solo uno studio rilevante, in cui vengono descritti gli effetti nocebo della comunicazione, utilizzata spesso inconsapevolmente dai soccorritori durante gli interventi.

Risultati – I nove articoli reperiti attraverso l'indagine su PubMed, sebbene evidenzino a livello numerico, una limitata ricerca nel campo dell'emergenza, hanno comunque tutti sottolineato come queste tecniche siano in grado di ridurre la percezione del dolore, del disagio o dell'ansia nei pazienti trattati.

Lo studio effettuato mediante Google Scholar, ha individuato numerosi articoli, tesi e altri elaborati, che mettono in evidenza gli effetti positivi dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica nel contesto dell'emergenza, considerando tali pratiche come complementari alla terapie farmacologiche e non come intervento principale nella gestione dell'ansia e del dolore.

Conclusioni – L'ipnosi e la comunicazione ipnotica, come tutte le tecniche, necessitano di essere studiate e praticate. La formazione è senz'altro uno degli aspetti importanti che concorre all'implementazione di queste pratiche in campo clinico, ormai già validate da numerosi studi scientifici nei diversi contesti assistenziali.

Nel setting del soccorso extra-ospedaliero, dove i pazienti tendenzialmente sono più suggestionabili, gli effetti delle parole che si utilizzano possono impattare in maniera rilevante sul vissuto esperienziale della persona.

INTRODUZIONE

Lungo il percorso della vita, spesso accade che non si riescano a raggiungere gli obiettivi prefissati attraverso l'itinerario studiato, il quale necessita quindi di essere rielaborato affinché si realizzi il risultato previsto.

E' il caso di questo elaborato, strutturato inizialmente sulla base dei primi e quindi inesperti tentativi di comunicazione ipnotica/ ipnosi effettuati nell'ambito del mio campo d'azione, il soccorso pre-ospedaliero 118. L'obiettivo era quello di trattare specificatamente due tipologie di pazienti, quelli che manifestavano evidenti segni di ansia e quelli che presentavano dolore.

Per motivi familiari, in questi mesi, non sono più operativa sul campo e non avendo casi clinici reali da proporre, ho pensato di approfondire l'argomento sulla base delle evidenze scientifiche disponibili in letteratura.

L'elaborato è centrato sulla ricerca di studi relativi all'utilizzo ed efficacia dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica nel Dipartimento di Emergenza.

Lavorando come infermiera nel Servizio 118 da almeno 20 anni, ho potuto constatare in questo lasso di tempo, una serie di cambiamenti relativi all'approccio delle persone verso il "Sistema Sanità" e all'aumento delle chiamate di soccorso.

Le attivazioni riguardano sempre più frequentemente pazienti fragili, anziani, pluripatologici o persone che non hanno bisogno di un intervento che richiede manovre immediate o 'salvavita', ma presentano spesso problematiche di lieve entità per le quali trovano risposta solo chiamando il Servizio 118 e/o recandosi al Pronto Soccorso.

Senza entrare nell'analisi socio-sanitaria-politica delle cause di questa cornice che si è venuta a creare (la quale meriterebbe una tesi a parte), l'equipaggio 118 spesso si trova ad effettuare un trasporto del paziente in ospedale che non presenta particolari problemi sanitari.

Sempre più frequentemente vengono rilevate condizioni che potrebbero essere risolte a domicilio con l'intervento del medico di continuità assistenziale.

Altro aspetto importante è l'aumento di persone a rischio di esclusione sociale, che vivono situazioni di notevole sofferenza personale, oppure di disagio familiare, di degrado abitativo, soprattutto nella popolazione anziana, lasciata spesso sola e in condizioni igieniche sanitarie scadenti.

Sicuramente, in questi ed altri contesti che non rivestono carattere di urgenza clinica ma che necessitano di assistenza socio-sanitaria, la presa in carico del paziente da parte dell'equipaggio 118, richiede un approccio maggiormente relazionale e meno tecnico-operativo.

Ho comunque potuto constatare che, anche negli interventi in cui è necessario agire velocemente attuando procedure e manovre a volte cruente, comunicare in modo rassicurante, con tono di voce calmo e parlare al momento giusto utilizzando una terminologia "positiva", può fare la differenza.

La differenza per il paziente che vive l'esperienza del dolore, dell'agitazione, della paura e la differenza per i parenti che, impotenti, assistono all'evento e manifestano a loro modo il dolore, l'agitazione e la paura trasmessa dal familiare.

Se non si riesce ad instaurare un canale relazionale e comunicativo adeguato, calibrato sulla persona e sulla situazione, si può incorrere in incomprensioni, aggressioni verbali o fisiche, oppure nell'instaurarsi di un clima ostile che ostacola il lavoro dell'équipe sanitaria e, di conseguenza, in grado di compromettere il buon esito dell'intervento.

Il percorso formativo degli operatori 118 è prevalentemente focalizzato, come da requisiti di accreditamento, a "fare", non sempre il "comunicare" viene visto come parte importante ed integrante del processo di cura. Se durante l'intervento di soccorso non si effettuano manovre tecniche, spesso l'attivazione viene vissuta come non appropriata.

Accogliere in maniera acritica il paziente, ascoltarlo e supportarlo in un momento difficile della sua vita può essere difficile e faticoso anche per gli operatori, ma va fatto. Senza pregiudizi e discriminazioni.

Questi scenari e la personale curiosità nell'esplorare nuove pratiche, mi ha portata ad approfondire la comunicazione ipnotica e l'ipnosi come tecnica strutturata e validata scientificamente, in grado di aiutare le persone, attraverso la guida ed il potenziamento delle proprie risorse, ad affrontare momenti e situazioni critiche.

Sulla base della revisione condotta e con l'intento di offrire un contributo utile a future applicazioni nel contesto dell'emergenza, l'ipnosi e la comunicazione ipnotica emergono come tecniche promettenti per modulare il dolore e l'ansia, migliorare l'efficacia di alcune terapie ed aumentare l'adesione del paziente al percorso di cura.

In una prospettiva futura, tali strumenti potrebbero essere integrati nella formazione degli infermieri del Sistema 118, estendendosi anche ad altri ambiti assistenziali.

CAPITOLO 1

DEFINIZIONE DI IPNOSI E CENNI DI NEUROFISIOLOGIA

La concezione granoniana dell'ipnosi si distingue per la sua ampiezza teorica e per la solidità clinica che la fonda. Più che una semplice tecnica, l'ipnosi è, per Granone, una modalità peculiare di funzionamento della coscienza, in cui mente e corpo si trovano in uno stato di particolare ricettività e plasticità. Per comprenderne a fondo il significato, è necessario esplorare attentamente le parole con cui Granone ne articola la definizione:

*"L'ipnosi è uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche e viscerali, per mezzo di monoideismi plastici e in virtù del rapporto operatore-paziente."*¹

È proprio a partire da questa definizione – tanto densa quanto attuale – che nel dicembre 2023 i Didatti dell'Istituto Franco Granone – CIICS si sono riuniti a Montegrotto (PD) per riflettere sul patrimonio teorico lasciato dal fondatore. L'incontro ha offerto l'occasione per confrontarsi sull'attualità di alcuni concetti fondamentali del pensiero granoniano, alla luce delle più recenti acquisizioni in ambito neuroscientifico.

L'incontro ha offerto l'occasione per confrontarsi sull'attualità di alcuni concetti fondamentali che, pur mantenendo intatto il loro valore, richiedono oggi una rilettura critica, alla luce degli sviluppi maturati nei campi della neurofisiologia, della neurofarmacologia e del neuroimaging. Discipline, queste, che ai tempi di Granone erano ancora poco conosciute, ma che oggi rappresentano strumenti essenziali per comprendere i correlati neurali di fenomeni complessi come la coscienza, la suggestione e la dissociazione.

Parallelamente, anche il panorama psicoterapeutico si è ampliato in modo significativo, portando alla nascita di nuovi modelli teorici e prassi cliniche che dialogano, in modi talora inattesi, con i presupposti dell'ipnosi clinica. La definizione così reinterpretata, non intende sostituire o smentire la visione originaria di Granone, ma offrire una lettura attuale, attraverso lo sguardo critico e informato dei professionisti del nostro tempo.

"L'ipnosi è una coscienza particolare, durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali e somato-viscerali, per l'instaurarsi di un monodeismo plastico auto od etero-indotto e un rapporto privilegiato operatore↔soggetto"

¹ Granone F. (1989, VI edizione). Trattato di ipnosi. UTET. Torino.

Tale particolare condizione psicofisica eminentemente dinamica e non statica, chiamata ipnosi, è caratterizzata da una prevalenza delle funzioni rappresentativo emotive su quelle critico intellettive, da fenomeni di ideoplasia controllata e condizioni di parziale dissociazione psichica. L'ipnosi vera c'è quando nella coscienza compare la dinamica del monoideismo auto o etero-indotto più o meno plastico. In un setting strutturato l'ipnosi è ciò che si realizza in conseguenza dell'atto induttivo verbale o non verbale. L'ipnosi è un modo di essere dell'organismo, che si instaura ogni qual volta intervengano particolari stimoli emozionali e senso-motorie.²”

I TRE ASSIOMI

1 - UNA COSCIENZA PARTICOLARE.

Il gruppo di didatti definisce l'ipnosi come “una coscienza particolare, durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali e somato-viscerali, per l'instaurarsi di un monoideismo plastico auto o etero-indotto e un rapporto privilegiato operatore-soggetto”. L'uso dell'espressione “coscienza particolare” è cruciale: essa indica che il soggetto in ipnosi non perde coscienza, ma la vive in una modalità diversa, più focalizzata e più permeabile alla suggestione. Si tratta, dunque, di una coscienza modificata e non abolita, dove la consapevolezza è presente ma organizzata in modo differente.

Durante l'ipnosi si possono osservare cambiamenti tangibili sia sul piano comportamentale, come variazioni nell'atteggiamento, nei movimenti e nelle risposte agli stimoli, sia su quello fisiologico, con modificazioni nelle funzioni somatiche e viscerali. Questi effetti sono il frutto di una mediazione immaginativa e suggestiva: l'idea o l'immagine mentale vissuta intensamente può produrre effetti corporei reali, secondo il principio dell'ideoplasia.

2 - MONOIDEISMO PLASTICO.

Il concetto cardine della teoria granoniana è quello di monoideismo plastico. Il termine “monoideismo” si riferisce alla predominanza, nella coscienza, di un'unica idea o rappresentazione mentale che guida e struttura l'intera esperienza ipnotica. Quando questa rappresentazione diventa plastico-adattabile, essa può trasformarsi sotto la guida dell'operatore o dell'autosuggestione, generando effetti terapeutici. L'ipnosi si verifica, secondo Granone, ogni volta che compare nella coscienza questa dinamica monoideica, sia che venga indotta dall'esterno (etero-indotta) che prodotta volontariamente (auto-indotta).

²Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti IFG-CIICS (2024)

3 - RAPPORTO PRIVILEGIATO TRA OPERATORE E SOGGETTO.

Granone attribuisce grande importanza alla relazione ipnotica, descritta come un “rapporto privilegiato” tra l’operatore e il soggetto. Questo rapporto è fondato sulla fiducia, sull’empatia e su una comunicazione sottile, spesso non verbale, che consente all’operatore di guidare il soggetto all’interno dell’esperienza ipnotica. L’ipnosi, in questo senso, è anche un fenomeno relazionale: non si produce nel vuoto, ma nel contesto di un’interazione significativa.

In questo contesto l’ipnosi è definita come una condizione psicofisica principalmente dinamica e non statica. Questo significa che essa coinvolge simultaneamente mente e corpo, in un continuo fluire di stati interni. Non è uno stato rigido o passivo, ma un processo attivo e trasformativo, caratterizzato da variabilità e flessibilità.

Durante l’ipnosi si osserva una modulazione delle funzioni cognitive: le componenti immaginative ed emotive assumono una posizione di rilievo, mentre le funzioni critico-intellettive si riducono. Il soggetto ipnotico tende a vivere le immagini come reali, senza sottoporle a un controllo razionale costante. Questo rende possibile, ad esempio, l’analgesia ipnotica o la produzione di fenomeni psicosomatici controllati.

Uno degli effetti più interessanti dell’ipnosi è la ideoplasia, ovvero la capacità di un’idea di produrre effetti somatici misurabili. Granone li descrive come modificazioni organiche e funzionali che avvengono nel corpo, sottolineando che questa capacità può essere orientata dall’operatore, il quale attraverso la suggestione mirata “modula e controlla” gli effetti ideoplastici, evitando così interventi casuali o incontrollati.

Il CIICS riconosce la presenza di una parziale dissociazione psichica durante l’ipnosi. Una parte della coscienza è completamente assorbita nel contenuto monoideico, mentre un’altra rimane vigile e osservante. Questo spiega fenomeni come l’amnesia post-ipnotica o la dissociazione tra percezione e consapevolezza, pur mantenendo una coerenza interna dell’esperienza.

Infine, la scuola granoniana, definisce l’ipnosi come “un modo di essere dell’organismo”, che può instaurarsi spontaneamente ogni qualvolta intervengano stimoli emozionali o senso-motori particolari. L’ipnosi non è quindi un fenomeno artificiale o indotto solo da tecniche cliniche, ma una possibilità fisiologica dell’essere umano. In condizioni particolari, l’organismo può naturalmente entrare in uno stato ipnoide, come accade in certe esperienze estatiche, nei momenti meditativi o nelle situazioni di assorbimento profondo.

CONCLUSIONI SULLA DEFINIZIONE DI IPNOSI SECONDO GRANONE

La definizione di ipnosi, in stile granoniano, rappresenta un punto di vista complesso e profondamente innovativo rispetto alle concezioni tradizionali. Non si limita infatti a descrivere semplicemente un fenomeno di modificazione dello stato di coscienza, ma propone una visione articolata, unitaria e clinicamente operativa, che integra aspetti psicologici, fisiologici e relazionali.

Al centro di questa definizione si collocano tre concetti chiave: il **monoideismo plastico**, l'**ideoplasia controllata** e il **rapporto privilegiato operatore-soggetto**. Il monoideismo plastico indica uno stato mentale caratterizzato da una focalizzazione selettiva e intensiva su un unico contenuto o idea, che però mantiene una natura dinamica e modificabile, capace di adattarsi a stimoli esterni e interni. Questa condizione consente alla coscienza di mantenere un livello di attenzione cosciente e volontaria, pur facilitando un accesso profondo a risorse psicofisiologiche che normalmente rimangono meno disponibili.

L'ideoplasia controllata, invece, descrive il meccanismo attraverso il quale l'idea dominante – attivata dal monoideismo – induce modificazioni organiche e funzionali nell'organismo, in modo intenzionale e guidato dall'operatore o dallo stesso soggetto. Tale controllo è fondamentale perché evita effetti casuali o non desiderati, trasformando l'ipnosi da semplice stato di suggestione a vero e proprio strumento terapeutico. In questo senso, l'ideoplasia rappresenta la traduzione pratica e somatica del lavoro mentale che avviene durante l'ipnosi.

Infine, il rapporto privilegiato tra operatore e soggetto costituisce il contesto relazionale in cui si sviluppano e si potenziano questi processi. Questa relazione non è un elemento accessorio, ma una componente essenziale della definizione granoniana di ipnosi, poiché l'interazione con l'operatore fornisce la struttura entro cui l'induzione ipnotica può realizzarsi efficacemente, modulando l'esperienza soggettiva e i processi di cambiamento.

La forza della filosofia granoniana risiede proprio nella capacità di integrare questi elementi in un modello teorico robusto, che non solo spiega i meccanismi dell'ipnosi, ma offre anche una guida pratica per l'applicazione clinica. Tale modello si basa su una solida osservazione empirica e su una riflessione filosofica che valorizza l'azione terapeutica come un processo attivo, volontario e profondamente consapevole.

In conclusione, questa definizione di ipnosi apre orizzonti significativi per la medicina e la psicologia clinica contemporanea, proponendo uno stato dinamico e plastico della coscienza in cui mente e corpo si influenzano reciprocamente in modo mirato e intenzionale. Questo approccio sottolinea l'importanza del ruolo cosciente del soggetto e la centralità della relazione terapeutica, ponendo le basi per un utilizzo dell'ipnosi che va ben oltre la suggestione passiva e che si configura come strumento di trasformazione profonda e integrata.

STORIA DELL'IPNOSI IN MEDICINA E PRINCIPALI AUTORI DI RIFERIMENTO

L'ipnosi è stata oggetto di riflessione teorica e sperimentazione clinica per oltre due secoli, attraversando una notevole evoluzione terminologica, epistemologica e metodologica. Non esiste, ancora oggi, una definizione univoca e universalmente accettata del fenomeno ipnotico: la varietà degli approcci e delle scuole di pensiero riflette la complessità del tema, intrecciando neurofisiologia, psicologia, filosofia della mente e pratica clinica. In questo capitolo si intende descrivere lo sviluppo dell'ipnosi in medicina e presentare i principali modelli teorici e gli autori più influenti nello studio di questa pratica, evidenziandone i contributi fondamentali e i punti di divergenza.

L'ipnosi, nelle sue svariate forme e definizioni, esiste dagli albori della civiltà e si può affermare che ha accompagnato l'uomo fin dalla nascita. Sono presenti testimonianze dell'uso dell'ipnotismo nel periodo dei Babilonesi e degli Assiri e altri popoli antichi come ad esempio egiziani, cinesi, tibetani, .. e veniva utilizzato per rituali curativi, magici e religiosi.³

Probabilmente anche gli uomini primitivi utilizzavano fenomeni di suggestione per indurre stati di trance o estasi a scopo religioso e curativo.

Queste pratiche ancestrali hanno visto avvicinarsi figure quali guaritori, sciamani, maghi, stregoni, medici, sacerdoti... contribuendo, nel corso dei secoli, a definire l'ipnosi all'interno di una cornice spesso intrisa di elementi mistici e magici.

Questa continua evoluzione tra il divino e il diabolico, ha comportato il susseguirsi di periodi in cui l'ipnosi veniva praticata assiduamente ed altri in cui era svalutata e condannata.

Si può affermare che nel XVIII secolo l'ipnosi viene presa in considerazione in campo medico grazie ad alcuni studi europei. E' in questo periodo, che la si utilizza come tecnica alternativa all'anestesia e in letteratura esistono molte documentazioni che testimoniano l'esecuzione di interventi chirurgici con paziente in trance ipnotica⁴, pratica in seguito abbandonata a causa della scoperta di nuovi anestetici chimici (es. cloroformio, etere).

Segue quindi una fase in cui l'ipnosi viene screditata in campo clinico e utilizzata da maghi e ipnotizzatori da palcoscenico, che contribuiscono ad alimentare credenze popolari esoteriche e a sminuire la validità scientifica della tecnica terapeutica.

Prima del XX secolo, la letteratura scientifica descriveva diversi casi dell'utilizzo dell'ipnosi per trattare il dolore e l'ansia anche se il livello di pregiudizio nei confronti di tale pratica era alto.

³ Loriedo C. - *Enciclopedia Treccani (2020)* Ipnosi – Universo del corpo

⁴ Gauld A. (1992) *A History of Hypnotism. Cambridge University Press.*

Successivamente, all'inizio del XX secolo, l'ipnosi è tornata al centro dell'attenzione sia a livello clinico che di ricerca, si svilupparono scale di suggestionabilità ipnotica e si esaminava l'analgesia ipnotica. Nonostante questi progressi, tale tecnica era ancora fonte di controversia.

Vengono comunque approfonditi gli studi sull'utilizzo dell'ipnosi per il trattamento del dolore, si valutano gli effetti analgesici della dissociazione ipnotica e si afferma il concetto che l'esperienza del dolore non avviene solo in seguito a stimoli dolorosi, ma è fortemente modulata da fattori affettivo-cognitivi individuali e dal contesto in cui si verifica.

Franz Anton Mesmer: gli albori dell'ipnosi

Il primo tentativo sistematico di spiegare e utilizzare l'ipnosi risale al medico viennese Franz Anton Mesmer (1734-1815), che ipotizzò l'esistenza di un fluido universale capace di influenzare lo stato fisico e psichico degli individui. Il cosiddetto "magnetismo animale" fu considerato da Mesmer come una forza naturale che poteva essere trasmessa dal terapeuta al paziente, generando crisi catartiche e stati di trance. Sebbene oggi le teorie mesmeriane siano considerate pseudoscientifiche, esse hanno avuto un ruolo fondamentale nello sviluppo dell'ipnosi, contribuendo a introdurre l'idea di una modificazione dello stato di coscienza suscettibile di applicazione terapeutica.⁵

James Braid e l'origine del termine "ipnosi"

A metà Ottocento, lo scozzese James Braid (1795-1860), chirurgo e scienziato, riformulò l'interpretazione mesmeriana in termini più fisiologici. È a lui che si deve il termine "hypnosis", derivato dal greco "hypnos" (sonno), anche se successivamente Braid riconobbe che lo stato ipnotico non è un vero sonno. Egli osservò che la fissazione prolungata dell'attenzione poteva produrre una modificazione dello stato di coscienza, caratterizzata da una maggiore suggestionabilità⁶. Il suo contributo segnò il passaggio da una concezione mistica a una visione scientifica e neuropsicologica dell'ipnosi.

La scuola di Nancy: Bernheim e la suggestionabilità

Nel tardo Ottocento, Hippolyte Bernheim (1840-1919), medico francese, sviluppò la cosiddetta scuola di Nancy, incentrata sulla suggestione come meccanismo centrale dell'ipnosi. Per Bernheim, l'ipnosi era un fenomeno psicologico naturale, legato alla suggestionabilità dell'individuo e svincolato dalla volontà del terapeuta⁷. Questa visione si oppose a quella della scuola della Salpêtrière,

⁵ Gauld A. (1992) *A History of Hypnotism*. Cambridge University Press.

⁶ Braid J. (1843) *Neurypnology*. London: John Churchill

⁷ Bernheim, H. (1889). *Suggestive therapeutics: A treatise on the nature and uses of hypnotism*. New York: Funk & Wagnalls.

guidata da Jean-Martin Charcot, che riteneva l'ipnosi una manifestazione patologica legata all'isteria. Il confronto tra le due scuole contribuì alla nascita della psicologia dinamica e influenzò profondamente Sigmund Freud, che inizialmente sperimentò l'ipnosi prima di sviluppare il metodo psicoanalitico.

Franco Granone e il monoideismo plastico

Un contributo teorico originale di matrice italiana è quello del medico torinese Franco Granone (1922–2016), fondatore del Centro Italiano Ipnosi Clinica e Sperimentale (CIICS). Granone definì l'ipnosi come un fenomeno fisiologico, naturale, cosciente e volontario, fondato sul concetto di monoideismo plastico: la fissazione di un'idea dominante capace di modificare le risposte somatiche e psichiche dell'individuo. L'ipnosi, in questo modello, è il risultato di un'intensa concentrazione mentale che può essere indotta attraverso modalità suggestive ma anche educative, senza perdita di coscienza né passività del soggetto ⁸. Granone ha avuto il merito di restituire dignità scientifica all'ipnosi, promuovendone l'impiego in ambito medico e psicologico con una forte attenzione alla verifica sperimentale e alla formazione clinica.

Milton Erickson e l'ipnosi moderna

Negli Stati Uniti, un ruolo fondamentale nella rinascita dell'ipnosi nel Novecento è stato svolto da Milton H. Erickson (1901–1980), psichiatra e psicoterapeuta. Il suo approccio rivoluzionario, oggi noto come ipnosi ericksoniana, abbandonò l'idea di una trance profonda e standardizzata, preferendo uno stile flessibile, personalizzato e orientato alla comunicazione strategica. L'ipnosi, per Erickson, è una forma di apprendimento e ristrutturazione, in cui il linguaggio metaforico e indiretto ha un ruolo centrale. Egli concepiva l'inconscio come una risorsa positiva, capace di guidare il cambiamento terapeutico ⁹. Il suo approccio ha influenzato profondamente la psicoterapia contemporanea, compresa la programmazione neurolinguistica.

Teorie neurofisiologiche contemporanee

Negli ultimi decenni, numerosi studi hanno cercato di individuare le basi neurofisiologiche dell'ipnosi, attraverso tecniche di neuroimaging funzionale (fMRI, PET). Le principali ipotesi si concentrano sul ruolo di alcune reti neurali, come la Default Mode Network, la Salience Network e la Central Executive Network, coinvolte nella regolazione dell'attenzione, dell'autoconsapevolezza

⁸ Granone, F. (1989). Ipnosi e suggestione in medicina e psicologia. Torino: Bollati Boringhieri.

⁹ Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1979). Hypnotherapy: An exploratory casebook. New York: Irvington

e dell'elaborazione cognitiva. L'ipnosi sembra comportare una ristrutturazione transitoria delle connessioni neurali, con un incremento del controllo attenzionale e una riduzione della consapevolezza di sé in senso narrativo¹⁰. Queste osservazioni supportano l'idea che l'ipnosi sia un modificato stato di coscienza, ma compatibile con un funzionamento cerebrale coerente e adattivo¹¹.

Nel 1958 l'American Medical Association inserisce l'ipnosi come tecnica all'interno delle pratiche dentistiche, mediche e chirurgiche.¹²

Questa continua progressione nella ricerca, attraverso studi effettuati con rigore scientifico mediante tecniche di neuroimaging sopra citate ed indagini in campo elettrofisiologico, hanno contribuito a validare l'efficacia del trattamento ipnotico in diversi contesti clinici e a promuovere l'accettazione di questa tecnica da parte della comunità medica e scientifica.

Nonostante esistano ancora divergenze teoriche e di accettazione della pratica ipnotica, sono indiscutibili gli effetti che questa induce sulla percezione del dolore e sulla riduzione dell'ansia come ad esempio nel caso di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico che vengono trattati con ipnosi e sedazione cosciente e/o analgesia locale, i quali necessitano di una dose inferiore di farmaci ansiolitici e analgesici e presentano un recupero post-operatorio più rapido.

Oltre ai benefici apportati dall'ipnosi come procedura, importanti risultati sul benessere del paziente si hanno attraverso la comunicazione ipnotica; questa tecnica, mediante la capacità di utilizzare in maniera consapevole il linguaggio, ha come obiettivo di attivare le risorse del paziente, spesso ignorate, per migliorare l'aderenza al suo percorso di cura. Si attua attraverso modalità comunicative efficaci, utilizzando tecniche di suggestione e persuasione che permettono di abbassare l'analisi critica e razionale a favore di una dimensione inconscia nella quale si amplificano percezioni che aiutano a gestire sintomi come ad esempio il dolore.

Comunicazione ipnotica ed ipnosi vengono utilizzate da psichiatri, medici e professionisti sanitari adeguatamente formati.

In ambito clinico risultati evidenti si hanno nel:

- trattamento del dolore nei disturbi gastrointestinali come ad esempio colon irritabile, colite, Morbo di Crohn
- gestione del dolore acuto e cronico come ad esempio lombalgie, dolore oncologico, cefalee ed emicranie, artriti e reumatismi

¹⁰ Oakley, D. A., & Halligan, P. W. (2013). Hypnotic suggestion and cognitive neuroscience. *Trends in Cognitive Sciences*, 17(10), 561–572.

¹¹ Facco, E., & Tagliagambe, S. (2011). *Ritornare a Ippocrate. La medicina tra scienza ed esperienza. Milano: Bruno Mondadori.*

¹² *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 1958, 168(15): 186–187

- riduzione di nausea e vomito conseguenti a chemioterapia
- trattamento di patologie dermatologiche come la psoriasi, l'eczema, il prurito e riduzione del dolore causato da herpes
- riduzione ansia e dolore collegati a procedure invasive in regime ambulatoriale come ad esempio colonscopia e gastroscopia
- gestione del dolore in seguito a sostituzione delle medicazioni su pazienti gravemente ustionati
- riduzione dell'ipertensione e nelle procedure invasive vascolari
- gestione delle fasi del parto e nella riduzione della nausea gravidica
- riduzione ansia e dolore nel paziente pediatrico
- gestione dell'ansia in caso di stress acuto
- campo chirurgico come analgesico, integrata o meno con l'anestesia farmacologica. Utilizzata anche in quei casi in cui il paziente è allergico o intollerante a farmaci o durante interventi che richiedono la collaborazione del paziente
- gestione del dolore e ansia in campo odontoiatrico. Integrata o in alternativa all'anestesia

Ipnosi e comunicazione ipnotica apportano beneficio quando si instaura tra operatore e paziente una relazione di fiducia autentica, capace di attivare entrambi verso un obiettivo condiviso all'interno del contratto terapeutico, come ad esempio la gestione dell'ansia o la riduzione del dolore durante una procedura. Non è possibile applicare queste tecniche come un semplice strumento per rimuovere o trattare un sintomo: richiedono consapevolezza, partecipazione e alleanza terapeutica.

Queste tecniche devono essere impiegate tenendo conto delle specificità del paziente, scegliendo i canali comunicativi più adeguati alle sue caratteristiche e al contesto in cui si interviene. È fondamentale considerare le variabili che ne definiscono l'unicità, rendendo l'approccio fortemente personalizzato e difficilmente standardizzabile.

Torino, Asti, Cuneo, Rimini e Ravenna sono solo alcuni degli ospedali italiani in cui l'ipnosi e l'ipnoanalgesia vengono sempre più frequentemente utilizzate, ad esempio in ambiti come la cardiologia interventistica e la chirurgia pediatrica. La comunicazione ipnotica è impiegata nella gestione del dolore e dell'ansia nei pazienti sottoposti a procedure invasive. Il personale formato all'interno delle strutture viene spesso coinvolto anche in situazioni specifiche e urgenti, come, ad esempio, nel trattamento di un paziente agorafobico che deve eseguire un prelievo ematico o di un paziente in preda a un attacco di panico prima di una gastroscopia.

Anche se in modo graduale, si osserva un crescente riconoscimento della validità di queste pratiche, sia da parte del personale sanitario che della popolazione. Questo ha portato a un aumento della richiesta di implementazione dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica in diversi setting assistenziali.

Molti ospedali stanno avviando percorsi strutturati interni con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza e offrire al paziente un'esperienza più adeguata e personalizzata rispetto all'iter diagnostico-terapeutico da affrontare. Questi interventi danno concretezza al concetto di “umanizzazione delle cure”, spesso richiamato in ambito clinico-assistenziale ma non sempre tradotto in pratica.

DOLORE E ANSIA NEL CONTESTO EXTRAOSPEDALIERO: LA SFIDA DELL'EMERGENZA TERRITORIALE

Mi sarebbe piaciuto iniziare questa parte relativa all'approccio al dolore e all'ansia con una frase del tipo: "Sulla base dell'esperienza e dei dati riportati anche dai colleghi sull'uso dell'ipnosi nel Dipartimento di Emergenza, si può affermare che ...". Ma la realtà in Italia è molto diversa.

Prima ancora di parlare di ipnosi, in alcuni contesti risulta difficile trattare il dolore prima di aver fatto diagnosi, in quanto viene considerato solo come sintomo di una lesione organica e praticare l'analgesia potrebbe non evidenziare il problema reale che c'è alla base.

L'International Association for the Study of Pain (IASP), nella definizione aggiornata del 2020, descrive il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a un danno tissutale reale o potenziale, o che assomiglia a quella associata a un tale danno."¹³

Questa definizione evidenzia come il dolore debba essere inteso come un'esperienza percettiva complessa, fortemente influenzata da fattori culturali, religiosi e valoriali propri di ciascun individuo, riflettendo una crescente comprensione della sua dimensione personale.

Il dolore, non è quindi un fenomeno esclusivamente correlato all'intensità dello stimolo nocicettivo, ma prende forma e si modula attraverso l'elaborazione soggettiva operata dalle strutture cerebrali coinvolte nell'integrazione degli aspetti cognitivi, valutativi, affettivi e motivazionali legati all'esperienza personale.¹⁴

Sono ampiamente riconosciuti gli effetti negativi del dolore se questo non viene adeguatamente trattato, indipendentemente dalla causa che l'ha provocato: irritabilità, ansia, insonnia, tensione muscolare, sudorazione, nausea ...

Il dolore, inoltre, può influenzare significativamente i parametri vitali inducendo tachicardia, tachipnea, ipertensione arteriosa, con il rischio di aggravare condizioni cliniche già instabili, come nei pazienti con traumi gravi.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations lo ha definito come "quinto parametro vitale" dopo pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e temperatura corporea¹⁵.

¹³ IASP – Revised Definition of Pain (2020)

¹⁴ - De Benedittis, G. (2008). Neurophysiological mechanisms of hypnotic analgesia. In: Facco E. (Ed.), *Ipnosi e terapia del dolore*. FrancoAngeli, Milano. e

- Melzack, R., & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. In D. Kenshalo (Ed.), *The Skin Senses* (pp. 423–439). Springfield, IL: Charles C Thomas.

¹⁵ The Joint Commission. (2001). Pain: The fifth vital sign – Making pain management a priority in health care. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Nonostante ciò, in Italia, la Legge 38 del 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" che tutela il diritto del cittadino ad accedere alla terapia del dolore, non è stata ancora pienamente recepita.

Il dolore è la prima causa di accesso ai dipartimenti di Emergenza-Urgenza¹⁶. Nel contesto del soccorso extraospedaliero, la presenza di dolore acuto è una condizione frequente, spesso associata a situazioni traumatiche o patologiche gravi.

Se il dolore rappresenta la prima causa di accesso in Pronto Soccorso, l'ansia può costituire sia un motivo di presentazione al Dipartimento di Emergenza e Urgenza (D.E.U.), sia insorgere in modo più o meno marcato nel corso del percorso assistenziale, sia in ambito extraospedaliero che intraospedaliero.

Anche l'ansia acuta o cronica, può causare una serie di manifestazioni quali tachicardia, dispnea, tachipnea, sudorazione, tensione muscolare, nausea, dolori addominali, tremori, secchezza delle fauci, cefalea, insonnia, irritabilità, agitazione.

Se non adeguatamente trattata, l'ansia può comportare numerose complicanze, tra cui un aumentato rischio cardiovascolare, immunodepressione, squilibri ormonali, disturbi dell'umore come la depressione e una possibile dipendenza da ansiolitici. In contesti clinici di emergenza, inoltre, può mascherare sintomi reali, ritardare la diagnosi e l'intervento, o peggiorare condizioni come dispnea, dolore toracico e crisi ipertensiva.

Nonostante le diverse linee-guida inerenti l'implementazione della terapia antalgica, la letteratura evidenzia la mancanza di un approccio sufficientemente qualificato ed efficace al trattamento analgesico del paziente durante il soccorso pre-ospedaliero e nelle prime fasi di presa in carico del paziente nel D.E.U.

Oltre alla mancanza di raccomandazioni univoche sulle classi e sui farmaci analgesici da impiegare, permangono ostacoli significativi, come la scarsa attenzione alla reale valutazione del dolore (spesso il dolore severo riferito dal paziente non viene adeguatamente considerato) e le limitazioni normative, ad esempio quelle che riguardano la somministrazione di oppioidi da parte del personale infermieristico.

In ASL Romagna, nell'ambito del "progetto ospedale – territorio senza dolore" è presente la procedura dipartimentale sulla gestione del dolore "DOC 01 – Gestione del dolore nell'area dell'emergenza"¹⁷, che responsabilizza i professionisti sanitari sul riconoscimento ed il trattamento

¹⁶Todd, K. H., Ducharme, J., Choiniere, M., Crandall, C. S., Fosnocht, D. E., Homel, P., & Tanabe, P. (2007). Pain in the emergency department: results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) multicenter study. *Journal of Pain*, 8(6), 460–466. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.12.005>

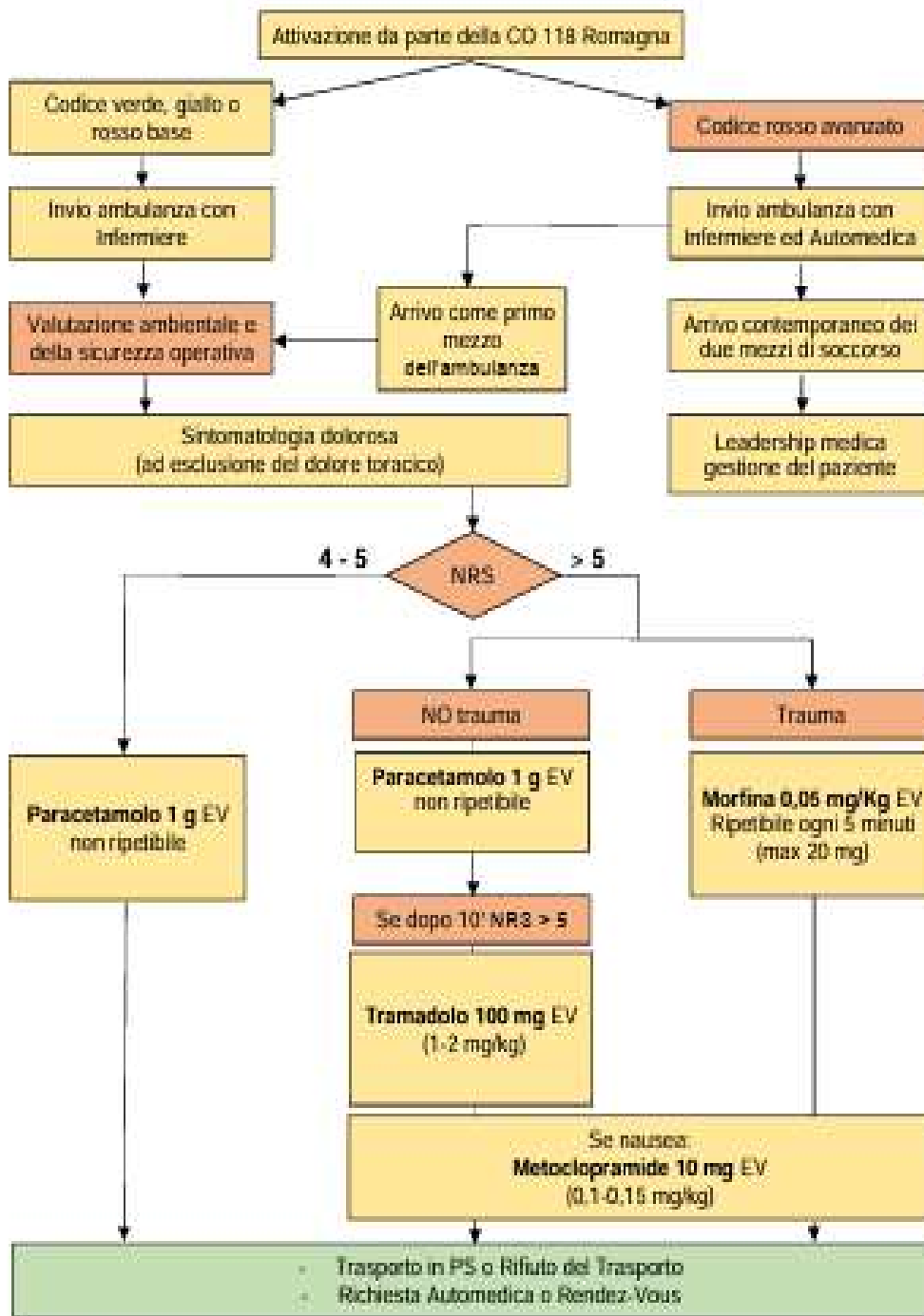
¹⁷ *Programma aziendale dolore acuto e cronico (2023) – ASL Romagna - Gestione del dolore nell'area dell'emergenza – DOC 01*

del dolore, dal primo approccio in ambulanza, all'autopresentazione presso un Pronto Soccorso e durante il percorso intraospedaliero.

Nel Sistema 118 Romagna è attiva la procedura 'P16 – Gestione infermieristica del dolore moderato-severo', finalizzata a uniformare gli interventi nel trattamento del paziente con sintomatologia dolorosa, da parte degli equipaggi a leadership infermieristica.

Segue una flow chart esplicativa che illustra i passaggi operativi da seguire.

4.2 DIAGRAMMA DI FLUSSO



All'interno della procedura dipartimentale DOC 01 – Gestione del dolore nell'area dell'emergenza, il paragrafo 4.2 dedicato alle azioni di contrasto al dolore riporta che: “In età pediatrica le tecniche non farmacologiche quali distrazione, **ipnosi**, interventi cognitivo-comportamentali, riducono il dolore procedurale da impiego di aghi. ...”

Inoltre, nella stessa procedura, al paragrafo 5.3. Il trattamento del dolore si sottolinea:

“La letteratura è concorde nell'indicare che anche in Pronto Soccorso (o a domicilio alla prima valutazione), l'approccio corretto al dolore deve prevedere un intervento integrato di terapia farmacologica e non farmacologica. L'applicazione delle tecniche non farmacologiche (TNF) è efficace nel controllo sia del dolore che del distress e dell'ansia genitoriale. In sintesi le tecniche non farmacologiche che possono essere utilizzate dipendono dall'età del bambino e possono essere così sintetizzate:

1. nel lattante è indicato il ricorso a somministrazione di saccarosio e glucosio per via orale, kangaroo care, stimolazioni tattili (carezze, abbraccio), dondolio, canto e musica dolce.

*2. in età scolare e adolescenziale è indicato il ricorso a **tecniche di rilassamento** (respirazione guidata), a giochi, bolle di sapone, libri e dispositivi elettronici, che siano in grado di catturare l'attenzione del bambino. Nell'ambito delle tecniche fisiche, e a seconda della tipologia di dolore in merito alle cause, il ricorso a spray freddo, ghiaccio, impacchi caldo-umidi, massaggi e applicazione di pressione si sono confermati essere interventi efficaci e facilmente utilizzabili*”

Nei contesti assistenziali dell'emergenza, le precedenti versioni di procedure o linee guida sul trattamento del dolore non contemplavano l'uso dell'ipnosi né il ricorso a tecniche di rilassamento. Il semplice fatto che queste metodiche vengano oggi menzionate rappresenta un segnale significativo: si riconosce il loro valore clinico e il potenziale impatto positivo sulla qualità dell'assistenza.

Si tratta, senza dubbio, di un passo in avanti che riflette l'evoluzione delle pratiche cliniche e apre la possibilità di integrare l'ipnosi e la comunicazione ipnotica come validi strumenti nella strategia di gestione del paziente critico, anche nel contesto dell'emergenza extraospedaliera.

CAPITOLO 2

REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA

La revisione sistematica condotta ha l'obiettivo di indagare la presenza di studi relativi all'utilizzo dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica da parte del personale sanitario all'interno del Dipartimento di Emergenza, con particolare attenzione al contesto del soccorso extraospedaliero. L'analisi si concentra, inoltre, sulle evidenze di efficacia di tali pratiche nella gestione del dolore e dell'ansia nel paziente critico.

APPROCCIO METODOLOGICO

Per rispondere ai quesiti di ricerca è stata utilizzata la metodologia attraverso la costruzione del PICO:

- **P***roblema: pazienti in emergenza che presentano dolore o ansia
- **I***ntervento: ipnosi e comunicazione ipnotica
- **C***onfronto: /
- **O***utcome: riduzione/gestione dell' ansia e del dolore

P	PAZIENTI NEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA CHE PRESENTANO DOLORE O ANSIA
I	IPNOSI E COMUNICAZIONE IPNOTICA
C	/
O	RIDUZIONE/GESTIONE DOLORE O ANSIA

L'analisi è stata effettuata attraverso la consultazione di articoli scientifici in lingua inglese, nella banca dati PubMed e la ricerca su Google Scholar.

Dopo una serie di tentativi, le parole chiave utilizzate nella stringa di ricerca avanzata su PubMed risultano:

- Emergency AND
- Pain AND
- Anxiety AND
- Hypno*

Con l'obiettivo di rendere la ricerca più sensibile, nella stringa è stata inserita la radice della parola "hypno", in quanto negli articoli potevano essere stati utilizzati termini diversi come hypnosis, hypnotherapy, hypnoanalgesia, ecc..

Per includere più studi non è stato definito il ruolo professionale come ad esempio "nurse", ma solo il contesto relativo all'emergenza.

Gli articoli sono stati selezionati attraverso la ricerca "Title/Abstract", senza nessun limite temporale inerente l'anno di pubblicazione ed in automatico sono stati individuati gli studi dal 1990 al 2025. Non sono stati applicati filtri di ricerca e sono stati selezionati anche gli articoli che non proponevano la consultazione libera ed integrale del documento.

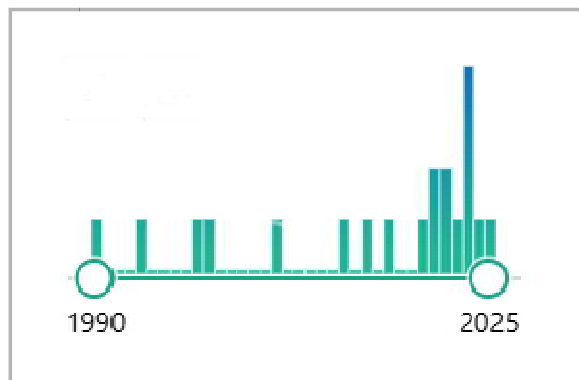
L'indagine è stata effettuata nel periodo dal 15 al 30 giugno 2025.

La ricerca su Google Scholar, con le stesse parole chiave, ha individuato numerosi articoli in cui era menzionato il termine "ipnosi", ma i pochi studi che trattavano specificatamente l'argomento nel setting dell'emergenza extraospedaliera sono gli stessi che sono stati analizzati su PubMed.

L'unico articolo degno di nota, inerente la comunicazione ipnotica, è stato esaminato in versione integrale sul Journal of "Paramedic Practice", del 2 settembre 2024.

SELEZIONE DEGLI STUDI

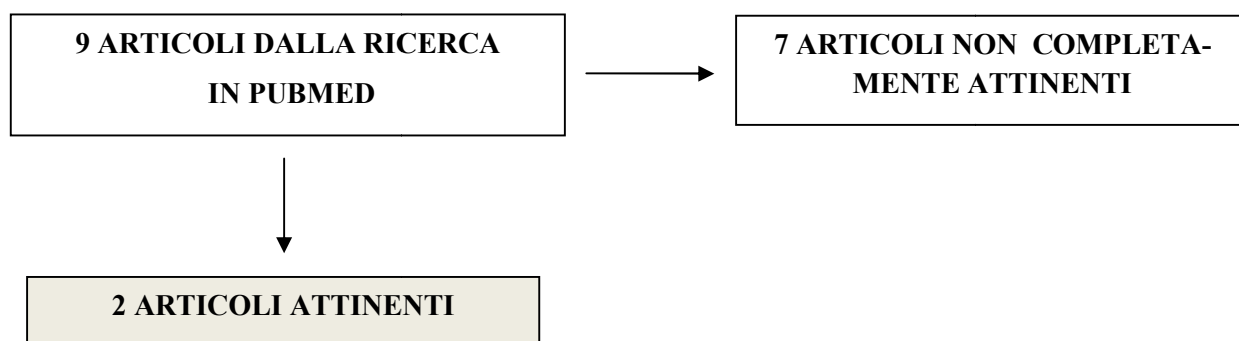
Come risulta dal grafico sottostante riportato da PubMed, mediante le parole chiave, sono stati selezionati solamente 20 articoli:



In seguito all'analisi dei 20 studi:

- 8 articoli sono stati esclusi poiché, pur contenendo i termini “emergency”, “anxiety” e “pain”, facevano riferimento al termine 'hypnotic' in relazione a farmaci sedativo-ipnotici, senza trattare l'ipnosi o la comunicazione ipnotica come oggetto dello studio;
- 3 articoli sono stati esclusi poiché, sebbene contenessero tutti i termini di ricerca, analizzavano l'utilizzo dell'ipnosi in contesti di urgenza clinica non riconducibili al Dipartimento di Emergenza.

La ricerca ha evidenziato solo 9 articoli:



ESTRAZIONE E SINTESI DEI DATI

N°	TITOLO DELLO STUDIO	AUTORI	ANNO DI PUBBLICAZIONE	METODO	RIASSUNTO ARTICOLO
1	The Effect of Positive Therapeutic Communication on Pain (POPAIN) and Anxiety During Arterial Blood Gas Standardized Procedures in the Emergency Department Compared to Traditional Communication: Protocol for a Monocentric Randomized Controlled Trial	Thomas Schmutz, Christophe Le Terrier, Vincent Ribordy, Katia Iglesias, Youcef Guechi	2023	CLINICAL TRIALS	Questo studio è il primo RCT che valuta l'uso di una comunicazione positiva su dolore e ansia nei pazienti sottoposti a emogasanalisi (ABG) in Pronto Soccorso. È prevista una riduzione del dolore, del disagio e dell'ansia <u>utilizzando una comunicazione positiva</u> . Tale approccio potrebbe aumentare la consapevolezza dei professionisti sanitari sull'importanza di monitorare attentamente la propria comunicazione durante l'assistenza.
2	Procedural sedation and analgesia in Italian pediatric emergency departments: a subgroup analysis in Italian hospitals	Martina Bevacqua, Idanna Sforzi, Silvia Bressan, Egidio Barbi, Cyril Sahyoun	2023	REVIEW	L'analisi mira a descrivere lo stato attuale dell'utilizzo delle procedure di sedazione e analgesia pediatrica nei pronto soccorso italiani e a identificare le lacune esistenti da colmare. È un'analisi di sottogruppo di un'indagine europea trasversale, condotta tra novembre 2019 e marzo 2020. I risultati più preoccupanti sono stati una sedazione inadeguata nel 27% dei pazienti, la scarsa disponibilità di alcuni farmaci come il protossido d'azoto, il mancato utilizzo di fentanil intranasale e anestetici topici al triage, il raro utilizzo di protocolli di sicurezza e checklist pre-procedurali, la mancanza di formazione del personale e la mancanza di spazio. Inoltre, è emersa la <u>mancanza di specialisti in pediatria e ipnosi</u> .
3	Virtual Reality Hypno-anxiolysis and Analgesia for Emergency Department Needle-Related Procedures: A Prospective Interventional Cohort Pilot Study Implementation	Donnchadh O'Sullivan, Jason O'Callaghan, Michael Barrett	2023	COHORT PILOT STUDY	Si tratta di uno studio pilota prospettico interventistico condotto su bambini di età compresa tra 8 e 16 anni sottoposti a una procedura con ago in Pronto Soccorso. È stata utilizzata la VR per <u>somministrare l'ipnoterapia</u> , con una riduzione rilevante del dolore e dell'ansia, dimostrando l'efficacia di questa nuova terapia. Questo è il primo studio che uti-

					lizza la VRHT in un contesto di Pronto Soccorso.
4	Procedural sedation and analgesia in Swiss Pediatric Emergency Departments: a national subgroup analysis of a European cross-sectional survey	Fabrizio Romano, Gabriel Brändle, Olivia Abplanalp-Marti, Renato Gualtieri, Cyril Sahyoun	2024	MULTI-CENTER STUDY	In Svizzera, i pronto soccorso pediatrici offrono diverse opzioni per la sedazione e analgesia procedurale (PSA), ma emergono aree da migliorare, soprattutto nell'uso della sedazione endovenosa e nell'integrazione di <u>approcci non farmacologici come l'ipnosi</u> . Lo studio multicentrico fornisce una base per armonizzare le pratiche PSA a livello nazionale, promuovendo un trattamento del dolore e dell'ansia nei bambini più efficace e basato su evidenze scientifiche.
5	The use of hypnosis in emergency medicine	M J Peebles-Kleiger	2000	REVIEW	L'analisi evidenzia come <u>l'ipnosi si è dimostrata un valido supporto</u> anche in ambito di pronto soccorso. La sua efficacia è stata confermata da studi controllati in numerosi contesti clinici, tra cui: ustioni, gestione del dolore, procedure pediatriche, interventi chirurgici, disturbi psichiatrici (coma, disturbi somatoformi, ansia e stress post-traumatico) e ambito ostetrico (iperemesi gravidica, travaglio e parto).
6	Implementation and Evaluation of a Therapeutic Communication Educational Program for Nurses: Protocol for a Mixed Methods Study	Krista Hoek, Louise Suur, Monique van Velzen, Elise Y Sarton	2025	STUDY	Questo studio valuta un programma di formazione breve e immersivo <u>sulla comunicazione terapeutica</u> , utilizzando metodi di apprendimento misto, tra cui esperienze incarnate dal paziente basate sulla realtà virtuale, con l'obiettivo di determinarne la fattibilità e l'efficacia nel migliorare le capacità comunicative. In caso di successo, questo modello formativo ha il potenziale per migliorare l'assistenza ai pazienti e influenzare le iniziative formative a livello ospedaliero.
7	Acute Trauma and Hypnosis	Eron G. Manosov, USAF MC, G. Murray, USAF BSC	1992	CASE REPORTS	L'articolo descrive un caso clinico relativo alla gestione di gravi ustioni in seguito a un incendio e un'esplosione avvenuti a bordo di una nave della Marina degli Stati Uniti. In tale contesto, <u>l'ipnosi è stata impiegata</u> per calmare il paziente e facilitare la procedura di intubazione.

					Sono state inoltre fornite ulteriori suggestioni per favorire una rapida guarigione e per il controllo dell'ansia.
8	An hypnotic suggestion: review of hypnosis for clinical emergency care	Kenneth V Iser-son	2014	REVIEW	Questa revisione mette in luce come l'ipnosi sia ancora raramente utilizzata nell'ambito della medicina d'urgenza. Tra i principali ostacoli alla sua diffusione clinica vi sono la mancanza di efficacia garantita e la carenza di una formazione specifica tra i professionisti. Tuttavia, sulla base dei risultati di ulteriori studi, <u>l'ipnosi può rappresentare un valido strumento non farmacologico</u> , sicuro ed efficace, da integrare nell'armamentario terapeutico dei medici d'urgenza, contribuendo a migliorare la qualità dell'assistenza sia in ambito ospedaliero che preospedaliero.
9	Hypnosis in emergency medicine : let's change our habits!	Thomas Schmutz , Vincent Rbordy , Philippe Aïm , Caroline Pham-Dinh , François Braun , Nazmine Guler	2020	STUDY	Lo studio <u>evidenzia l'efficacia dell'ipnosi</u> nella gestione del dolore e dell'ansia. Sebbene questa tecnica sia già diffusa in ambiti come l'anestesia e la psichiatria, il suo impiego nelle situazioni di emergenza risulta ancora poco sviluppato. Tuttavia, i contesti di applicazione, sia in ambiente ospedaliero che extraospedaliero, sono molteplici e, contrariamente alla percezione comune, le emergenze possono costituire un contesto ideale per l'utilizzo dell'ipnosi.

CAPITOLO 3

RISULTATI DELLA REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA

Prima di procedere all'analisi della revisione, una prima osservazione sul grafico temporale di PubMed evidenzia due aspetti: da un lato, la netta scarsità di studi sull'ipnosi nel contesto dell'emergenza; dall'altro, un interesse in crescita costante nei confronti di questa tecnica, testimoniato da un progressivo aumento degli articoli a partire dal 2020.

I nove studi esaminati sono attinenti al Dipartimento di Emergenza, la maggior parte nel contesto dell'emergenza ospedaliera in unità operative come il Pronto Soccorso, Pronto Soccorso Pediatrico, Medicina d'Urgenza e Terapie Intensive.

Il primo articolo analizzato (N°1), "The Effect of Positive Therapeutic Communication on Pain (POPAIN) and Anxiety During Arterial Blood Gas Standardized Procedures in the Emergency Department Compared to Traditional Communication: Protocol for a Monocentric Randomized Controlled Trial", presenta un protocollo sperimentale condotto presso l'Ospedale Cantonale di Friburgo (Svizzera).

Si tratta di uno studio clinico randomizzato a tre bracci paralleli, che prevede l'assegnazione casuale dei pazienti a uno dei seguenti gruppi:

- gruppo di *comunicazione positiva* (con uso di linguaggio terapeutico e rassicurante)
- gruppo di *comunicazione negativa* (con termini potenzialmente ansiogeni o dolorifici, associati a un effetto nocebo)
- gruppo di *comunicazione neutra* (informazioni fornite in modo standard, senza connotazione positiva o negativa).

L'obiettivo primario è valutare l'impatto della comunicazione terapeutica positiva sull'ansia, sul dolore e sul disagio percepito durante l'esecuzione dell'emogasanalisi, una procedura invasiva comunemente eseguita in Pronto Soccorso.

Alla data attuale, l'indagine sembra essere ancora in fase di svolgimento, poiché i risultati non sono stati ancora pubblicati. Tuttavia, l'ipotesi degli autori si basa sull'evidenza di altri studi, condotti in ambiti come l'anestesia o la pediatria, che hanno già dimostrato l'efficacia della comunicazione ipnotica e del linguaggio positivo nella riduzione dell'ansia e del dolore procedurale.

Questi studi confermano che la modalità con cui un operatore sanitario comunica può influenzare significativamente la percezione soggettiva del dolore. È stato osservato, ad esempio, che avvertire

anticipatamente un paziente dell'arrivo di uno stimolo doloroso, tende ad amplificare l'esperienza dolorosa.

L'utilizzo di espressioni verbali positive, rassicuranti o orientate al benessere del paziente come ad esempio "Stai bene?", "Sei comodo così?" possono contribuire a diminuire la percezione di dolore e disagio.

Al contrario, l'impiego di formule connotate negativamente, come "Ora potrebbe bruciare" oppure "Hai dolore?", può indurre un effetto nocebo, ovvero una risposta negativa generata dall'aspettativa di sofferenza. Questo meccanismo è mediato da circuiti neurobiologici che coinvolgono l'anticipazione del dolore e le aree limbiche responsabili della valutazione emotiva degli stimoli.

Nel contesto dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica, l'uso consapevole di schemi linguistici suggestivi e orientati al controllo può trasformare profondamente l'esperienza del paziente. Quando il linguaggio è modulato in modo da evocare sensazioni piacevoli, sicurezza o controllo, il cervello tende a elaborare queste informazioni come stimoli non minacciosi, riducendo l'attivazione dei circuiti legati all'allarme e al dolore.

Di conseguenza, il paziente riferisce una maggiore capacità di autocontrollo e una ridotta percezione del dolore. Queste osservazioni sono alla base dell'importanza crescente attribuita alla comunicazione terapeutica nella pratica clinica, in particolare nei contesti ad alta intensità emotiva come il pronto soccorso.

Il ruolo degli schemi linguistici e delle suggestioni verbali sarà ulteriormente discusso nella parte dedicata al contesto dell'emergenza extraospedaliera, dove il tempo è limitato e la comunicazione assume un valore strategico nella gestione dell'esperienza del paziente.

I due studi (N°2 e N°4) "Procedural sedation and analgesia in Italian pediatric emergency departments: a subgroup analysis in italian hospitals" e "Procedural sedation and analgesia in Swiss Pediatric Emergency Departments: a national subgroup analysis of a European cross-sectional survey", fanno parte di un'analisi di sottogruppo di un'indagine europea trasversale sulla pratica di sedazione ed analgesia nei pronto soccorso pediatrici, condotta tra novembre 2019 e marzo 2020.

Il gruppo italiano di ricerca ha evidenziato diverse criticità, tra cui una sedazione inadeguata nel 27% dei pazienti, la scarsa disponibilità di farmaci fondamentali come il protossido d'azoto, il mancato utilizzo di fentanil per via intranasale e di anestetici topici in fase di triage, il raro impiego di checklist pre-procedurali e la carenza di formazione specifica del personale.

È emersa, inoltre, una carenza di specialisti in pediatria e la totale assenza di professionisti formati in ipnosi nei centri italiani intervistati. Questa situazione è verosimilmente legata a radicate convinzioni culturali, alla priorità attribuita ad altre pratiche cliniche e alla limitata esperienza in questo ambito, in particolare nell'età pediatrica.

Poiché i bambini presentano una suscettibilità ipnotica maggiore rispetto agli adulti, valutata attraverso scale validate come la Children's Hypnotic Susceptibility Scale e la Stanford Hypnotic Scale for Children, diversi studi propongono l'ipnosi come uno strumento efficace per la gestione del dolore, sia procedurale che cronico, in ambito pediatrico.

In particolare, Wood e Bloy (2008), hanno evidenziato come l'ipnosi possa contribuire a una significativa riduzione della percezione del dolore e dell'ansia nei bambini, migliorando al tempo stesso l'esperienza complessiva del paziente in contesti sanitari, incluso il pronto soccorso.

Queste osservazioni supportano la necessità di considerare l'inserimento di specialisti in ipnosi procedurale all'interno dei reparti pediatrici, non solo come complemento alle pratiche farmacologiche, ma anche come intervento primario nella gestione del dolore e dell'ansia in fase acuta.

Il gruppo svizzero di ricerca ha invece rilevato un'ampia disponibilità di opzioni farmacologiche e terapeutiche nei pronto soccorso pediatrici, ma ha evidenziato anche la persistenza di difficoltà nella standardizzazione delle pratiche a livello nazionale. La limitazione di spazi e di personale, insieme alla necessità di migliorare la formazione sugli interventi non farmacologici, sono stati individuati come aspetti critici su cui intervenire per ottimizzare la gestione del dolore e dell'ansia nel paziente pediatrico.

Specialisti in pediatria ed in ipnosi procedurale erano disponibili in due ospedali, anche se solo un pronto soccorso offriva entrambi gli approcci.

Lo studio evidenzia come un approccio basato su interventi non farmacologici supportati da evidenze scientifiche, quali la formazione specifica degli operatori sanitari nella gestione del dolore e dell'ansia, il coaching per la distrazione dei genitori, e la presenza di specialisti pediatrici e di esperti in ipnosi procedurale, possa rappresentare un valido strumento per ridurre dolore e disagio nei pazienti pediatrici in pronto soccorso.

L'articolo (N°3) “Virtual Reality Hypnoanxiolysis and Analgesia for Emergency Department Needle-Related Procedures: A Prospective Interventional Cohort Pilot Study Implementation” illustra l'efficacia dell'utilizzo della realtà virtuale per somministrare l'ipnoterapia, con una riduzione importante del dolore e dell'ansia nei bambini di età compresa tra 8 e 16 anni sottoposti a una procedura con ago in pronto soccorso. Tra le varie esperienze sanitarie, i bambini indicano le procedure con ago come le più dolorose.

Tecnicamente, il procedimento consisteva nel posizionare sulla testa del paziente un visore con cuffie per realtà virtuale, che proiettava un video immersivo a 360°. Parallelamente, uno specialista in ipnosi forniva supporto per 10 minuti.

Il video VR guidava il paziente attraverso un processo di induzione ipnotica prima della procedura con ago, utilizzando la suggestione del “posto preferito” e la tecnica degli “switch” con suggerimenti

menti di ipnoansiolisi e analgesia. La proiezione durava almeno 6 minuti, per consentire il raggiungimento del massimo stato di trance prima dell'intervento con ago.

Questo studio si basa su principi neurofisiologici dell'età infantile, in quanto la connettività delle strutture del lobo frontale pediatrico con il resto del cervello non è completamente matura e pertanto rende difficile per i bambini controllare la propria paura. Questa connettività è importante per il controllo di stati emotivi intensi.

L'inserimento di attività di distrazione passive ed interattive durante la procedura, come l'immaginazione guidata e l'ipnosi, che possono essere utilizzate in bambini di tutte le età e livelli di sviluppo, ha evidenziato a livello clinico, i segni di profondo rilassamento ipnotico.

L'ipnoterapia viene pertanto considerata l'intervento non farmacologico più indicato per i pazienti pediatrici, grazie alla naturale facilità e spontaneità con cui i bambini accedono a stati di trance, ad esempio attraverso il gioco con "amici immaginari".

L'articolo (N°5) "The use of hypnosis in emergency medicine" evidenzia come l'ipnosi possa essere un utile tecnica di supporto in pronto soccorso. La sua efficacia è stata ampiamente documentata in letteratura in molteplici setting clinici, tra cui la gestione del dolore, le procedure pediatriche, gli interventi chirurgici, il trattamento delle ustioni, i disturbi psichiatrici (come i disturbi somatoformi, l'ansia e il disturbo da stress post-traumatico), nonché in ambito ostetrico, ad esempio in caso di iperemesi, travaglio e parto.

Entrando nello specifico, la revisione ha evidenziato l'efficacia dell'ipnosi in diversi ambiti:

- Gestione del dolore.

Nella gestione del dolore è un utile coadiuvante al trattamento farmacologico in quanto può aumentare l'efficacia dei farmaci, riducendo la quantità di antidolorifici necessaria.

Attraverso tecniche di rilassamento, l'ipnosi può inoltre facilitare la somministrazione e il comfort durante le iniezioni iniziali di anestetico locale. In soggetti ipnotizzabili, può sostituire gli agenti farmacologici se controindicati.

- Procedure pediatriche.

L'ipnosi è utile per calmare i bambini spaventati e aiutarli a tollerare procedure di emergenza dolorose come la detersione delle ferite, le suture, i prelievi di sangue, le iniezioni, l'inserimento di accessi venosi, il posizionamento di sondini nasogastrici, ecc.. Gli interventi ipnotici si focalizzano inizialmente sul creare un clima di fiducia, catturando l'attenzione del bambino e adattandosi alla sua realtà percettiva in modo empatico e rassicurante.

- Procedure chirurgiche.

La ricerca ha inoltre dimostrato l'utilità dell'ipnosi nelle procedure chirurgiche in tre modi:

1 - Potenzia gli effetti di analgesici e anestetici.

2 - Facilita la guarigione post-operatoria.

3 - Aiuta a mantenere la stabilità dei parametri vitali e a ridurre al minimo la perdita di sangue durante l'intervento chirurgico.

- *Ustioni.*

Diversi studi controllati confermano che l'ipnosi (a differenza delle condizioni di rilassamento o di informazione/attenzione) fornisce una significativa riduzione della percezione del dolore da ustione, in particolare durante il dolore intenso da procedura (detersione delle ferite, fisioterapia) soprattutto nei pazienti con valutazione iniziale del dolore più elevato. Questa revisione non presenta dati che dimostrino che l'ipnosi possa sostituire il ruolo dei farmaci antidolorifici per le ustioni.

- *Presentazioni psichiatriche.*

L'ipnosi può essere impiegata come strumento di supporto nella valutazione di cambiamenti comportamentali sospetti, contribuendo a identificare eventuali origini psichiatriche. Inoltre, risulta efficace nel trattamento dell'ansia acuta e del disturbo da stress post-traumatico, favorendo la regolazione emotiva, la rielaborazione del trauma e una maggiore adesione alle terapie psicologiche.

- *Condizioni ostetriche.*

L'ipnosi può rappresentare un valido supporto nel trattamento dell'iperemesi gravidica, contribuendo a ridurre nausea e vomito resistenti ai trattamenti convenzionali. Si è inoltre dimostrata efficace come coadiuvante nella gestione del travaglio: può aiutare a rallentare contrazioni premature, favorire un decorso più fisiologico del travaglio e facilitare il parto, riducendo ansia, dolore e la necessità di interventi farmacologici.

Lo studio (N°6) "Implementation and Evaluation of a Therapeutic Communication Educational Program for Nurses: Protocol for a Mixed Methods Study" si pone come obiettivo principale, quello di valutare l'impatto del corso di formazione sulla comunicazione terapeutica per infermieri del reparto di degenza per acuti, dell'ospedale Leiden Universitair Medisch Centrum (LUMC), nei Paesi Bassi.

La formazione prevede un percorso strutturato in più fasi: si inizia con un modulo e-learning che approfondisce i principi fondamentali della comunicazione terapeutica, seguito da un'esperienza immersiva in realtà virtuale che consente agli infermieri di percepire, in prima persona, cosa significhi essere un paziente.

La parte in presenza si svolge in una giornata formativa suddivisa in piccoli gruppi esperienziali. Guidati da un ipnoterapeuta, i partecipanti apprendono le basi teoriche della comunicazione terapeutica, con un focus sulle tecniche di costruzione rapida del rapporto e sull'uso strategico del linguaggio suggestivo.

Il tutto viene integrato con esercitazioni pratiche, per garantire un apprendimento attivo e immediatamente applicabile nel contesto clinico.

Lo studio, che ha evidenziato l'efficacia della formazione alla comunicazione terapeutica in un reparto di degenza per acuti, potrebbe costituire un modello replicabile anche in altri contesti sanitari. I risultati hanno infatti dimostrato che l'integrazione di diverse modalità formative ha contribuito a sviluppare e rafforzare le competenze comunicative degli infermieri, con un impatto positivo sulla qualità dell'assistenza erogata ai pazienti.

Il case report (N°7) "Acute Trauma and Hypnosis" è stato inserito tra gli articoli parzialmente attinenti, poiché l'analisi si è basata esclusivamente sull'abstract, non essendo stato possibile accedere al testo completo. Non viene specificato se l'intervento ipnotico sia stato applicato anche in fase extraospedaliera.

Nel caso clinico descritto, relativo a un paziente gravemente ustionato in seguito a un incendio su una nave, l'ipnosi è stata impiegata per gestirne l'agitazione e facilitare la manovra di intubazione. Inoltre, tramite diverse suggestioni ipnotiche, è stato possibile favorire il processo di guarigione, controllare l'ansia e ridurre il rischio di sviluppo del disturbo post-traumatico da stress.

SINTESI DEGLI STUDI SULL'USO DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AL CONTESTO EXTRAOSPEDALIERO

La ricerca su PubMed ha prodotto solo due risultati attinenti al tema.

Il primo articolo (N°8) “An hypnotic suggestion: review of hypnosis for clinical emergency care” è una revisione che fornisce una panoramica completa sull'ipnosi, esplorandone l'utilizzo storico in ambito medico, i principali studi neurofisiologici, le applicazioni attuali e le potenzialità future nel contesto della medicina d'urgenza.

Viene inoltre presentata una tecnica semplice di induzione ipnotica, utile per i contesti clinici, e analizzate le possibili ragioni per cui questa pratica non è ancora ampiamente diffusa in ambiente emergenziale. L'articolo si conclude con suggerimenti concreti per promuovere l'integrazione dell'ipnosi nei setting dell'emergenza, valorizzandone l'efficacia come supporto non farmacologico.

Gli studi analizzati mettono in luce come l'ipnosi risponda a molte delle caratteristiche di un intervento ideale in situazioni d'emergenza: è sicura, rapida, economica, richiede risorse minime e non comporta rischi significativi.

I casi clinici esaminati ne evidenziano l'efficacia nel contesto preospedaliero, in particolare per analgesia, sedazione e ansiolisi durante procedure dolorose. Nei pronto soccorso pediatrici, viene spesso impiegata in manovre come incisioni e drenaggi, rimozione di corpi estranei, suture e riduzioni di fratture o lussazioni.

L'ipnosi si è dimostrata applicabile a tutte le fasce d'età, inclusi gli anziani, senza differenze legate al genere, poiché uomini e donne risultano ugualmente ipnotizzabili. Inoltre, è stato evidenziato che il suo impiego può ridurre i costi sanitari, ottimizzando l'assistenza senza comprometterne la qualità.

Tecniche ipnotiche. Negli articoli esaminati sono state riportate diverse modalità di induzione ipnotica, tra cui: la caduta del braccio, la levitazione del braccio, l'associazione, il braccio bionico (particolarmente adatto ai bambini), la tecnica della confusione, il controllo a due dita e lo sguardo diretto.

Le tecniche ipnotiche di base risultano relativamente semplici da apprendere, e molti operatori sanitari possiedono già competenze comunicative utili a mettere il paziente a proprio agio, favorendo così il successo dell'induzione.

La scelta della tecnica più appropriata dipende da variabili quali la formazione e l'esperienza del professionista, il contesto operativo e le caratteristiche del paziente. Soprattutto in ambito preospedaliero, diversi operatori hanno evidenziato come alcune tecniche risultino particolarmente accessi-

bili ed efficaci anche con una formazione di base, dimostrandosi utili per una rapida applicazione sul campo:

- spesso il processo viene presentato ai pazienti come una semplice tecnica di rilassamento, poiché nel contesto extraospedaliero e in situazioni difficili l'ipnosi viene spesso applicata efficacemente senza che il paziente ne sia pienamente consapevole; l'unico requisito fondamentale è che il paziente non sia attivamente contrario alla sua applicazione.

- un aspetto fondamentale, soprattutto in ambienti preospedalieri rumorosi, è sottolineare al paziente che deve ascoltare esclusivamente il medico e che il trattamento procederà al suo ritmo, senza alcuna pressione. L'operatore deve mantenere un tono di voce fermo e tranquillo, ignorando i rumori o le distrazioni circostanti. Il metodo ipnotico molto semplice di Boulton consisteva nel ripetere continuamente frasi come: *"Ora voglio che ti rilassi completamente; ascolta solo la mia voce; ignora gli altri rumori; ti senti caldo, a tuo agio e assonnato; rilassati e basta; ti sentirai abbastanza assonnato come se fossi a letto a casa; respira lentamente e profondamente; e mentre respiri ti sentirai sempre più assonnato, sempre più assonnato. Lascia semplicemente che i tuoi occhi si chiudano e ti addormenti, rilassati, senti gli arti pesanti, senti le braccia pesanti, rilassati e respira profondamente"*

Un metodo efficace, utilizzato sia nella pre-induzione in ambito extraospedaliero che nei pronto soccorso, inizia consigliando al paziente di chiudere gli occhi e rilassarsi.

A differenza degli adulti, i bambini in condizioni di stress si trovano spesso già in uno stato ipnotico leggero (spesso chiamato "stadio 1") e sono quindi più ricettivi alle suggestioni ipnotiche.

- al paziente viene chiesto di concentrarsi, ad esempio, sulle dita dei piedi, immaginando o percependo sensazioni di pesantezza e piacevole calore negli arti mentre *"tutti i muscoli delle dita dei piedi si rilassano"*. Si dedica un tempo significativo (30-45 secondi) ad aiutare il paziente a concentrarsi e rilassare le dita dei piedi. Se ciò riesce, il resto della procedura risulta molto più semplice. L'operatore suggerisce quindi al paziente di sentire il calore o la pesantezza fluire verso i piedi, poi verso le gambe, le cosce e così via. Un chiaro segnale del buon esito della tecnica è la regolarizzazione del respiro del paziente.

- quando l'ipnosi viene usata per l'analgesia, molti pazienti, specialmente quelli meno recettivi ai suggerimenti clinici, rispondono meglio alle tecniche di distrazione. Proprio come chi, durante un evento sportivo, non si accorge subito di un infortunio grave, la distrazione sposta l'attenzione dal dolore o da emozioni spiacevoli. In questi casi è utile chiedere al paziente di concentrarsi intensamente su sensazioni provenienti da parti del corpo non doloranti oppure di focalizzarsi su un'attività che gli piace.

- è efficace suggerire l'uso di metafore, come immaginare l'acqua gelida di un ruscello che scende dalla montagna e scorre sulla zona dolorante raffreddandola, particolarmente utile nei pazienti ustionati, oppure far visualizzare al paziente la zona che si riscalda grazie al sole o a un bagno caldo.

- le tecniche di approfondimento ipnotico più efficaci consistono in suggerimenti rivolti al paziente, come rallentare il ritmo del respiro e permettere a tutto il corpo di rilassarsi sempre di più ad ogni espirazione. Si invita il paziente a sentirsi sempre più calmo e a *"viaggiare con la mente verso un luogo molto piacevole, come una spiaggia o una montagna"*. Nei bambini, si può creare una fantasia legata a Disneyland o a un altro luogo a loro caro.

Un'altra tecnica utilizzata per il rilassamento è il "metodo della scala". Si invita il paziente a immaginare di trovarsi in cima a una scala e si spiega che, mentre l'operatore conta all'indietro da 10, lui scenderà un gradino ad ogni numero, sentendosi sempre più rilassato. I numeri vengono pronunciati ogni 5-8 secondi, sincronizzati con l'inizio dell'espirazione.

Esistono molte altre tecniche per approfondire lo stato ipnotico e, una volta che il paziente è sufficientemente indotto, si può suggerire di non ricordare né il processo né il dolore durante la procedura imminente.

- i pazienti in ipnosi molto profonda (circa il 15%) potrebbero necessitare di un risveglio deliberato al termine della procedura. Il metodo più semplice consiste nel dire:

"Conto fino a dieci, i tuoi occhi si apriranno e ti sentirai perfettamente normale... 1, 2, inizi a svegliarti, 3, 4, sempre più leggero, 5, 6, gli occhi cominciano ad aprirsi, 7, 8, sei quasi sveglio, 9, 10, sei completamente sveglio."

Ma ... siamo davvero sicuri che il paziente fosse in "ipnosi"? Secondo questo studio, non è così rilevante.

Se l'obiettivo clinico viene raggiunto, l'operatore non deve preoccuparsi se il paziente sia stato effettivamente "ipnotizzato" o meno.

Anche se sono stati ideati molti test per valutare la profondità dell'ipnosi o la suscettibilità ipnotica, questi hanno poca rilevanza pratica. In ambito clinico, ciò che conta sono i risultati, che spesso non coincidono con misure astratte di "successo ipnotico".

L'esito positivo si verifica quando il paziente collabora, si rilassa abbastanza, riduce l'ansia o percepisce meno dolore. Nessuno può sapere con certezza se un paziente è adeguatamente ipnotizzato fino a dopo la procedura.

Nonostante l'ipnosi clinica abbia una lunga storia, molti operatori e medici d'emergenza esitano a usarla, spesso a causa della sua associazione con pratiche alternative o complementari.

Se una modalità però si dimostra efficace, non può più essere considerata una pratica alternativa.

Molti miti circondano l'uso dell'ipnosi, tra cui la paura che il paziente perda il controllo e non possa resistere ai suggerimenti. In realtà, le persone seguono le suggestioni post-ipnotiche solo se lo vogliono e possono uscire dall'ipnosi in qualsiasi momento.

Tra i clinici, c'è anche la falsa idea che l'ipnosi richieda molto tempo, un ambiente silenzioso e un operatore senza distrazioni. Tuttavia, questa convinzione è stata smentita dall'efficace utilizzo dell'ipnosi sia in pronto soccorso che nel contesto preospedaliero.

Dallo studio emerge che i principali ostacoli ad un più ampio utilizzo clinico dell'ipnosi sono essenzialmente due: l'efficacia garantita e la formazione.

Efficacia garantita: i medici d'urgenza senza esperienza in ipnosi, possono giustamente essere scettici riguardo all'utilizzo di questa tecnica. Mentre alcuni studi e casi clinici suggeriscono che l'ipnosi possa essere efficace nel setting dell'urgenza, la prevalenza degli studi affronta solo marginalmente la questione se la maggioranza dei medici possa apprendere e utilizzare la tecnica in situazioni di emergenza. Inoltre, anche coloro che hanno esperienza in ipnosi clinica non dispongono di un metodo efficace per determinare se uno stato ipnotico è stato raggiunto finché non osservano i risultati clinici desiderati. Se usano l'ipnosi per alleviare il dolore esistente o diminuire l'ansia, possono osservarne immediatamente l'effetto. Se usano l'ipnosi per diminuire il dolore acuto, lo spasmo muscolare o l'ansia correlati a una procedura, la sua efficacia può essere determinata solo una volta iniziata la procedura. Tuttavia, la stessa situazione si verifica quando si utilizzano anestetici locali o sedativi, che potrebbero non avere l'effetto desiderato fino a quando la dose non viene aumentata. Come per gli anestetici e i sedativi, i medici possono ripetere il processo ipnotico o passare a una modalità diversa.

Formazione: poiché l'ipnosi non è inclusa nei requisiti formativi per medici di emergenza, infermieri di emergenza e operatori preospedalieri, raramente viene insegnata nei programmi di specializzazione, nei corsi di assistenza preospedaliera o nei programmi di formazione continua. Se i tirocinanti non la vedono utilizzata o non sentono parlare dell'efficacia di questa pratica, è molto improbabile che utilizzino la tecnica ipnotica.

Saranno necessari studi sperimentali per identificare come l'ipnosi possa essere utilizzata al meglio in emergenza.

L'ipnosi rappresenta un grande potenziale come strumento non farmacologico sicuro per l'assistenza ai pazienti in medicina d'urgenza e nell'area dell'emergenza preospedaliera. Per promuoverne l'uso in questi contesti sarà necessario approfondire la ricerca sulle tecniche più efficaci, identificare in quali situazioni di terapia intensiva risulti più vantaggiosa, offrire una formazione adeguata sulle tecniche ipnotiche e, infine, ottenere il riconoscimento e l'approvazione da parte delle principali organizzazioni professionali, con la conseguente inclusione nei programmi di studio obbligatori.

Il secondo articolo individuato su PubMed (N°9) “Hypnosis in emergency medicine : let's change our habits!” approfondisce l’efficacia dell’ipnosi nella gestione del dolore e dell’ansia nei contesti di emergenza. Sebbene l’ipnosi sia già ampiamente impiegata in anestesia e psichiatria, il suo utilizzo nelle situazioni di emergenza resta ancora limitato e poco diffuso. Tuttavia, i suoi campi di applicazione, sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero, sono molteplici e variegati. Contrariamente a quanto si potrebbe pensare, l’area dell’emergenza rappresenta un contesto particolarmente adatto per la pratica dell’ipnosi, grazie alla necessità di interventi rapidi, efficaci e non invasivi.

L’ipnosi si presenta come una tecnica affidabile, sicura, efficace ed economica, che può essere appresa da qualsiasi operatore sanitario con una formazione adeguata. Essa non solo contribuisce a migliorare la gestione del dolore e dell’ansia, ma rafforza anche la qualità della relazione tra operatore e paziente, aumentando la fiducia e la collaborazione. Inoltre, l’ipnosi permette di ridurre l’uso di farmaci analgesici e sedativi, limitandone gli effetti collaterali e migliorando il comfort del paziente.

Uno studio a mio avviso rilevante è quello inglese, reperito sul Journal of “Paramedic Practice”. L’articolo “Inappropriate use of nocebic language in prehospital care: a cautionary tale” evidenzia gli effetti nocebici (negativi) indotti da scelte linguistiche e verbali potenzialmente dannose che si verificano comunemente nella pratica clinica degli operatori di emergenza extraospedaliera.

La comunicazione nocebica, ovvero l’uso di suggerimenti verbali negativi, può provocare ansia anticipatoria, aumentare la percezione del dolore (iperalgisia) e compromettere i risultati clinici. Inoltre, contribuisce ad incrementare il rischio di sviluppare disturbi da stress post-traumatico nei pazienti..

I meccanismi neuropsicologici alla base della comunicazione nocebica sono simili a quelli dell’effetto placebo, coinvolgendo diversi neurotrasmettitori. Tuttavia, la valutazione consapevole o, più spesso, inconscia che i pazienti fanno del significato e della natura dei commenti negativi può portare a un’interpretazione pessimistica. Questo si traduce in un aumento evitabile di dolore e ansia. L’uso di un linguaggio nocebico, influisce negativamente sull’esperienza e sulla soddisfazione del paziente, e può compromettere l’esito clinico.

Nell’ articolo risulta fondamentale che l’operatore sanitario:

- comprenda l’importanza del proprio approccio, evitando "sottili segnali negativi", tra cui la comunicazione e l’atteggiamento non verbali.
- acquisisca la consapevolezza dell’impatto del comportamento sul paziente ed eviti l’uso di alcune parole e strutture linguistiche specifiche nel discorso clinico
- adotti un atteggiamento mentale positivo e utilizzi la comunicazione ipnotica.

Nello studio sono stati esaminati cinque filmati televisivi di casi reali relativi ad interventi di emergenza extraospedaliera:

- 1- Vittima da accoltellamento. Il medico, parlando con un agente di polizia accanto al paziente, afferma: "Sono molto preoccupato che il coltello possa aver danneggiato il pericardio, il che può essere pericolosissimo per la vita, quindi dobbiamo portarlo in ospedale al più presto". L'agente, percependo la gravità, trasmette via radio: "Abbiamo un probabile esito fatale...". Il paziente, ascoltando la conversazione, comprende di aver subito un danno grave e che probabilmente non sopravvivrà al trauma. Un'alternativa comunicativa più rassicurante ed efficace sarebbe stata: "Il peggio è passato, ora sei in buone mani. Ti stiamo portando in ospedale dove è già tutto pronto per prenderti cura di te e salvaguardare la tua vita...".
- 2- Incidente stradale. Durante il tentativo di riduzione di una sospetta frattura di tibia e perone, l'operatore comunica al paziente: "Questo ti farà molto male", senza informarlo che è già stato somministrato un antidolorifico. Questa comunicazione induce nel paziente un'aspettativa negativa, anticipando un dolore intenso e inevitabile. Un'alternativa comunicativa più efficace e terapeutica sarebbe stata: "Tra poco inizierai a sentire l'effetto del potente antidolorifico che ti è stato somministrato. Questo ti aiuterà a rilassarti mentre muoveremo delicatamente la gamba per sistemarla in una posizione più comoda, così da favorire l'inizio della guarigione".
- 3- Infortunio sul lavoro. Viene riportata una comunicazione tra l'equipaggio di emergenza su gomma e quello dell'elicottero di soccorso: "Non ce la farà ...". Dichiarazioni di questo tipo, che anticipano un possibile esito fatale, sono assolutamente da evitare se espresse in prossimità del paziente. Anche se la persona presenta un quadro clinico severo e condizioni di vita compromesse, può percepire e interpretare il linguaggio verbale e non verbale, con un impatto potenzialmente negativo sul suo stato emotivo e sulle sue risorse psicofisiche.
- 4- Infortunio sul lavoro, paziente ustionato. L'operatore, prima di tentare il reperimento di un accesso venoso, afferma: "Mi dispiace". Scusarsi prima di una procedura può trasmettere insicurezza o mancanza di competenza e suggerire al paziente che sta per vivere un'esperienza negativa (aspetto aggravato, in questo caso, dal fatto che il tentativo di reperimento venoso non ha avuto successo). L'alternativa più appropriata sarebbe stata: "Mentre puliamo il braccio con una soluzione antisettica fredda, potresti sentire la pelle intorpidirsi parecchio ... tra poco avrai già superato questa fase".
- 5- Incidente stradale. Bambino ferito a cui viene detto: "Hai molti tagli sul viso... e hai molto freddo, quindi ti darò una coperta". Questo messaggio focalizza l'attenzione del paziente sulla gravità delle ferite e sulla sensazione di disagio, rinforzando la percezione di dolore e vulnerabilità. Un'alternativa comunicativa più efficace sarebbe stata: "Adesso ti avvolgo in

questa coperta, così inizierai subito a sentirti più caldo e protetto. Tra poco sarai in ambulanza e starai meglio".

Sono emersi anche episodi di utilizzo inappropriato dell'umorismo, atteggiamenti superficiali, commenti paternalistici e, più in generale, situazioni caratterizzate da una comunicazione inefficace o inadeguata nel rapporto con il paziente.

In generale, si può osservare che l'approccio adottato risulta spesso piuttosto direttivo, con una scarsa attenzione alla sensibilità del paziente e una limitata consapevolezza del fenomeno della comunicazione nocebica.

Nel presente studio, sono stati ricercati specificamente esempi di parole e frasi comunemente riconosciute come nocebiche, tra cui:

Dolore (piuttosto che dire disagio), Fa male, Scusa, Prova (che implica fallimento).

Esempi di frasi da evitare includono:

"Stai fermo", "Non muoverti, o renderai le cose più difficili", "Non voglio farti male", "Le tue vene sono davvero deboli/difficili", "Farà male", "Mi scusi", "Sente molto freddo", "Ha gravi ustioni al volto e le sue vie aeree potrebbero ostruirsi", ecc..

Strategie di miglioramento. Molti autori e studiosi clinici hanno riconosciuto l'importanza del tema, e negli ultimi anni i lavori dedicati alla comunicazione terapeutica, alla comunicazione positiva e a quella ipnotica stanno emergendo con sempre maggiore frequenza nel panorama sanitario.

Ad esempio, per rimanere nel contesto dell'emergenza extraospedaliera, Jacobs, un paramedico attivo con oltre 20 anni di esperienza e un dottorato di ricerca in Sviluppo Umano e Duffee, un professore con dottorati in Psicologia della Salute e Pedagogia che ha testato sul campo le competenze come EMT, hanno recentemente pubblicato un libro (Jacobs e Duffee, 2023) "Hypnotic Communication in Emergency Medical Settings: For Life-Saving and Therapeutic Outcomes".

Il testo fornisce una guida pratica all'utilizzo della comunicazione ipnotica in vari contesti clinici, dalla gestione del dolore alle emergenze cardiovascolari, dalle ustioni alla difficoltà respiratoria.

Gli autori invitano il personale sanitario, sia intra che extraospedaliero, a prestare attenzione non solo a cosa dicono ai pazienti, ma anche a come lo dicono. Il testo propone strategie per integrare la comunicazione ipnotica all'interno delle procedure mediche standard, creando un'interazione sinergica che può contribuire a migliorare significativamente gli esiti clinici.

Questi sviluppi innovativi sembrano rappresentare un progresso positivo e presentano il vantaggio significativo di non richiedere una formazione molto approfondita per sviluppare competenze relative alla comunicazione ipnotica.

Una formazione completa e un accreditamento in ipnosi rappresentano un livello di competenza più avanzato da raggiungere, ma sono già ben consolidati nel Servizio Sanitario Nazionale (NHS) del Regno Unito per le professioni mediche e odontoiatriche.

Durante una conferenza del College of Paramedics, l'uso della comunicazione ipnotica in emergenza è stato proposto come potenziale strumento per supportare i paramedici nel migliorare le proprie prestazioni. A seguito di ciò, è stato redatto un documento volto a validare l'impiego della comunicazione ipnotica e dell'ipnosi da parte di questi professionisti, attualmente in fase di valutazione da parte del College per una possibile pubblicazione futura. Al momento, solo l'Università Oxford Brookes, che si occupa della formazione dei paramedici, ha mostrato interesse verso questi sviluppi. È un piccolo risultato in grado di aprire opportunità più rilevanti per la formazione dei paramedici inglesi ed avere una ricaduta in altri contesti operativi al di fuori del Regno Unito.

ANALISI CRITICA DEGLI STUDI SELEZIONATI

L'analisi eseguita sugli articoli selezionati ha portato ad una serie di considerazioni:

- l'ipnosi è stata trattata solo sporadicamente nella letteratura medica d'urgenza ed è ancora meno presente nella documentazione relativa al soccorso extraospedaliero;
- l'ipnosi e la comunicazione ipnotica sono ampiamente citate in molti studi, ricerche, tesi, articoli, ma è difficile reperire materiale che approfondisca in modo dettagliato l'applicazione, soprattutto nel contesto dell'emergenza extraospedaliera. La maggior parte delle pubblicazioni citate in questo elaborato riguarda esperienze svolte in pronto soccorso, pronto soccorso pediatrico e reparti di terapia intensiva. Tuttavia, questi lavori sono stati inclusi poiché le considerazioni, le proposte e le implementazioni, soprattutto formative, potrebbero essere adattate e applicate anche al contesto pre-ospedaliero;
- gli studi sono spesso condotti su campioni numericamente limitati, probabilmente a causa di diversi fattori: la carenza di operatori formati in ipnosi e comunicazione ipnotica, la presenza di resistenze da parte dei colleghi verso l'utilizzo di queste tecniche e il rischio che tali atteggiamenti possano ostacolare l'intervento, influenzando negativamente i pazienti e rendendoli persino attivamente diffidenti o ostili nei confronti di questa nuova esperienza;
- l'ipnosi è spesso associata alla medicina alternativa e complementare, suscitando scetticismo tra gli operatori sanitari che non la riconoscono come una tecnica di cura valida;
- lo scetticismo può inoltre derivare dal fatto che non esiste un metodo efficace per determinare se uno stato ipnotico si è realmente instaurato finché non si osservano i risultati clinici desiderati. L'efficacia si valuta solo dopo aver constatato gli effetti ottenuti, il che può generare, soprattutto tra gli operatori che lavorano seguendo protocolli e procedure, una certa apprensione riguardo all'esito dell'intervento. Questo perché l'ipnosi non può essere verificata direttamente durante l'applicazione, ma solo attraverso i cambiamenti osservabili nel paziente, come la riduzione del dolore, dell'ansia o altri segnali clinici;
- molti studi, anche nel contesto dell'emergenza, si sono concentrati su pazienti pediatrici, probabilmente per la maggiore facilità con cui i bambini entrano nello stato di trance. Tuttavia, questa categoria rappresenta solo una parte della popolazione che accede all'area dell'emergenza e, pertanto, non può essere considerata rappresentativa dell'intera casistica;
- i risultati potrebbero essere stati influenzati dalla presenza di fattori confondenti non controllabili, come una lunga attesa in sala d'attesa da parte del paziente o un momento di sovraccarico lavorativo per l'operatore sanitario;

- un limite rilevante nel contesto del soccorso extraospedaliero è rappresentato dalla natura stessa dell'intervento di emergenza: in situazioni critiche, come traumi gravi o condizioni instabili, le circostanze non sempre consentono di dedicare tempo o attenzione al processo ipnotico. In questi casi, la priorità resta la stabilizzazione del paziente, e l'applicazione di tecniche comunicative avanzate può risultare difficile o non realizzabile.
- la standardizzazione dell'approccio comunicativo nel setting dell'emergenza risulta complesso per diversi motivi, tra cui la tendenza dell'operatore a focalizzarsi prioritariamente sulla corretta esecuzione tecnica della procedura richiesta, riducendo così l'attenzione agli aspetti comunicativi;
- dall'ultimo articolo analizzato emerge in particolare come, nel contesto dell'emergenza extraospedaliera, il personale sanitario possa utilizzare inconsapevolmente un linguaggio inappropriato, con il rischio di generare conseguenze negative per il paziente, sia a livello emotivo che clinico;
- alcune tipologie di comunicazione risultavano maggiormente orientate sull'operato del sanitario, con espressioni come "Adesso farò...", che evidenziano un'agire individuale anziché promuovere un approccio inclusivo e realmente centrato sul paziente;
- la ricerca sull'utilizzo della comunicazione ipnotica in emergenza, finalizzata a ridurre l'impiego del linguaggio nocebico e a promuovere l'uso della suggestione positiva da parte degli operatori nel contesto preospedaliero, risulta ancora limitata;
- tutti gli articoli analizzati evidenziano gli effetti positivi dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica. Le conclusioni sono orientate verso la necessità di una validazione formale di queste pratiche da parte delle direzioni sanitarie ospedaliere, delle società scientifiche e delle commissioni accademiche, al fine di promuoverne l'integrazione nei percorsi formativi del personale sanitario.

Nonostante l'ipnosi sia scientificamente riconosciuta come una pratica clinica valida e supportata da evidenze, la sua diffusione nelle diverse realtà sanitarie risulta ancora limitata, sebbene in graduale espansione. Numerosi studi sottolineano l'importanza di estendere l'implementazione di queste tecniche a tutto il personale delle unità operative, così come ad altri reparti ospedalieri, promuovendo programmi strutturati di formazione ed aggiornamento professionale.

PROSPETTIVE OPERATIVE PER IL SISTEMA 118

Negli ultimi anni, l'evoluzione tecnologica ha profondamente trasformato il lavoro degli operatori dell'emergenza territoriale, introducendo strumenti sofisticati per il monitoraggio, la trasmissione dei dati e la gestione logistica degli interventi. Tuttavia, questo progresso ha comportato anche una crescente medicalizzazione e standardizzazione delle pratiche, spesso a discapito della relazione umana, che resta invece un elemento centrale nella gestione della crisi. In particolare, nel momento dell'urgenza, il paziente è in una condizione di vulnerabilità psicofisica in cui parole, tono di voce e atteggiamento degli operatori possono influenzare in modo significativo l'esperienza soggettiva del dolore, della paura e della percezione dell'evento critico.

In questo contesto, l'uso consapevole di tecniche di comunicazione ipnotica rappresenta una risorsa ancora largamente inesplorata, soprattutto nel setting extraospedaliero. Ad oggi, la letteratura scientifica non documenta in modo sistematico esperienze o trial che valutino l'efficacia dell'ipnosi nei servizi di emergenza territoriale. Eppure, dati già consolidati in ambito ospedaliero e perioperatorio mostrano come anche un breve intervento ipnotico, adattato alle condizioni del paziente, possa modulare il dolore, calmare l'agitazione e migliorare l'aderenza alle manovre assistenziali.

A partire da queste premesse, si apre una prospettiva di intervento concreta e innovativa per il Sistema 118 in Romagna: un progetto formativo rivolto agli operatori sanitari che introduca i fondamenti della comunicazione ipnotica, integrandoli alle competenze cliniche già acquisite, potrebbe non solo migliorare la qualità della presa in carico, ma anche posizionare l'Azienda come riferimento pionieristico a livello nazionale. In questo capitolo si delineeranno dunque una proposta operativa, alcune riflessioni etiche e legali e le possibili ricadute di un tale approccio sulla relazione di cura, oggi sempre più sfidata dalla centralità della tecnologia.

PROPOSTA DI FORMAZIONE SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE IPNOTICA PER GLI OPERATORI 118

Nel contesto in cui opero, sono la quarta infermiera ad aver completato un corso di ipnosi clinica, mentre numerosi altri colleghi hanno partecipato a microcorsi sulla comunicazione ipnotica. Il gruppo C.I.I.C.S. dell'Emilia-Romagna si sta progressivamente ampliando, poiché chi si avvicina a queste pratiche, anche solo per curiosità, ne riconosce rapidamente la validità e l'efficacia. In molti casi, il passaparola tra colleghi si dimostra più incisivo e convincente della (ancora limitata) letteratura disponibile sull'argomento.

Come già evidenziato, la formazione degli operatori del soccorso preospedaliero è in gran parte focalizzata sugli aspetti tecnici, lasciando poco spazio all'approfondimento delle competenze relazionali e alla costruzione di una comunicazione terapeutica realmente personalizzata. Nonostante questo limite formativo, molti professionisti manifestano, durante riunioni o momenti di confronto tra colleghi, il desiderio di acquisire strumenti comunicativi più efficaci, riconoscendone l'importanza per migliorare la qualità dell'assistenza e l'esperienza del paziente nel percorso di cura.

La comunicazione ipnotica dovrebbe diventare una componente fondamentale nella formazione di tutto il personale con un ruolo "di cura". In particolare, nel contesto dell'emergenza extraospedaliera, è importante che venga formata l'intera équipe, dal personale tecnico a quello infermieristico e medico, per garantire un approccio comunicativo efficace e omogeneo.

Per strutturare un progetto formativo, oltre a definire obiettivi, contenuti e metodologia didattica, è fondamentale considerare anche fattori quali la carenza di risorse umane ed economiche, le ore necessarie per la formazione e i costi della docenza. Sebbene questi aspetti possano non incidere significativamente sul piano didattico, saranno certamente oggetto di attenta valutazione da parte di chi dovrà autorizzare il progetto.

Questi aspetti non verranno approfonditi nella presente pianificazione, ma si confida in una visione aperta e consapevole da parte delle Direzioni Sanitarie, affinché venga approvato il progetto formativo sull'ipnosi, riconoscendone la validità clinica e il potenziale impatto positivo sul benessere del paziente.

Il percorso formativo proposto si sviluppa in tre fasi complementari, pensate per favorire un apprendimento progressivo ed integrato della comunicazione ipnotica e delle sue applicazioni nel contesto clinico in emergenza.

Il progetto formativo si divide in 3 moduli:

- 1- E-learning introduttivo: la prima fase è rappresentata da un modulo di formazione online accessibile in modalità asincrona, che fornisce le basi teoriche della comunicazione ipnotica e

dell'ipnosi clinica. Attraverso contenuti multimediali e materiali didattici mirati, i partecipanti acquisiscono conoscenze fondamentali sui meccanismi neuropsicologici dell'ipnosi, sull'uso del linguaggio suggestivo e sulle potenzialità comunicative nelle relazioni di cura.

- 2- Sessione in presenza con proiezione di casi clinici ricostruiti: la seconda fase è caratterizzata dalla realizzazione di scenari in cui vengono rappresentate interazioni reali, dove gli operatori sanitari non applicano pratiche di comunicazione efficace con il paziente, mostrano scarsa empatia, non forniscono assistenza personalizzata e utilizzano parole "negative" durante il trattamento.

Ogni filmato è seguito da una riflessione guidata, durante la quale vengono evidenziati gli elementi disfunzionali della comunicazione, per poi proporre alternative corrette ed efficaci. Questo approccio consente ai partecipanti di mettersi nei panni del paziente, sviluppare maggiore consapevolezza e comprendere l'impatto delle parole, anche in termini di possibili effetti nocebo.

- 3- Esercizi pratici con docenti esperti. La terza fase è di natura pratica ed interattiva: attraverso esercitazioni guidate, role-play e simulazioni, i partecipanti imparano a mettere in atto tecniche di comunicazione terapeutica. L'obiettivo è rafforzare competenze come la costruzione rapida del rapporto (rapport), l'ascolto attivo e la scelta consapevole del linguaggio, con particolare attenzione agli aspetti verbali, para-verbali e non verbali della comunicazione ipnotica. Gli esercizi pratici garantiscono un processo di apprendimento attivo in grado di rendere immediatamente applicabili le tecniche acquisite nel contesto lavorativo quotidiano, soprattutto in situazioni ad alta intensità emotiva.

Questo progetto prevede un percorso formativo multidimensionale, che integra conoscenze teoriche, esercitazioni pratiche e momenti di riflessione critica, al fine di sviluppare non solo competenze tecniche, ma anche abilità comunicative, relazionali ed empatiche. Questo programma permette di affrontare la complessità dell'interazione con il paziente in modo completo e consapevole, valorizzando l'efficacia della comunicazione ipnotica anche in contesti ad alta intensità emotiva come il soccorso extraospedaliero.

Tale progetto formativo si propone come un'iniziativa concreta e innovativa per il Sistema 118 Romagna, mirata ad integrare i principi della comunicazione ipnotica con le competenze cliniche già in possesso del personale sanitario.

Qualora l'efficacia del progetto venga confermata, esso potrebbe essere integrato nei programmi formativi aziendali, contribuendo all'aggiornamento continuo di tutti i professionisti sanitari.

CONSIDERAZIONI ETICHE E LEGALI

L'utilizzo della comunicazione ipnotica e dell'ipnosi nel soccorso extraospedaliero, come negli altri contesti, deve avvenire nel rispetto dei principi di autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia. È fondamentale che queste tecniche siano utilizzate da professionisti adeguatamente formati, che garantiscano il consenso, anche implicito, del paziente, rispettandone la dignità e la volontà, soprattutto in situazioni di vulnerabilità psicofisica.

Alcune riflessioni sugli aspetti etici e legali riguardano:

- *Consenso informato.* L'uso dell'ipnosi o anche solo della comunicazione ipnotica, dovrebbe sempre essere preceduto da un consenso, anche implicito, basato su una comunicazione chiara soprattutto in situazioni di emergenza dove il paziente può essere vulnerabile. Negli studi esaminati, il consenso informato veniva generalmente raccolto per iscritto prima della procedura; nei casi in cui il paziente, per le sue condizioni cliniche, non era in grado di firmare, si procedeva con il consenso verbale, mentre quello scritto veniva acquisito successivamente. È importante sottolineare, tuttavia, che la comunicazione ipnotica rientra nel più ampio ambito della comunicazione efficace. Se l'obiettivo è quello di migliorare l'aderenza del paziente al percorso di cura o di ridurre il disagio e il dolore, il consenso implicito, desumibile dal fatto che il paziente accetta e segue le suggestioni, rappresenta una forma di validazione del rapporto di fiducia alla base della relazione di cura.

In ambito extraospedaliero, il consenso può essere ottenuto in forma verbale o implicita, ed è fondamentale documentare con accuratezza l'approccio adottato.

- *Non maleficenza.* L'utilizzo dell'ipnosi deve avvenire nel pieno rispetto della persona, evitando qualsiasi forma di disagio psicologico, percezione di manipolazione o sensazione di perdita di controllo. È essenziale che il paziente si senta sempre parte attiva del processo e che la tecnica venga utilizzata in un clima di fiducia, trasparenza e sicurezza relazionale.

- *Formazione e competenza.* È fondamentale che l'impiego delle tecniche di comunicazione ipnotica sia affidato a professionisti che abbiano ricevuto una formazione specifica, sia sul piano tecnico che etico. Solo un'adeguata preparazione consente di garantire interventi sicuri, appropriati e rispettosi dell'autonomia e della dignità del paziente. È inoltre importante che il personale sanitario sia consapevole dei propri limiti operativi, così da evitare improprie applicazioni della tecnica.

- *Rispetto della dignità e della volontà del paziente.* Anche nel contesto dell'emergenza, è fondamentale riconoscere il diritto del paziente a rifiutare o interrompere una tecnica qualora la percepisca come invasiva, non adeguata o non in linea con i propri bisogni. Il consenso, anche implicito,

deve poter essere sempre revocato, a tutela della libertà individuale e a sostegno dell'etica della cura centrata sulla persona.

- *Assenza di un quadro normativo univoco.* In Italia l'ipnosi non è attualmente disciplinata da una normativa specifica, ma viene riconosciuta come tecnica complementare nell'ambito delle pratiche cliniche. Il suo utilizzo è consentito a tutti i professionisti sanitari, purché venga esercitato nel rispetto dei limiti della propria area di competenza e in conformità con i principi deontologici e le linee guida delle rispettive professioni. È pertanto fondamentale che chi la utilizza abbia ricevuto un'adeguata formazione, sia tecnica che etica, e ne faccia uso in modo responsabile, a supporto del benessere psicofisico del paziente.

- *Responsabilità professionale.* L'impiego dell'ipnosi o della comunicazione ipnotica comporta una responsabilità specifica da parte del professionista sanitario. Per garantire la sicurezza del paziente e l'efficacia dell'intervento, è indispensabile che l'operatore abbia ricevuto una formazione certificata e riconosciuta. L'utilizzo dell'ipnosi deve inoltre rientrare nelle competenze professionali previste dal profilo normativo e deontologico dell'operatore, il quale è chiamato ad agire in modo consapevole, rispettando i limiti delle proprie funzioni e assumendosi pienamente la responsabilità delle scelte cliniche effettuate.

- *Documentazione.* È consigliato annotare in modo chiaro e dettagliato, nel referto, nella cartella clinica o nella scheda di intervento, l'eventuale utilizzo di tecniche di ipnosi o di comunicazione ipnotica durante l'assistenza al paziente. Tale documentazione contribuisce a garantire la trasparenza dell'atto sanitario, la tracciabilità dell'intervento effettuato e il rispetto dei principi di responsabilità professionale. Rappresenta altresì uno strumento utile per la continuità assistenziale, permettendo ad altri operatori di comprendere le tecniche adottate e la modalità comunicativa instaurata con il paziente.

Inoltre, come sottolineato al termine dell'articolata ed interessante lezione online del corso C.I.I.C.S. "La responsabilità etica nell'ipnosi" a cura di E. Risatti, vengono ribaditi in modo chiaro principi etici fondamentali, espressi con frasi semplici ma incisive:

“Non rubare! Non carpire informazioni! Non palpare, non toccare! Non fare sesso! Non influenzare le idee del paziente! “

Un richiamo forte e diretto al rispetto assoluto dell'integrità e dell'autonomia della persona.

CONCLUSIONI

L'obiettivo primario di questo elaborato è stato quello di effettuare una revisione della letteratura scientifica per indagare l'efficacia dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica nel setting dell'emergenza, con particolare attenzione al contesto del soccorso extraospedaliero.

Nel perseguire questo obiettivo, sono emersi alcuni elementi di riflessione.

Un primo aspetto riguarda l'evoluzione stessa del soccorso preospedaliero: sempre più frequentemente, gli interventi non rispondono a un'urgenza clinica strettamente intesa, ma a un bisogno di assistenza socio-sanitaria. In questi casi, la presa in carico del paziente da parte dell'equipaggio del 118 richiede un approccio meno tecnico-operativo e più orientato alla relazione, alla comunicazione e all'ascolto attivo.

Nonostante l'importanza ampiamente riconosciuta delle competenze comunicative, queste non vengono ancora insegnate in modo pianificato e sistematico nei percorsi di formazione medica e infermieristica. Spesso, tali abilità vengono apprese "sul campo", attraverso l'esperienza diretta, e risultano quindi fortemente influenzate da fattori contestuali e individuali, piuttosto che da programmi formativi strutturati.

Un secondo aspetto emerso, che ritengo particolarmente rilevante, riguarda l'utilizzo inconsapevole da parte degli operatori del soccorso extraospedaliero di un linguaggio inappropriato, capace di generare effetti nocebici, contribuendo ad aumentare dolore e ansia che, in molti casi, potrebbero essere evitati.

La scelta del linguaggio da adottare durante un intervento sanitario dovrebbe essere valutata con la stessa attenzione riservata all'individuazione di un trattamento farmacologico o terapeutico. L'impiego consapevole di parole positive, rassicuranti e incoraggianti, ove possibile, può ridurre l'impatto degli effetti nocebo e favorire una migliore risposta clinica del paziente.

Nel contesto preospedaliero, in seguito ad eventi critici, il paziente è spaventato, disorientato e sviluppa spesso uno stato di consapevolezza modificato, amplificato da ansia e paura, condizioni che aumentano la suscettibilità di suggestione.

In queste condizioni di elevata vulnerabilità e suggestionabilità, la qualità della comunicazione e della relazione instaurata con l'operatore può diventare un elemento cruciale per orientare l'esperienza verso sensazioni di maggiore sicurezza e fiducia.

Le parole utilizzate, il tono di voce, l'atteggiamento e la postura dell'operatore hanno un impatto diretto sulla percezione del dolore e dello stress, influenzando in modo concreto la risposta psicofisiologica dell'organismo. Pertanto, è fondamentale che chi opera nel setting dell'emergenza sia formato anche dal punto di vista comunicativo e relazionale, oltre che tecnico.

L'analisi della letteratura ha messo in luce come, nonostante la relativa scarsità di studi specifici nel contesto del soccorso extraospedaliero, l'ipnosi e la comunicazione ipnotica stiano progressivamente ottenendo riconoscimento come strumenti efficaci per la gestione del dolore e dell'ansia, anche in situazioni di emergenza.

Le tecniche di costruzione rapida del rapporto e l'uso strategico del linguaggio suggestivo rappresentano strumenti particolarmente utili nel contesto dell'emergenza extraospedaliera, dove il tempo è limitato e la comunicazione assume un valore cruciale nella gestione dell'esperienza del paziente. Le tecniche di comunicazione ipnotica possono essere applicate rapidamente, anche senza indurre uno stato formale di trance. L'efficacia di tali strumenti risiede soprattutto nell'impiego mirato di schemi linguistici e suggestioni verbali, capaci di modulare la percezione del dolore, dell'ansia e dello stress, anche in situazioni critiche.

Integrare elementi di comunicazione terapeutica nella pratica quotidiana può migliorare la collaborazione del paziente, promuovere la fiducia nell'operatore, favorire l'aderenza al trattamento, stimolare le capacità di auto-cura, incrementare le capacità di autoapprendimento ed autodeterminazione, fornire conforto e facilitare la gestione emotiva, tutti aspetti fondamentali per il benessere globale della persona assistita.

I risultati raccolti mostrano in modo evidente che, se applicate correttamente, queste tecniche possono migliorare significativamente l'esperienza del paziente, affiancandosi alle terapie tradizionali e, in alcuni casi, contribuendo a ridurre il ricorso ai farmaci.

La comunicazione ipnotica si basa su una relazione empatica, rassicurante e orientata alla suggestione positiva. Si tratta di una competenza trasversale, acquisibile e sviluppabile da tutto il personale sanitario, a prescindere dalla qualifica professionale. Il suo impiego non richiede necessariamente ambienti silenziosi o tempi prolungati: può essere integrato anche in situazioni critiche e concitate, come dimostrato da alcuni studi condotti nei pronto soccorso e nei contesti preospedalieri.

Nonostante l'efficacia dimostrata, l'adozione dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica in ambito clinico resta limitata a causa di diversi ostacoli: lo scetticismo di alcuni operatori, la carenza di formazione specifica, la percezione di queste tecniche come pratiche alternative, la difficoltà nel valutarne l'efficacia in tempo reale e la mancanza di protocolli standardizzati. A questi si aggiungono fattori culturali, priorità organizzative e una scarsa consapevolezza sull'impatto clinico della comunicazione.

Perché l'ipnosi e la comunicazione ipnotica possano essere integrate efficacemente nella pratica clinica, è necessario adottare un approccio strutturato che, pur tenendo conto delle difficoltà, includa:

- il potenziamento della ricerca scientifica. E' essenziale per identificare le tecniche più efficaci e i contesti assistenziali in cui l'ipnosi e la comunicazione ipnotica risultano maggiormente indicate. Sarà tuttavia necessario superare le criticità metodologiche legate alla difficoltà di standardizzare e

misurare oggettivamente le variabili relazionali e comunicative, che rendono complessa la validazione secondo i criteri tradizionali della medicina basata sull'evidenza;

- il riconoscimento ufficiale da parte delle società scientifiche e delle organizzazioni professionali.

Questo rappresenta un passaggio essenziale per conferire credibilità, favorire l'integrazione delle tecniche nella pratica clinica e stimolare l'interesse del personale sanitario verso percorsi formativi specifici;

- lo sviluppo di percorsi formativi strutturati che permettano di diffondere competenze omogenee e validate tra tutto il personale sanitario. Affinché l'impiego dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica sia realmente efficace, è altrettanto necessaria una formazione avanzata: servono operatori in grado di adattare in modo flessibile la comunicazione, cogliere i segnali soggettivi del paziente e gestire in modo consapevole le dinamiche relazionali e suggestive.

Solo attraverso questi passaggi l'ipnosi potrà evolvere da risorsa emergente a pratica consolidata e condivisa.

L'Azienda ASL Romagna, sta già approvando e promuovendo lo sviluppo di percorsi formativi e progettualità legate all'utilizzo dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica in diversi ambiti clinici. Questa scelta riflette la fiducia dell'organizzazione nel potenziale innovativo di tali pratiche e nella loro efficacia, già supportata da numerose evidenze scientifiche. Si auspica che la Direzione continui a sostenere attivamente la formazione del personale, favorendo una cultura sanitaria sempre più attenta alla comunicazione efficace e al benessere globale del paziente.

Questo approccio consapevole ed orientato al futuro può aprire la strada a una concreta e pionieristica prospettiva di intervento anche per il Sistema 118 Romagna, attraverso lo sviluppo del progetto formativo proposto in questo elaborato, rivolto agli operatori del soccorso extraospedaliero.

Affinché possano essere realmente adottate nella pratica quotidiana, è essenziale investire nella formazione e promuovere un cambiamento culturale, supportato da istituzioni, aziende sanitarie e società scientifiche. Solo attraverso percorsi condivisi e una visione lungimirante sarà possibile valorizzare il potenziale di queste tecniche, offrendo un'assistenza più empatica, personalizzata ed efficace.

In conclusione, l'ipnosi e la comunicazione ipnotica si confermano strumenti sicuri, efficaci e poco invasivi, capaci di ridurre ansia e dolore, migliorare l'esperienza del paziente e rafforzare l'alleanza terapeutica. Il loro impiego contribuisce in modo concreto al processo di umanizzazione delle cure, riportando al centro la relazione, l'ascolto e la qualità della comunicazione. Integrare queste tecniche nella pratica clinica significa non solo ottimizzare gli esiti assistenziali, ma anche promuovere il benessere integrale della persona, inteso come equilibrio fisico, mentale ed emotivo.

L'auspicio è che un numero sempre maggiore di professionisti possa avvicinarsi con curiosità e apertura a queste tecniche, sperimentandone l'efficacia nella pratica quotidiana. Il cambiamento nasce spesso da piccoli gesti e dalla scelta di chi decide di guardare oltre l'abitudine.

BIBLIOGRAFIA

- *Bernheim, H. (1889). Suggestive therapeutics: A treatise on the nature and uses of hypnotism. New York: Funk & Wagnalls.*
- *Braid, J. (1843). Neurypnology: Or the rationale of nervous sleep considered in relation with animal magnetism. London: John Churchill.*
- *De Benedittis, G. (2008). Neurophysiological mechanisms of hypnotic analgesia. In: Facco E. (Ed.), Ipnosi e terapia del dolore. Franco Angeli, Milano.*
- *Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1979). Hypnotherapy: An exploratory casebook. New York: Irvington*
- *Facco, E., & Tagliagambe, S. (2011). Ritornare a Ippocrate. La medicina tra scienza ed esperienza. Milano: Bruno Mondadori.*
- *Gauld A. (1992) A History of Hypnotism. Cambridge University Press*
- *Granone F. (1989, VI edizione). Trattato di ipnosi UTET. Torino.*
- *Granone F. (1962). L'ipnotismo..Boringhieri. Torino.*
- *Granone, F. (1989). Ipnosi e suggestione in medicina e psicologia. Torino: Bollati Boringhieri.*
- *Melzack, R., & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. In D. Kenshalo (Ed.), The Skin Senses (pp. 423–439). Springfield, IL: Charles C Thomas.*
- *Turk, D. C., & Okifuji, A. (2001). Pain terms and taxonomies of pain. In: Loeser JD (Ed.), Bonica's Management of Pain, 3rd ed.*

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- *Programma aziendale dolore acuto e cronico (2023) – ASL Romagna - Gestione del dolore nell'area dell'emergenza – DOC 01*
- *U.O. Centrale Operativa 118 ed Emergenza Territoriale Romagna (2023) – Gestione infermieristica del dolore moderato-severo – P 16*
- *Journal of the American Medical Association (JAMA), 1958, 168(15): 186–187*
- *The Joint Commission. (2001). Pain: The fifth vital sign – Making pain management a priority in health care. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*

SITOGRAFIA

- C.I.I.C.S – La filosofia Granoniana (2024) – Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti IFG-CIICS reperibile al sito internet : <https://www.ciics.it/la-filosofia-granoniana-atti-del-gruppo-di-lavoro-dei-didatti-isf-ciics/> . Ultima consultazione in data 3 agosto 2025
- Lorio C .- Enciclopedia Treccani (2020) Ipnosi – Universo del corpo. Reperibile al sito internet treccani.it: https://www.treccani.it/enciclopedia/ipnosi_universo-del-corpo/ Ultima consultazione in data 24 giugno 2025
- Oakley, D. A., & Halligan, P. W. (2013). Hypnotic suggestion and cognitive neuroscience. Trends in Cognitive Sciences, 17(10), 561–572. Reperibile al sito internet: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.08.005> Ultima consultazione in data 29 giugno 2025
- Todd, K. H., Ducharme, J., Choiniere, M., Crandall, C. S., Fosnocht, D. E., Homel, P., & Tanabe, P. (2007). Pain in the emergency department: results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) multicenter study. Journal of Pain, 8(6), 460–466. Reperibile al sito internet; <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.12.005> Ultima consultazione in data 30 giugno 2025
- Journal of “Paramedic Practice” Volume 16 · Issue 9 - ISSN (print): 1759-1376 - ISSN (online): 2041-9457 del 2 settembre 2024. <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/jpar.2024.0009> Ultima consultazione in data 7 agosto 2025
- IASP - Revised Definition of Pain (2020) <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/> Ultima consultazione in data 17 ottobre 2025
- Videolezioni fondamentali, video lezioni di approfondimento, materiali didattici presenti sul sito web del corso e materiale presente nella sezione letteratura del sito ufficiale C.I.I.C.S. <https://www.formazione.ciics.it/corsi-di-formazione-in-ipnosi-clinica-e-comunicazione-ipnotica-2024-2025/> Ultima consultazione in data 12 ottobre 2025