



ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA E
COMUNICAZIONE IPNOTICA**

Anno 2021

TITOLO:

OGGI SONO NUVOLA DOMANI ARCOBALENO:

**PROGETTO AZIENDALE DI COMUNICAZIONE IPNOTICA
NELLA SALE DI CARDIOLOGIA DELL'OSPEDALE CARDINAL
MASSAIA NELLA RIDUZIONE DEL DISCOMFORT
PERIPROCEDURALE**

RELATORE

CANDIDATO

Milena Muro

Michela Cavallotto

a Samuele e Riccardo, se conosco l'amore è grazie a voi
a Massimo, compagno inestimabile di vita
a mamma, papà e mio fratello per le radici profonde che mi avete
donato

Il libro dei sette saggi.

C'era una volta sette saggi che si riuniscono per scrivere insieme il libro della vita, da consegnare ogni vietante del pianeta. In questo libro i sette saggi vogliono inserire i capitoli utili e vivere felici. Ogni capitolo deve contenere un aspetto importante che ognuno poi sviluppa suo modo seguendo il suo estro.

Il libro della Vita deve contenere tutti gli aspetti relativi alle varie fasi di transizione, ai cambiamenti fisiologici della vita, al tempo di nascere, di morire, di piantare, di sradicare, di uccidere, di curare, di demolire e di costruire, di piangere, di ridere, di lutto e di baldorie, di abbracciarsi, distaccarsi, di cercare di perdere, di conservare, di buttar via, di strappare e di cucire, di amare, di odiare di guerra e di pace. I sette saggi non hanno nessuna difficoltà nel decidere all'unanimità cosa inserire nel primo capitolo.

Il primo riguarda il senso della vita, il mistero della nascita e la magia di tutto ciò che cresce. Tratta di bambini, cuccioli, fiori e piante di come sia fonte di felicità partecipare alla nascita di qualcosa di nuovo.

Nel secondo capitolo sono d'accordo nell'inserire le fasi di transizione di cambiamento che ognuno attraversa. La natura ha le sue stagioni e l'uomo alle sue età. E ogni età, ogni periodo della vita, i suoi passatempi suoi giochi, le sue attività, i suoi codici di comportamento con ciò che è concesso e ciò che è proibito.

Nel terzo inseriscono i legami familiari sociali nazionali e internazionali. Ognuno sa di far parte di un gruppo, ognuno si definisce in relazione ai suoi simili e ognuno impara ad apprezzare il valore dello stare insieme del rispetto reciproco.

Il quarto sottolinea il piacere Dell' imparare ogni giorno qualcosa di nuovo, il gusto che ciascuno prova nello specializzarsi in qualcosa, il piacere di acquisire maestri e competenze in qualcosa che dà soddisfazione, rende liberi, la grande ricchezza che hanno tutti gli uomini di gustare nuovi cibi, conoscere nuove persone, imparare nuovi mestieri, parlare nuove lingue, espandere il proprio campo di conoscenza di attività.

Quinto capitolo, i sette saggi vogliono inserire il mondo delle emozioni col meraviglioso mistero che fa palpitar il cuore al pensiero di incontrare la persona amata che fa tremare alle gambe di fronte a un pericolo che fa sorgere una lacrima di commozione o di gioia. Le emozioni sono fedele compagne che aiutano a capire meglio quali sono. I diritti da difender, motivano, spingono a impegnarsi e fanno apprezzare le relazioni con le altre persone.

Nel sesto capitolo, sembra naturale, trattare il tema delle separazioni, delle perdite, dei lutti. La morte fa parte della vita: ogni giorno il giorno muore, per farne nascere uno nuovo. Niente in natura è nato per durare in eterno. Ma per un tempo determinato, durante il quale subisce trasformazioni. Sapere che tutto si trasforma e muore fa apprezzare ciò che si ha, e stimola a proteggerlo, a non trascurarlo. Nel momento in cui arrivano a dover decidere cosa inserire nel settimo capitolo, i saggi cominciano a litigare. A un certo punto c'è un tale caos che non si capisce chi sta parlando con chi, perché tutti stanno parlando e nessuno ascolta, sino a quando tutti insieme tacciono.

In quel momento capiscono che il settimo capitolo deve trattare il tema dell'ascolto. Ascolto di sé e ascolto degli altri per capire cosa si sta comunicando per sintonizzarsi con l'altro senza perdere il proprio pensiero. Ascolto che significa rispetto, reciprocità, regola dei turni e soprattutto comprensione di ciò che l'altra persona sta comunicando.

(Consuelo, 2015)

1.Introduzione	5
1.1. Motivazioni personali	5
L'ebanista più bravo	6
1.2. Definizione del problema	7
<hr/>	
2. Il discomfort periprocedurale	9
2.1.Il dolore	9
2.2. Ansia perioperatoria	12
Lo zaino troppo pesante	16
2.3. Strategie per ridurre il dolore con la comunicazione ipnotica	17
2.4. Le strategie per ridurre l'ansia con la comunicazione ipnotica	20
2.5. Come si può modificare l'esperienza del discomfort periprocedurale	22
La torta della felicità	25
<hr/>	
3. Contesto operativo	26
3.1. Scopo del progetto	28
3.2. Scelta degli strumenti di indagine	28
3.3 Popolazione	30
3.4 Metodologia d'indagine	31
3.5. Analisi dei dati	37
3.6. Discussione	40
3.7. Limiti	42
3.8. Conclusioni	43
RINGRAZIAMENTI	44
BIBLIOGRAFIA	45

1. INTRODUZIONE

1.1 Motivazioni personali

Tutti noi speriamo in qualcosa. Ma il malato spera più di ogni altro. E sono le parole il mezzo più importante per infondere speranza: parole empatiche, di conforto, fiducia, motivazione.

Oggi la scienza ci dice che le parole sono delle potenti frecce che colpiscono precisi bersagli nel cervello, e questi bersagli sono gli stessi dei farmaci che la medicina usa nella routine clinica. Le parole innescano gli stessi meccanismi dei farmaci, e in questo modo si trasformano da suoni e simboli astratti in vere e proprie armi che modificano il cervello e il corpo di chi soffre. È questo il concetto chiave che sta emergendo, e recenti scoperte lo dimostrano: le parole attivano le stesse vie biochimiche di farmaci come la morfina e l'aspirina. (*Benedetti, 2018*)

Dall'incontro fortuito quanto fortunato di questo testo- La speranza è un farmaco-, di un'infermiera delle sala di Cardiologia, Gabriella Amerio, dell'ospedale Cardinal Massaia e del mio Direttore, Dott. Marco Scaglione, ho deciso che la mia professione, il mio essere con il paziente non poteva più basarsi solo sulla conoscenza della farmacologia, del rispetto dei protocolli e delle procedure ma doveva modificarsi verso qualcosa di più profondo, più totalizzante ed è così che mi sono iscritta alla scuola CIICS.

In questo lungo anno fatto ancora di restrizioni, di separazione dai familiari, di cambiamenti, le lezioni che ho avuto il piacere di ascoltare sono state una finestra aperta, una ventata di aria fresca, un paesaggio nuovo, diverso.

Mi son sentita trasportata “da un posto all'altro” rimanendo comodamente seduta sulla mia sedia, ecco perché tra i capitoli ho inserito alcune metafore.

In queste *metaphorein* ho iniziato a credere che talvolta sia più efficace alludere invece che descrivere, far intuire invece che far capire rispettando la libertà dell'interlocutore di lasciare o riempire i vuoti, di vivere avvolto nella nebbia o chiarire ambiguità o incertezze, di rimanere impermeabili o riflettere dentro di sé quanto proposto.

C'era una volta un signore che cercava un bravo ebanista.

Va allora nella città dei falegnami e s'informa su chi è il migliore. Tutti sono concordi nell'indicare Marco e ognuno gli attribuisce una qualità diversa. Uno lo considera il più bravo perché mette passione nel suo lavoro: sembra che non lo faccia per il guadagno ma perché gli piace il lavoro in sé.

Un altro la sua affidabilità: quando prende un impegno, puoi star tranquillo che lo rispetterà.

Un terzo enfatizza la sua creatività: ogni lavoro è diverso dagli altri, sa soddisfare le esigenze del cliente.

Un quarto evidenzia la sua competenza: sa trattare il legno come nessun altro, sa far emergere le sue qualità nascoste.

Un quinto la sua precisione: i suoi lavori sono accurati e semplici nello stesso tempo non c'è mai niente che stoni.

Allora il signore va a trovare Marco. Lo trova in tento a lavorare nel suo laboratorio. Il signore gli chiede cosa stia facendo e marco risponde che sta realizzando il sogno di un cliente. "E come lo realizzi"? Chiede. "con la forza della mente, l'agilità delle mani e lo sguardo del cuore". "E quando ti accorgi che è finito?". "Quando il legno mi dirà: ti ho dato tutto quello che potevo darti, ora puoi andare a riposare" rispose Marco.

Il signore capisce che ha trovato l'ebanista più bravo che fa per lui.

(Consuelo, 2015)

1.2. DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

“Ho imparato che le persone possono dimenticare ciò che hai detto, le persone possono dimenticare ciò che hai fatto, ma le persone non dimenticheranno mai come le hai fatti sentire.”

Maya Angelou

Competenze generiche, specialistiche, tecniche distintive, relazionali, emergenti, di retroguardia e d'avanguardia.

Ogni professionista acquisisce un repertorio di competenze che lo rendono unico e insostituibile che gli consentono di dedicarsi a quel mestiere che è più confacente con le sue aspirazioni e potenzialità e, ogni professionista sa che è suo compito ampliare, aggiornare mantenere allo stato dell'arte le sue specificità.

Per competenza si intende un insieme strutturato di schemi cognitivi, operativi e comportamentali correlati ai risultati che la persona ottiene sul lavoro in particolare e nella vita in generale.

Le soft skill rappresentano tutta quella serie di competenze trasversali che nella vita lavorativa sono importanti come le competenze tecniche e professionali acquisite con l'esperienza (hard skill).

In questo contesto la comunicazione ipnotica si occupa di qualcosa che è invisibile, l'immaginazione, e utilizza in modo consapevole come strumento qualcosa di intangibile, la parola.

E' qualcosa d'immanente con una potenzialità creativa impressionante, in grado di modificare la percezione che abbiamo di ogni esperienza e si avvale dell'azione che le parole hanno a livello neurofisiologico e della relazione di fiducia che via via si instaura tra operatore e paziente.

Il problema che desidero trattare è quello relativo al discomfort periprocedurale nelle sale di cardiologia interventistica dell'ospedale cardinal Massaia ove presto servizio come infermiera.

Le procedure invasive diagnostiche e terapeutiche possono essere fonte di dolore e disagio fisico ed emotivo. L'ansia e il discomfort rappresentano un problema infermieristico prioritario nel paziente in attesa di procedure invasive, incidendo sul suo percorso clinico.

Si tratta di una condizione molto frequente e per questo documentata anche da un elevato numero di studi. Ad esempio, secondo Mullen (2000) l'ansia preoperatoria rappresenta un fattore rilevato con intensità diverse in circa due terzi dei pazienti in attesa di intervento, con una percentuale che raggiunge l'80% per gli interventi di chirurgia maggiore (*Saiani Luisa, Novembre 2020*). Anche White nel 1986 afferma che l'incidenza dell'ansia clinicamente significativa nei pazienti in attesa di un intervento chirurgico è stata variamente riportata tra il 40 e l'80%.

Ma perché necessita di molte attenzioni l'ansia in questa delicata fase?

L'ansia preoperatoria può provocare manifestazioni fisiologiche negative, rallentare la guarigione della ferita, aumentare il rischio di infezione, complicare l'induzione dell'anestesia e impedire il recupero postoperatorio (Bradt J, 2013). Inoltre, è stata identificata come un preannunciato preoperatorio significativo di scarso controllo del dolore postoperatorio (Yang, 2019). È accertato che i sedativi e gli ansiolitici somministrati regolarmente ad un paziente prima di affrontare un intervento chirurgico, possono causare non solo sonnolenza e difficoltà respiratorie, ma possono anche interagire con i farmaci anestetici prolungando il recupero e la dimissione del paziente (Bradt J, 2013).

La comunicazione ipnotica durante l'ablazione della fibrillazione atriale era correlata a una significativa riduzione dell'ansia intraprocedurale, del dolore percepito, del dosaggio dei farmaci analgesici procedurali e della durata procedurale percepita senza influenzare il tempo totale erogato dalla RF e la sicurezza procedurale. (*M.Scaglione, 2019*)

2. IL DISCOMFORT PERIPROCEDURALE

2.1 Il dolore

“Degli uomini nessuno varca la vita senza prezzo di dolore”

(Coefore; Eschilo, 525-456 A.C.).

Il dolore è una bruciante esperienza multidimensionale che coinvolge la nocicezione ed aspetti emozionali e cognitivi che ne modulano la percezione. Quando il dolore è presente la persona ne è prostrata e quando è assente ne teme la minaccia. La nostra mente è capace non solo di creare ma anche di alleviare il dolore, attraverso meccanismi come ad esempio l’aspettativa del trattamento e la speranza di guarigione.

L’esperienza dolorosa non è un concetto chiaro, facile da comunicare e facile da condividere. In realtà il dolore è stato frainteso per secoli. Il dolore, intanto, non è solo materia di medicina ma ha profonde implicazioni psicologiche, filosofiche, antropologiche, etiche, religiose, che condizionano molto il vissuto e il significato che assume. Un dolore utilizzato per espiare una colpa? Non dico che diventi piacevole, ma è completamente diverso dallo stesso dolore subito in una tortura. Perché il dolore è un fenomeno soggettivo.

Chiunque si sia occupato o si occupi di dolore conosce la definizione di dolore della IASP (International Association for the Study of Pain) del 1979 che definisce il dolore come: un’esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta in rapporto a tale danno.

Nel 2018, la IASP ha dato mandato ad una Task Force di procedere alla revisione di questa definizione ormai universalmente accettata ed utilizzata, allo scopo di introdurre delle variazioni che descrivano in modo ancora più accurato quella che è l’esperienza del dolore.

La definizione del dolore come “esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata o simile a quella associata a un danno tissutale reale o potenziale” viene implementata da sei note integrative, utili per un migliore inquadramento:



dolore è sempre un'esperienza personale influenzata a vari livelli da fattori biologici, psicologici e sociali.

Il dolore e la nocicezione sono fenomeni diversi. Il dolore non può essere dedotto solo dall'attività neurosensoriale.

Le persone apprendono il concetto di dolore attraverso le loro esperienze di vita.



Il racconto di un'esperienza come dolorosa dovrebbe essere rispettato.

Sebbene il dolore di solito abbia un ruolo adattativo, può avere effetti negativi sulla funzionalità e il benessere sociale e psicologico.

La descrizione verbale è solo uno dei numerosi modi per esprimere il dolore; l'incapacità di comunicare non nega la possibilità che un essere umano o un animale provi dolore

La cosa fondamentale è che il dolore è esperienza.

Già dal secolo scorso l'interesse verso l'ipnosi quale tecnica di modulazione della relazione corpo-cervello applicabile al trattamento del dolore è andato crescendo. Sebbene le origini delle pratiche ipnotiche vadano ricercate molto indietro nella storia dell'umanità (Facco, 2014), nel 1843, per primo Braid parlò di ipnotismo riferito ad un particolare stato del sistema nervoso determinato da manovre artificiali e quattro anni più tardi di monoidismo avendo, lo stesso Braid, osservato eccellenti risultati terapeutici derivanti dal focalizzare l'attenzione del pensiero (Braid, 1843).

Si arriva al Novecento quando alla fine degli anni '50 appaiono i primi case reports che descrivono tecniche di analgesia ipnotica nel trattamento del dolore cronico (Barber, 1959). Al 15° Congresso della Neurologia Italiana, nel 1965, il Professore Pero G. parla dell'ipnosi nella “RELAZIONE SULLA ANALGESIA E TERAPIA MEDICA DEL DOLORE”. Il Professor Granone F. nel 1961 spiega quale importante strumento di intervento sulla sofferenza, sul dolore, rappresenti l'ipnotismo inducendo in un soggetto quel particolare stato psicofisico che rende

possibile influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali per mezzo del rapporto tra paziente ed ipnotizzatore (Granone., 1972).

L'ipnosi insorge ogniqualvolta si suscitano, insieme ad un certo grado di dissociazione psichica e di regressione, fenomeni di ideoplasia, più o meno controllati, con conseguenti trasformazioni subiettive, somatoviscerali, vascolari od obiettive, con modifiche dell'inibizione e dell'eccitazione dei centri cerebrali che agiscono sulle nostre percezioni. Secondo la definizione attuale del C.I.I.C.S. l'ipnosi è uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili notevoli modificazioni psichiche, somatiche, viscerali per mezzo di monoideismi plastici e del rapporto operatore-paziente. Nella trance ipnotica auto- o etero-indotta si raggiunge uno stato di coscienza con prevalenza delle funzioni rappresentativo-emoive su quelle critiche-intellettive, con fenomeni di monoideismo suggestivo e condizionato. In ipnosi la sensazione algogena non è accolta a far parte della sintesi dei fenomeni psicologici coscienti e per una specie di restringimento del campo della coscienza viene ad esserne dissociata esistendo come fenomeno subcosciente. Granone, nella sua pluridecennale pratica clinica, rilevava come la distribuzione semeiotica dell'anestesia ipnotica non segua le vie nervose anatomiche (periferiche, tronculari, radicolari, somatiche, centrali) ma quelle della RAPPRESENTAZIONE SUGGESTIVA. "Un sonnambulo può presentare un'analgesia profonda totale e pur continuare, ad esempio, a camminare regolarmente, quando è noto che la perdita della sensibilità profonda produce atassia e compromissione di ogni delicata attività prassica. Inoltre, i ricordi connessi a sensazioni della regione apparentemente anestetizzata potranno essere evocati in determinate circostanze". (Granone., 1972)

Negli anni successivi lo sviluppo degli studi delle neuroscienze e di brainimaging hanno, da una parte, dimostrato le aree cerebrali coinvolte nello stato ipnotico e dall'altra che si poteva spiegare attraverso l'immagine dell'attivazione cerebrale le modalità dell'effetto diretto dell'ipnosi sui centri sovraspinali del dolore (Rainville P., 1997) e il suo meccanismo di modulazione della "pain matrix" costituita principalmente dalla corteccia somatosensoriale primaria (SI) e secondaria (SII), dall'insula (IC), dalla corteccia cingolata anteriore (ACC) e dai nuclei talamici (Apkarian AV, 2005). I numerosi 'controlled trials' sull'ipnosi come trattamento del dolore cronico, nelle due decadi passate, hanno permesso di redare significative reviews di questa letteratura con la dimostrazione di incoraggianti risultati dell'efficacia dell'approccio ipnotico (Montgomery GH, 2000;48) in assenza di spiacevoli effetti collaterali frequenti con molti altri trattamenti, con inoltre risultati di globale riduzione di costi sociali.

2.2. ANSIA PERIOPERATORIA

L'ansia non è definibile con un'accezione universale tanto è vero che per l'American Psychiatric Association si tratta di "un'anticipazione apprensiva di un pericolo o di un evento negativo futuro, accompagnata da sentimenti di disforia o da sintomi fisici di tensione. Gli elementi esposti al rischio possono appartenere sia al mondo interno che a quello esterno". (*Giardina, 2015*)

Il Trattato italiano di psichiatria del 2002 la definisce come "uno stato emotivo a contenuto spiacevole associato ad una condizione di allarme e di paura che insorge in assenza di un pericolo reale e che, comunque, è sproporzionata rispetto ad eventuali stimoli scatenanti".

La paura, invece, è una risposta adattiva a uno stress reale.

Paura e ansia viaggiano sullo stesso pathway fisiopatologico.

L'ansia nel setting chirurgico o pre-inta-procedurale ha una prevalenza del 48% (Wondmieneh, 2020) (SM Abate, 2020) sino a raggiungere l'80% come dimostrato in questo recentissimo lavoro italiano (Oteri, 2021) ma già cinquant'anni fa Ramsey pubblicò una survey sulla pre-operative fear.

Da questi dati è importante sottolineare come l'ansia preoperatoria è una scoperta comune nei pazienti che sono programmati per le procedure chirurgiche (Alanazi, 2014) (Stamenkovic Dusica M., 2018) (Wilson CJ, 2016).

Si stima che tra i pazienti ricoverati in chirurgia il 25-80% di loro sperimenti ansia preoperatoria (Stamenkovic Dusica M., 2018). La gravità dell'ansia differisce ampiamente tra i pazienti ed è solitamente associata a quanto segue: fattori sociodemografici, come sesso, età e background educativo; fattori psicosociali, come ad esempio livelli di ansia di base o comorbidità psichiatriche, tratti della personalità, supporto sociale e stile di coping; fattori riguardanti la patologia specifica per la quale è richiesto l'intervento, possibili complicazioni dell'operazione, metodo di anestesia e informazioni preoperatorie (Berth H, 2007).

In particolare, la chirurgia e l'anestesia generale rappresentano ancora due degli eventi più traumatici della vita del paziente, caratterizzati da tre distinti aspetti negativi: la paura dell'ignoto, l'idea di essere malati e la possibilità di un finale di vita (Kindler CH, 2000) e, ancora, la paura di

perdere il controllo sulle proprie azioni e decisioni, la paura di non addormentarsi, di svegliarsi durante l'intervento, di provare dolore per non parlare delle aspettative sulla prognosi dell'intervento.

Prove emergenti mostrano come l'ansia preoperatoria inizi non appena la procedura è pianificata e raggiunge il suo apice il giorno dell'intervento chirurgico; ciò è ulteriormente confermato dai cambiamenti fisici associati, come l'aumento degli ormoni e il rilascio di proteine della fase acuta, episodi di tachicardia, ipertensione, aumento della temperatura corporea, squilibri fluidi ed elettrolitici, risposte immunitarie diminuite e guarigione più lunga delle ferite (Gouin JP, 2011), che possono influenzare l'esito chirurgico e il recupero postoperatorio e portare all'aumento del dosaggio di anestetici e sedativi somministrati il giorno dell'intervento chirurgico (Stamenkovic Dusica M., 2018) con un conseguente maggiore rischio di eventi avversi e interazioni. Allo stesso modo, i pazienti con ansia tendono ad avere una degenza ospedaliera più lunga, una diminuzione della soddisfazione postoperatoria e ad essere meno conformi alla riabilitazione e alla terapia occupazionale (Scott., 2004).

Ma perché necessita di molte attenzioni l'ansia?

L'ansia preoperatoria può provocare manifestazioni fisiologiche negative: rallentare la guarigione della ferita, aumentare il rischio di infezione, (Bradt et al., 2013):

-
- causa principale di stress
 - aumentano la percezione del dolore
 - ritardano la riparazione delle ferite
 - aumentano i tempi di degenza e i costi
 - peggioramento dell'outcome.
 - complicare l'induzione dell'anestesia e impedire il recupero postoperatorio
-

Studiare l'ansia è difficile da un punto di vista scientifico proprio perché è un'esperienza soggettiva, tuttavia, esistono molti lavori che ci dicono che questo complesso di sensazioni negative di disforia e di sintomi, che indicano uno stato di tensione, hanno un impatto negativo sul paziente.

Come per il dolore siamo abituati a misurarlo tramite scale di misurazione anche l'ansia può essere misurata.

Uno dei lavori che ha validato le scale di valutazione d'ansia è stato (Facco E, 2013 Dec) pubblicato su Minerva nel setting odontoiatrico.

VAS-A (Visual Analogue Scale): il concetto di scala analogica visiva (VAS) è stato introdotto negli anni '60 da Aitken per misurare gli stati psicologici e poi il dolore; oggi infatti la scala VAS è universalmente accettata come misura dell'intensità del dolore, ma viene utilizzata anche per valutare altre esperienze soggettive come l'ansia, il benessere, la soddisfazione e le preoccupazioni fisiche in altre condizioni mediche (Facco et al., 2011). Poiché è semplice e rapido, la VAS ha ottenuto un'ampia gamma di applicazioni negli studi clinici. La scala consiste in una linea orizzontale di 10 cm, segnata da linee verticali a intervalli di 1 cm. Viene chiesto ai pazienti di classificare la loro ansia da 0 (assenza di ansia) a 10 (ansia grave) verbalmente o puntando il dito nel punto corretto della scala. I ricercatori hanno riportato che il VAS è significativamente correlato con l'ansia ospedaliera (Ledowski et al., 2005).

STAI (State Trait Anxiety Inventory): consiste in una scala di valutazione suddivisa in due parti, una per la valutazione dell'ansia di stato (STAI Y-1) e un'altra per quella dell'ansia di tratto (STAI Y-2). La prima viene considerata come una condizione transitoria di tensione, apprensione e maggiore attività del sistema psico-fisico conseguente a eventi di pericolo sia oggettivo che presunto; rappresenta un indicatore dello stato d'ansia relativo al contesto nel quale il soggetto si trova, e può fluttuare in base alle circostanze. La seconda invece, indica una condizione relativamente stabile di tensione, apprensione e maggiore attività del sistema psico-fisico che esprime una caratteristica stabile di personalità. Rispecchia la tendenza a percepire le situazioni stressanti come pericolose e rappresenta la predisposizione all'ansia. Entrambe le scale presentano 20 domande e il punteggio varia da 1 a 4 per ogni domanda (1 quasi mai, 2 qualche volta, 3 spesso, 4 sempre). Il totale viene conteggiato dalla somma dei punti con un range di 20-80 (Spielberger,

1983). I punteggi più alti indicano una maggiore ansia e il risultato finale si può così suddividere: ansia bassa: 20-39; ansia moderata: 40-59; e ansia alta: 60-80 (Ni et al. 2013).

SAS (Self-rating Anxiety Scale): la scala di autovalutazione dell'ansia (SAS) è stata ideata da William Zung nel 1971 come facile strumento di misurazione dello stato ansioso e della relativa gravità. Il questionario è costituito da 20 item a ciascuno dei quali corrispondono 4 differenti possibilità di risposta (raramente, qualche volta, spesso, quasi sempre), in base alla frequenza con la quale il soggetto sperimenta gli stati proposti nelle affermazioni. Alcuni degli item esprimono assenza di sintomi ansiosi (sento che va tutto bene e che non succederà niente di male, respiro con facilità ecc.), altri invece ne descrivono la presenza (sono più ansioso del solito, sento il cuore battere forte, ecc.). La scala è costruita in modo che le persone maggiormente ansiose ottengano punteggi più alti e quindi alcune domande hanno l'ordine dei valori d'attribuzione invertito (Di Berardino et al., 2008).

APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale): si tratta di una scala di valutazione che comprende sei affermazioni. Le risposte vengono valutate in due scale: il punteggio dell'ansia e il punteggio del desiderio di informazione. Il punteggio di ansia è ottenuto calcolando i punteggi totali assegnati alle espressioni "Sono preoccupato per l'anestesia", "L'anestesia è nella mia mente continuamente", "Sono preoccupato per la procedura", "La procedura è nella mia mente continuamente", per misurare il livello di ansia del paziente per quanto riguarda l'anestesia e l'intervento chirurgico.

Il punteggio del desiderio di informazioni si ottiene calcolando i punteggi totali assegnati alle espressioni "Vorrei sapere il più possibile sull'anestesia" e "Vorrei sapere il più possibile sulla procedura", per misurare il livello di desiderio di informazioni del paziente riguardo all'anestesia e all'intervento chirurgico. Punteggi più alti indicano livelli più alti di ansia e desiderio di informazioni. Le risposte alle affermazioni vengono valutate con la Scala Likert (1 - Per niente...,5 - Estremamente) (Celik & Edipoglu, 2018)

C'era una volta un paese in cui ogni abitante ha in dotazione uno zaino proporzionato alla sua età. Le sue caratteristiche fisiche, né troppo piccolo né troppo grande. Nello zaino vanno infatti messe solo le cose che la persona in grado di portare con sé affinché non sia né troppo pesante né troppo leggero. Questo richiede due operazioni, uno e di ogni singolo abitante che ha l'incarico di mantenere il giusto peso, eliminando ciò che rende lo zaino troppo pesante, l'altra da parte del revisore degli zaini. Che assegna zaini adeguati alle caratteristiche delle persone, ogni abitante lasciato libero di regolare il peso del suo zaino, alcuni lo fanno ogni giorno, sistematicamente, a fine giornata, tolgono ciò che non intendono portare con sé. L'indomani altre lo fanno settimanalmente, altri magari una volta al mese. Altri lo fanno quando succede qualcosa che merita di essere inserita nello zaino, allora lo svuota, scelgono le cose vecchie da eliminare per dare spazio di nuovo nel paese c'è un giovane e non contento della capienza del suo zaino e vuole averne uno più grande. Ha tante cose da mettere, le vuole portare sempre con sé. Non si accontenta dell'essenziale e contesta la legge, lui è grande, grosso, si sente molto forte e quindi capace, maturo, di scegliere di avere uno zaino più capiente e quindi più pesante alle spalle larghe. Decide così di andare dal revisore degli zaini e chiedergli uno più grande, il revisore assolutamente contrario. E per tanto tempo in tanti modi, cerca di contrastare la sua richiesta. Ma poi cede alla sua insistenza, il giovane è soddisfatto di aver ottenuto quello che voleva. Ora finalmente libero di riempire lo zaino di tutto ciò che gli succede e non è più costretto a eliminare ciò che invece vuole trattenere. All'inizio tutto è semplice, lo zaino è grande, c'è tanto spazio e lui continua a mettere senza eliminare nulla. Pesano, diventa sempre più pesante, più pesante anche per lui, che ha le spalle larghe e non riesce più a sopportarne il peso. Questo comporta che non può uscire di casa, che non può più fare a quello che prima gli piaceva, andare a passeggiare all'aria aperta, vedere qualche amico andare al cinema, tutte le cose, anche le più semplici, gli pesano. È immobilizzato dal peso di ciò che si porta addosso un giorno di primavera, come al solito, costretto a stare a casa, apre la finestra e viene colpito da uno straordinario profumo di aria fresca e sente che chiara, re Gioiosi di persone che si salutano, che commentano l'arrivo della bella stagione, sente il risveglio dei sensi. E una struggente nostalgia e di piccole sempre, c'è cose sentire l'aria fresca, camminare, incontrare gli amici, assistere al risveglio delle piante che sembravano morte, cogliere i primi germogli che la natura regala. Capisce subito cosa deve fare, si toglie lo zaino, lo svuota e vede quante cose inutili ha conservato in questi anni. Quante cose gelosamente custodito, considerando gli doni preziosi che invece si sono trasformati in pesi insostenibili. Vede che ha riempito lo zaino di promesse non mantenute, di speranze deluse, di impegni non rispettati, di dolori del passato che si sono risolti, si libera di tutti quei pesi inutili e torna dal revisore degli zaini. Restituire lo zaino del gigante e prenderne una da tosse.

2.3. Strategie per ridurre il dolore con la comunicazione ipnotica

“L’ipnosi può limitarsi a una semplice tecnica o può costituire un patrimonio di conoscenza da utilizzare concretamente nel nostro quotidiano e nelle nostre relazioni umane per progettare un mondo con meno sofferenza almeno per la quota che abilmente procuriamo noi.”

C.Antonelli

L’ipnosi può essere qualcosa di fine a sé stesso ma può davvero diventare una modalità con cui noi approcciamo la relazione con gli altri e con i nostri pazienti, con il mondo per renderlo un mondo meno sofferente, meno ricco di esperienze negative.

Uno degli obiettivi dell’assistenza infermieristica è quello di favorire lo sviluppo nel paziente, dell’autoefficacia, dell’autodeterminazione, della stima di sé, facendo emergere risorse latenti e portando l’individuo a riappropriarsi consapevolmente del suo potenziale. Utilizzare la comunicazione ipnotica durante l’assistenza nelle procedure invasive, rientra tra gli strumenti che gli infermieri possono utilizzare per portare l’individuo a vivere l’esperienza di cura in modo originale e appropriato alla ricerca di un maggior benessere psico – fisico.

La responsabilità clinico-assistenziale dell’infermiere viene determinata peculiarmente dalla Legge 42/99 che, citandolo come criterio discriminante del campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali..., individua come prima e essenziale fonte normativa il DM 14 settembre 1994, n. 739, “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere”. Il profilo definisce l’infermiere (art. 1 comma 1) attribuendogli la piena responsabilità per quanto riguarda l’assistenza generale infermieristica, con assunzione quindi della responsabilità dell’intero processo assistenziale (art. 1, comma 2 e 3), dalla raccolta dei dati all’identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica alla pianificazione, gestione e valutazione dell’intervento assistenziale infermieristico, inteso come processo messo in atto dall’infermiere come risposta ad un bisogno specifico della persona assistita.

Ovviamente l'altro fondamentale riferimento normativo è rappresentato dal codice deontologico e soprattutto l'Art. 34 "L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari". In questo articolo viene attribuito all'infermiere un ruolo attivo nel mettere in campo tutte le strategie atte a prevenire e contrastare il dolore e la sofferenza.

L'infermiere con competenza certificata specifica realizza un'assistenza mirata alla soluzione dei problemi di salute e alla necessità di aiuto alla persona assistita. È proprio in questa ottica di acquisizione di competenza specifiche e certificate che è indispensabile delineare e sviluppare il percorso formativo necessario all'esercizio autonomo della competenza di comunicazione ipnotica.

Oltre al codice deontologico anche la Legge 219/2017 sottolinea che "il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura".

Negli anni passati la comunità internazionale si è mobilitata per modificare l'approccio sanitario verso il dolore e l'OMS ha approvato il progetto "Ospedale Senza Dolore", che è stato recepito da tutti i Paesi occidentali e che ha, come obiettivo principale, quello di creare gli strumenti culturali e operativi necessari a combattere il dolore. Il 15 marzo 2010 è stata approvata in Italia la legge n.38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

Oltre al riconoscimento del dolore cronico, del dolore acuto esiste un dolore particolare, così diffuso ma alcune volte sottovalutato: il dolore procedurale che accompagna numerose procedure diagnostiche e terapeutiche anche di routine.

Per quanto concerne le indicazioni riguardo all'uso medico, l'ipnosi può essere efficace:

- Nella riduzione del dolore nei disturbi gastrointestinali come ulcere, colon irritabile, colite, morbo di Crohn (Conlong, 1999) (Montgomery, 2006);
- Nella riduzione del dolore di disturbi dermatologici come eczemi, herpes, neurodermite, prurito, psoriasi, verruche (Erssfr, 2014);
- Nella riduzione del dolore acuto e cronico come mal di schiena, dolore oncologico, mal di testa ed emicranie, artrite o reumatismi (Patterson, 2003) (Jones, 2015);

- Nella riduzione di nausea e vomito come sintomi conseguenti alla chemioterapia (Faymonville, 2009) (Montgomery G. S., 2010);
- Nello stabilizzare il flusso ematico (Santarcangelo, 2005);
- Nella gestione dell'ansia in eventi acuti respiratori correlati ad allergie, in particolare dell'asma (Stewart, 2005);
- Nella riduzione dell'ipertensione e nelle procedure invasive vascolari (Casiglia, 2007) (Novoa, 2008) (Marco Scaglione, 2020) (M. Scaglione, 2019); ;
- Nella riduzione del dolore correlato alla sostituzione delle medicazioni su ferite da ustioni di secondo grado ed oltre (Patterson D. E., 1992) (Wright, 2000) (Berger, 2010) (Gamst-Jensen, 2014); (Lang E. B., 2006)
- In chirurgia come analgesico, soprattutto nelle situazioni in cui l'anestesia farmacologica sia controindicata a causa di allergie o ipersensibilità; o in alcune condizioni in cui il paziente debba essere in grado di rispondere alle domande o direttive del chirurgo (Faymonville M. D., 2000) (Faymonville M. R., 2003) (Faymonville M. V., 2009) (Spiegel, 2007) (Facco E. P., 2013);
- Durante il parto e per ridurre la nausea determinata dalla gravidanza (hyperemesis gravidico) (Beebe, 2014);
- Come alternativa all'anestesia farmacologica in contesti odontoiatrici (Medlicott, 2006)(Ghoneim et al. 2000);
- Riduzione dell'ansia e dolore correlata a procedure invasive in regime ambulatoriale (Montgomery G. W., 2000) (Spiegel, The mind prepared: hypnosis in surgery, 2007);
- Nella riduzione dell'ansia, attraverso il blocco della reazione simpatica dovuta a stress, ne determina l'ansiolisi (Lang, 2005) (Lang E. B., 2008) (Saadat, 2006)(Lang et al. 2000);

L'uso di questa tecnica è controindicato in quei soggetti con un compromesso rapporto con la realtà, oppure oligofrenici o con difficoltà di apprendimento (Gurgevich, 2003) (Mackey, 2010). Queste persone hanno una struttura di personalità che non gli permette di approfondire l'induzione ipnotica, questo aspetto soggettivo viene molto studiato nell'applicazione pratica delle scale d'ipnotizzabilità (Wagstaff et al. 20

2.4. Le strategie per ridurre l'ansia con la comunicazione ipnotica

Parlando di gestione dell'ansia periprocedurale l'ipnosi si è dimostrata efficace nei vari setting di cura.

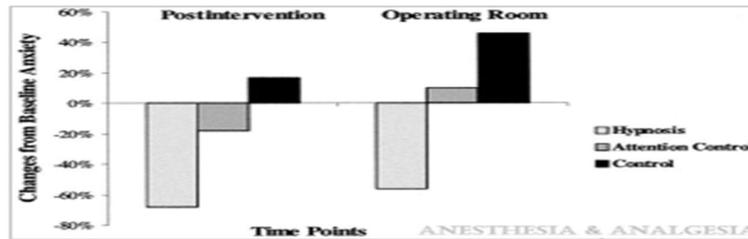
Vi sono inoltre evidenze che confermano che fra i soggetti affetti da disturbi dell'ansia vi sono aumentati livelli di ipnotizzabilità ponendoli in una condizione di apertura nei confronti dei suggerimenti, suggestioni e questo è un dato importante che ci sta a indicare che i pazienti stressati, con stress acuti, sono facilmente ipnotizzati.

A proposito dei meccanismi fisiopatologici della neurofisiologia dell'ipnosi, sappiamo che la professoressa Faymonville (*Vanbaudenhuysse A, 2014*), e il suo gruppo hanno fatto numerosi lavori già tra la fine del secolo scorso e l'inizio di questo, ma la pubblicazione di una review, sulla neurofisiologia dell'ipnosi, ha dimostrato il correlato neuro radiologico dello stato di ipnosi che non fa che confermarci, quanto l'attivazione della corteccia cingolata anteriore moduli l'attivazione dell'insula, della corteccia motoria pre-supplementare, della corteccia prefrontale destra, del nucleo striato, del talamo e tronco cerebrale.

Sono numerosi gli studi che corroborano la tesi di riduzione dell'ansia perioperatoria attraverso la comunicazione ipnotica.

In questo lavoro statunitense "Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients" di Saadat H. e collaboratori hanno esaminato l'effetto dell'ipnosi sull'ansia preoperatoria. I soggetti sono stati randomizzati in 3 gruppi, un gruppo di (n = 26) che ha ricevuto suggerimenti di benessere; un gruppo di controllo dell'attenzione (n= 26) che ha ricevuto un ascolto e supporto senza alcun suggerimento ipnotico specifico e un gruppo di controllo "standard di cura". L'ansia è stata misurata prima e dopo l'intervento, nonché all'ingresso delle sale operatorie.

Figure 1.



[Hypnosis Reduces Preoperative Anxiety in Adult Patients](#)

Saadat, Hallel; Drummond-Lewis, Jacqueline; Maranto, Irene; Kaplan, Deborah; Saadat, Anusha; Wang, Shu-Ming; Kain, Zeev N.
Anesthesia & Analgesia 102(5):1394-1396, May 2006.
doi: 10.1213/01.ane.0000204355.36015.54

Changes in reported anxiety over the perioperative time period as measured by a visual analog scale. Please note that all values were normalized to baseline anxiety.

In conclusione, hanno scoperto che chi faceva ipnosi aveva una riduzione importante dell'ansia statisticamente significativa nel pre e il post-operatorio: quindi questo ci sta ad indicare che noi possiamo agire fino al momento cruciale quello appunto in cui il paziente entra in sala operatoria.

Altro lavoro di Marie Faymonville “Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study” pubblicato su *Pain* hanno confrontato l'efficacia di due approcci per ridurre il disagio perioperatorio: uno tradizionale farmacologico l'altro utilizzando l'ipnosi durante interventi di chirurgia plastica.

Questo studio suggerisce che l'ipnosi fornisce un migliore sollievo perioperatorio da dolore e ansia, consente riduzioni significative di alfentanil e midazolam e migliora la soddisfazione del paziente e le condizioni chirurgiche rispetto alle strategie convenzionali di riduzione dello stress.

Sappiamo che in ipnosi noi diamo dei suggerimenti di rilassamento attraverso:

- ✓ il controllo della respirazione;
- ✓ il rilassamento muscolare;
- ✓ il focalizzare l'attenzione su gruppi muscolari;
- ✓ presentazioni di immagini mentali o situazioni che creano benessere, emozioni positive, che trasformano le emozioni e le emozioni in condizioni di benessere.

Le strategie messe in atto prevedono quindi la realizzazione dell'empowerment e sviluppo della resilienza.

2.5. Come si può modificare l'esperienza del discomfort periprocedurale?

Uno scambio non frettoloso, chiaro, senza troppi tecnicismi e soprattutto ricco di empatia contribuisce all'efficacia dell'intervento sanitario, oltre che alla soddisfazione del paziente. Ecco perché la comunicazione è uno strumento terapeutico a tutti gli effetti. Per Ippocrate, padre della medicina, erano tre gli elementi fondamentali dell'agire del medico: «il tocco, il rimedio, la parola». Ed effettivamente, per 2400 anni, potendo contare su ben pochi rimedi dalla scarsa efficacia, i medici hanno dato notevole attenzione agli aspetti comunicativi e relazionali con il paziente, utilizzando le proprie abilità suggestive e persuasorie per favorirne la guarigione.

Questa antica sapienza si è andata purtroppo perdendo con l'avvento della moderna medicina scientifica, che, se da un lato offre indagini diagnostiche raffinate e terapie efficaci per molte condizioni, dall'altro ha perso di vista l'importanza dell'incontro con il malato. Difatti, da quando la medicina ha finalmente cominciato ad avere a disposizione diversi rimedi, la relazione medico-paziente è paradossalmente peggiorata. Tutti gli studiosi sono concordi nel ritenere che le abilità comunicative dei sanitari sono fondamentali nell'influire sulla compliance dei pazienti. La parola, quale veicolo fondamentale di persuasione e influenzamento, deve quindi recuperare il suo ruolo centrale nel processo di cura, in supporto a tutti i meravigliosi avanzamenti tecnici compiuti dalla medicina scientifica, entrando a far parte a pieno titolo del bagaglio professionale del personale sanitario in generale.

L'empowerment, cioè il potenziamento di sé, è una risorsa fondamentale per l'autodeterminazione. Se l'impotenza è una costruzione sociale, la comunicazione può svolgere un ruolo chiave nell'accrescere la speranza e la motivazione. In questo contesto l'ipnosi trova il suo spazio in quasi tutte le specialità mediche, durante la prima e Seconda guerra mondiale, come anestetico, analgesico e come terapia nelle nevrosi traumatiche. Lo sviluppo della farmacologia chimica provocò una riduzione delle applicazioni nel campo anestesilogico ed antalgico, avendo trovato tuttavia indicazione nei casi ove si pretendeva una riduzione delle dosi dei farmaci o nel controllo delle manifestazioni di tensioni, stress o ansia collegate alla chirurgia.

Siccome il dolore è sostanzialmente materia di esperienza esso può essere modulato modificando l'esperienza, l'attenzione, il vissuto e l'atteggiamento

L'ipnosi può aumentare la soglia del dolore fino a raggiungere un'analgesia chirurgica.

In sinergia con i passi per raggiungere il monoideismo plastico è possibile usare diverse istruzioni per modulare i differenti aspetti della sofferenza del paziente in relazione a specifiche necessità del caso:

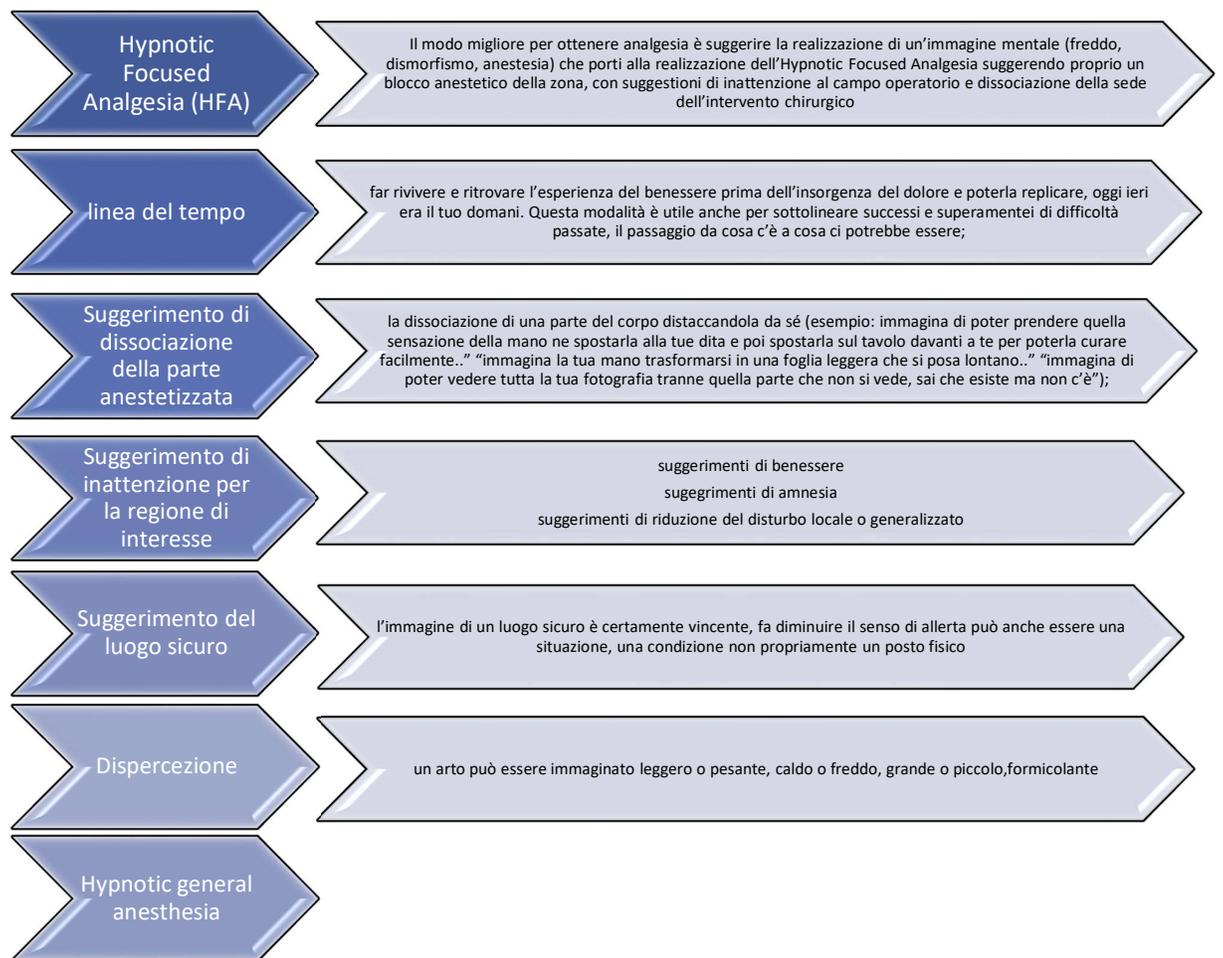


Fig. n 1: principali strategie per modificare la percezione del dolore

In che modo possiamo farlo?

Intanto dobbiamo creare immediatamente il rapporto, più siamo rapidi nell'intercettare la persona, più siamo in grado di arrivare immediatamente sulla parte più facile della gestione del dolore che è la gestione dell'ansia correlata all'esperienza.

Più siamo rapidi, più riusciamo a entrare rapidamente in rapport più riusciamo a gestire meglio l'ansia, più la percezione del dolore sarà una percezione molto molto ridotta. La prima cosa da fare, quindi, è sorridere.

Approcciarsi al paziente con un volto sorridente, sicuro, che crea immediatamente questo tipo di rapporto per via dell'effetto dei “neuroni specchio”, crea già un legame completamente diverso.

È fondamentale mantenere uno sguardo attivo sul paziente. Uno sguardo molto preciso negli occhi, ma senza essere invadenti, in modo da poter riuscire noi ad avere una visione un pò più periferica. Una visione che ci permette di cogliere tutti i vari particolari, tutti i vari elementi che ci possono essere utili per condurre la situazione.

Creare un'immagine felice che ci fa capire che il paziente ha quella dinamicità e quella possibilità: immaginarlo con una persona capace, potente, che ce la può fare. Questo determina anche il nostro atteggiamento nei suoi confronti e lui lo percepisce. Immaginare il paziente sempre con una modalità molto possibilista.

Il contatto col paziente attraverso la prossemica, la stimolazione percettivo-sensoriale: toccare le spalle a destra e sinistra in modo alternato oppure utilizzare il LE.CA.MOI.A.S.CO.

La levitazione di un arto, la catalessi, i movimenti automatici, inibizione dei movimenti volontari, analgesia, sanguinamento, condizionamento.

Ericsson diceva che il dolore è costituito da 1/3 del dolore di ciò che ha già sperimentato, 1/3 esattamente ciò che sta sperimentando e 1/3 ciò che sperimenterò e l'idea di ciò che arriverà. Quindi, se noi iniziamo a modificare l'esperienza, nel qui e ora, sto già togliendo 1/3 del dolore e probabilmente, non potendo far riferimento a qualcosa di passato, non potrò crearmi quel terzo di esperienza futura. Quindi il mio dolore si riduce matematicamente. Come si fa con due parole magiche, nuovo e diverso. Queste parole sono fondamentali. Perché fanno piazza pulita di tutto ciò che era precedente. Lavorare su “nuovo e diverso” è fondamentale: proporsi in una modalità diversa, sorprendere la persona con un altro modo di approcciarsi, così che uno possa non avere riferimento di ciò che era prima e disporsi in una condizione di curiosità.

E poi ratificare. Per ogni abilità sviluppata, sottolineare i cambiamenti e gratificarli vuol dire che la persona deve essere consapevole delle proprie abilità acquisite, raggiunte, riuscite.

La torta della felicità.

C'era una volta una vecchia cuoca pasticcera che, dopo aver vinto la medaglia di bronzo, quella d'argento, vuole vincere la medaglia d'oro. Prepara con energia e creatività la ricetta per la prossima gara. Vuole preparare la torta della felicità.

Va nella terra della speranza, prendere radici dell'albero del coraggio, semi dell'albero della volontà e fogli dell'albero della perseveranza. Quando torna a casa li mette nel mortaio della pazienza e li impasta con olio di fortuna, quando sono ben amalgamati li mette nella pentola della fiducia e li cuoce al calore dell'amore, aggiungendo di tanto in tanto qualche goccia di estratto di pazienza, di olii essenziali, di perdono, un pizzico di imprevisto, un profumo di preghiera. Una volta cotto il tutto nel forno del destino lo mette nei diversi stampi dell'autostima, stampi a forma di cuore, stella, mezzaluna e di spruzza con un velo di allegria.

Fa raffreddare il tutto al vento dell'accettazione è una torta che va servita a temperatura del tempo, dell' OPPORTUNITA' e va accompagnata con un infuso di dolci lacrime del lieto fine.

(Consuelo, 2015)

3.CONTESTO OPERATIVO

Le sale di cardiologia interventistica (elettrofisiologia e emodinamica) dell'ospedale Cardinal Massaia di Asti rappresentano il contesto nel quale presto servizio in qualità di infermiera da circa un anno.

I pazienti che vi afferiscono possono provenire dalla cardiologia, dai reparti o dal pronto soccorso in regime di elezione o di urgenza.

Gli interventi nel Cath-lab di emodinamica sono rappresentati da:

- coronarografia;
- PTCA;
- Valvuloplastica;
- Chiusura di PFO;
- Posizionamento di contropulsatore aortico (IABP);
- Impianto di dispositivo Reducer in seno coronarico;
- Embolectomia;
- Disostruzione coronarica cronica(CTO);
- Pericardiocentesi.

Gli interventi in elettrofisiologia consistono:

- Impianto di pace-maker;
- Impianto di ICD;
- Terapia di resincronizzazione cardiaca (CRT);
- Impianto di dispositivo loop recorder;

- Studio elettrofisiologico (SEF);
- Ablazione transcatetere;
- Chiusura percutanea di auricola.

La quasi totalità delle nostre procedure viene eseguita a paziente sveglio tranne negli interventi di chiusura percutanea di auricola, le procedure che interessano i pazienti pediatrici e in tutte quelle situazioni altamente instabili ove il paziente giunge dai servizi di emergenza già in narcosi con supporto rianimatorio.

La durata di ogni singola procedura è variabile e richiede al paziente un buon controllo del respiro, il mantenimento della postura sul lettino operatorio, aspetti non scontati e banali in quanto ciò può protrarsi anche per alcune ore.

3.1. Scopo dello studio

Sulla base delle considerazioni precedenti, della letteratura esistente e dei risultati tangibili di chi pratica quotidianamente la comunicazione ipnotica, ho deciso di eseguire uno studio volto a valutare il potenziale ruolo e i risultati della tecnica ipnotica come strategia aggiuntiva per il controllo del dolore durante le procedure nelle sale cardiologiche dell'Ospedale Cardinal Massaia.

3.2. Scelta degli strumenti di indagine

La letteratura esistente, numerosi articoli e la mia stessa esperienza professionale concordano sul fatto che i pazienti cardiologici in attesa e durante le procedure di elettrofisiologia ed emodinamica soffrano di numerosi sintomi fisici e psicologici.

E' stato preso in considerazione l'uso di scale di misura per indagare le cinque problematiche più frequenti tra i pazienti in elettrofisiologia\emodinamica verso le quali vi è indicazione ad utilizzare la comunicazione ipnotica:

- Dolore da venipuntura femorale o puntura arteriosa radiale e\o femorale per il reperimento degli accessi arteriosi\venosi
- Dolore\bruciore\discomfort toracico durante le procedure di ablazione con radiofrequenza o procedure di angioplastica
- Dolore in sede prepettorale durante gli impianti di pacemaker o ICD
- Ansia periprocedurale
- Discomfort nel mantenere la postura obbligata sul letto operatorio per alcune ore.

Le scale analogiche VAS (Visual Analogical Scale) rappresentano uno dei tre strumenti di misurazione unidimensionale del dolore insieme alle scale VRS (Verbal Rating Scales) e alle scale

NRS (Numerical Rating Scales). Tutte si utilizzano per misurare l'intensità del dolore, ma anche per quantificare il grado di sollievo dal dolore dopo un intervento terapeutico. Sono state validate su campioni numerosi di pazienti, e rappresentano visivamente\verbalmente l'ampiezza del dolore in esame. Assumono molteplici forme; una linea solitamente lunga 10 cm. sulla quale un'estremità rappresenta l'"ASSENZA DEL DOLORE", mentre l'altra rappresenta il "IL PEGGIOR DOLORE IMMAGINABILE", oppure una linea numerata e calibrata, da 0 a 10, o ancora una rappresentazione grafica simile ad un termometro.

In questo progetto ho utilizzato la scala NRS per la sua semplicità di comprensione e somministrazione.

Il livello di ansia, è stato misurato dalla scala VAS-A (Visual Analogue Scale for Anxiety) validata nel 2013, uno strumento rapido, di immediata comprensione e di facile utilizzo.

Le altre scale di misurazione dell'ansia non erano pertinenti per le procedure di elettrofisiologia del nostro Centro poiché prendevano in considerazione aspetti legati all'anestesia totale o prevedevano un tempo maggiore di compilazione con numerosi item.

3.3. Popolazione

Nella settimana dal 4 al 9 ottobre dell'anno corrente ho documentato attraverso la scheda\questionario l'effetto della comunicazione ipnotica praticata dalla sottoscritta sui pazienti che afferivano al reparto di cardiologia per effettuare procedure di elettrofisiologia\impiantistica.

Lo studio è stato condotto in conformità con la buona pratica clinica e la dichiarazione dei principi di Helsinki.

Tutti i pazienti hanno firmato consenso informato prima di sottoporsi alla procedura.

In tutti i consensi informati è menzionata la possibilità di utilizzare la comunicazione ipnotica come approccio adiuvante periprocedurale.

Quando il paziente entra nel laboratorio EP viene fatto accomodare sul lettino radiologico, viene monitorizzato e vengono applicate le patch dei sistemi EAM.

Una conversazione preparatoria con il paziente per verificare l'assenza di controindicazioni del paziente per l'ipnosi e per testare la sua conformità all'utilizzo di tale modalità cioè verificare che non siano presenti compromissione cognitiva e / o psichiatrica, tali disturbi sono stati considerati criteri di esclusione per l'iscrizione.

Sono stati inclusi otto pazienti di età compresa tra 55 e 76anni che, oltre al consenso scritto, hanno accettato anche verbalmente, in fase di contratto, di sottoporsi alla procedura con l'ausilio della comunicazione ipnotica eseguita dalla sottoscritta.

3.4. Metodologia di indagine

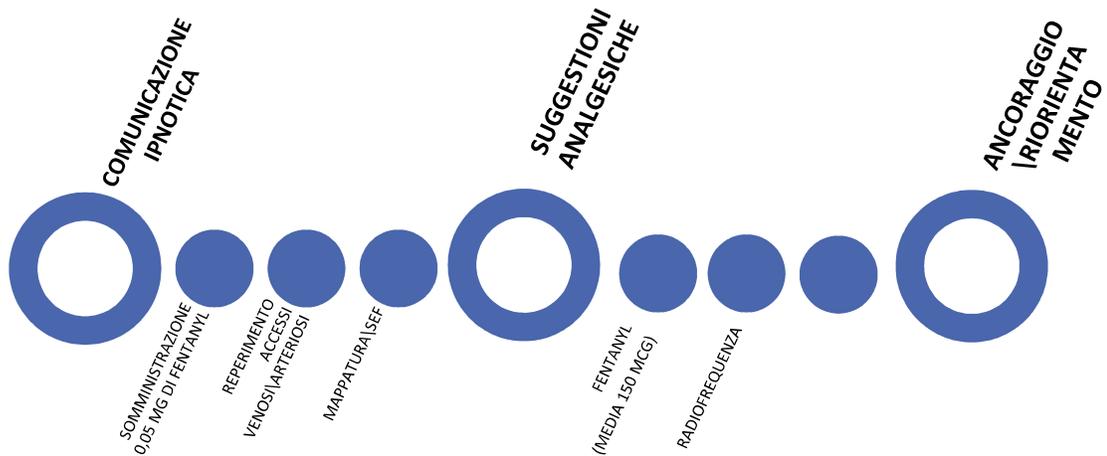
La strategia utilizzata nella realizzazione di questo Progetto si è avvalsa di molteplici fasi e interventi. Ha avuto inizio con una ricerca bibliografica atta ad approfondire e ampliare le nozioni teoriche, supportare le basi scientifiche che sottendono all'uso della comunicazione ipnotica nel campo clinico e curiosare all'interno della realtà delle sale di cardiologia, per scoprire l'eventuale utilizzo della comunicazione ipnotica.

Il secondo step ha richiesto la stesura di strumenti utili a raccogliere dati (questionari e scale numeriche) tra la popolazione, focalizzando i principali bisogni sui quali agire attraverso la comunicazione ipnotica.

Successivamente sono stati identificati dei pazienti cardiologici in attesa di effettuare delle procedure di emodinamica\eletrofisiologia-impianistica, sui quali procedere, con caratteristiche e problemi differenziati, appartenenti ad un unico contesto lavorativo per motivi pratici.

A questi ultimi sono stati presentati dei questionari iniziali e al termine della procedura al fine di comprendere il grado di successo ottenuto in relazione al disturbo su cui la comunicazione ipnotica era stata indirizzata.





Riporto le fasi della comunicazione ipnotica che ho adottato.

1) CONTRATTO

“Buongiorno,

se Lei è d'accordo, Le insegnerò una tecnica di rilassamento basato sulla comunicazione ipnotica per vivere diversamente questa procedura/ esperienza.

E' molto semplice, si basa sulla comunicazione e Lei dovrà solamente ascoltare la mia voce

2) YES SET

E' d'accordo?

Bene è comodo sul lettino, c'è qualche filo che tira?

Possiamo darci del tu?

Possiamo iniziare?

AZIONE: si somministra Fentanyl 0,05 mg ev lentamente.

Ora sentirai una sensazione piacevole, come di vertigine, è l'effetto del farmaco che ti stiamo facendo attraverso la cannula che hai nel braccio.

3) INDICAZIONE\ORDINE

Le chiedo, allora, di chiudere lentamente gli occhi così potrà ascoltare meglio le mie parole senza farsi distrarre dall'ambiente. Chiuda chiuda chiuda.

4) FOCALIZZAZIONE

Ora che è qui coricato davanti a me con gli occhi chiusi può porre tutta la sua attenzione sul torace e sul suo respiro.

Può sentire l'aria che entra e che esce, entra e esce, può ancora avvertire come la differenza di temperatura tra l'aria che entra e quella che esce, più calda e umida, rimane a circolare sotto la mascherina per poi sparire come quando si guarda un cielo azzurro in un giorno di primavera e c'è una leggera brezza che accarezza la pelle ma porta via anche le nuvole.....sempre più lontano, lontano lontano.

Ogni volta che espira l'aria esce e lascia nuovo spazio per nuova aria ricca di ossigeno che si diffonde a tutti i suoi muscoli e alle suoi organi.

5) DESCRIZIONE, RICALCO E GUIDA

Può rendersi conto del peso della sua testa sul cuscino, della tensione dei suoi muscoli del collo delle braccia del torace e giù giù giù lungo tutto il tuo corpo sino ai piedi.

E ora che qualcosa dentro di te è cambiato, puoi estendere questo cambiamento ai tuoi muscoli e sentirli sempre più abbandonati piacevolmente pesanti (pesanti pesanti pesanti) e se anche io provassi a sollevarli questi ricadrebbero sul lettino.

Bravissimo, molto bene.

Può percepire come con gli occhi chiusi tutto è diverso, ed è così piacevole lasciarli chiusi che se anche provasse ad aprirli sarebbe così difficile che preferirebbe lasciarli chiusi, piacevolmente chiusi dove i suoni non disturbano,

le voci non disturbano, i suoni dei monitor ti fanno capire con quanta cura e sicurezza ci si avvicina al tuo percorso di cura.

6) SUGGERIZIONE (POSTO SICURO)

E come sei stato bravo a rilassare i tuoi muscoli puoi anche immaginare un posto sicuro, privato, speciale, bellissimo in cui sei stato o in cui ti piacerebbe andare dove i suoni gli odori e i sapori sono piacevoli, confortevoli e quando avrai immaginato con gli occhi della mente questo luogo puoi farmi un cenno con la testa.

Bravo!

AZIONE: si punge il soggetto con un ago da 18 GA sulla spalla in diversi punti per testare la sua analgesia.

Nessuna sensazione neanche la più imprevista, spiacevole, improvvisa potrà distogliere la tua mente dal luogo che hai scelto (a questo punto una focused analgesia è stata indotta per mezzo di suggerimenti metaforici e lo stato ipnotico è stato validato per mezzo di una puntura acuta in diversi punti del corpo).

AZIONE: si disinfetta l'inguine con soluzione di iodopovidone e si copre con telo sterile preformato il paziente.

E mentre la procedura va avanti puoi sentire la differenza di temperatura delle parti che stiamo scoprendo (si scopre il paziente per disinfettare l'inguine) e puoi sentire come un cubetto di ghiaccio che si posa sul tuo inguine destro e raffredda, raffredda sempre di più e rende questa zona anestetizzata come quando da bambino magari giocavi con le palle da neve ed era così piacevole rimane lì che il tempo trascorreva piacevolmente. Così come a destra anche a sinistra questo cubetto di ghiaccio raffredda, raffredda, raffredda.

Molto bene, bravo, hai ottime capacità!

AZIONE: anestesia locale per reperimento accessi venosi femorali (solitamente 3 introductorii di diverso frecciaggio)

Molto bene, ora puoi immaginare come due sfere del colore che vuoi, posate su entrambi i tuoi inguini, così piacevolmente pesanti che questo peso si diffonde giù giù giù.....e col potere della mente puoi ridurre le dimensioni, cambiare il materiale, cambiare il colore

Bravo.....!"

Anche se non sentirai sempre la mia voce sai che sono qui e continuando a rimanere fermo immobile puoi lasciare la tua mente libera di vagare.....in questa nuova condizione di profondo benessere e rilassamento.

3.5. Analisi dei dati

In ciascun gruppo è stata somministrata l'anestesia locale con Lidocaina 2% 10 ml e Basicaina 5 ml all'inguine destro e sinistro per gestire l'accesso femorale.

Se il paziente non ha manifestato ansia o dolore, nessun ulteriore farmaco è stato somministrato fino al completamento della mappatura.

A questo punto, prima di iniziare la RF, è stato somministrato un bolo di Fentanyl.

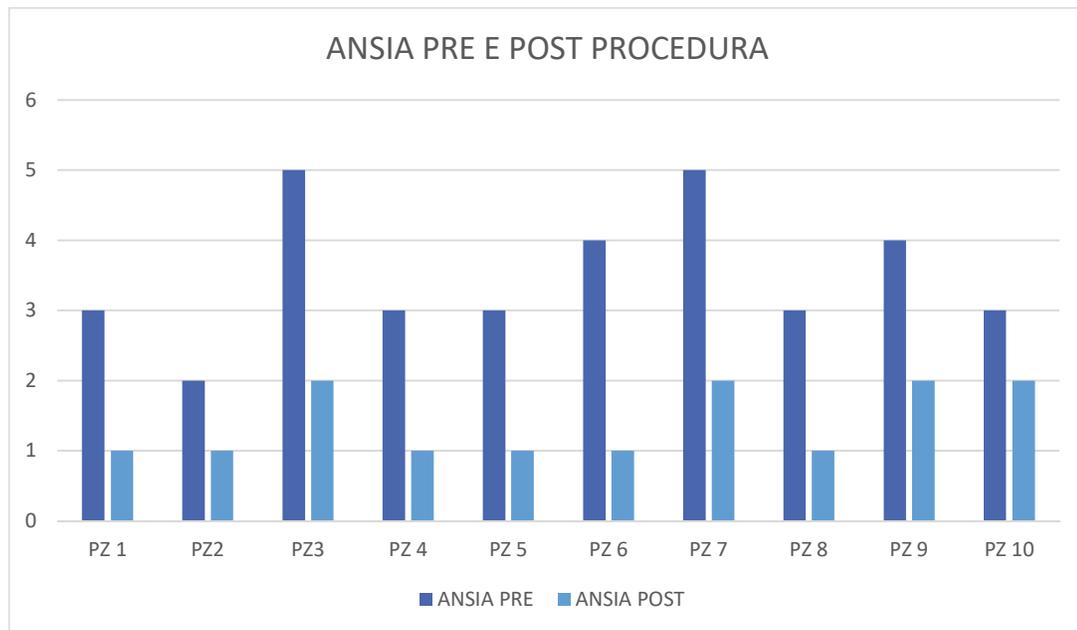


Grafico n°1: misurazione ansia\disconfort pre e post procedurale

Ulteriori dosi di farmaci analgesici / sedativi sono state somministrate durante la procedura a seconda della tolleranza dei pazienti.

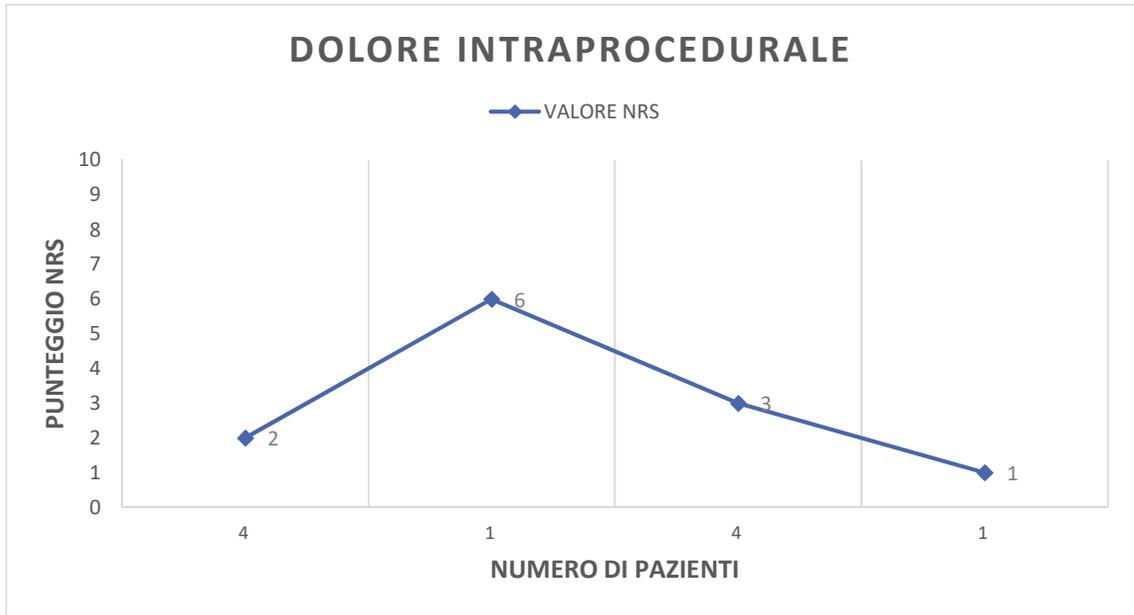


Grafico n°2: dolore intraprocedurale riferito dal paziente al termine della procedura

La durata media dall'inizio della comunicazione ipnotica al termine della procedura con ancoraggio e riorientamento è durata circa **3,02** ore.

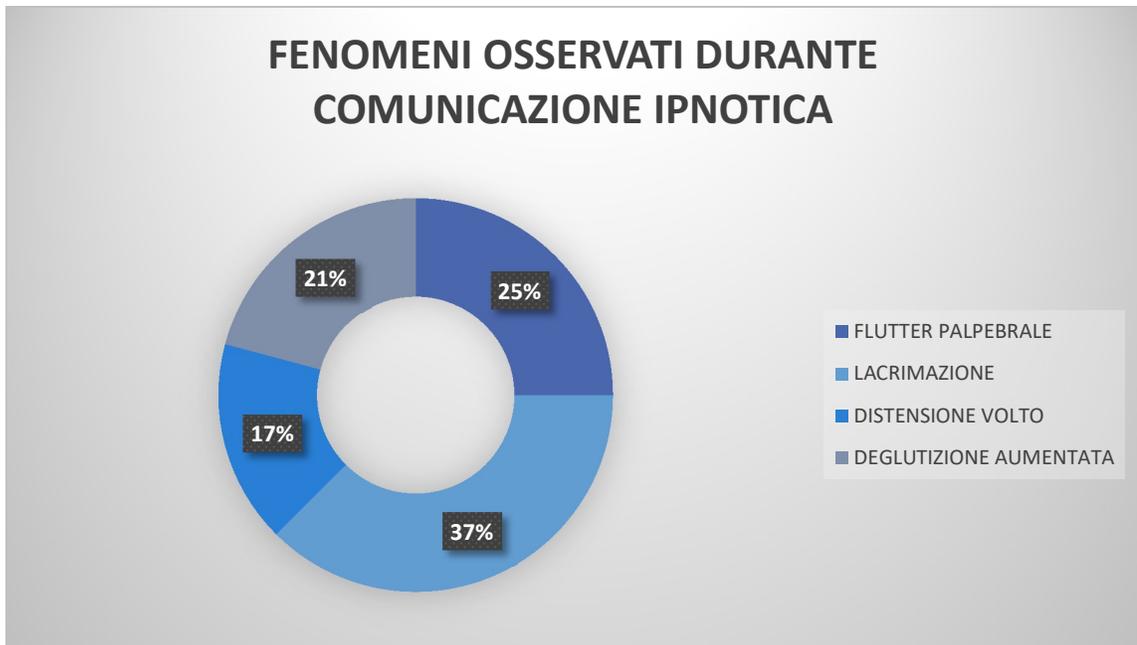


Grafico n°3: fenomeni osservati durante la comunicazione ipnotica



Grafico n°4: Grado di soddisfazione del paziente al termine della procedura con l'ausilio della comunicazione ipnotica.

Tutti i pazienti hanno terminato la procedura senza narcosi rimanendo fermi, immobili sul letto con un buon controllo del respiro.

In un caso, durante il reperimento degli accessi venosi, si è manifestato un episodio di reazione vasovagale risoltasi con richiesta di tossire da parte del paziente e infusione di atropina 0,5 mg con ripresa del ritmo e stabilità emodinamica.

3.6 Discussione

Il campione esaminato è stato scelto casualmente in base alla lista operatoria nel periodo dal 04\10 al 11\10 del 2021.

L'endpoint primario era valutare l'ipnosi come tecnica aggiuntiva per eseguire una procedura senza dolore\dolore lieve (**NRS ≤ 3**) senza i movimenti del paziente che potrebbero influenzare la ricostruzione elettroanatomica. Gli endpoint secondari erano: valutazione dell'impatto dell'ipnosi sull'ansia periprocedurale e supporto anestesilogico per terminare la procedura, nonché la qualità percepita dal soggetto.

I questionari sono stati somministrati in sala previo consenso informato e al termine della procedura.

Il campione di pazienti esaminati erano 9 uomini e una donna che si sottoponevano a procedure di studio elettrofisiologico e ablazione con radiofrequenza.

Dai dati si evince che grazie all'ausilio della comunicazione ipnotica mediamente il dolore riferito durante radiofrequenza è stato di **2.7 di NRS**.

L'ansia\disconfort preprocedura è stato stimato mediamente come moderato: valore 3

L'ansia postprocedura è mediamente di **1.4 punti**.

Il grado di soddisfazione, dato anche dalla risultanza dei dai precedenti, è mediamente compreso tra molto e moltissimo.

“Ero al mare con la mia famiglia...”

Fra i casi trattati riporto quanto mi ha riferito il paziente P.A. di anni 67 anni acceduto in Sala di elettrofisiologia il 05\10 per studio e ablazione di Flutter Comune (il paziente era già stato nel nostro Centro altre 2 volte per lo stesso motivo).

Ha accolto da subito la mia proposta perché della prima ablazione ha un ricordo vago, probabilmente per i farmaci somministrati, durante la seconda aveva fatto l'intervento con l'ausilio della comunicazione e aveva un ricordo bellissimo.

La comunicazione è durata circa 6 minuti con visibili segni di flutter palpebrale, distensione e lacrimazione del volto.

La procedura è durata dalle 13 sino alle 16.30. Dopo il monitoraggio, il reperimento degli accessi venosi femorali con episodio di bradicardia e sudorazione algida senza esdursi, lo studio, l'ablazione è durata circa 40 minuti con utilizzo di diversi cateteri ablatori.

Le ultime somministrazioni di radiofrequenza sono state eseguite con catetere ablatore con punta da 8 mm e valori di temperatura impostati a 70°.

Il paziente è rimasto indotto nel suo monoideismo per tutto il tempo della procedura con l'ausilio di Fentanyl 150 µg EV e Lidocaina al 2% 15ml come anestetico locale prima di reperire gli accessi.

Dopo l'ancoraggio e i ringraziamenti all'equipe mi ha parlato della sua serenità, della piacevole sensazione che ha provato durante quel tempo e, soprattutto, mi ha confessato che spesso usa l'ancoraggio nei momenti di cardiopalmo, di plurimi episodi vasovagali e terminato il percorso di cura, ritornare al mare con la famiglia.....quella reale!

3.7.Limiti

Il presente documento condivide alcune limiti. Prima di tutto, si tratta di uno studio osservazionale non controllato non randomizzato a singolo centro con un campione non statisticamente significativo.

In secondo luogo, i risultati procedurali (ansia, percezione del dolore, utilità della comunicazione ipnotica) rappresentano valori soggettivi.

Essendo infine uno studio osservazionale, questi risultati possono essere interpretati solo come descrittivi e generatori di ipotesi per i successivi studi scientifici (studi clinici o meta-analisi).

3.7 Conclusioni

La comunicazione ipnotica come strategia analgesica aggiuntiva durante studio elettrofisiologico e l'ablazione transcatetere ha determinato una riduzione dell'ansia intra-procedurale, del dolore percepito, senza influenzare il tasso di successo, il tempo totale di radiofrequenza e la sicurezza procedurale.

Un' aspetto non è però quantificabile e illustrabile con grafici o tabelle: il rapporto speciale che si crea tra chi si fa carico della comunicazione e il paziente\persona che in quel momento presenta un bisogno di cura, di sicurezza, di comprensione della sua nudità, delle sue fragilità umane di fronte alla malattia, della solitudine nei nostri reparti con sempre maggiori restrizioni a causa della pandemia.

Una riflessione sorge spontanea, la comunicazione ipnotica nei contesti di cura può essere inserita a pieno titolo nella ricerca continua della soddisfazione del paziente o come si suol dire dei cosiddetti PRO (*Patient Reported Outcomes*).

Non solo in mani sicure, non solo in mani pulite, ma.....in buone parole!

RINGRAZIAMENTI

Al dott. **Marco Scaglione** per l'opportunità immensa che mi ha regalato.

A **Milena Muro** per la pazienza, la disponibilità e per la passione che riesce a trasmettere.

A **Gabriella Amerio**, una saggia consigliera, un esempio da seguire.

Ai **miei colleghi e coordinatrice** per avermi supportato e spronato.

Ai **pazienti**, per la loro fiducia.

Bibliografia

- Alanazi, A. (2014). Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review.-23;23(7). doi: 10.12968/bjon.2014.23.7.387. PMID: 24732993. Br J Nurs. 2014 Apr 10, 387-93.
- Apkarian AV, B. M. (2005). Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. Eur J Pain 9, 463-484.
- Barber, T. (1959). . Toward a theory of pain: relief of chronic pain by prefrontal leucotomy, opiates, placebo, and hypnosis. Psychol Bull., 56:430-60.
- Benedetti, F. (2018). La speranza è un farmaco. Come le parole possono vincere la malattia. Mondadori.
- Berger, M. D. (2010). Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. . Burns, 36(5), 639-646.
- Berth H, P. K. (2007). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) - the first trial of a German version. Psychosoc Med, 20-4.
- Bradt J, D. C. (2013). Music interventions for preoperative anxiety. 6.
- Braid. (1843). Neurohypnology, or the Rational of Nervous Sleep Considered in Relation with Animal Magnetism. Londra.
- Casiglia, E. S.-N. (2007). Hypnosis prevents the cardiovascular response to cold pressor test. . American Journal of Clinical Hypnosis, , 49(4), 256-266.
- Conlong, P. &. (1999). The use of hypnosis in gastroscopy: a comparison with intravenous sedation., 75(822), 223-236. Postgraduate Medicine, 223-236.
- Consuelo, C. (2015). Giardinieri, principesse, porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e. FRANCO ANGELI.
- Erssfr, S. C. (2014). Psychological and educational intervention of atopic eczema in children: review. . The Cochrane Collaboration, 18 (3).
- Facco E, S. E. (2013 Dec). Validation of visual analogue scale for anxiety (VAS-A) in preanesthesia evaluation.. ;79(12):1389-95. Epub 2013 Jul 9. PMID: 23860442. Minerva Anesthesiol.
- Facco, E. (2014). Meditazione e ipnosi. Tra neuroscienze, filosofia e pregiudizio. ALTRAVISTA.
- Facco, E. P. (2013). Hypnosis as sole anaesthesia for skin tumour removal in a patient with multiple chemical sensitivity. Anaesthesia, 68(9), 961-965.

- Faymonville, M. D. (2000). L'hypnose un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Etude prospective randomisée. , 125(6), Annales de Chirurgie, 539-546.
- Faymonville, M. R. (2003). Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. . Cognitive Brain Research,, 17(2), 255-262.
- Faymonville, M. V. (2009). NeuroImage, 1047-54.
- Faymonville, M. V. (2009). Pain and non-pain processing during hypnosis: a thulium-YAG event-related fMRI study. NeuroImage, . 47(3), 1047-54.
- Gamst-Jensen, H. V.-L. (2014). Acute pain management in burn patients: appraisal and thematic analysis of four clinical guidelines. Burns, 40(8), 1463-1469.
- Giardina, P. (2015). PAURA E IPERCONTROLLO. LO STUDIO DI OSSESSIONI E COMPULSIONI IN SEDICI CASI CLINICI." 34.4 (2015). Psichiatria e Psicoterapia, 34-38.
- Gouin JP, K.-G. J. (2011). The impact of psychological stress on wound healing: methods and mechanisms. Immunol Allergy Clin North Am, 81-93.
- Granone, .. F. (1972). Trattato di ipnosi. UTET.
- Gurgevich, S. (2003). Clinical hypnosis and surgery. . Alternative Medicine Alert, 10-6.
- Janet. (1919). L'automatisme psychologique. Parigi: Alcan.
- Jones, H. C. (2015). Treatment of non-cardiac chest pain: a controlled trial of hypnotherapy. . Gut, 55(10), 1403-1410.
- Kindler CH, H. C.-S. (2000). The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. Anesth Analg, 706-12.
- Lang, E. B. (2006). Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: A prospective randomized trial with women undergoing large-core breast biopsy. . . Pain,126(4), 155-164.
- Lang, E. B. (2008). . Beneficial Effects of Hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: When being nice does not suffice. Journal Vascular Intervention Radiology, 19(6), 897-905.
- Lang, E. S. (2005). Pain and anxiety during interventional radiologic procedures: effect of patients state anxiety at baseline and modulation by nonpharmacologic analgesia adjuncts. Journal of Vascular and Interventional Radiology 16(2), 1585-1592.
- M. Scaglione, A. B. (2019). Hypnotic communication for periprocedural analgesia during transcatheter ablation of atrial fibrillation. IJC Heart & Vasculature.

- M.Scaglione, A. P. (2019, settembre). Hypnotic communication for periprocedural analgesia during transcatheter ablation of atrial fibrillation. *IJC Heart & Vasculature*.
- Mackey, E. (2010). Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction; a randomized, blind, controlled study. . *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(1), , 21-38.
- Marco Scaglione, M. M. (2020). Subcutaneous implantable cardioverter defibrillator implantation assisted by hypnotic communication in a patient with Brugada syndrome. *HeartRhythm Case Report*.
- Medlicott, M. &. (2006). A sistematic review of the effectiveness of exercise, manual therapy, electrotherapy, relaxation trainig and biofeedback in themanagement of temporomandibular disorder. *Physical Therapy*, 86(7), , 955-973.
- Montgomery GH, D. K. (2000;48). A meta analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn*, 138-53.
- Montgomery, G. E. (2006). Hypnosis to manage anxiety and pain associated with colonoscopy for colorectal cancer screening: case studies and possible benefits. . *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(4), 416-431., 416-431.
- Montgomery, G. S. (2010). Intentions to use hypnosis to control the side effects of cancer and its treatment. . *American Journal of Clinical Hypnosis*, , 53(2), 89-96.
- Montgomery, G. W. (2000). Brief presurgery hypnosis reduces distress and pain in excisional breast biopsy patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(1), 17-32.
- Novoa, R. &. (2008). Clinical hypnosis for reduction of atrial fibrillation after coronary bypass graft surgery. . *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 75 (suppl 2), 44-47.
- Oteri, V. M. (2021). L'impatto dell'ansia preoperatoria sui pazienti sottoposti a chirurgia cerebrale: una revisione sistematica. . *Neurosurg Rev*.
- Patterson, D. &. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*., 129(4), 496-521.
- Patterson, D. E. (1992). . Hypnosis for the treatment of burn pain. 60(5),. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, , 713-717.
- Rainville P., D. G. (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science* 1997;, p. 968-71.
- Saadat, H. D.-L. (2006). Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesthesia & Analgesia*, 102(5), 1394-96, 1394-96.
- Saiani luisa, B. A. (Novembre 2020). *Trattato di cure infermieristiche (Vol. I)*. Idelson-Gnocchi.

- Santarcangelo, E. J. (2005). Modulation of pain-induced endothelial dysfunction by hypnotizability. *Pain*, 116(3), 181-186.
- Scott, A. (2004). Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nurs Crit Care*, 72-9.
- SM Abate, Y. C. (2020). Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery Open*.
- Spiegel, D. (2007). The mind prepared: hypnosis in surgery. *Journal of the National Cancer Institute*, 99(17), 1280-1281.
- Spiegel, D. (2007). The mind prepared: hypnosis in surgery. . *Journal of the National Cancer Institute*, 99(17), 1280-1281.
- Stamenkovic Dusica M., N. K. (2018). Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. *Minerva Anestesiologica*, 1307-17.
- Stewart, J. (2005). Hypnosis in contemporary medicine. . *Majo Clinic Proceedings*, 80(4), 511-524.
- Vanhaudenhuyse A, L. S. (2014). Neurophysiology of hypnosis. . *Neurophysiol Clin*, 343-53.
- Wilson CJ, M. A.-O. (2016). Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. . *Am J Surg*, 151-9.
- Wondmieneh. (2020). Preoperative Anxiety and Associated Factors Among Adult Elective Surgery Patients in North Wollo Zone, Northeast Ethiopia. *Open Access Surgery*, 85-94.
- Wright, R. &. (2000). Rapid induction analgesia for the alleviation of procedural pain during burn care. *Burns*, 26(3), 257-282.
- Yang, M. M.-C. (2019). Preoperative predictors of poor acute postoperative pain control: A systematic review and meta-analysis. .

