



**CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE
IPNOTICA
Anno 2016**

***IMPLEMENTAZIONE DELL'IPNOSI E
DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA
PRESSO IL CENTRO GRANDI
USTIONATI DI TORINO
NELL'APPROCCIO AL PAZIENTE
GRANDE USTIONATO PER LA
GESTIONE DEL DOLORE E ANSIA***

**Candidato
Depetris Nadia**

**Relatore
Muro Filomena**

*A Fabrizio
Ai miei colleghi
A tutti i miei pazienti*

SOMMARIO

INTRODUZIONE.....	4
CAPITOLO I.	6
L'APPROCCIO AL DOLORE NEL CENTRO GRANDI USTIONATI DI TORINO	
PRIMA DELL'INTRODUZIONE DELL'IPNOSI E DELLA COMUNICAZIONE	
IPNOTICA.....	6
CAPITOLO II.	9
IL DOLORE PERIPROCEDURALE NEL PAZIENTE GRANDE USTIONATO. .	9
METODI.....	15
CAPITOLO III.....	15
COME TRATTARE L'ANSIA ED IL DOLORE NEL PAZIENTE GRANDE	
USTIONATO: REVISIONE DELLA LETTERATURA.....	15
CAPITOLO IV.....	6
IL PROGETTO FORMATIVO PER L'INTRODUZIONE DELLA	
COMUNICAZIONE IPNOTICA NEL CENTRO GRANDI USTIONATI DEL CTO	
DI TORINO.	6
RISULTATI.....	12
CAPITOLO V.....	12
LA FORMAZIONE DEL PERSONALE DEL CENTRO GRANDI USTIONATI DI	
TORINO.	12
DISCUSSIONE	18
CONCLUSIONI	22
RINGRAZIAMENTI.....	24
BIBLIOGRAFIA	25

INTRODUZIONE

Sono un'anestesista e lavoro nel Centro Grandi ustionati del CTO di Torino. Negli ultimi anni abbiamo radicalmente cambiato il nostro approccio al dolore e all'ansia del paziente grande ustionato, introducendo l'ipnosi e la comunicazione ipnotica come complementari al trattamento farmacologico. Questa tesi racconta la storia di questo cambiamento.

Nei primi capitoli racconterò perché abbiamo deciso di modificare il nostro approccio al dolore e all'ansia nel paziente grande ustionato introducendo ipnosi e comunicazione ipnotica come complementari al protocollo farmacologico che era già in uso nel nostro Centro. In particolare, nel primo capitolo riporterò l'analisi dei dati raccolti nel periodo 2011-2013. In quel periodo, il nostro protocollo antalgico era basato esclusivamente sull'impiego di farmaci sedativi ed analgesici e ci consentiva di raggiungere risultati buoni nel controllo del dolore a riposo e nel dolore incidente (seppur gravati da effetti collaterali quali la nausea e la stitichezza), ma risultati del tutto insoddisfacenti per quanto riguardava il dolore procedurale relativo al cambio medicazioni, all'inserimento di dispositivi (quali i cateteri endovascolari, il sondino nasogastrico, il catetere urinario) e ai trattamenti fisioterapici. Abbiamo quindi deciso di concentrarci in particolare sul dolore procedurale verificando il vissuto dei pazienti mediante la lettura e l'analisi di patografie (racconti di malattia) scritte da pazienti ex grandi ustionati (secondo capitolo) e valutando quantitativamente (attraverso uno specifico questionario chiamato Burn Specific Pain and Anxiety Score-BSPAS) e qualitativamente l'ansia ed il dolore connessi alla procedura mediante interviste. E' proprio riflettendo su questi dati che abbiamo evidenziato che il problema riportato dai pazienti non era relativo tanto al dolore di per sé, che era da loro stessi ritenuto controllato in modo sufficiente dai farmaci, ma dalla loro percezione dell'esperienza. Si vedevano oggetto dei trattamenti e non soggetto attivo del processo di cura.

Siamo quindi passati allo studio di come cambiare e migliorare il nostro approccio all'ansia ed al dolore nel paziente grande ustionato. In questa fase, aiutati da bibliotecari e metodologi, abbiamo realizzato una ricerca bibliografica sull'argomento (terzo capitolo). Abbiamo letto le linee guida e gli articoli scientifici individuati alla ricerca di

un nuovo ansiolitico da introdurre o di una nuova combinazione di farmaci da utilizzare. La risposta che abbiamo trovato ci ha lasciati inizialmente interdetti. Alcuni di noi, devo ammettere, erano non solo scettici, ma addirittura scandalizzati di fronte al fatto che studi autorevoli e linee guida internazionali proponessero l'ipnosi come trattamento complementare da introdurre in combinazione con quello farmacologico nell'approccio al dolore e all'ansia nel paziente grande ustionato. Ci ha senz'altro aiutato tantissimo a superare questa iniziale difficoltà il fatto che nella nostra Azienda Ospedaliera (Città della Salute e della Scienza di Torino) fosse attivo già da anni un gruppo di operatori esperti in ipnosi e comunicazione ipnotica. E' proprio grazie alla collaborazione con la loro associazione che siamo riusciti a pensare e realizzare un progetto di formazione teso all'introduzione dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica nel nostro Centro (quarto capitolo).

I risultati finora ottenuti sono incoraggianti (quinto capitolo). I professionisti sanitari (medici ed infermieri) già formati, circa il 50% del personale che opera al Centro Grandi Ustionati, riconoscono nell'ipnosi e nella comunicazione ipnotica uno strumento in più per approcciarsi al dolore ed all'ansia dei loro pazienti ritenendole utili per l'empowerment del paziente. Molti hanno riscontrato, dopo la formazione ricevuta, non solo un miglioramento soggettivo dell'assistenza fornita ai pazienti, ma anche una ricaduta positiva sulla comunicazione interpersonale all'interno dello stesso gruppo di lavoro.

CAPITOLO I.

L'APPROCCIO AL DOLORE NEL CENTRO GRANDI USTIONATI DI TORINO PRIMA DELL'INTRODUZIONE DELL'IPNOSI E DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA.

La legge 38/2010 (1) ha portato molti Ospedali a rivedere il loro approccio al dolore. Anche il nostro Centro Ustioni (3 posti per pazienti grandi ustionati intensivi e 5 per pazienti subintensivi), nell'ambito del progetto della Città della Salute e della Scienza "Ospedale senza dolore", ha sistematizzato l'applicazione di protocolli antalgici e la raccolta dei dati relativi alla percezione del dolore mediante NRS (Numerical Rate Score).

A partire da metà 2010, è stato applicato nel nostro Centro un protocollo antalgico (Figura 1) per il trattamento del dolore a riposo e di quello incidente. Ad ogni paziente ricoverato al Centro Ustioni (eccetto a quelli in coma farmacologico) era prescritto dal medico (chirurgo plastico o anestesista) uno degli schemi per la gestione del dolore indicati nel protocollo (schema GU1, schema GU2, etc). La scelta dello schema si basava sull'intensità del dolore prevista (severa, moderata, lieve). Lo schema antalgico scelto era riportato sulla scheda di terapia e l'infermiere che si occupava del paziente provvedeva alla sua somministrazione ed alla rilevazione della percezione del dolore mediante NRS e alla segnalazione di eventuali complicanze (nausea, vomito, ipotensione, prurito, stipsi, depressione respiratoria).

In qualsiasi momento, in caso di complicanza di rilievo oppure qualora lo schema scelto si fosse dimostrato non adeguato all'intensità del dolore del paziente, lo schema poteva essere modificato, scegliendo un altro degli schemi predisposti. Tale modifica doveva essere registrata nella scheda di terapia, giustificata e controfirmata dal medico che l'aveva decisa.

Gli schemi antalgici predisposti erano 4. Due per il dolore severo (uno per pazienti di età inferiore a 70 anni e uno per pazienti di età superiore a 70 anni) basati sulla somministrazione mediante infusione endovenosa continua di morfina e ketamina. Uno per il dolore moderato, basato sulla somministrazione di oppiacei per via transdermica (mediante cerotti) o per via orale. Uno per il dolore lieve, basato sulla somministrazione

di paracetamolo al bisogno. Per ogni schema antalgico era prevista una somministrazione di paracetamolo per via endovenosa o per via orale in caso di dolore incidente, per un massimo di 4 somministrazioni al giorno.

Il nostro approccio al dolore a riposo e a quello incidente era basato su un trattamento farmacologico molto tradizionale. I farmaci utilizzati erano stati scelti sulla base della letteratura allora esistente (2), della disponibilità locale e delle consuetudini del reparto.

Il dolore procedurale, connesso al cambio medicazioni o alla fisioterapia, era invece gestito in autonomia dagli anestesisti consulenti di reparto. Di volta in volta, l'anestesista sceglieva quali farmaci somministrare al paziente ed in quale dosaggio, basandosi sulla procedura da eseguire e sulle caratteristiche cliniche del paziente stesso, raggiungendo profondità variabili dalla sedo-analgesia leggera alla sedazione profonda, fino ad arrivare all'anestesia generale. I farmaci più comunemente utilizzati erano benzodiazepine, propofol, ketamina ed oppiacei.

Per 12 mesi consecutivi, abbiamo raccolto ed analizzato sistematicamente i dati relativi alla percezione del dolore mediante NRS. I risultati di questo studio osservazionale sono stati presentati al Congresso della Società Europea dei Centri Ustione tenutosi all'Aja nel settembre 2011. Nel periodo da giugno 2010 a giugno 2011 sono stati trattati nel nostro Centro 120 pazienti (79 maschi, 41 femmine), rilevando un NRS a riposo medio pari a 1,50. Pur avendo raggiunto risultati generali soddisfacenti (la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva-SIAARTI- indica come target per l'analgesia un NRS inferiore a 3), persisteva tuttavia la rilevazione di un NRS estremamente alto in seguito a mobilitazione e a procedure assistenziali (dolore procedurale). Infatti, in circa 1/3 dei casi l'NRS procedurale rilevato era superiore ad 8 (3).

	DOLORE A RIPOSO	DOLORE INCIDENTE
SCHEMA GU1 DOLORE SEVERO ETA' < 70aa	ELASTOMERO 300 ml: MORFINA 40mg, KETAMINA 50mg VELOCITA' INFUSIONALE 3-5ml/h	PERFALGAN 1fl ev max 4/die oppure EFFERALGAN 1cp os max 4/die
SCHEMA GU2 DOLORE SEVERO ETA' > 70aa	ELASTOMERO 130ml: MORFINA 20mg, KETAMINA 25mg VELOCITA' INFUSIONALE 2-3ml/h	PERFALGAN 1fl ev max 4/die oppure EFFERALGAN 1cp os max 4/die
SCHEMA GU3 DOLORE MODERATO	MATRIFEN Fentanyl TD Cerotto 50 microgr Durata 72hh oppure TARGIN Oxycodone + Naloxone Compresse 5/10/20mg X 2/die	PERFALGAN 1fl ev max 4/die oppure EFFERALGAN 1cp os max 4/die
SCHEMA GU4 DOLORE LIEVE		PERFALGAN 1fl ev max 4/die oppure EFFERALGAN 1cp os max 4/die

Figura 1. Il protocollo antalgico adottato al Centro Grandi Ustionati di Torino

CAPITOLO II.

IL DOLORE PERIPROCEDURALE NEL PAZIENTE GRANDE USTIONATO.

Dal 2012, abbiamo cercato di meglio comprendere e trattare il dolore procedurale, che avevamo individuato dalla raccolta dati precedente essere il nostro punto debole, attraverso 3 approcci:

- lettura ed analisi di patografie (racconti di malattia) di pazienti ex-grandi ustionati
- adozione nel nostro Centro del “Burn Specific Pain and Anxiety Score” (BSPAS) (4)
- analisi del percepito dei pazienti del nostro Centro durante le balneazioni mediante interviste.

Il primo approccio era basato sulla lettura ed analisi delle patografie scritte da pazienti ex grandi ustionati. Le patografie sono narrazioni scritte della malattia ad opera della persona malata o di qualcuno a lui vicino (5), rientrano nella medicina narrativa (6) e costituiscono uno strumento straordinario per gli operatori sanitari che desiderano esplorare l’esperienza dei propri pazienti. Senza dubbio, la natura stessa dei testi presi in esame, per lo più racconti o romanzi, può creare difficoltà nella loro individuazione. Fanno parte, infatti, di una categoria di pubblicazioni, che sfuggono alle banche dati bibliografiche comunemente adottate dalla ricerca scientifica.

Abbiamo preso in esame 6 patografie scritte da pazienti ex grandi ustionati: due scritte da pazienti ricoverati proprio nel nostro Centro, seppure in tempi molto diversi (7) (8), altre due scritte da pazienti ricoverati in altri due Centri Grandi Ustionati italiani (9) (10), infine due scritte da pazienti ricoverati in due Centri Grandi Ustionati europei, uno spagnolo (11) e uno svizzero (12). Abbiamo letto questi testi ricercando i brani relativi al dolore procedurale.

Il dolore procedurale era descritto in tutti i testi esaminati essenzialmente attraverso i racconti delle “balneazioni”, ovvero del cambio delle medicazioni, dei bendaggi. I cambi dei bendaggi dei pazienti ustionati sono chiamati “balneazioni” o “bagni” in quanto si svolgono su un particolare lettino metallico, sul quale paziente è adagiato

mentre i suoi bendaggi sono inumiditi con docce e quindi rimossi. Giuseppe Torselli in un brano del suo libro (7) ne fornisce una descrizione particolarmente suggestiva.

«Quando ero nel reparto Grandi Ustionati, ogni 2 (due) giorni (un giorno sì e uno no), venivo sottoposto a “balneazione” o “vasca”. Che cos’è una “vasca” o “balneazione”? E’ una vera e propria tortura, o meglio, significa metterti su un particolare lettino e posizionarti a pelo d’acqua su di una vasca tipo quella del bagno di casa, solo molto più grande e in acciaio inossidabile, con due medici ai tuoi lati che muniti di rasoi e pinze, cominciano a toglierti e pulirti da quei lembi di pelle che si stanno necrotizzando, fino a quando esce sangue “pulito, sano”, se così si può dire, praticamente “vieni scorticato vivo”».

In tutte le patografie esaminate emergono racconti agghiaccianti delle balneazioni. Seppure avvenute in Centri Ustioni diversi vi sono alcuni elementi in comune. Innanzitutto, la descrizione del lettino utilizzato: «assomigliava a una specie di scivolo non molto inclinato in acciaio inossidabile (...) una sinistra attrazione da fiera (...). La superficie gelata, umida, come il tavolo dell’obitorio» (11), «Queste vasche, che io chiamavo “macchine infernali”» (7). Un altro elemento comune è il senso di impotenza, il vedersi nudi, indifesi e circondati da apparecchiature: « Si sente impotente, totalmente nelle mani dell’infermiera e del fisioterapista che spingono il lettino in questo spazio chiuso. Ha paura del momento in cui scopriranno il suo corpo mutilato» (12), «In uno dei miei sogni mi vedevo lì, semi bagnata e vestita con uno strano camice rosso porpora, che probabilmente altro non era se non il mio corpo insanguinato non più ricoperto dai bendaggi. I bagni che seguirono li ricordo circondata dall’armamentario di monitor e sonde» (11). Più di tutto, si percepisce l’angoscia dell’attesa della balneazione: «io mi ricordo il sollievo al mattino quando mi calavano nel letto che potevo pensare E' finita, fino a domani è finita, non ci pensare, ero contento, quando ero il primo a lavarmi che mi svegliavo alle sei alle otto potevo già dirmi che era finita» (9), «Stamani ha rifatto la “vasca”; lui la guarda con terrore, sa che domani non gliela rifanno, ma il giorno successivo sì» (7), « La parola “bagno” per me era orribile. Era orrore allo stato puro. Il panico aveva inizio quando me lo annunciavano. “Un’altra volta? Non è passato niente dall’ultimo”. Il tempo tra l’uno e l’altro volava. Se lo ritardavano di un giorno, mi riposavo. Lo dimenticavo deliberatamente per alcune ore. Però era quasi peggio la minaccia che la tortura stessa» (11).

Nel leggere questi brani ci siamo vergognati, vergognati dell’esperienza che si portavano dentro queste persone, curate nel nostro Centro o in altri molto simili al

nostro. Eppure, eravamo sicuri che così come noi facevamo l'anestesia ai nostri pazienti, anche negli altri Centri Ustioni ai pazienti erano somministrati sedativi ed analgesici prima del cambio medicazioni.

Tuttavia, abbiamo iniziato a capire che più che il dolore "oggettivo", il reale problema era l'ansia connessa alle procedure.

Per questo motivo, siamo passati al secondo punto del nostro studio del dolore procedurale, adottando il BSPAS, un questionario specificamente realizzato (4) e riconosciuto dalle linee guida internazionali (13) come uno strumento di valutazione semplice, veloce e pratico per misurare il dolore e l'ansia procedurali nei pazienti ustionati. L'adozione di tale questionario, non essendo disponibile nella versione italiana, ha richiesto un processo di traduzione, adattamento culturale e validazione per arrivare al questionario in lingua italiana (Figura 2).

Nella fase di validazione, è stato condotto uno studio pilota (maggio-luglio 2013), che ha coinvolto 24 pazienti (14). A ciascun paziente era somministrato il BSPAS prima di ogni balneazione, per tutta la sua degenza, per un totale di 78 valutazioni. Questo studio ha evidenziato come l'approccio tradizionale realizzato mediante anestetici consentisse un discreto controllo dell'analgesia, ma non riducesse in modo adeguato l'ansia del paziente. Infatti, se il dolore procedurale registrava un NRS medio di 3.45, lo score medio dell'ansia era pari a 5.59.

La discrepanza rilevata tra l'NRS procedurale registrato dai primi dati raccolti (NRS procedurale superiore a 8.2) e da quelli emersi nel corso dello studio pilota (NRS procedurale 3.45) è stata da noi interpretata proprio sulla base dell'influenza esercitata dall'ansia sulla percezione del dolore. Nella prima raccolta dati la richiesta rivolta al paziente era semplicemente di dare un voto generale al dolore legato alla procedura, nel secondo caso si offriva al paziente la possibilità di scorporare la componente emotiva ed esperienziale da quella oggettiva del dolore realmente provato durante la procedura.

Abbreviated BSPAS (Burn Specific Pain Anxiety Scale)

Da compilare circa 30 minuti prima della balneazione

Chiedere al paziente di indicare su una scala da 0 a 10 quanto sono vere per lui queste affermazioni; con 0 assolutamente falsa e 10 assolutamente vera.

1) Mi è impossibile rilassarmi durante la balneazione.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2) Sento che i miei muscoli si irrigidiscono quando inizia la balneazione.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3) Ho paura del dolore che sentirò durante e dopo la balneazione.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4) Il dolore mi rende nervoso ed agitato.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5) Ho paura che ogni futuro atto medico mi provocherà dolore.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Figura 2. Versione italiana del Burn Specific Pain Anxiety Score (BSPAS)

L'ultimo passaggio per studiare il dolore procedurale nel nostro Centro è stato realizzare delle interviste per valutare qualitativamente il fenomeno (15). In questa fase, sono stati intervistati 10 pazienti ricoverati presso il nostro Centro, esplorando il loro vissuto relativamente alle balneazioni. Molti dei pazienti intervistati hanno detto di provare ansia e/o paura prima di effettuare le balneazioni. Questo spesso è dovuto al fatto di aver paura di provare dolore e di stare male dopo le medicazioni (cosa che poi, nella maggior parte dei casi a detta degli intervistati stessi, non avviene). «Un po' di ansia, un po' di paura, quando devo andare a fare il lavaggio nella vasca, perché devono lavarmi tutto, sfasciarmi e pulire tutto dove è bruciato [...] quello che trovo che non andava bene è la lama d'acciaio su cui si scivola dentro la vasca, quello lì è terribile, sì, se fosse una cosa morbida sarebbe meglio, tutto gradinato e lì sei senza vestiti, sei senza niente, devi scivolare lì sotto» (R1). «Prima del momento del cambio della medicazione ho paura di patire il male ho avuto male, ci sono state volte che non ho proprio sentito niente [...] ma sono state più le volte che non ho sentito niente ...»(R2). «Io ero lì molto, abbastanza teso perché non sapevo a cosa andavo incontro, non capivo quale sarebbe stato il livello di sopportabilità anche se mi avrebbero sedato, poi sono entrato in questa sala strana con questo lettino di ferro bucato» (R3). «Prima del cambio delle medicazioni provo una sensazione strana, però niente di particolare perché so che entrando là dentro sono abbastanza bravi che non senti niente» (R4). «Prima del cambio delle medicazioni [...] ho una gran paura perché tutto dove mi toccano è ancora in fiamme [...] quando ho le balneazioni m'addormentano, se no non ce la fai mica! [...] eh! delle volte son tranquillo come adesso e arrivano [...] devono farle, poi magari invece di farle subito aspettano ancora due ore» (R6). «Prima del cambio delle medicazioni [...] ho paura! Paura, un po' d'ansia perché comunque non vado per stare bene [...] ho paura perché praticamente la mia medicazione è andare a fare il bagno e ti fanno l'anestesia totale quindi bendaggio, pulizia, tutto quindi non è tanto divertente; poi esco e ricomincia a farmi di nuovo tutto male» (R7). «Il terrore era dovuto al non sapere, al provare dolore, al non sapere a cosa si andava incontro; questa era la mia paura» (R8). «Prima delle medicazioni ho paura, la paura del bruciore! E poi invece qui si fa tranquillamente!» (R9). Uno dei pazienti, mentre era ricoverato in un altro reparto, in attesa di trasferimento presso i GU è rimasto sconcertato dal racconto di altri sulle balneazioni, per cui ha vissuto momenti di ansia, angoscia e paura aspettando

l'effettuazione della prima di queste medicazioni che, come riportato in seguito dal paziente stesso, si sono poi rivelati infondati. «C'era un'infermiera, o forse nemmeno, del piano dove sono stato ospitato un giorno, una notte o due, non ricordo [...] e mi ha detto <ah la balneazione è una cosa veramente tosta> allora io ho cominciato a soffrire» (R3).

Tutte e 3 gli strumenti (la lettura delle patografie, la raccolta di dati quantitativi attraverso BSPAS e la raccolta di dati qualitativi) ci hanno confermato che il problema del dolore procedurale non era relativo tanto al dolore di per sé, che era dai pazienti stessi ritenuto controllato in modo sufficiente dai farmaci, ma dalla loro percezione dell'esperienza.

Dovevamo riuscire a modificare il vissuto dei nostri pazienti.

METODI.

CAPITOLO III.

COME TRATTARE L'ANSIA ED IL DOLORE NEL PAZIENTE GRANDE USTIONATO: REVISIONE DELLA LETTERATURA.

Con l'obiettivo di modificare il vissuto dei nostri pazienti relativamente al dolore procedurale, abbiamo realizzato una ricerca bibliografica sull'argomento per valutare le raccomandazioni della letteratura scientifica. In questa fase è stato prezioso il contributo di bibliotecari ed esperti di metodologia della ricerca scientifica.

Una prima ricerca bibliografica si è concentrata sulle linee guida internazionali sul trattamento del paziente grande ustionato, con l'obiettivo di identificare le raccomandazioni relative al trattamento dell'ansia e del dolore.

La ricerca è stata effettuata una prima volta nel mese di giugno 2013 e successivamente ripetuta nel mese di gennaio 2014. Le banche dati consultate sono state: PUBMED, DYNAMED, EMBASE, TRIPDATABASE e NHS EVIDENCE. La stringa di ricerca utilizzata è stata: «burn[tw] OR burns[tw] AND (guideline*[tw] OR recommendation*[tw] OR protocol*[tw] OR systematic[sb]) [1999-]».

Un gruppo multidisciplinare di esperti nel trattamento dei pazienti grandi ustionati (due chirurghi plastici, due anestesisti, quattro infermieri) ha valutato criticamente tutto il materiale fornito e, con l'aiuto di due esperti di ricerca bibliografica, ha individuato 3 linee guida internazionali relative al trattamento del paziente grande ustionato che riportavano raccomandazioni circa la gestione del dolore all'interno dei Centri Grandi Ustionati (Tabella 1). Sono stati esclusi in quanto non pertinenti documenti analoghi, ma relativi alla gestione del dolore nel paziente grande ustionato in setting diversi (ad esempio sul luogo dell'incidente o in pronto soccorso).

	RACCOMANDAZIONI	APPROCCI RACCOMANDATI
<i>Faucher L, Furukawa K. Practice guidelines for the management of pain. J Burn Care Res 2006 (2)</i>	• Tutti i centri ustioni devono avere un protocollo di gestione del dolore relativo a dolore di fondo, dolore incidente, dolore procedurale. • L'obiettivo deve essere avere il paziente sveglio, ma con dolore ben controllato. • Il dolore deve essere differenziato dall'ansia	• Farmacologico (oppioidi, benzodiazepine) • Non farmacologico (ipnosi, tecniche di distrazione, realtà virtuale).
<i>European Practice Guidelines for Burn Care (2. ed.). Vienna, Austria: European Burn Association 2013 (13)</i>	• L'approccio al dolore deve essere basato su protocolli in modo che sia standardizzato e deve essere relativo a dolore di fondo, dolore incidente e dolore procedurale. • L'approccio deve essere multidisciplinare. • Il dolore e l'ansia devono essere valutati, misurati e riportati in cartella clinica attraverso l'impiego di strumenti specifici.	• Farmacologico (oppioidi, benzodiazepine). • Non farmacologico (tecniche di distrazione, ipnosi).
<i>Connolly, S. Clinical Practice Guidelines: Burn Patient Management: Agency for Clinical Innovation 2014 (16)</i>	• I centri ustioni devono seguire protocolli per l'analgesia. • Devono essere impiegati strumenti opportuni per la valutazione e la misurazione dell'analgesia.	• Farmacologico (oppioidi, benzodiazepine, ossido nitrico). • Non farmacologico (tecniche di distrazione).

Tabella 1. Linee guida internazionali relative all'approccio al dolore nei Centri Ustioni

Studiando le linee guida individuate abbiamo notato che realizzavamo nel nostro Centro già la maggior parte delle raccomandazioni. Infatti, il nostro approccio al dolore era multidisciplinare (erano coinvolti medici di diverse specialità, infermieri ed operatori socio-sanitari), includeva la valutazione e la misurazione del dolore, avevamo approcci specifici per il dolore di fondo, per quello incidente e per quello procedurale (seppur lasciando quest'ultimo all'autonomia del clinico con l'obiettivo di meglio adeguarlo alle diverse situazioni). Avevamo anche iniziato a differenziare dolore ed ansia, introducendo il BSPAS. Anche i farmaci suggeriti dalla letteratura (benzodiazepine ed oppiacei) erano fondamentalmente gli stessi che già impiegavamo nei nostri schemi antalgici.

L'unica differenza di rilievo era l'utilizzo di approcci non farmacologici.

Escludendo da subito la realtà virtuale, affascinante, ma che avrebbe richiesto impiego di risorse economiche notevoli, abbiamo realizzato una seconda ricerca bibliografica, questa volta specifica per l'utilizzo dell'ipnosi nei pazienti ustionati. Abbiamo quindi così strutturato la domanda per la ricerca bibliografica: "Nei pazienti ustionati l'ipnosi utilizzata da sola o come terapia coadiuvante della terapia farmacologica rispetto a un trattamento eseguito in assenza di ipnosi, è in grado di ridurre ansia e dolore?"

La ricerca, effettuata tra il mese di Ottobre 2015 e Gennaio 2015, è avvenuta consultando le banche dati: PUBMED, CINAHL, EMBASE e COCHRANE, utilizzando la stringa di ricerca : «*Burns AND hypnosis AND pain OR anxiety*».

Sono stati esclusi tutti gli studi non in lingua inglese o di cui non fosse consultabile il testo, oppure realizzati su gruppi molto piccoli di pazienti o comunque con rilevanza scientifica bassa (es. case reports o studi osservazionali).

Sono stati così individuati 7 studi (Tabella 2).

Tabella 2. Ricerca bibliografica relativa ad ipnosi nel trattamento del dolore e dell'ansia nel paziente grande ustionato.

AUTORI	OBIETTIVO	METODO	POPOLAZIONE	INTERVENTO	OUTCOME OSSERVATO	RISULTATO	CONCLUSIONI
Patterson et al 1992 (17)	Valutare l'efficacia dell'ipnosi nel controllo del dolore durante il cambio della medicazione nei pazienti ustionati.	Studio randomizzato controllato	30 pazienti ustionati	I pazienti sono stati assegnati ad uno dei due gruppi -Approccio farmacologico standard - Approccio farmacologico standard + ipnosi	Dolore durante la procedura mediante Visual Analogue Score (VAS).	Significativa riduzione del dolore nel gruppo trattato con ipnosi (p=0,001).	L'ipnosi è efficace nel ridurre il dolore nei pazienti ustionati durante il cambio di medicazioni
Patterson et al 1997 (18)	Valutare l'efficacia dell'ipnosi nel controllo del dolore durante il cambio medicazioni nei pazienti ustionati	Studio randomizzato controllato	61 pazienti ustionati	I pazienti sono stati assegnati ad a due gruppi: -Approccio farmacologico standard (morfina) + ipnosi -Approccio farmacologico standard (morfina) + istruzioni di rilassamento generiche	Dolore durante la procedura mediante Visual Analogue Score (VAS).	I due gruppi non presentavano differenze significative. Tuttavia nel sottogruppo di pazienti che già a riposo presentava VAS più alti l'ipnosi si dimostrava più efficace nel trattare il dolore durante la procedura.	L'ipnosi può essere usata in aggiunta ai farmaci del dolore perché risulta efficace.

Wright et al 2000 (19)	Valutare l'efficacia dell'ipnosi nel controllo del dolore durante il cambio medicazioni nei pazienti ustionati	Studio randomizzato controllato	30 pazienti ustionati	I pazienti sono stati assegnati ad a due gruppi: -Approccio farmacologico standard (morfina e paracetamolo) + ipnosi -Approccio farmacologico standard (morfina e paracetamolo) +	- Dolore a riposo e durante la procedura mediante NRS - Ansia anticipatoria mediante State Anxiety Inventory (STAI) - Consumo di analgesici durante la procedura	I pazienti del gruppo ipnosi hanno mostrato una riduzione significativa di -intensità del dolore procedurale -ansia anticipatoria -consumo di analgesici durante la procedura	L'ipnosi deve essere ritenuto complementare al trattamento farmacologico standard per il dolore procedurale del paziente ustionato.
Frenay et al 2001(20)	Confrontare due diversi interventi di supporto psicologico (ipnosi e Strategie di Riduzione dello Stress –SRS) nel controllo dell'ansia e del dolore correlati al cambio di medicazioni nel paziente ustionato.	Studio randomizzato controllato	30 pazienti ustionati	-Dolore prima, durante e dopo la procedura mediante VAS -Ansia mediante VAS -Soddisfazione mediante VAS	I pazienti sono stati assegnati ad uno dei due gruppi -Approccio farmacologico standard + ipnosi -Approccio farmacologico standard + SRS	L'ansia prima e durante il cambio di medicazioni era ridotta in modo statisticamente significativo nel gruppo ipnosi. Non vi erano differenze statisticamente significative per quanto riguarda controllo del dolore e soddisfazione del paziente.	L'ipnosi è efficace nel ridurre l'ansia prima e durante il cambio di medicazioni nel paziente ustionato.

Askay et al 2007 (21)	Migliorare la comprensione dell'impatto dell'ipnosi sulla percezione del dolore in ambito clinico.	Studio randomizzato controllato	46 pazienti ustionati	I pazienti sono stati assegnati a due gruppi: -ipnosi il giorno prima della procedura - colloquio con uno psicologo esperto il giorno prima della procedura	-Dolore e ansia mediante molteplici scale, tra cui GRS, McGill Pain Questionnaire (MPQ) e (BSPAS)	Il gruppo che ha ricevuto l'ipnosi ha avuto una riduzione significativa del dolore rispetto al gruppo di controllo se misurato dal MPQ, ma non con altre scale di valutazione del dolore.	L'ipnosi si dimostra efficace nel modificare alcune delle componenti qualitative del dolore.
Shakibaei et al 2008 (22)	Valutare l'impatto dell'ipnosi sul dolore e sulla rappresentazione del vissuto traumatico nei pazienti ustionati	Studio randomizzato controllato	44 pazienti ustionati	-Dolore mediante NRS -Numero di episodi di rappresentazione del vissuto traumatico	I pazienti sono stati assegnati a d uno dei due gruppi: -Approccio farmacologico standard + ipnosi -Approccio farmacologico standard	Il gruppo che ha ricevuto l'ipnosi oltre al trattamento standard ha riportato una significativa riduzione del dolore e del numero di episodi di rappresentazione del vissuto traumatico rispetto al gruppo controllo.	L'ipnosi è efficace nella gestione del dolore e della rappresentazione del vissuto traumatico nei pazienti ustionati.

--	--	--	--	--	--	--	--

Berger at al 2009 (23)	Valutare l'impatto di un protocollo antalgico comprendente l'ipnosi sull'intensità del dolore e dell'ansia, sul decorso clinico e sui costi.	Studio randomizzato controllato	46 pazienti ustionati	-Dolore mediante VAS -Ansia mediante VAS -Consumo di oppioidi -Durata della degenza -Numero di procedure chirurgiche -Costi della degenza	I pazienti sono stati assegnati a d uno dei due gruppi: -Approccio farmacologico standard + ipnosi -Approccio farmacologico standard	Nel gruppo ipnosi si sono ridotti: dolore e ansia, consumo di oppioidi, durata della degenza, numero delle procedure chirurgiche effettuate, costi.	Un protocollo antalgico comprendente l'ipnosi ha un impatto favorevole in termini di trattamento del dolore e dell'ansia, del decorso clinico e dei costi.
-----------------------------------	--	---------------------------------	-----------------------	--	--	---	--

Da questi studi l'ipnosi risultava efficace nel ridurre ansia e dolore procedurali nel paziente grande ustionato, soprattutto quando utilizzata come complementare all'approccio farmacologico standard.

In particolare, lo studio realizzato dal centro Ustioni di Losanna (23) dimostrava che introdurre l'ipnosi nei propri protocolli antalgici non solo consentiva di ridurre il dolore e l'ansia provati dai propri pazienti, ma ne velocizzava anche la guarigione consentendo così di accorciare i periodi di degenza in ospedale e di conseguenza faceva risparmiare.

Questi risultati possono apparire stupefacenti, ma in realtà sono del tutto plausibili. Con il solo trattamento farmacologico, il paziente ustionato, che, come visto nel secondo capitolo, richiede procedure di balneazione ogni due giorni, viene sedato in modo più o meno profondo un giorno sì e un giorno no. Il paziente subisce un'anestesia generale a giorni alterni, con tutte le conseguenze che ne derivano in termini di digiuno e di allettamento. Quindi, se le procedure sono gestite con il solo trattamento farmacologico il paziente salta pasti e fisioterapia ogni due giorni. Invece, se al trattamento farmacologico è abbinata l'ipnosi, dimostrata efficace da tutti gli studi randomizzati controllati presi in esame, il paziente riceverà meno farmaci e quindi riuscirà a mangiare pranzo ed a fare i suoi esercizi di mobilizzazione, con un indubbio vantaggio in termini di cicatrizzazione delle ferite e di riduzione delle complicanze.

Queste considerazioni hanno convinto anche i più scettici del nostro gruppo a ponderare seriamente l'opzione di introdurre l'ipnosi nel nostro Centro Ustioni.

CAPITOLO IV.

IL PROGETTO FORMATIVO PER L'INTRODUZIONE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA NEL CENTRO GRANDI USTIONATI DEL CTO DI TORINO.

Nella nostra Azienda Ospedaliera (Città della Salute e della Scienza di Torino) è attivo già da anni un gruppo di operatori esperti in ipnosi e comunicazione ipnotica. E' proprio grazie alla collaborazione con la loro associazione (Asieci: Associazione Scientifica Infermieri Esperti in Comunicazione Ipnotica) e grazie al supporto della SC Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane – Formazione e Aggiornamento della nostra Azienda che siamo riusciti a pensare e realizzare un progetto di formazione teso all'introduzione dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica nel nostro Centro.

Dopo una iniziale fase di progettazione del corso (Allegato 1), siamo partiti con il primo corso di formazione nel maggio 2015 coinvolgente 10 professionisti del Centro Grandi Ustionati (1 chirurgo plastico, 2 anestesisti, 2 fisioterapisti, 5 infermieri), con l'obiettivo di formare in edizioni successive tutto il personale medico ed infermieristico coinvolto nella cura del paziente grande ustionato presso il nostro Centro. Il nostro intento non era quello di avere il 100% del personale in grado di utilizzare l'ipnosi, bensì quello di diffondere tra tutti la conoscenza della tecnica e delle sue potenzialità, in modo che chi la sapesse applicare e fosse autorizzato a farlo, potesse agire in un ambiente favorevole, senza essere ostacolato dagli altri membri del gruppo.

La formazione si articola in un corso teorico-pratico di 3 giornate (Allegato 2) ed in un successivo stage pratico di formazione sul campo di 4 giornate (Allegato 3).

Le prime 3 giornate di corso residenziale alternano lezioni frontali, lavori di gruppo ed esercitazioni pratiche, per un totale di 21 ore formative. L'obiettivo è di sensibilizzare gli operatori (medici, infermieri e fisioterapisti) alla necessità di porre attenzione alla comunicazione e alla relazione per favorire la riduzione del dolore

inutile e dell'ansia prima, durante e dopo le procedure diagnostiche e terapeutiche, inoltre sono trasmessi i principi della comunicazione ipnotica.

Successivamente, i partecipanti hanno occasione di praticare quanto appreso in aula in 4 giornate di tutoraggio, realizzate proprio all'interno del nostro Centro Ustioni. In queste 4 giornate, tutor già esperti in comunicazione ipnotica affiancano gli operatori durante la loro attività clinico-assistenziale, seguendo uno specifico programma, ma calandolo nella pratica quotidiana del reparto.

Al termine l'apprendimento è valutato tramite test scritti, elaborati e verifiche di apprendimento sul campo.

ESIGENZE DI FORMAZIONE TRIENNIO 2013-2015

Richiedente: Dott. Maurizio Berardino ,Dott. Maurizio Stella,
Dott.ssa Nadia Depetris, Dott.ssa Katia Moffa, Dott.ssa Antonella Molon

SC Centro Grandi Ustionati , Rianimazione e Terapia Intensiva

Dipartimenti: Anestesia e Rianimazione, Chirurgia generale e Specialistiche

Descrivere sinteticamente le esigenze di formazione relative alle aree tematiche ECM ritenute prioritarie per la formazione e l'aggiornamento del personale del Dipartimento/SC nel prossimo triennio. Compilare una scheda per ciascuna Area tematica ECM identificata come prioritaria. Se presenti più esigenze di formazione per la stessa Area tematica ECM, compilare una scheda per ciascuna esigenza.

Area tematica ECM n. 1 COMUNICAZIONE E RELAZIONE

Obiettivo nazionale ECM n. 1. (Applicazione Buone pratiche), 7. (Comunicazione efficace), 12 (Aspetti relazionali)

Temi/argomenti di interesse correlati a:

- criticità/problemi
- prospettive di sviluppo

I pazienti grandi ustionati necessitano di procedure assistenziali che risultano essere molto dolorose e fonte di ansia (balneazioni e cambi di medicazione, fisioterapia, nursing). I pazienti sono profondamente segnati da queste esperienze e lo descrivono nei loro racconti 1 (bibliografia, risultati tesi sul dolore etc). Tradizionalmente l'unico approccio utilizzato presso il Centro GU di Torino è stato di tipo farmacologico con l'impiego di farmaci diversi (oppiacei, sedativi, neurolettici etc) spesso in associazione tra loro e a dosaggi molto elevati. La terapia farmacologica pur consentendo un discreto controllo dell'analgesia, spesso non riduce in modo significativo l'ansia del paziente 2 e comporta effetti deleteri, quali il rallentamento del transito intestinale e le alterazioni della coscienza. Negli ultimi anni le linee guida internazionali 3 hanno raccomandato - nell'approccio al dolore a all'ansia del paziente grande ustionato- l'integrazione di tecniche non farmacologiche come l'ipnosi alla terapia farmacologica tradizionale.

Nell'ambito del progetto aziendale "Ospedale senza dolore" è in atto in azienda un percorso formativo finalizzato che da una parte sensibilizza/aggiorna gli operatori sulla misurazione, trattamento, monitoraggio e valutazione del dolore dei pazienti, dall'altra fornisce competenze per la gestione dell'ansia e del dolore nelle persone che si sottopongono a diverse procedure diagnostiche-terapeutiche. Il corso ha come finalità quello di sviluppare competenze per la realizzazione di un approccio umanistico integrale nei confronti dei pazienti che si sottopongono a queste procedure con l'obiettivo di apprendere semplici tecniche di comunicazione efficace e di induzione ipnotica al fine di aiutare il paziente ad affrontare meglio le procedure diagnostiche-terapeutiche

CORSO:

L'ASSISTENZA DEL PAZIENTE E LA GESTIONE DEL DOLORE E DELL'ANSIA DA PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE CON LA COMUNICAZIONE IPNOTICA

(percorso di formazione teorica e tutoraggio sul campo)

Destinatari

Il corso sarà rivolto – in diverse edizioni – a tutto il personale sanitario e tecnico del Centro Grandi Ustionati (infermieri, medici, fisioterapisti, anestesisti)

Allegato 1. Progettazione del Corso di Formazione per l'introduzione della comunicazione ipnotica nel Centro grandi Ustionati di Torino

MODALITA' DI ISCRIZIONE PER GLI INTERNI 1. Collegarsi alla piattaforma ecompiemonte 2. Cliccare su "Offerta formativa" 3. Scegliere il corso 4. Cliccare sull'icona  per iscriversi 5. Scegliere l'edizione e cliccare sull'icona  6. Conferma l'iscrizione con "OK" 7. Stampare la pagina in formato pdf "Preiscrizione on line" 8. Comunicare al proprio Referente la ppe iscrizione successivamente egli dovrà procedere ad approvare on-line la partecipazione al corso 9. La conferma dell'iscrizione potrà essere visualizzata in piattaforma nella sezione solo dopo la definitiva accettazione dell'iscrizione da parte di Formazione Molinette. ASSEGNAZIONE CREDITI ECM: I crediti ECM verranno assegnati solo ed esclusivamente se: • Presenza (90%) al corso • Superamento verifica apprendimento Consegna modulistica prevista	Note: Assegnazione DIPARTIMENTI Il corso è aperto agli operatori dei dipartimenti ad attività integrata PROGETTISTA DEL CORSO Dr.ssa Angela Ragaccio RESPONSABILE SCIENTIFICO Dr.ssa Anna De Luca SEGRETERIA ORGANIZZATIVA Stefania De Pasqualin Tel 011.633323 Fax 011 6335116 sdepasqualin@cittadellasalute.to.it	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1086 406 1198 526">  </td> <td data-bbox="1198 406 1310 526"> MODULO MFM 007 LOGANDINA </td> <td data-bbox="1310 406 1422 526"> Revisione n° 0 Data di emissione: 10 gennaio 2014 Approvato ed emesso in originale </td> </tr> </table> <i>Progetto formativo</i> TITOLO L'assistenza del paziente e la gestione del dolore e dell'ansia da procedure diagnostico-terapeutiche con la comunicazione ipnotica DATE Ediz.1: 13-14-15 maggio 2015 Ediz.2: 8-9-10 ottobre 2015 Ediz.3: 12-13-14 novembre 2015 ORARIO Dalle ore 8.30 alle 16.30 SEDE DEL CORSO Via Rosmini 4/A - 3° piano Corso accreditato su Sistema ECM Regione Piemonte COD. 16778 - Crediti calcolati: 24		MODULO MFM 007 LOGANDINA	Revisione n° 0 Data di emissione: 10 gennaio 2014 Approvato ed emesso in originale
	MODULO MFM 007 LOGANDINA	Revisione n° 0 Data di emissione: 10 gennaio 2014 Approvato ed emesso in originale			

Allegato 2. Brochure corso teorico pratico (1)

Allegato 3. Programma stage pratico di formazione sul campo (1)

FASE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA	ATTIVITÀ	PARTECIPANTI COINVOLTI	OBIETTIVO SPECIFICO	FIGURE COINVOLTE	TOTALE ORE PER I DISCENTI	DATA	FOGLIO FIRMA/ VERBALE...	NOTE
- Inizio progetto formativo I ° giornata	Contratto concordato	n. 3 professionisti: a) b) c)	Presentazione e accettazione del programma e degli obiettivi che si vogliono raggiungere	Tutor	5 ore	MARZO - APRILE*	Foglio firma	È previsto un incontro di ricapitolazione teorica della tecnica da applicare e verifica tra i discenti con sperimentazione pratica tra loro dei vari momenti d'induzione.
	Proiezione di slide ANIMATA commentata dai discenti con supervisione del tutor. Sperimentazione tra colleghi Riconoscimento e utilizzo canali comunicativi induzione stato di rilassamento con la tecnica "controllo del respiro" Verifica della <u>compliance</u> del pz all'esame, Verifica delle induzioni registrate e analisi dei dati,	n. 3 professionisti: a) b) c)	A. Utilizza tutte le fasi della procedura di induzione, conoscendone i principi teorici. B. Riconosce i canali comunicativi del pz e li utilizza E. Verifica l'esito dell'induzione prima che il pz effettui l'esame. F. Valuta la <u>compliance</u> del pz all' esame a termine procedura.	Tutor			Foglio firma	Nella giornata sono previste due fasi distinte una prima parte pratica che il tutor valuta su griglia, e /o registra con un dispositivo una seconda parte di analisi delle registrazioni e rimando della valutazione data dalla griglia di <u>apprendimento</u> al termine si dà il mandato per il prosieguo dell'attività in autonomia nei giorni a seguire con consegna scheda da compilare
Fase intermedia - I - del progetto II giornata	Presentazione e analisi dei dati raccolti con la scheda durante la settimana, analisi delle difficoltà incontrate nell'applicazione della tecnica	n. 3 professionisti: a) b) c)	- Elaborazione intermedia dell'esperienza - G. Analizzare l'induzione contestualizzandola al pz e alla condizione clinica	Tutor, referente	5 ore	MARZO - APRILE- MAGGIO*	Foglio firma	Valutazione delle schede compilate con griglia
	Utilizzo canali comunicativi applicazione di tecnica induttiva di CNV e "PASSI" Verifica della <u>compliance</u> del pz all'esame, Verifica delle induzioni registrate e analisi dei dati,	n. 3 professionisti: a) b) c)	C. Applica la comunicazione non verbale di induzione E. Verifica l'esito dell'induzione prima che il pz effettui l'esame. F. Valuta la <u>compliance</u> del pz all' esame a termine procedura.	Tutor			Foglio firma	Nella giornata sono previste due fasi distinte una prima parte pratica che il tutor valuta su griglia e/o registra con un dispositivo e, una seconda parte di analisi delle registrazioni e rimando della valutazione data dalla griglia di apprendimento, al termine si dà il mandato per il prosieguo dell'attività in autonomia nei giorni a seguire con consegna scheda da compilare

- Fase intermedia - II - del progetto III° giornata	Presentazione e analisi dei dati raccolti con la scheda durante la settimana, analisi delle difficoltà incontrate nell'applicazione della tecnica Applicazione del monoideismo plastico Verifica della <u>compliance</u> del pz all'esame, Verifica delle induzioni registrate e analisi dei dati,	n. 3 professionisti: a) b) c)	- Elaborazione intermedia dell'esperienza G. Analizzare l'induzione contestualizzandola al pz e alla condizione clinica D. Applica tutti i passaggi previsti affinché il paziente realizzi il " monoideismo plastico" E. Verifica l'esito dell'induzione prima che il pz effettui l'esame F. Valuta la <u>compliance</u> del pz all' esame a termine procedura	Tutor, referente Tutor	5 ore	APRILE-MAGGIO*	Foglio firma Foglio firma	Valutazione delle schede compilate con griglia Nella giornata sono previste due fasi distinte una prima parte pratica che il tutor registra con un dispositivo e valuta su griglia, una seconda parte di analisi delle registrazioni e rimando della valutazione data dalla griglia di <u>apprendimento</u>, al termine si dà il mandato per il prosieguo dell'attività in autonomia nei giorni a seguire con consegna scheda da compilare
Conclusione del progetto formativo IV ° giornata	AUTOVALUTAZIONE	n. 3 professionisti: a) b) c)	- Verifica finale apprendimento	Tutor, referente	5 ore	APRILE-MAGGIO*	Foglio firma, Verbale	È previsto un rimando al discente degli elementi acquisiti. Analisi dei dati raccolti circa il miglioramento del percepito da parte del pz Analisi dei punti di forza e di debolezza dell'esperienza formativa

RISULTATI.

CAPITOLO V.

LA FORMAZIONE DEL PERSONALE DEL CENTRO GRANDI USTIONI DI TORINO.

Ad un anno e mezzo dall'inizio del progetto, sono stati formati 14 infermieri, 11 medici (5 chirurghi plastici e 6 anestesisti) e 3 fisioterapisti per un totale di 28 professionisti che lavorano nel nostro Centro Ustioni (circa il 50% del personale).

L'efficacia del percorso formativo e la sua ricaduta pratica sono stati valutati attraverso un questionario, inviato via email a tutti i professionisti che finora hanno partecipato al progetto di formazione. Il questionario era costituito da 5 domande a risposta multipla e 3 a risposta aperta. Era richiesto di compilare i questionari e di consegnarli in forma cartacea presso un apposito punto di raccolta nel Centro stesso.

Sono state riconsegnati 11 questionari compilati (pari al 39,29%), di cui 7 forniti da infermieri, 2 da medici e 2 da fisioterapisti. Nonostante fosse garantito l'anonimato, molti hanno comunque desiderato interagire personalmente con il gruppo promotore del lavoro, esplicitando meglio le risposte date, proprio per contribuire all'ulteriore sviluppo del progetto.

I risultati del questionario (Tabella 3) sono stati presentati in una comunicazione orale nell'ambito del XXII Congresso Nazionale della Società Italiana delle Ustioni (24).

Tutti hanno apprezzato il corso, reputandolo efficace nel trasmettere la tecnica della comunicazione ipnotica. Inoltre, tutti ritengono, dopo aver completato il corso, che la comunicazione ipnotica sia uno strumento utile per il loro lavoro quotidiano, in particolare, per accrescere nel paziente la fiducia in se stesso e nelle proprie capacità.

- **Il corso ti è risultato utile per apprendere la tecnica della comunicazione ipnotica?**
 - Sì 11/11
 - No 0/11
 - In parte 0/11
- **Ritieni la comunicazione ipnotica uno strumento utile per la tua pratica quotidiana?**
 - Sì 11/11
 - No 0/11
 - In parte 0/11
- **Quali ritieni essere le principali difficoltà nell'attuare la comunicazione ipnotica? (è possibile scegliere più di una risposta)**
 - Difficoltà a ricordare la tecnica 9/11
 - Imbarazzo 5/11
 - Mancanza di tempo 4/11
 - Ripetitività 1/11
- **Cosa cambieresti del percorso formativo? (è possibile scegliere più di una risposta)**
 - Nulla 6/11
 - Tempo dedicato 2/11
 - Predilezione della pratica rispetto alla teoria 3/11
 - Necessità di refresh 3/11
 - Maggior continuità 2/11
- **Durante il periodo di tirocinio, cosa pensi possa fare il tutor per sostenere il tuo sviluppo?**
 - Necessità di tutor in loco 7/11
 - Nulla 3/11
 - Incontri esterni 1/11
- **Hai proposte o commenti che possano aiutarci? (risposte libere)**
 - Nulla 3/11
 - Necessità di più incontri 3/11
 - Fornire ulteriore materiale didattico 1/11
 - Fornire supporti video 1/11
 - Aumentare il tempo dedicato alla formazione 2/11
 - Essere seguiti da un tutor unico 1/11
- **Se vuoi indica un punto di forza del processo formativo: le risposte libere sono state**
 - Strumento valido per garantire l'empowerment del paziente
 - Miglioramento soggettivo dell'assistenza
 - Miglioramento della comunicazione all'interno dell'gruppo di lavoro
 - Crescita professionale
 - Nuovo strumento
- **Se vuoi indica un punto di debolezza del percorso formativo: le risposte libere sono state**
 - Percorso ancora in corso
 - Imbarazzo/disagio
 - Scetticismo degli altri operatori non formati
 - Richiede troppo tempo

Tabella 3. Questionario relativo al percorso di formazione

Molti hanno riscontrato, dopo la formazione ricevuta, non solo un miglioramento soggettivo dell'assistenza, ma anche una ricaduta positiva sulla comunicazione interpersonale all'interno dello stesso gruppo di lavoro.

Alcuni notano una trasformazione positiva dello stesso modo in cui si svolgono le procedure, in particolare le balneazioni. Infatti, il personale (avendo preso coscienza dell'importanza dell'esperienza soggettiva del paziente e di come questa si crei a partire dalla relazione che egli ha con gli operatori) evita durante le procedure rumori fastidiosi, commenti e discorsi inopportuni, si rivolge al paziente direttamente, coinvolgendolo e spiegando perché gli viene richiesto di assumere questa o quella posizione, rendendolo soggetto attivo delle cure e non più passivo, limita inoltre andirivieni di personale non necessari, nell'intento di creare un ambiente il più possibile calmo e confortevole.

Tuttavia, alcuni riportano di avere difficoltà nell'utilizzo della comunicazione ipnotica nella realtà quotidiana, soprattutto legate alla memorizzazione dei passaggi, ma anche all'imbarazzo personale e alla mancanza di tempo durante l'attività lavorativa. Molti richiedono, attraverso il questionario, di essere seguiti da tutor esperti, che li possano guidare, correggere e confermare nella loro pratica.

Nei colloqui seguiti al questionario, tuttavia, si rileva spesso che questa insicurezza è insussistente. A questo proposito ritengo significativa un'esperienza riportata da una collega infermiera. Durante il cambio medicazioni di una ragazza gravida, che all'ottavo mese di gestazione si è ustionata l'addome durante un incidente domestico, l'infermiera, per ridurre al minimo la somministrazione di farmaci, decide di applicare la comunicazione ipnotica e nello specifico di indurre uno stato di coscienza modificato per gestire meglio il dolore durante la medicazione. Inizia con una focalizzazione dell'attenzione.

« Fissa un punto - le ho detto - racconta l'infermiera - ma lei dopo aver guardato in alto per un minuto, ricomincia a parlarmi, si distrae, mi dice che è preoccupata - vabbè mi son detta, proviamo con un'altra tecnica - Chiudi gli occhi e concentrati sul tuo respiro - la paziente li ha chiusi, ma dopo poco li ha riaperti e mi ha detto che aveva paura delle conseguenze per la bambina. - Allora - racconta l'infermiera

- ho capito che era inutile, non ero abbastanza brava, non mi ricordavo tutti i passaggi. Ho lasciato perdere e ho pensato solo a fare il cambio dei bendaggi, dicendole - Ok, allora facciamo così: mentre sei qui e ti stiamo medicando, pensa alla tua bambina, a come la senti ora nella tua pancia, mentre si muove e intanto potresti pensare anche a come sarà bello quando sarà tra le tue braccia e puoi iniziare già a chiamarla con il suo nome, quel nome che hai scelto per lei - Ecco, finalmente la paziente si è rilassata ed abbiamo finito la medicazione con grande soddisfazione sia nostra che sua».

L'infermiera concludeva che non era capace, che non aveva saputo applicare bene la tecnica insegnatale. Chi ascoltava il racconto riconosceva, invece, che dopo una iniziale rigidità, l'operatrice aveva dimostrato non solo la capacità di concentrarsi su quello che veramente era importante per la paziente (che la sua bambina fosse sana), ma aveva dato prova anche di saper utilizzare correttamente i principi della comunicazione ipnotica, anche se in modo non consapevole, forse perché legata all'idea di un tecnicismo nei vari passaggi che portano il paziente a focalizzare l'attenzione, guidati dai ricalchi per poter accettare le suggestioni date. Cosa che l'operatrice ha puntualmente fatto, adeguando per fortuna i principi della comunicazione ipnotica alla persona assistita.

Nel nostro Centro, attualmente, l'ipnosi e la comunicazione ipnotica sono applicate, anche se non da tutti gli operatori, fin dai primi momenti in cui si riesce a stabilire una relazione efficace con il paziente, non appena è sospeso il coma farmacologico (da alcuni anche prima), adattando tecniche e modalità alle diverse situazioni cliniche ed ai diversi obiettivi.

Un ottimo esempio è rappresentato dalle considerazioni delle fisioterapiste che seguono i pazienti grandi ustionati (25). Le fisioterapiste notano come, seppure gli obiettivi fisioterapici si modifichino secondo lo stadio evolutivo della patologia (ustione acuta, subacuta e ed esiti cicatriziali), vi sia comunque sempre la necessità di gestire l'ansia ed il dolore del paziente. Di conseguenza, tecniche come l'ipnosi e la comunicazione ipnotica trovano applicabilità in tutte le fasi. Sottolineano, però, che, proprio come le strategie riabilitative sono diverse in relazione al problema del

paziente in quel particolare momento, lo stesso deve avvenire con la tecnica ipnotica impiegata. Quando il problema prevalente è rappresentato da limitazioni muscolari, tendinee, articolari, il lavoro riabilitativo consiste soprattutto in una mobilitazione passiva o minimamente attiva ed allora ritengono utile l'ipnosi ottenuta attraverso un'induzione formale del soggetto. Quando, invece, il problema prevalente è una riduzione della forza muscolare e del tonotrofismo, allora sembra loro più vantaggioso far utilizzare al paziente un gesto di ancoraggio per entrare in autoipnosi e poter compiere attivamente gli esercizi anche a domicilio. Infine, quando il problema prevalente è rappresentato da un calo della cura di sé e dell'iniziativa personale, allora sono vantaggiose tecniche di comunicazione ipnotica capaci di incrementare la motivazione del soggetto.

I risultati fin qui conseguiti dal nostro processo formativo sono stati rivisti insieme al Dott. Stella, primario del Centro Ustioni del CTO di Torino e sostenitore del progetto fin dal suo inizio. Egli sottolinea come il corso, in base alle risposte al questionario distribuito, ma anche ai riscontri personali, abbia fidelizzato il 100% dei partecipanti alla tecnica ipnotica. Rimarca che questo rappresenta già di per sé un traguardo importante e concreto. Infatti, in genere, tra i partecipanti ai corsi, non solo in ambito medico, si registra sempre una quota di soggetti che restano critici e dubbiosi circa l'utilità e l'affidabilità della formazione ricevuta.

La constatazione che ipnosi e comunicazione ipnotica non siano ancora applicate da tutti gli operatori sistematicamente a tutti i pazienti trova, a suo parere, giustificazione nel fatto che per il momento solo il 50% del personale è stato formato. Inoltre, evidenzia come sia comunque da riconoscere che anche il personale non ancora formato ha potuto verificare durante l'attività clinica non solo in cosa consista effettivamente l'ipnosi, per averla vista praticare dai colleghi, confutando così alcuni pregiudizi, ma anche che ha potuto appurarne i benefici, in termini di aderenza ai trattamenti proposti e di riduzione della somministrazione di farmaci. Ritiene, dunque, che al momento tra gli operatori del Centro ci sia "chi fa" e "chi lascia fare", ma non ci siano più ostili alla tecnica.

Mette in evidenza come questo sia un sicuro vantaggio nella sua ulteriore diffusione. Egli stesso, racconta, ha eseguito personalmente molte procedure utilizzando la comunicazione ipnotica, verificandone i risultati. In particolare,

notando come il fatto di essere coadiuvato durante la procedura da personale, non esperto nell'ipnosi, ma comunque informato della sua esistenza e validità abbia molto semplificato il suo operare.

Il Dott. Stella auspica, da ultimo, che il progetto formativo sia completato, arrivando al 100% della formazione del personale, e che l'utilizzo dell'ipnosi sia sistematizzata fino ad essere offerta a tutti i pazienti sin dal momento del loro ricovero al Centro.

DISCUSSIONE

Al termine del resoconto dell'introduzione dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica al Centro Grandi Ustionati di Torino, vorrei proporre alcune riflessioni personali riguardanti proprio il mio percorso individuale e soggettivo di avvicinamento a queste metodiche.

Un percorso, il mio, che si è sviluppato parallelamente a quello più ampio del nostro Centro. Infatti, devo ammettere, che, se non spinta dai dati raccolti relativamente al nostro approccio al dolore, dai racconti dei pazienti ex grandi ustionati e dalla letteratura medica a riguardo, mai mi sarei immaginata di arrivare neppure a proporre ai miei colleghi di prendere in considerazione un qualcosa che ritenevo privo di sostanza scientifica come l'ipnosi.

Mi sono dovuta ricredere. Eccome.

Sulla base di tutte le considerazioni riportate sopra, mi trovavo circa 3 anni fa desiderosa di capirne qualcosa di più, ma persa nel mare dei soggetti che si propongono come ipnotisti e come tenutari di corsi sull'ipnosi. Ho iniziato con un corso molto breve, scelto per caso, confesso, perché propostomi da una conoscente appassionata di medicina alternativa. Costava poco e mi son detta "Be' che male può fare. Soprattutto a me che ho la testa ben sulle spalle ed i piedi ben piantati per terra". Ne ho tratto un insegnamento basico e forse anche grossolano.

Basta far dire di sì tre volte al soggetto e poi gli puoi suggerire e far accettare un'idea nuova e farla diventare in lui tanto forte da determinare dei cambiamenti fisici. Mi ricordavo a malapena che questa roba si chiama "monoideismo plastico".

Qualche settimana dopo, mi sono trovata da sola di guardia di notte al Centro Grandi Ustionati. A quel tempo avevamo una signora ricoverata, Rosina. Rosina si era ustionata 3 mesi prima e aveva avuto un percorso clinico lungo e complicato, come molti dei nostri pazienti. Ne stava uscendo bene, ma aveva ancora la tracheostomia che era stata necessaria per le sue cure. Da circa due settimane aveva sviluppato una tosse stizzosa che non riuscivamo a trattare. Avevamo cambiato la

cannula più volte, scegliendo diametri e lunghezze diverse, ma niente la tosse di Rosina continuava. Allora avevamo chiamato un consulente otorinolaringoiatra che aveva controllato in fibroscopia la trachea di Rosina senza trovare niente di patologico.

Quella notte di nuovo Rosina tossiva e tossendo si agitava ed agitandosi faceva agitare l'infermiere che la seguiva e l'infermiere allora aveva chiamato me. A quel punto non sapevo proprio cosa fare di più per Rosina. Di cambiarle un'altra volta la cannula tracheostomica nel cuore della notte proprio non ne avevo voglia. "Be' – mi son detta- proviamo con sta roba del monoideismo plastico. In fondo, che male può fare?". Allora ho preso la mano di Rosina e gliela ho appoggiata con la mia sul suo sterno. "Rosina cosa senti? Un fastidio in gola?" "Sì". Dice Rosina. "Allora ora facciamo una cosa che fa passare il fastidio in gola. La senti la mia mano sulla tua? Sì? Bene. Senti la tua mano sul tuo petto? Sì? Bene, benissimo. Senti che schiaccio di più? Sì? Perfetto. E ora senti che il fastidio diminuisce. Lo senti che diminuisce?" E Rosina inizia a tossire più piano, di meno e poi smette. Rosina smette di tossire ed io e l'infermiere ci siamo guardati esterrefatti. Qualche giorno dopo le abbiamo tolto la cannula tracheostomica perché oramai respirava perfettamente da sola e poi l'abbiamo dimessa.

Quella è stata la prima volta che io ricordi di aver usato consciamente l'ipnosi. Ho capito che funzionava, ma allora sono cominciati i mille dubbi. Avevo paura di sfruttare la mia posizione di medico, il mio camice. Rosina si era fidata di me perché ero l'anestesista che l'aveva curata in tutti quei mesi e mai si sarebbe aspettata che io le proponessi qualcosa di non scientificamente provato. Rosina ci aveva creduto, aveva creduto in me come medico che invece avevo usato un trucchetto.

Poi, a forza di pensarci su e di leggere e studiare e osservare, ho capito che la relazione medico-paziente è naturalmente già asimmetrica. Tanto vale esserne consapevoli e usare quel camice, quella posizione come un placebo.

Qualche tempo dopo ho saputo che alcune infermiere delle Molinette, la nostra stessa Azienda, usavano già da anni la comunicazione ipnotica. Le ho contattate, spiegando tutta la nostra storia, del perché volessimo proprio l'ipnosi nel nostro

Centro. Le ho fatte venire in reparto. Hanno visto come funzionavamo ed hanno conosciuto i nostri pazienti. Io, il Dott.Stella e la caposala Dott.ssa Molon le abbiamo convinte. Forse, a dire il vero, sono i nostri pazienti che le hanno convinte. Abbiamo progettato il primo corso formativo per il personale.

Di lì il prosieguo della storia dell'ipnosi al Centro Grandi Ustionati di Torino la sapete già.

Per parte mia ne ho voluto capire di più. Ho visto cosa riuscivano a fare alcuni e volevo farlo anche io. Ho seguito altri corsi dove mi hanno insegnato l'induzione formale. "Fissa il punto" e tutte le altre tecniche. Per un po' mi è bastato, ma poi non le sentivo più mie. Volevo sapere cosa c'era alla base, cosa si poteva fare con questo strumento e se potevo realizzarla in altri modi, meno tecnici. Ho continuato a leggere studiare e mi sono iscritta al CIICS.

Intanto i dubbi continuavano. Come fare a non diventare una ciarlatana? Dove sta il limite? Chiedendo ed ascoltando chi la pratica da anni, ho capito che il limite sta nel fare il tuo. Nell'usarla come uno strumento in più all'interno della tua pratica, sulla base delle conoscenze che hai delle condizioni cliniche del tuo paziente. Senza pretendere di usarla per scopi diversi, addentrandoti in territori (ad esempio nel mio caso la psicologia e la psichiatria) che non sono alla base della mia formazione. Nell'usarla con responsabilità.

Altre volte mi sono chiesta se i miei risultati non fossero miserelli al cospetto di quelli vantati da altri. Io per cambiare i bendaggi ad un paziente grande ustionato uso l'ipnosi, ma un po' di oppiaceo glielo faccio comunque. "Starò mica barando?" Mi sono chiesta. Al momento, mi rispondo di no. Il mio obiettivo non è far vedere quanto sono brava ad indurre il paziente. Il mio obiettivo è che lui stia bene. Che tra farmaci e comunicazione ipnotica usati in modo complementare abbia una esperienza positiva, che riesca a fare il cambio bendaggi potendo mangiare pranzo e facendo gli esercizi di fisioterapia quello stesso giorno perché non è stato sedato profondamente.

Mi sono interrogata molto anche sul perché tanti professionisti sanitari, medici ed infermieri, trovino tanto difficile imparare ed usare l'ipnosi e la comunicazione ipnotica. E sul perché anche quando le sanno usare non riconoscano a volte la loro abilità, come è successo all'infermiera di cui ho raccontato nel precedente capitolo. Credo che il problema derivi da anni in medicina di separazione della tecnica, del sapere scientifico dalle competenze umane, dalla relazione con l'altro, con totale negazione dell'importanza di queste ultime. Ed allora, quando ci viene proposto un qualcosa che fa leva sul rapporto comunicativo ed empatico con l'altro, lo riconosciamo come importante, sì, ma vorremmo padroneggiarlo con lo stesso sapere, quello tecnico-scientifico, che ci è stato insegnato ed inculcato a lungo come l'unico a cui dobbiamo far riferimento.

Credo invece che il segreto stia nel focalizzarci sull'altro come persona, nel riconoscerlo degno di attenzione, al di là di ogni tecnicismo. Allora, forse, useremo l'ipnosi senza più "fare l'ipnosi". Saremo semplicemente ipnotici.

CONCLUSIONI

Negli ultimi anni, nel Centro Grandi Ustionati in cui lavoro in qualità di anestesista, abbiamo radicalmente cambiato il nostro approccio al dolore e all'ansia del paziente, introducendo l'ipnosi e la comunicazione ipnotica come complementari al trattamento farmacologico.

Dal 2010 era in uso nel nostro Centro un protocollo farmacologico. Il nostro protocollo antalgico era basato esclusivamente sull'impiego di farmaci sedativi ed analgesici e ci consentiva di raggiungere risultati buoni nel controllo del dolore a riposo e nel dolore incidente (seppur gravati da effetti collaterali quali la nausea e la stitichezza), ma risultati del tutto insoddisfacenti per quanto riguardava il dolore procedurale relativo al cambio medicazioni, all'inserimento di dispositivi (quali i cateteri endovascolari, il sondino nasogastro, il catetere urinario) e ai trattamenti fisioterapici.

Abbiamo quindi deciso di concentrarci in particolare sul dolore procedurale verificando il vissuto dei pazienti mediante la lettura e l'analisi di patografie (racconti di malattia) scritte da pazienti ex grandi ustionati e valutando quantitativamente (attraverso uno specifico questionario chiamato Burn Specific Pain and Anxiety Score-BSPAS) e qualitativamente (interviste ai pazienti) l'ansia ed il dolore connessi alla procedura. E' proprio riflettendo su questi dati che abbiamo evidenziato che il problema riportato dai pazienti non era relativo tanto al dolore di per sé, che era da loro stessi ritenuto controllato in modo sufficiente dai farmaci, ma dalla loro percezione dell'esperienza. Si vedevano oggetto dei trattamenti e non soggetto attivo del processo di cura.

Siamo quindi passati allo studio di come cambiare e migliorare il nostro approccio all'ansia ed al dolore nel paziente grande ustionato. In questa fase, aiutati da bibliotecari e metodologi, abbiamo realizzato una ricerca bibliografica sull'argomento. Le linee guida internazionali individuate propongono l'ipnosi come trattamento complementare da introdurre in combinazione con quello farmacologico nell'approccio al dolore e all'ansia nel paziente grande ustionato. La

letteratura scientifica conferma che l'ipnosi, utilizzata in combinazione con il tradizionale approccio farmacologico, è efficace nel ridurre non solo l'ansia ed il dolore dei pazienti grandi ustionati, ma anche il numero di procedure chirurgiche necessarie per la loro guarigione, la degenza ospedaliera e di conseguenza i costi. Grazie alla collaborazione con professionisti che operano nella nostra stessa Azienda Ospedaliera già esperti di comunicazione ipnotica siamo riusciti a pensare e realizzare un progetto di formazione teso all'introduzione dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica nel nostro Centro.

I risultati finora ottenuti sono incoraggianti. I professionisti sanitari (medici ed infermieri) già formati, circa il 50% del personale che opera al Centro Grandi Ustionati, riconoscono nell'ipnosi e nella comunicazione ipnotica uno strumento in più per approcciarsi al dolore ed all'ansia dei loro pazienti, ritenendole utili per l'empowerment del paziente. Molti hanno riscontrato, dopo la formazione ricevuta, non solo un miglioramento soggettivo dell'assistenza fornita ai pazienti, ma anche una ricaduta positiva sulla comunicazione interpersonale all'interno dello stesso gruppo di lavoro.

Il nostro gruppo si propone di continuare il progetto, arrivando a formare tutti gli operatori, per rendere la comunicazione ipnotica una tecnica utilizzabile in tutte le attività assistenziali con il fine di garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata.

RINGRAZIAMENTI

Voglio qui ringraziare tutti coloro che hanno reso possibile l'introduzione dell'ipnosi della comunicazione ipnotica al Centro Grandi Ustionati.

In particolare:

- Il Dott.Stella, primario del Centro Grandi Ustionati, che non solo ha sostenuto da subito il progetto, ma a cui va il merito di averlo suggerito da primo.
- La Dott.ssa Molon, coordinatrice del Centro, e la Dott.ssa Tedeschi che mi hanno accompagnato nelle prime fasi di avvicinamento all'ipnosi e nell'ideazione del percorso.
- L'Associazione Asieci, in particolare la Dott.ssa Muro e la Dott.ssa Properzi, che hanno imparato a voler bene ai nostri pazienti e con pazienza e dedizione ci hanno trasmesso le abilità e la passione.
- La SC Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane – Formazione e Aggiornamento della nostra Azienda che ci ha aiutato nella progettazione del percorso formativo.
- Il Dott. Berardino, primario dell'UO di Anestesia e Rianimazione, che, seppur uomo di scienza, si è lasciato convincere della bontà del progetto.
- Tutte le tesiste che ci hanno aiutato a raccogliere i dati qui esposti e a realizzare la revisione della letteratura scientifica.
- Tutto il personale del Centro Grandi Ustionati di Torino (medici, infermieri ed operatori socio-sanitari) che quotidianamente è coinvolto in questa avventura.

BIBLIOGRAFIA

1. Legge 15 marzo 2010, n. 38 in materia di. “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”; Gazz Uff n 65. 2010;1–7.
2. Faucher L, Furukawa K. Practice guidelines for the management of pain. J Burn Care Res [Internet]. 2006 [cited 2013 Oct 31];27(5):659–68. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16998398>
3. No Title. Dati Present dal Cent Ustioni di Torino forma Prelim al Congr della Eur Burn Assoc tenutosi all’Aja nel settembre 2011 e successivamente Complet fino a marzo 2013.
4. Taal L., Faber A., van Loey NE., Reynders CL., Hofland HW. The abbreviated burn specific pain anxiety scale: a multicenter study. Burns. 1999;25(6):493–7.
5. Loddo M. Enthymema. Enthymema. 2015;XIII:13–36.
6. Charon R. Narrative medicine : honoring the stories of illness. Oxford University Press; 2006. 266 p.
7. Torselli G. Diario di un grande amore. Magma; 2006.
8. Motto T. Margherita. 2014.
9. Nori P. Grandi ustionati. Einaudi; 2001. 143 p.
10. Pitzalis V, Laganà G, Elcograf C. Nessuno può toglierti il sorriso. Mondadori; 2014.
11. Marta Allué. Perder la piel [Internet]. Seix Barral; 1996. Available from: <https://www.entrectores.com/libros/marta-allue/perder-la-piel-marta-allue>
12. Marie-Josè Auderset. Brûlures profondes : Récit de vie de deux grands brûlés - Marie-José Auderset - Livres [Internet]. 2007. Available from: <https://www.amazon.fr/Br%C3%BBlures-profondes-R%C3%A9cit-grands-br%C3%BBl%C3%A9s/dp/2828909700>
13. European Burns Association European Practice Guidelines for Burn Care Minimum level of Burn Care Provision in Europe.
14. Depetris N, Tedeschi L, Druetto C, Molon A, Bergonzo D, Baglione F, et al.

THE CULTURAL ADAPTATION AND VALIDATION OF THE BURN SPECIFIC PAIN AND ANXIETY SCORE (BSPAS) INTO ITALIAN (P122). 2015;

15. Daniela Baldon LG. Le esperienze del dolore nei pazienti ustionati raccolte durante il loro ricovero: una ricerca qualitativa attraverso le illness narratives.
16. Clinical Practice Guidelines: Burn Patient Management ACI Statewide Burn Injury Service. 2014;
17. Patterson DR, Everett JJ, Burns GL, Marvin JA. Hypnosis for the treatment of burn pain. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 1992 Oct [cited 2016 Oct 16];60(5):713–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1383302>
18. Patterson DR, Ptacek JT. Baseline pain as a moderator of hypnotic analgesia for burn injury treatment. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 1997 Feb [cited 2016 Oct 16];65(1):60–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9103735>
19. Wright BR, Drummond PD. Rapid induction analgesia for the alleviation of procedural pain during burn care. *Burns*. 2000;26(3):275–82.
20. Frenay MC, Faymonville ME, Devlieger S, Albert A, Vanderkelen A. Psychological approaches during dressing changes of burned patients: A prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns*. 2001;27(8):793–9.
21. Askay SW, Patterson DR, Jensen MP, Sharar SR. A randomized controlled trial of hypnosis for burn wound care. *Rehabil Psychol* [Internet]. 2007;52(3):247–53. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2007-12188-001&site=ehost-live\nwiechman@u.washington.edu>
22. Shakibaei F, Harandi AA, Gholamrezaei A, Samoei R, Salehi P. Hypnotherapy in management of pain and reexperiencing of trauma in burn patients. *Int J Clin Exp Hypn* [Internet]. 2008;56(2):185–97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18307128>
23. Berger MM, Davadant M, Marin C, Wasserfallen JB, Pinget C, Maravic P, et al. Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *Burns*.

2010;36(5):639–46.

24. M.G.D'Onise, C.Bommarito, F.Muro, A.Molon, R.Di Lella, N.Sandrone MR. "Comunicazione ipnotica: un percorso formativo per migliorare il care del paziente ustionato." Dati Present al XXII Congr Naz SIUST (Società Ital Ustioni) tenutosi ad Alghero 6/7/8 ottobre 2016.
 25. D. Toscano, D. Arena, M. Muro, N. Depetris, A. Morra, M. Stella FD. No Title. Dati Present al XXII Congr Naz SIUST (Società Ital Ustioni) tenutosi ad Alghero 6/7/8 settembre 2016.
-