



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 2019

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA ALL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI

UNA STORIA DA SCRIVERE

Candidato

Sheila Giordano

Relatore

Dott.ssa Milena Muro

A Stefania e Sandra,

amiche e colleghe,

i vostri insegnamenti non sono perduti,

sono solo invisibili agli occhi di chi non vuole vedere!

INDICE.....Pag. 3

INTRODUZIONE.....Pag. 4

Il mio viaggio verso la comunicazione ipnotica.

Capitolo primo.....Pag. 8

La problematica del dolore procedurale in radiologia interventistica dell'Istituto Ortopedico Rizzoli: stato dell'arte.

Capitolo secondo.....Pag. 15

Valutazione dell'efficacia della comunicazione ipnotica nel dolore procedurale durante ago tac ossea: il protocollo di ricerca.

Capitolo terzo.....Pag. 28

Il progetto formativo per l'implementazione della comunicazione ipnotica all'Istituto Ortopedico Rizzoli secondo il modello della Regione Emilia Romagna.

Conclusioni.....Pag.37

Bibliografia.....Pag.38

Ringraziamenti.....Pag. 40

Introduzione

Il mio viaggio verso la comunicazione ipnotica

Sono un'infermiera dal 2004, lavoro all'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna nel Servizio di Anestesia, Terapia Intensiva e Terapia del dolore.

Nel 2009 in seguito all'apertura di un servizio ambulatoriale di terapia del dolore, mi sono avvicinata per curiosità e poca consapevolezza al mondo complesso del dolore.

A distanza di anni ho compreso che la presa in carico del paziente con dolore richiede il riconoscimento della persona nella sua globalità e necessita di un approccio multidisciplinare.

Misurare e somministrare la terapia non possono essere gli unici indicatori che definiscono l'infermiere che si occupa di terapia del dolore.

Forte di questa consapevolezza ho condotto un'analisi sistematica quadriennale (2012-2015) dell'attività svolta in ambulatorio allo scopo di raccogliere informazioni sul dolore ortopedico, sui trattamenti eseguiti ed i loro risultati.

Si è trattato di uno studio retrospettivo, punto di partenza per orientare l'attività futura, spunto di riflessione e confronto per possibili azioni di miglioramento.

La revisione sistematica ha riguardato l'elaborazione di informazioni su circa 1000 pazienti.

Il dolore è stato rilevato correttamente a 745 pazienti. La scala adottata per la sua misurazione è stata la Numeral Scale Rating (NRS) perché ritenuta semplice, rapida e di facile comprensione per i pazienti. Il dolore è stato rilevato in tre momenti: prima dell'inizio del percorso, al follow-up come valutazione di efficacia del trattamento, a distanza di dieci (10) giorni e alla fine del percorso.

Dall'elaborazione dei dati è emerso che la lombosciatalgia e la lombalgia sono stati i motivi di accesso prevalenti dei pazienti al nostro ambulatorio. I trattamenti effettuati sono risultati efficaci in termini di riduzione della sintomatologia dolorosa alla fine del percorso (media generale del dolore pari a NRS 3), rispetto all'inizio del percorso (media generale pari a NRS 8).

Il dolore nella patologia ortopedica è risultato essere invalidante con compromissione sia delle attività di vita quotidiana che lavorativa. La media della fascia d'età dei pazienti che accedevano all'ambulatorio era compresa dai 25 ai 65 anni.

Nonostante i risultati positivi raggiunti, gli anni di follow-up e di ascolto attivo dei pazienti mi dicevano qualcosa di diverso: "la loro percezione dell'esperienza dolorosa non era cambiata".

Riflettendo sul racconto dei loro vissuti sono arrivata alla conclusione che i pazienti si sono sentiti poco partecipi al percorso di cura.

Ho vissuto mesi di silenzio perché non riuscivo a tradurre in parole ai miei colleghi il vissuto dei pazienti, non avevo argomenti per distrarre la loro attenzione dal risultato positivo ottenuto.

Come potevo dire loro che i pazienti avevano bisogno di qualcos'altro?

Il silenzio è diventato senso di impotenza anche nella gestione del paziente con dolore acuto post-operatorio.

Il mio ruolo era diventato meccanicistico: rilevazione del dolore e somministrazione della terapia.

A dicembre 2018, in un turno di notte in ospedale, seguivo un paziente oncologico operato di vertebrectomia per una recidiva di Sarcoma di Ewing, con una storia importante di dolore cronico poco responsivo ai trattamenti farmacologici. Ricordo di

aver trascorso l'intera notte accanto a lui e nonostante le abilità empatiche di presenza, accompagnamento e ascolto attivo imprescindibili nella relazione d'aiuto, sono tornata a casa "devastata" non essendo riuscita a rispondere al suo bisogno di riposare.

Convivere con questa esperienza ha sollecitato in me il bisogno di affinare e accrescere competenze assistenziali avanzate basate sulla personalizzazione delle cure.

Mi sono affidata ad internet digitando nel motore di ricerca: "tecniche complementari per il trattamento del dolore", non ricordo come, ho trovato il corso di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnотica.

Ho deciso di frequentare il corso ignorando completamente la materia, allettata dalla strutturazione della proposta formativa illustrata.

Questo percorso ha rafforzato in me la consapevolezza che relazione e comunicazione sono ponte essenziale nella pratica infermieristica. La comunicazione ipnotica offre la possibilità di personalizzare l'assistenza perché è un vero processo dinamico, adattato alla singola persona.

Si inserisce nella Mission dell'infermiere che, nel prendersi cura della persona assistita in senso olistico, accoglie il suo contributo, il suo punto di vista e le sue emozioni al fine di valorizzare il mantenimento delle capacità residue e la promozione della maggiore autonomia.

L'infermiere esperto in comunicazione ipnotica diventa non sostituto ma guida promotore, accompagnatore nel processo.

Queste sono state le premesse per iniziare il mio viaggio verso il cambiamento.

"C'è solo una cosa da FARE, iniziare a FARE".

Lo scopo di questa tesi è descrivere la fase preparatoria per implementare la comunicazione ipnotica all'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Formazione e ricerca sono i due elementi, fondamentali ed imprescindibili, che ho deciso di sviluppare per mettere in moto un cambiamento perseguibile nella pratica e costruire alleanze; in un contesto dove l'ipnosi e la comunicazione ipnotica sono misconosciuti.

Capitolo primo:

La problematica del dolore procedurale in radiologia interventistica dell'Istituto Ortopedico Rizzoli: stato dell'arte.

Il dolore è il sintomo più frequentemente riferito dalla persona assistita al personale sanitario. Nelle Linee Guida del 2001 sulla “Normativa ospedale senza dolore” si sottolinea l'importanza di aumentare l'attenzione del personale coinvolto nei processi assistenziali nelle strutture sanitarie italiane, affinché vengano messe in atto tutte le misure possibili per contrastare il dolore, indipendentemente dal tipo di dolore rilevato, dalle cause che lo originano e dal contesto di cura. Mentre sono stati fatti importanti progressi per la gestione del dolore neoplastico e cronico, rafforzati dalla Legge 38/2010 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, meno rilievo viene dato alla gestione e controllo del dolore acuto da procedura invasiva.

Le procedure invasive diagnostiche e terapeutiche possono essere fonte di dolore, disagio fisico ed emotivo. Il disagio/discomfort può essere di natura fisica (malessere e scomodità per la durata della procedura o la necessità di dover mantenere una determinata postura o rimanere immobili per un lungo tempo) oppure emotiva (ansia e paura anche per l'esito diagnostico della procedura ed imbarazzo per l'esposizione del proprio corpo). L'intensità del dolore durante una procedura può variare da individuo ad individuo ed è influenzata da una serie di fattori, quali precedenti esperienze, dolore preesistente e/o cronico, il tipo di procedura e la sua durata, così come la possibile paura, ansia e aspettative del dolore ad essa associato.

È stato registrato un incremento delle procedure di radiologia interventistica negli ultimi anni ma continuano ad esserci pochi studi rispetto al controllo del dolore durante questi interventi (Mueller PR, 2000 Jun)

In questi studi viene segnalato come il controllo del dolore da procedura, in particolare durante Ago Tac sia ancora un problema sottostimato e che necessita di azioni di miglioramento. (England A & England RE, 2005 Nov). Lo scarso controllo del dolore risulta particolarmente critico nelle procedure che interessano l'osso.

Per questo motivo negli anni 2008-2010 è stato condotto, presso la radiologia interventistica dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, un primo studio analitico prospettico con l'obiettivo di documentare i livelli di dolore percepiti dal paziente prima, durante e immediatamente dopo la procedura di ago tac ossea, in relazione alla terapia antalgica eseguita, la sede del prelievo e le caratteristiche del paziente; valutando anche possibili variabili predittive per poter identificare protocolli di analgesia mirati. (Loretta Loro, 2012, Jun)

Lo studio è stato approvato dal comitato etico locale, dal 4 gennaio 2008 al 13 luglio 2010 sono stati arruolati 381 pazienti, di cui 99 esclusi perché avevano eseguito l'ago tac in narcosi. Sono stati quindi valutati 282 pazienti sottoposti ad ago tac ossea.

Il livello di dolore percepito è stato rilevato attraverso la Numeric Rating Scale (NRS) perché ritenuta uno strumento valido affidabile e con buona sensibilità e meno complessa della Visual Analogue Scale (VAS). (Hatsiopoulou O, 2003 Nov.Review), (Savoia G, 2002 Oct) (Williamson A, 2005 Aug.Review)

In 204 pazienti è stato possibile raccogliere il dato sul dolore percepito, sia prima che durante che subito dopo la procedura, nei restanti 78 il dato è stato raccolto sia prima che durante la procedura, ma non prima della dimissione per problemi organizzativi.

Le caratteristiche dei pazienti e della procedura riguardavano età, sede ago tac, terapia antalgica in corso, tipo di anestesia locale, livello del dolore prima della procedura.

A tutti i pazienti è stata somministrata una terapia antalgica immediatamente prima della procedura, nel 84% dei casi era rappresentata da infiltrazione locale di Mepivacaina cloridrato al 1% o 2%, nel 16% è stata somministrata anche terapia antalgica sistemica con paracetamolo.

I livelli di dolore medi prima della procedura erano di 2.4 sulla scala da 0-10 NRS ma la mediana era di 1 poiché 93 pazienti, pari al 33% giungeva in radiologia con un livello medio di dolore superiore a 4 della scala NRS e fra questi 54 (58%) non ricevevano terapia antalgica come trattamento stabile.

70 pazienti su 282 (25%) era già in trattamento con terapia antalgica, in questi il 55,7% (39/70) aveva un livello di dolore superiore a 4.

Durante la procedura la media del dolore è stata 6,5 ed in particolare il 25% dei pazienti aveva un dolore superiore a 4 (71/282) e il 53% (149/282) aveva un dolore superiore a 7.

Nei 204 Pazienti a cui è stato possibile valutare il livello di dolore percepito a 15 minuti post procedura, persisteva un livello di dolore superiore a 7 nel 17% (34/204) mentre la media complessiva del dolore di tutti i pazienti era di 3.

Per quanto riguarda l'andamento del dolore durante la procedura, nel 30% dei pazienti che afferivano presso la radiologia interventistica con dolore da 0 a 3 della scala NRS a cui veniva effettuata l'ago tac ossea, il dolore durante la procedura rimaneva pressoché invariato, nel 24% aumentava fra 4 e 6 della scala NRS e più della metà, cioè il 57,7% arrivavano a percepire il massimo dolore da 7 a 10. Anche nei pazienti con livelli di dolore prima della procedura già fra 4 e 6 o superiore a 7, la percezione del dolore rimaneva molto alta.

Dal presente studio è emerso che i livelli di dolore prima della procedura già indicavano che il problema dolore era sottostimato anche al di fuori della radiologia

interventistica. Infatti il 33,2% dei pazienti giungeva in radiologia con dolore superiore a 4 della scala NRS considerato non più ottimale dalle linee guida di riferimento.

Inoltre, fra i 70 pazienti in trattamento antalgico 39 (55,7%) percepivano un dolore superiore a 4 sempre della scala NRS, indice di scarsa efficacia della terapia antalgica.

È emerso inoltre che il livello medio di dolore durante la procedura di ago tac ossea era nettamente superiore ai livelli indicati in letteratura, anche rispetto all'unico studio trovato che valutava il dolore durante biopsie ossee dove, in questo piccolo gruppo di pazienti veniva usato solo anestetico locale e non la sedazione cosciente come accadeva nel nostro centro. Nello studio citato il dolore intra procedura per biopsie ossee era di 4,3 nettamente superiore confrontato ad altre procedure di radiologia interventistica valutate, mentre nel nostro la media era di 6,5 con una mediana di 7.

Non sono state identificate correlazioni fra dolore e sede dell'ago tac ossea, questo è stato imputato al non controllo del dolore in generale, dove il dolore da procedura era così intenso da coprire correlazioni di intensità minore. Anche il sesso non è risultato correlato, così come il tipo di analgesia utilizzato. In quest'ultimo caso il razionale è stato imputato al timing di tale terapia piuttosto che al suo contenuto. Il 16% dei pazienti che riceveva analgesia anche per via sistemica, la riceveva infatti subito prima di iniziare la procedura e questo può averne inficiato l'efficacia.

I pazienti anziani sono risultati meno suscettibili ad alti livelli di dolore durante la procedura, questo è stato giustificato dalla diminuita sensibilità al dolore tipico nell'avanzare dell'età.

L'aver individuato una minore recettività al dolore nei pazienti già in terapia antalgica deponeva a favore di un approccio complessivo, pianificato e programmato per tempo come già consigliato in alcuni lavori, per mettere il paziente in condizioni migliori per poter affrontare una procedura diagnostica invasiva. In questi lavori si consigliava

l'utilizzo e la sedazione cosciente in associazione all'anestesia locale. Sicuramente occorreva considerare strategie per ricondurre i livelli di dolore percepito entro limiti accettabili per i pazienti che dovevano sottoporsi ad ago tac ossea, rispetto a quanto evidenziato dal presente studio.

Lo studio ha evidenziato diversi limiti. Innanzitutto i dati sono stati raccolti da due soli infermieri, questo da un lato ha consentito un'alta omogeneità dei dati raccolti ma dall'altro, nei giorni in cui non erano in servizio, i pazienti che accedevano al servizio di radiologia interventistica non venivano arruolati, causando un bias di selezione. Inoltre non è stato raccolto il dato relativo al radiologo che operava durante la procedura, peraltro fatta da soli quattro medici tutti di grande esperienza.

In conclusione questo studio analitico prospettico ha confermato come il problema del dolore in radiologia interventistica era gravemente sottostimato. Pertanto era necessario approntare protocolli di terapia antalgica/sedazione nei pazienti che dovevano essere sottoposti ad ago tac ossea indipendentemente dalla sede oggetto di indagine.

I risultati di questo studio sono stati presentati ai soggetti interessati per la messa in atto dell'implementazione delle azioni di miglioramento, nello specifico nuovi protocolli antalgici, maggiore sensibilizzazione da parte dei medici radiologi ed anestesisti.

A distanza di più di un anno dalle azioni di miglioramento attuate si è proceduto ad una nuova verifica dei livelli di dolore (rilevazione fatta da novembre 2011 a maggio 2013) per monitorare quanto le azioni di miglioramento avessero ridimensionato il problema. La seconda rilevazione aveva evidenziato uno scarso miglioramento dei livelli di dolore anche per una non corretta applicazione del nuovo protocollo. Sono state fatte diverse azioni di "richiamo" per favorire la corretta applicazione. Si è cominciato a

somministrare anche analgesici maggiori specialmente nei giorni in cui era pianificata la presenza dell'anestesista nel servizio di radiologia interventistica.

Sono stati confrontati i risultati delle rilevazioni del dolore prima del processo di miglioramento e la rilevazione fatta da novembre 2011 a maggio 2013, sono stati eseguiti anche test di statistica inferenziale, per verificare se ci fossero delle differenze significative fra i due gruppi e da ultimo l'analisi multivariata al fine di identificare fattori predittivi sia positivi che di rischio.

I risultati hanno messo in evidenza che, benché i due gruppi erano numericamente diversi, avevano le stesse caratteristiche/variabili di base rendendo i due campioni confrontabili. Le uniche differenze significative riguardavano infatti la tipologia di protocollo antalgico somministrato ed i livelli di dolore percepito durante e dopo la procedura. Il dolore prima della procedura era invece sovrapponibile.

Il dolore in relazione alle diverse parti anatomiche non variava. Se il paziente era già in terapia antalgica partiva da un dolore di livello più alto (significativo), il dolore intra procedura aumentava come nei pazienti senza terapia e nel post procedura restavano più addolorati in modo significativo rispetto a chi non faceva terapia antalgica.

Rispetto ai protocolli usati ed i livelli di dolore, chi riceveva solo Carbocaina 1 o 2%, la percentuale dei pazienti con dolore superiore a 3 durante la procedura era del 78%. Per i pazienti trattati con Carbocaina più Ossicodone, il dolore superiore a 3 durante la procedura era nel 34% dei casi, mentre quelli che ricevevano un trattamento con oppioidi maggiori solo nel 29% e, in questo caso l'effetto permaneva più a lungo nel post procedura.

Protegeva dal dolore intra procedura l'età anziana, il sesso maschile, il protocollo con stupefacenti e quello con ossicodone.

Da ultimo proteggeva iniziare il trattamento con valori di NRS bassi, stesse variabili risultavano protettive anche nell'immediato post procedura. Scompareva solo il genere.

I fattori predittivi di dolore grave durante la procedura erano l'età, il protocollo e il partire già con dolore, la stessa cosa nel dolore post procedura dove scompariva l'età e compariva il sesso femminile.

Nonostante si continui a parlare di Ospedale senza Dolore l'attenzione al dolore/disagio del paziente non è ancora sufficiente e le informazioni sull'opportunità di controllarlo con un adeguato approccio farmacologico non sono esaurienti, in particolare se riferite all'ansia e alla paura.

Il dolore procedurale nel nostro Istituto rappresenta tutt'oggi un problema irrisolto.

La partecipazione al corso di base di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnотica mi ha consentito di acquisire maggiore consapevolezza sulla spendibilità della comunicazione ipnotica nei diversi setting assistenziali e di cura.

Venire a conoscenza che la comunicazione ipnotica è già ampiamente utilizzata durante le procedure invasive e/o dolorose al fine di permettere al paziente di vivere l'esperienza di cura in modo più appropriato e ottenere il miglior benessere psicofisico; mi ha fornito lo spunto per individuare il punto di partenza da dove iniziare ad implementarla nel nostro Istituto.

Il capitolo successivo prevede la costruzione di un protocollo di ricerca improntato sulla valutazione dell'efficacia della comunicazione ipnotica durante l'ago tac ossea. Rappresenta un tentativo per cercare di trovare una probabile alternativa/soluzione all'annoso problema del dolore procedurale ancora esistente.

Capitolo secondo:

Valutazione dell'efficacia della comunicazione ipnotica nel dolore procedurale durante ago tac ossea. Trial randomizzato e controllato

Introduzione

Il dolore procedurale rappresenta un problema significativo e sostanziale. La sfida di ottenere un adeguato controllo del dolore senza effetti collaterali negativi che impattano sul soggetto e sulla spesa sanitaria, aggrava ulteriormente il problema e fornisce la logica per la ricerca di alternative di medicina complementare.

L'ipnosi ha una lunga storia nel trattamento del dolore ed è una delle tecniche di gestione non farmacologiche più riconosciute, ma nonostante la lunga eredità dell'ipnoanalgesia in medicina, i meccanismi di riduzione del dolore ipnotico sono ancora oggetto di discussione.

Un recente studio nel 2016, dove le prove cliniche per l'efficacia dell'ipnosi nel trattamento del dolore procedurale acuto, sono state valutate criticamente sulla base di segnalazioni da studi clinici controllati randomizzati (29 RCT) ha messo in evidenza che l'ipnosi diminuisce il dolore e che è almeno altrettanto efficace di terapie psicologiche o comportamentali aggiuntive comparabili. (Cassie Kendrick, 2016)

Altri studi hanno permesso di osservare come l'effetto antidolorifico o antinocicettivo dell'ipnosi è tale da ridurre il dolore di almeno del 50%. (Casiglia, 2007)

Sono presenti anche studi relativi all'utilizzo dell'ipnosi nel trattamento del dolore, nei pazienti grandi ustionati durante il cambio delle medicazioni, e tutti concludono dimostrando che l'utilizzo dell'ipnosi è efficace nel ridurre il dolore procedurale in questi pazienti. (Askay SW, 2007) (Berger MM, 2010). In letteratura sono riportate

numerose definizioni di ipnosi. Quella tutta italiana appartiene al Dottor Granone (1989) dove definisce l'ipnosi una particolare condizione psicosomatica in cui persiste uno stato di coscienza diverso dal normale stato di veglia e da tutte le fasi del sonno. Questo particolare stato fisiologico dell'organismo si instaura quando intervengono particolari stimoli dissociativi. Lo stato ipnotico, quindi è uno stato di coscienza modificato, fisiologico e caratterizzato dalla presenza di monodeismo plastico. Quest'ultimo è il fulcro del momento ipnotico vero e proprio, si ottiene permettendo ed aiutando il soggetto a restringere al massimo il proprio campo di interessi ed orientando l'attenzione su una sola idea che presenta effetti plastici, cioè somatici, osservabili e misurabili. Il soggetto non perde coscienza, è solo completamente assorbito dall'esperienza interna che sta vivendo.

La capacità di creare analgesia in ipnosi è una delle caratteristiche di maggior interesse per il campo medico ed infermieristico.

In ambito clinico, l'ipnosi viene spesso utilizzata come miorilassante ed ansiolitico in quanto lo stato ipnotico è in grado di realizzare una condizione di rilassamento muscolare, fondamentale durante l'esecuzione di procedure invasive.

In ambito infermieristico, invece, viene utilizzata la Comunicazione Ipnotica, definita come una tecnica che utilizza l'applicazione consapevole del linguaggio e dei meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente, per indurre nel paziente uno stato mentale naturale e diverso dagli stati di veglia e sonno, offrendogli l'opportunità di sviluppare e incrementare le capacità di autoapprendimento e autodeterminazione. (Muro, 2016)

Lo stato mentale d'ipnosi è quindi uno stato fisiologico e dinamico, che induce rassicurazione e tranquillità nel paziente in difficoltà, favorendo la collaborazione e la cura.

La comunicazione ipnotica è uno strumento efficace che può essere adottato in autonomia dall'infermiere. L'utilizzo di questa metodica nelle procedure invasive consente di ottenere una riduzione dell'ansia e del dolore ed una migliore compliance del paziente alla procedura portando benefici sia per il paziente, i familiari, i sanitari e vantaggi in termini organizzativi e di riduzione dei costi. Uno degli obiettivi dell'assistenza infermieristica è quello di favorire lo sviluppo nel paziente dell'autoefficacia, dell'autodeterminazione facendo emergere risorse latenti e portando l'individuo a riappropriarsi del proprio potenziale.

È opportuno segnalare che in nessun caso si può utilizzare la competenza infermieristica sopra specificata allo scopo di effettuare pratiche psicoterapiche.

In Italia esistono esperienze e studi condotti da infermieri esperti in comunicazione ipnotica.

Il presidio ospedaliero Molinette di Torino è stata l'azienda pilota nell'implementazione della Comunicazione Ipnotica, iniziativa condotta nell'ambito dei programmi coordinati dal COSD (Comitato aziendale Ospedale senza Dolore) con l'obiettivo di ridurre l'intensità dell'ansia e del dolore percepito durante le procedure invasive.

Nel 2007 è stato condotto uno studio pilota con l'obiettivo di valutare l'efficacia della tecnica. Sono state arruolate 49 donne che avevano subito un intervento chirurgico al seno e che dovevano essere sottoposte a mammografia. Le pazienti sono state addestrate da un'infermiera esperta in comunicazione ipnotica all'uso dell'autoipnosi durante l'esame, al termine del quale c'è stata una valutazione dell'intensità del dolore e delle emozioni sperimentate durante la procedura, confrontata con la valutazione delle esperienze precedenti. Dallo studio è emerso che, il dolore percepito utilizzando l'autoipnosi si è ridotto più del 50% rispetto alle esperienze precedenti, l'ansia e le

emozioni ad essa correlate si sono ridotte in media del 70% confermando i dati presenti in letteratura.

Tra febbraio e novembre 2008 è stato condotto un ulteriore studio osservazionale su un campione di convenienza di 188 pazienti, con l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'uso della comunicazione ipnotica nella riduzione del dolore e dell'ansia generati da procedure interventistiche.

I risultati hanno messo in evidenza che, il 50% dei 188 pazienti ha dichiarato un livello di ansia prima della procedura molto intenso (superiore a 7), nell'87% dei pazienti trattati l'ansia si è ridotta a valori inferiori al 2; l'88% dei pazienti ha riferito un dolore peri-procedurale inferiore a 3 e solo il 2% superiore a 7. Il 100% dei pazienti ha dichiarato di aver avuto beneficio dall'uso della comunicazione ipnotica, il 95% ripeterebbe l'esame con questa modalità, mentre la restante percentuale preferirebbe una sedazione farmacologica. I risultati sul controllo del dolore sono equiparabili a quelli ottenuti con l'utilizzo dei farmaci. (Muro, 2016)

Al momento non sono presenti studi che prevedono l'utilizzo della comunicazione ipnotica durante l'ago tac ossea.

Scopo:

Lo scopo del presente studio è quello di valutare se l'introduzione della comunicazione ipnotica durante l'ago tac ossea, in aggiunta al protocollo farmacologico standard, riduce il dolore e l'ansia legati alla procedura e migliora la compliance del paziente al fine di promuovere maggiore adesione al percorso terapeutico ed assistenziale.

Disegno:

Trial randomizzato e controllato di superiorità con gruppi paralleli in aperto con rapporto di allocazione 1:1. La randomizzazione sarà per blocchi di 10.

Setting:

Lo studio sarà condotto nella radiologia interventistica dell'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Selezione dei pazienti:

L'uso di questa tecnica è controindicato in quei soggetti con un compromesso rapporto con la realtà, oligofrenici e con difficoltà di apprendimento.

Criteri di inclusione:

- ✓ Tutti i pazienti adulti con età uguale o superiore a 18 anni, che devono essere sottoposti ad ago tac ossea non in narcosi.
- ✓ Tutti i pazienti che forniscono il consenso allo studio.

Criteri di esclusione:

- ✓ I pazienti con documentati problemi cognitivi o percettivi che impediscono la comunicazione.
- ✓ I pazienti affetti da patologie che possono compromettere la percezione del dolore (compressione o trauma midollare)
- ✓ I pazienti non in grado di comprendere la lingua italiana.

Criteri di valutazione degli obiettivi:

Obiettivo primario:

Misurare il picco massimo di dolore percepito dal paziente durante la procedura con la scala NRS (Numeric Rating Scale), indicata come scelta d'elezione per i suoi livelli di validità, affidabilità e sensibilità. (Hatsiopoulou O, 2003 Nov.Review), (Savoia G, 2002 Oct) (Williamson A, 2005 Aug.Review)

Il dolore viene misurato in tre tappe specifiche: all'ingresso in radiologia interventistica, a procedura appena conclusa, ed infine prima del ritorno in reparto, a 15 minuti dal termine dell'ago tac.

Obiettivo secondario:

- ✓ Misurare l'ansia percepita dal paziente prima, durante e a 15 minuti dal termine della procedura attraverso la scala VAS-A (Visual Analogue Scale-Anxiety), scelta perché ritenuta uno strumento valido, affidabile e facile per la valutazione dell'ansia preoperatoria. Permette inoltre di riconoscere pazienti che necessitano di interventi per ridurla. (Abend & O., 2014) (Acar, 2013)

L'ansia viene rilevata all'ingresso in radiologia interventistica, a procedura appena conclusa, ed infine prima del ritorno in reparto, a 15 minuti dal termine dell'ago tac. La rilevazione viene effettuata in concomitanza della rilevazione del dolore.

- ✓ Misurare il tempo di durata della procedura con il supporto della comunicazione ipnotica.
- ✓ Numero di boli di analgesia rescue somministrati durante la procedura.
- ✓ Misurare la variazione dei parametri vitali, come la pressione arteriosa (sistolica e diastolica) e la frequenza cardiaca durante la procedura.

Intervento in studio:

La Comunicazione Ipnotica viene utilizzata durante l'esecuzione dell'ago tac ossea, in aggiunta al protocollo farmacologico standard, al fine di ridurre dolore ed ansia ad essa correlati.

Viene strutturata in una sequenza determinata di fasi:

1. Contratto terapeutico.

È la prima tappa, il contratto viene offerto al paziente dall'infermiere esperto in comunicazione ipnotica, quando questo si trova in una condizione di bisogno, sprovvisto dei mezzi per affrontarlo. L'infermiere si impegna affinché questo desiderio o bisogno venga soddisfatto, diventando un punto di riferimento momentaneo per il paziente, ottenendo la sua fiducia.

Rientra nella capacità dell'infermiere, attraverso sia le parole e sia il linguaggio non verbale, ottenere la fiducia del paziente, per permettergli di abbassare le sue difese lasciarsi guidare nella condizione ipnotica. Durante questa condizione, il paziente è sempre cosciente, libero in qualsiasi momento in cui lo desidera di uscirne senza alcun tipo di condizionamento.

Nel contratto di fiducia è opportuno sottolineare l'importanza di creare lo "yes set". Si tratta di una serie di domande chiuse, ovvie e inconfutabili a cui non si può che rispondere di "sì", inducendo il paziente a pensare "hai ragione è proprio vero quello che dici". Lo yes-set permette di ottenere risposte affermative ad almeno tre domande o affermazioni.

2. Ordine motivato.

Quando c'è la necessità di far fare qualcosa ad un paziente è possibile dargli un ordine, purché questo sia motivato. È fondamentale motivare sempre, in quanto il cervello è predisposto ad accettare quello che viene detto. In caso contrario, la mente inconsciamente va alla ricerca di tutti i possibili perché. L'infermiere anticipandolo può evitare che la mente del paziente divaga, mantenendo la sua attenzione e disponibilità a seguirci.

3. Descrizione.

La descrizione fa riferimento ai nostri sensi, descriviamo cioè tutto quello che possiamo vedere, udire e percepire, sia del paziente e tutto ciò che ci circonda.

4. Ricalco.

Il ricalco fa riferimento a ciò che il paziente può vedere, udire e percepire. Quindi si descrive la realtà attraverso la percezione sensoriale del paziente, dicendo ciò di cui il paziente può accorgersi.

5. Suggestione.

Dopo aver fatto alcune descrizioni e ricalchi al paziente, a cui ha risposto sempre positivamente, si può passare a dare delle suggestioni.

La suggestione è parte fondamentale della comunicazione ipnotica, in quanto, attraversa quella che è l'area logica e critica del pensiero, arrivando a stimolare l'immaginazione, sede di emozioni e bisogni, e determinando, infine, il fenomeno ipnotico.

6. Ratifica.

Alle suggestioni, segue poi la verifica che esse abbiano sortito l'effetto desiderato sul paziente. Questa fase di valutazione si chiama ratifica.

7. Ancoraggio.

Con l'ancoraggio si conclude il processo ipnotico. Tale termine assume una valenza pratica, in cui si fissa nella mente del paziente un determinato stimolo (ancora visiva, uditiva, cinestetica) che gli consentirà la possibilità di ritornarci ogni volta che lo desidera, richiamando lo stato di benessere appena vissuto.

8. Riorientare.

Successivamente, si procede a riorientare il paziente nel qui ed ora, facendolo così riemergere dalla condizione ipnotica.

9. Verifica autoipnosi

L'ultima fase è rappresentata dalla verifica dell'autoipnosi, in cui si fa riprovare autonomamente al paziente la condizione ipnotica con l'uso dell'ancora creata precedentemente.

Confronto:

Trattamento standard:

Attualmente i pazienti sottoposti ad ago tac ossea, nell'Istituto Ortopedico Rizzoli, vengono trattati con il seguente protocollo.

In reparto di degenza:

- ✓ Per pazienti adulti con peso corporeo >40 kg ed età < a 70 anni, un'ora prima della procedura viene somministrato Oxycontin (ossicodone cloridrato) 10 mg 1 cp per via orale.
- ✓ Per pazienti di età > 70 anni, un'ora prima della procedura Oxycontin (ossicodone cloridrato) 5 mg 1cp per via orale.

Presso il Servizio di Radiologia:

- ✓ Ipnovel (midazolam) 2-3 mg totali (a boli frazionati di 1 mg), da somministrare 5-10 minuti prima della stimolazione dolorosa.
- ✓ Morfina 2 mg ripetibili al bisogno (dose max 10 mg), durante l'esecuzione della procedura.

In reparto di degenza nel post-procedura:

- ✓ Perfalgan (paracetamolo) 1 gr ev fino a tre volte/die,
- ✓ In alternativa Tachidol (paracetamolo+ codeina) 1 bustina per via orale fino a tre volte.

Percorso:

I pazienti candidati ad ago tac ossea nel nostro Istituto vengono ricoverati in regime di Day-Surgery e provengono dal reparto di Chirurgia Vertebrale Oncologica e

Degenerativa e dalla Clinica Ortopedica III a prevalente indirizzo oncologico. Le Ago Tac ossee vengono effettuate il martedì pomeriggio e il mercoledì mattina presso il servizio di Radiologia Interventistica.

All'ingresso del paziente in reparto, l'infermiere esperto in comunicazione ipnotica valuta se la persona ha i requisiti necessari per essere arruolato nello studio.

In caso positivo, spiegherà al paziente il rationale dello studio, sottoporrà l'informativa chiedendo il consenso alla partecipazione e concedendo il tempo necessario per la lettura e la consultazione prima dell'eventuale consenso e firma. Se il paziente acconsente, l'infermiere fa firmare il consenso e lo allega alla cartella clinica, procede alla randomizzazione (dettagliata nella sezione metodi) prendendo la prima busta opaca secondo il numero progressivo esterno. Imposta la prima parte della scheda raccolta dati (dettagliata nella sezione raccolta dati). Inserisce in cartella infermieristica la scheda rinvenuta nella busta di randomizzazione in cui si segnala la partecipazione del paziente alla sperimentazione e il braccio di appartenenza. Nel caso il paziente non dà il suo consenso alla partecipazione allo studio, l'infermiere lo trascrive sulla scheda raccolta dati che allega comunque alla cartella.

All'ingresso in radiologia, l'infermiere esperto in comunicazione ipnotica spiega la modalità di utilizzo della scala del dolore Numeric Rating Scale (NRS) e della scala dell'ansia Visual Analogue Scale -Anxiety (VAS-A), raccoglie i dati circa l'entità del dolore e dell'ansia prima della procedura ed infine registra i parametri della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca.

Se il paziente è nel braccio d'intervento sperimentale, oltre al protocollo standard previsto (vedi protocollo standard), l'infermiere esperto in comunicazione ipnotica procede ad applicare la stessa (vedi intervento in studio).

Al termine della procedura, l'infermiere rileva il dolore e l'ansia con le scale sopracitate e registra nuovamente i parametri vitali sopra elencati. Trascrive inoltre il numero di boli di analgesia rescue somministrati e il tempo di durata della procedura.

A 15 minuti dalla dimissione dal servizio di radiologia, l'infermiere rileva nuovamente il dolore e l'ansia del paziente con le scale sopracitate.

Raccolta dati:

Ad ogni paziente arruolato verrà compilata una scheda apposita di raccolta dati denominata: Scheda di valutazione del dolore e dell'ansia (SVDeA) nella procedura di Ago Tac ossea.

Questa scheda è suddivisa in tre parti:

- ✓ La prima parte raccoglie le informazioni anagrafiche del paziente (età, genere), sede Ago Tac, registra sia la valutazione del dolore percepito prima della procedura su una scala numerica da 0 a 10 (NRS), sia la valutazione dell'ansia percepita prima della procedura su una scala numerica che va da 0 a 100 ed infine la rilevazione di alcuni parametri vitali (frequenza cardiaca e pressione arteriosa) prima dell'esecuzione della procedura.
- ✓ La seconda parte riguarda le informazioni subito dopo l'esame del livello di dolore ed ansia percepiti, ulteriore rilevazione dei parametri vitali, il tempo della procedura e il numero di boli di analgesia rescue somministrati.
- ✓ La terza parte riguarda le informazioni sul livello di dolore e ansia percepiti alla dimissione dal servizio di radiologia.

Aspetti statistici:

Dimensione del campione:

Per lo studio in oggetto, ipotizzando una differenza minima tra i due gruppi (sperimentale e controllo) di 2 punti su scala NRS e una deviazione standard di 1 punto, un errore alfa di 0,05 ed una potenza di almeno 0.9; il numero minimo di casi da raccogliere sarà almeno 25 per gruppo per un totale di 50 soggetti. Tenendo conto del 10% di possibili persi al follow-up si ritiene di reclutare 30 soggetti per braccio.

Metodo di randomizzazione:

L'attribuzione al gruppo di trattamento in sperimentazione verrà stabilita attraverso una successione casuale computerizzata stratificata a blocchi di 10. Si predisporrà una sequenza di buste opache con all'interno l'indicazione del gruppo (Sperimentale o Controllo) secondo la successione generata dalla lista.

Analisi statistiche previste:

Tutte le variabili continue saranno espresse in termini di media, deviazione standard e range. Verrà utilizzata One Way ANOVA per valutare le medie del gruppo sperimentale e di controllo. Le variabili categoriali verranno riassunte in termini di frequenza e percentuale di incidenza; per valutare la differenza dei punteggi con $P > 0.05$ si userà il test non parametrico di Mann Whitney. Per tutti i test verrà considerata significativa una $P < 0.05$. Tutte le analisi saranno condotte usando il programma "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) software versione 15.0 (SPSS Inc., Chicago, USA).



Aspetti amministrativi e organizzativi:

Il centro di ricerca delle professioni sanitarie dell'ospedale Rizzoli resta a disposizione per qualsiasi criticità si verifichi nel luogo dove si conduce lo studio. Carica i dati nella banca dati specifica.

Capitolo terzo:

Il progetto formativo per l'implementazione della comunicazione ipnotica all'Istituto Ortopedico Rizzoli secondo il modello della Regione Emilia Romagna

Introduzione:

I processi di cambiamento attivati dal sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) e il lavoro dell'Osservatorio Regionale della formazione continua in sanità, stanno orientando l'azione formativa verso lo sviluppo di competenze professionali, in armonia con la Mission e gli obiettivi aziendali.

Per sostenere un processo di cambiamento professionale occorre pensare alla formazione come ad un percorso complesso, in cui intervengono dimensioni organizzative e culturali che fondano e danno senso allo sviluppo di una prospettiva professionale.

La formazione continua si rivolge al professionista con l'obiettivo di modificare il livello del suo contributo alla performance organizzativa come effetto di sviluppo di conoscenze, capacità e consapevolezza personale.

Per rispondere a questa esigenza, la commissione regionale per la formazione continua ECM ha introdotto i programmi formativi (PF), dove rientrano le iniziative di formazione complessa, costituite da un insieme di eventi differenti e con differenti destinatari ma che concorrono alla realizzazione del medesimo obiettivo. I PF danno una rappresentazione della programmazione formativa a supporto del raggiungimento degli obiettivi prioritari.

La comunicazione ipnotica è una competenza di tipo relazionale e comunicativo avanzata, rientra nelle tecniche di comunicazione efficace, pertanto l'acquisizione di

tale competenza richiede la progettazione di un percorso formativo che consente, come fine ultimo di padroneggiare lo strumento promotore di cambiamento.

Nel repertorio delle competenze relazionali e comunicative dell'Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR), è richiesta ai professionisti della salute la capacità di creare delle relazioni con qualsiasi tipologia di paziente e di verificare l'efficacia della propria capacità di comunicazione.

Pertanto la comunicazione ipnotica, strumento innovativo ed alternativo, che mira alla soluzione dei problemi di salute e alla richiesta di aiuto della persona assistita, rientra nelle competenze sopracitate

Fase preparatoria del progetto (analisi organizzativa e di contesto):

I continui progressi in medicina, anche da un punto di vista diagnostico, hanno comportato un maggior numero di procedure invasive anche a livello di indagine dell'apparato muscolo scheletrico.

Le procedure diagnostiche invasive riguardanti l'osso sono dolorose.

Nel nostro Istituto, sono state effettuate ricerche per documentare i livelli di dolore percepiti dai pazienti prima, durante, immediatamente dopo la procedura di ago tac ossea e stilati protocolli antalgici, nonostante ciò il problema dolore rimane ancora presente e sottostimato.

È in previsione, presso la radiologia interventistica dell'Istituto, uno studio randomizzato e controllato, con l'obiettivo di valutare se la comunicazione ipnotica risulta essere efficace durante l'esecuzione dell'ago tac ossea.

Il progetto formativo prevede una fase iniziale di sensibilizzazione sull'ipnosi e la comunicazione ipnotica ed è rivolta agli operatori sanitari. La formazione successiva è

destinata al personale sanitario della radiologia interventistica, individuato come reparto pilota.

Obiettivo generale del progetto:

Promuovere l'implementazione della comunicazione ipnotica nei vari setting assistenziali dell'Istituto, al fine di permettere una presa in carico olistica del paziente a garanzia, di qualità e continuità dell'assistenza erogata e vantaggi in termini organizzativi e di costi.

Obiettivi di apprendimento specifici:

1. Fornire al personale sanitario conoscenze teoriche riguardanti l'ipnosi clinica e la comunicazione ipnotica basate su evidenze scientifiche, al fine di sensibilizzare la diffusione di queste tecniche.
2. Mettere i professionisti coinvolti in condizione di poter applicare la tecnica di comunicazione ipnotica in ambiente protetto, al fine di poterla sperimentare in termine di efficacia e, soprattutto di efficienza.
3. Accompagnare i professionisti, nella fase di trasferimento della tecnica di comunicazione ipnotica, all'interno del proprio ambito lavorativo.
4. Favorire lo sviluppo di una rete di professionisti regionali esperta in comunicazione ipnotica in collaborazione con l'OPI di Bologna e Provincia (Ordine delle Professioni Sanitarie Infermieri). (Meta obiettivo)

Per il raggiungimento degli obiettivi sopracitati è necessario suddividere il percorso in diverse fasi formative da effettuarsi nell'arco temporale di due anni.

Fase formativa:

Primo obiettivo: “Fornire al personale sanitario conoscenze teoriche riguardanti l’ipnosi clinica e la comunicazione ipnotica basate su evidenze scientifiche, al fine di sensibilizzare la diffusione di queste tecniche”.

È prevista all’inizio del 2020 una giornata informativa e formativa sull’ipnosi e la comunicazione ipnotica in ambito sanitario. L’intenzionalità della formazione in questa fase è quella di diffondere conoscenze e riflettere sulle opportunità professionali (L2).

L’evento avrà la durata di otto (8) ore ed è rivolto a medici ortopedici, anestesisti, internisti, radiologi, infermieri, tecnici di radiologia e fisioterapisti.

Interverranno in questa giornata docenti esperti nell’ambito dell’ipnosi e della comunicazione ipnotica.

La metodologia didattica scelta per l’evento formativo è di tipo espositivo, pertanto si prevede una conduzione d’aula di tipo deduttivo, lezione e relazioni preordinate, confronto e dibattito con l’esperto.

Al termine del percorso i partecipanti avranno:

- ✓ acquisito conoscenze nell’ambito dell’ipnosi e della comunicazione ipnotica,
- ✓ acquisito conoscenze teoriche sulle tecniche e modalità ipnotiche,
- ✓ riflettuto sull’importanza dell’efficacia della comunicazione ipnotica nella relazione terapeutica.

Valutazione del percorso formativo:

- ✓ valutazione di gradimento a fine giornata,
- ✓ valutazione di apprendimento tramite somministrazione di questionario.

L'evento è accreditato ECM dal Provider IOR. La tipologia di accreditamento, compatibile con l'obiettivo prefissato, è la formazione residenziale interattiva (RES).

I criteri per l'attribuzione dei crediti è pari a 1,5 crediti/ora.

Secondo obiettivo: "Mettere i professionisti coinvolti in condizione di poter applicare la tecnica di comunicazione ipnotica in ambiente protetto, al fine di poterla sperimentare in termine di efficacia e, soprattutto di efficienza".

Il raggiungimento di questo obiettivo è previsto nell'arco del 2020.

L'intenzionalità della formazione in questa fase è quella di acquisire competenze nell'ambito della comunicazione ipnotica per poi trasferire nel lavoro quanto appreso.
(L3)

I destinatari di questa formazione sono gli infermieri, i medici radiologi, e i tecnici del servizio di radiologia interventistica.

Il corso è articolato in sei (6) giornate di quattro (4) ore ciascuno (totale ventiquattro, 24, ore):

La metodologia didattica scelta per la conduzione delle giornate formative è di tipo esperienziale, l'idea di laboratorio è quella che meglio descrive il contesto di apprendimento in cui questo percorso si svolge.

L'aula rappresenta un luogo e un tempo in cui sospendere l'agito professionale e riflettere su di esso. Inoltre è un luogo in cui avvengono i collegamenti tra il "qui ed ora" formativo e il "là e allora" professionale, al fine di costruire nuovi punti di vista e aggiungere nuove conoscenze. Sono previste giornate interattive con lavori di gruppo, giochi di ruolo, role playing, discussione di filmati e dimostrazione delle tecniche ed esecuzione diretta di quanto appreso.

Al termine del percorso i partecipanti saranno in grado:

- ✓ utilizzare tutte le fasi della procedura d'induzione conoscendone i principi teorici,
- ✓ riconoscere i canali comunicativi dell'altra persona ed il loro utilizzo,
- ✓ applicare tutti i passaggi previsti affinché l'altra persona realizza il "monodeismo plastico",
- ✓ verificare l'esito dell'induzione,
- ✓ analizzare l'induzione contestualizzandola al paziente e alla sua condizione clinica.

Valutazione del percorso formativo:

- ✓ verifica del gradimento a fine percorso formativo,
- ✓ valutazione dell'apprendimento mediante prova specifica (skill test) e attestata dal Provider.

Per valutare l'efficacia del percorso formativo e la sua ricaduta nella pratica quotidiana, verrà inviato a due (2) mesi un questionario rivolto a tutti i professionisti che hanno partecipato all'evento formativo. Il questionario ha lo scopo di raccogliere informazioni sui punti di forza e di criticità nell'applicazione della comunicazione ipnotica. Raccogliere proposte e suggerimenti utili al fine di progettare la fase di accompagnamento dei professionisti nel loro contesto di appartenenza.

L'evento è accreditato ECM dal Provider IOR. La tipologia di accreditamento, compatibile con l'obiettivo prefissato, è la formazione residenziale interattiva (RES).

I criteri per l'attribuzione dei crediti è pari a 1,5 crediti/ora.

La formazione d'aula non è sufficiente per realizzare gli obiettivi di cambiamento professionale ed organizzativo che i processi formativi si propongono di raggiungere. Da sola contribuisce a raggiungere una minima parte del cambiamento che può avvenire. Essa può essere definita come la "fabbrica di incompetenza transitoria" che deve poi essere situata nei contesti lavorativi e professionali, nei processi di lavoro delle persone fra le persone e le loro relazioni.

L'aula è dunque il luogo dove nascono nuove competenze che, per consolidarsi concretamente dovranno essere accolte, accompagnate ed esercitate. Sulla base di queste premesse viene progettata la fase di accompagnamento del programma formativo.

Terzo obiettivo: "Accompagnare i professionisti, nella fase di trasferimento della tecnica di comunicazione ipnotica, all'interno del proprio ambito lavorativo".

Il raggiungimento di questo obiettivo è previsto tra la fine del 2020 e inizio 2021.

L'intenzionalità della formazione in questa fase è quella di trasferire nel lavoro quanto appreso. (L3)

I destinatari di questa formazione sono gli infermieri, i medici radiologi, e i tecnici del servizio di radiologia interventistica.

La formazione viene espletata sul campo (FSC), quindi nel reparto di radiologia interventistica; prevede la presenza di tutoraggio con un operatore esperto in comunicazione ipnotica.

Le ore di affiancamento effettivo sono sedici (16) articolate in quattro (4) giornate.

Al termine del percorso i partecipanti saranno in grado:

- ✓ attuare tutte le fasi della procedura d'induzione con il paziente,

- ✓ riconoscere i canali comunicativi del paziente,
- ✓ applicare tutti i passaggi previsti affinché il paziente realizzi il “monodeismo plastico”,
- ✓ verificare l’esito dell’induzione prima che il paziente effettui la procedura diagnostica invasiva,
- ✓ valutare la compliance del paziente durante l’esame.

Valutazione del percorso formativo:

- ✓ verifica del gradimento a fine percorso formativo,
- ✓ valutazione dell’apprendimento mediante relazione a cura del tutor.

L’evento è accreditato ECM dal Provider IOR. La tipologia di accreditamento, compatibile con l’obiettivo prefissato, è la formazione di training individualizzato (rapporto 1:5).

I criteri per l’attribuzione dei crediti è pari a 1,5 crediti/ora non frazionabile.

Per percorsi formativi complessi, la valutazione d’impatto (L4) sull’organizzazione va oltre la verifica della produttività e della performance in senso stretto dei servizi, delle unità operative e delle organizzazioni. Gli effetti di un intervento formativo si possono rinvenire anche nel miglioramento del clima o del benessere organizzativo, indiscutibile premessa per il miglioramento delle performance future. Tali cambiamenti possono riguardare modalità dei lavori di gruppo, di persone, nuovi percorsi, riorganizzazione di modalità operative di lavoro, ma prima ancora si riferiscono alla visione delle cose e al vissuto delle relazioni con la realtà lavorativa, con il proprio ruolo professionale e con gli altri, con evidenti ricadute sull’operato professionale.

Questo progetto formativo ha l'intenzionalità esplicita di promuovere cambiamenti nei comportamenti professionali (L3), implicitamente di migliorare qualità ed efficienza di lavoro nelle organizzazioni(L4).

Con queste premesse è stato ipotizzato il quarto obiettivo: Favorire lo sviluppo di una rete di professionisti regionali esperta in comunicazione ipnotica in collaborazione con l'OPI di Bologna e Provincia (Ordine delle Professioni Sanitarie Infermieri).

La progettazione di questa fase formativa è strettamente legata ai risultati delle valutazioni intermedie delle fasi precedenti. È metodologicamente corretto ipotizzarla, ma non ci sono elementi a sufficienza per progettartela.

Conclusioni:

Il protocollo di ricerca è in fase di ultimazione per la presentazione al Comitato Etico.

Il progetto formativo verrà proposto ai vertici aziendali per l'approvazione e il successivo inserimento nel Piano formativo del 2020.

Il corso di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica mi ha permesso di riflettere sulle reali potenzialità di tali tecniche all'interno dell'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Penso che la comunicazione ipnotica, potrebbe essere una reale occasione per trasformare vincoli in opportunità, valorizzare i professionisti della salute che attraverso ricerca e formazione possono padroneggiare, nei propri ambiti di competenza, uno strumento di grande autorevolezza.

Non escludo che durante il percorso, possano esserci diversi fattori ostacolanti che potrebbero condizionare il processo di cambiamento verso l'implementazione della comunicazione ipnotica.

Professionalmente credo di aver trovato in questa meravigliosa esperienza, tante risposte alle mie domande iniziali.

Ricordando Florence Nightingale: "gli infermieri devono usare le parole per aiutare i pazienti a cambiare i loro pensieri, perché sono ancora lo strumento più potente di cui dispongono"; credo che niente e nessuno potrà impedirmi di scegliere che tipo di professionista IO possa essere.

Bibliografia

- Abend, R. D., & O., M. K.-H. (2014). Reliability, validity and sensitivity of a computerized visual analog scale measuring state anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(4),447-453.
- Acar, H. V. (2013). Acupuncture on Yintang Point Decreases Preoperative Anxiety. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 19(5),420-424.
- Askay SW, P. D. (2007; 52(3):247-53). A randomized controlled trial of hypnosis for burn wound care. *Rehabil Psychol* .
- Berger MM, D. M. (2010, 36(5):639-46). Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *Burns*.
- Casiglia, E. S. (2007). Hypnosis prevents the cardiovascular response to cold pressor test. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(4), 255-266.
- Cassie Kendrick, J. S. (2016). Hypnosis for acute procedural pain: A Critical Review. *Int J Clin Exp Hypn*, 64(1):75-115.
- England A, T. C., & England RE, M. D. (2005 Nov; 60(11):1188-94). incidence and predictive factors for pain after interventional radiology. *Clin Radiol*.
- Hatsiopoulou O, C. R. (2003 Nov;14(11):1373-85. Review). Post procedure pain management of interventional radiology patients. *J Vasc Intervent Radiol*.
- Loretta Loro, C. F. (2012, jun). La problematica del dolore in radiologia interventistica ortopedica durante l'ago tac ossea.
- Mueller PR, B. S. (2000 Jun). Interventional Radiologic procedures: patient anxiety, perception of pain, understanding of procedure, and satisfaction with medication--a prospective study. *Radiology*, 215(3);684-8.
- Muro, M. (2016). La comunicazione ipnotica nel percorso clinico del paziente: esperienze e risultati nell'Azienda Molinette di Torino. *L'infermiere*.
- Muro, M. (2015). Il coinvolgimento globale come metodica di aiuto del paziente in difficoltà. IN E. a. all, *TRATTATO D'IPNOSI e altre modificazioni di coscienza* (p.543-553). CLEUP

- Muro, M. (2015). Il modello comunicativo ipnotico in ambito infermieristico. IN E. a. all, TRATTATO D'IPNOSI e altre modificazioni di coscienza (p.479-498). CLEUP
- Patterson DR, E. J. (1992 Oct, (cited 2016 OCT 16;60(5):713-7). Hypnosis for the treatment of burn pain. J Consult Clin Psychol.
- Savoia G, A. F. (2002 Oct;68(10):735-50). SIAARTI recommendations for the treatment of postoperative pain. SIAARTI Study Group for Acute/Chronic Pain. Minerva Anesthesiol.
- Williamson A, H. B. (2005 Aug; 14(7):798-804.Review). Pain: a review of three commonly used pain rating scales. J Clin Nurs.
- Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia Romagna. Accompagnare le persone nei processi di cambiamento. Linee di indirizzo regionali per progettare e realizzare la formazione continua in sanità. Dossier 262-217.

Ringraziamenti

Un sentito ringraziamento a tutte le persone che mi hanno accompagnato in questo meraviglioso percorso, sostenuta ed apprezzata.

Ringrazio il mio relatore, la Dott.ssa Filomena Muro, che nonostante i chilometri di distanza è stata sempre puntualmente presente. La sua energia mi ha colpito positivamente e da oggi mi appartiene e mi riguarda.

Ringrazio la Dott.ssa Cristiana Forni, Responsabile del Centro di Ricerca delle Professioni Sanitarie dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, per aver accolto con entusiasmo questa iniziativa e per il tempo a me dedicato alla costruzione del protocollo di ricerca.

Ringrazio Luigia Petroni, Coordinatore del Servizio di Radiologia Interventistica dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, per la sua disponibilità a fornirmi il materiale necessario.

Ringrazio i colleghi della Terapia Intensiva dell'Istituto Ortopedico Rizzoli che mi hanno permesso di partecipare a questo percorso di crescita professionale, nonostante la carenza di organico sobbarcandosi di doppi turni.

Un grazie di cuore alla mia amica Alessia Di Cecco, che con la sua pazienza, vicinanza ed affetto mi ha sostenuto, facendomi vedere oltre gli ostacoli che durante il percorso si sono verificati.