

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO IPNOSI CLINICO SPERIMENTALE

**CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA
ANNO 2021**

**COMUNICAZIONE IPNOTICA
IMPATTO ORGANIZZATIVO IN
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA**

**CANDIDATA
Giovanni Maria**

**RELATRICE
Drssa Milena Muro**

Sommario

1 INTRODUZIONE.....	3
1.1 DEFINIZIONE DI ORGANIZZAZIONE:	4
1.2 DEFINIZIONE DI AZIENDA SANITARIA	4
1.2.1 I PRINCIPI	4
1.2.2 RAPPORTI STATO REGIONE:	5
1.3 LE AZIENDE OSPEDALIERE	6
1.3.1 GLI ORGANI.....	7
1.4 IL CICLO DELLA ORGANIZZAZIONE.	8
1.4.2 PIANIFICAZIONE	9
1.4.3 PROGRAMMAZIONE:	9
2 IL CONTESTO: PRESIDIO OSPEDALIERO PROVINCIALE SANTA MARIA NUOVA ED IL SERVIZIO DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA.....	10
2.2 PROGETTO	14
3 IL DOLORE :	15
4 IPNOSI.....	17
5 CUNICAZIONE IPNOTICA	18
5.1 STRUMENTI TECNICI DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA	20
5.2 APPLICAZIONE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA IN SALA DI ELETTROFISIOLOGIA.....	23
PREPARAZIONE PRE-OPERATORIA DEL PAZIENTE:.....	23
PREPARAZIONE DEL PAZIENTE IN SALA DI ELETTROFISIOLOGIA PER PROCEDURA ABLAZIONE FIBRILLAZIONE ATRIALE.....	23
AL TERMINE DELLA PROCEDURA	24
6 CONCLUSIONI.....	26
BIBBLIOGRAFIA.....	27

LEGENDA ABBREVIAZIONI

ICD : defibrillatore

PM : pace Maker

IMA: infarto miocardico acuto

PSN: piano sanitario nazionale

PSR: piano sanitario Regionale

SCA: sindrome coronarica acuta

CNG: coronarografia

1 INTRODUZIONE

Ho conosciuto l'ipnosi, ma soprattutto la comunicazione ipnotica ad un convegno nel 2019 a Milano.

Sono rimasta affascinata dal potere della mente, ma soprattutto dal potere "nascosto" in ognuno di noi che se ben guidato può farci raggiungere traguardi impensabili.

Per saperne di più ho partecipato al corso di base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica.

Le conoscenze apprese durante il corso mi hanno stimolato ad applicarle nella mia realtà presso l'Ospedale Santa Maria servizio di cardiologia interventistica.

Essendo una coordinatrice oltre ad applicare quello che ho imparato ho pensato di valutarne l'impatto nell'organizzazione.

1.1 DEFINIZIONE DI ORGANIZZAZIONE:

Un'organizzazione è l'insieme di risorse umane e strumentali e di attività che rispondono a criteri di divisione del lavoro e coordinamento basati ai principi di:

efficacia + efficienza e finalizzato al raggiungimento di uno o più fini.

una azienda è il complesso dei beni organizzati dall'imprenditore per l'esercizio dell'impresa (art. 2555 Codice Civile).

Gli elementi essenziali per una azienda sono.

risorse umane

risorse economiche

struttura organizzativa

attività al fine di creare ricchezza mediante produzione e vendita di beni.

1.2 DEFINIZIONE DI AZIENDA SANITARIA

Insieme coordinato di risorse (umane, finanziarie e tecnologiche) organizzato per raggiungere obiettivi di salute.

acquisisce risorse (input) sulle quali opera e restituisce prestazioni (output)

1.2.1 I PRINCIPI

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere sottoposto a un determinato trattamento sanitario non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Il piano Sanitario Nazionale è lo strumento principale della programmazione sanitaria, ordinariamente triennale, che definisce:

obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione

le linee generali di indirizzo del SSN

i livelli essenziali di assistenza

gli indicatori di verifica dei risultati raggiunti

i finanziamenti

Spettano alle regioni, nel rispetto dei principi stabiliti dalle Leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera. Le regioni entro 150 giorni dalla pubblicazione del PSN adottano i PSR, includendo anche la definizione dei modelli organizzativi dei servizi in funzione delle esigenze del territorio e delle risorse disponibili quindi definiscono la programmazione, il finanziamento, organizzazione, il funzionamento e controllo delle aziende.

1.2.2 RAPPORTI STATO REGIONE:

Lo stato quantifica le risorse disponibili per il SSN in relazione ad esse vengono fissati i LEA. Le risorse vengono trasferite alle regioni che organizzano in piena autonomia l'offerta dei servizi. I costi di eventuale offerta non coperta dalle risorse dello stato sono finanziati dalla regione. La regione affida alle aziende l'erogazione dei servizi. Le aziende vi provvedono con il solo vincolo del pareggio di bilancio.

Lo Stato e le Regioni, nell'apposita conferenza, valutano la copertura dei LEA.

L'organizzazione sanitaria è conformata all'offerta di:

prevenzione primaria

prevenzione secondaria

cura in elezione

cura in emergenza

riabilitazione

cronicità.

E' disegnata sulla base dei principi di:

sussidiarietà

continuità di cui

rispondenza ai criteri di appropriatezza, efficacia, efficienza ed economicità

livelli di complessità

integrazione socio-sanitaria

autonomia imprenditoriale.

Le aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriali sono le unità sanitarie locali.

esse assicurano i livelli essenziali di assistenza, hanno l'obbligo di pareggio di bilancio dei interagiscono con le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie l'IRCCS che è finanziata a quota Capitale

1.3 LE AZIENDE OSPEDALIERE

Le aziende ospedaliere sono autonome. L'autonomia aziendale si suddivide in organizzativa, tecnica, patrimoniale, gestionale e contabile.

Organizzativa: il direttore generale può scegliere la struttura organizzativa più idonea alla gestione delle attività.

Tecnica: l'azienda definisce i processi e le modalità di impiego dei fattori produttivi

Patrimoniale: il direttore generale può disporre dei beni che costituiscono il patrimonio aziendale.

Gestionale: il direttore generale fissa gli obiettivi della gestione, programma le attività, distribuisce le risorse, verifica i risultati

Contabile: ogni azienda ha un proprio bilancio.

Le aziende ospedaliere sono organizzate in strutture operative.

Le strutture operative si suddividono in dipartimenti. Il dipartimento è un modello ordinario di gestione operativa, opera come struttura di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse. Opera per processi e condivide risorse finalizzate allo stesso obiettivo è soggetto negoziale nei rapporti con la Direzione Generale e le alte strutture aziendali. Il dipartimento al proprio interno si articola in Unità Operative Complesse (UOC) ed in Unità Operative semplici (UOS)

Le strutture interne al dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità professionale, ma sono tra loro interdipendenti al fine di costruire risposte di salute unitarie flessibili razionali tempestive e complete. A tal fine vengono adottate regole condivise di comportamento assistenziale ed economico.

A capo delle UOC c'è il direttore di struttura complessa.

Il Direttore di struttura complessa negozia il budget, definisce i piani di attività relazione agli obiettivi assegnati, effettua la valutazione dei propri collaboratori, avvia i procedimenti disciplinari, definisce i protocolli ne accerta la applicazione, assicura la formazione professionale, concorre alla definizione dei programmi aziendali, definisce ed assegna gli obiettivi ai dirigenti della sua struttura, predispone una relazione annuale sui

risultati conseguiti, le criticità riscontrate, le opportunità cogliere, governa le risorse assegnateli.

A capo delle UOS c'è il Responsabile di Struttura semplice.

I responsabili di Struttura semplice coadiuva il direttore di struttura complessa o del Dipartimento nella valutazione del personale assegnatoli, negozia con il Direttore della struttura a cui appartiene il budget e lo gestisce, dirige il personale assegnatoli, definisce i piani di attività in relazione agli obiettivi assegnatoli, predispone una relazione annuale sui risultati conseguiti le criticità riscontrate le opportunità da cogliere, concorre nella definizione dei programmi aziendali, definisce ed assegna gli obiettivi ai dirigenti della sua struttura

1.3.1 GLI ORGANI

Gli organi delle aziende ospedaliere sono:

Direttore Generale

Collegio Sindacale

Collegio di Direzione.

Il Direttore generale ha la rappresentanza legale dell'ente. Risponde degli obiettivi assegnatigli verifica, mediante valutazioni comparative dei costi , dei rendimenti dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. Adotta l'atto Aziendale, nomina i responsabili delle strutture operative, attribuisce le risorse alle strutture operative. il Direttore generale viene nominato dal Governo regionale. E' coadiuvato dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo.

Inserite all'interno dello Staff della Direzione Generale per le professioni sanitarie ci sono le organizzazioni professionali:

infermieristiche e ostetriche

sanitarie e di riabilitazione

tecnico-sanitarie

tecniche di prevenzione vigilanza ed ispezione

servizio sociale

- Le loro funzioni:
- Elaborare indirizzi e modelli organizzativi che favoriscono la standardizzazione delle prestazioni e la definizione della qualità delle stesse
- Promuovere ed attuare modelli di prevenzione, di cura e riabilitazione orientati alla personalizzazione ed umanizzazione delle prestazioni sanitarie

- Promuovere l'educazione sanitaria mirata alla prevenzione
- Definire programmi clinico-assistenziali di propria competenza
- Partecipare alla individuazione e realizzazione degli obiettivi dell'azienda
- programmare dirigere e gestire le risorse umane, individuando standard e criteri per una equa distribuzione delle risorse
-

1.4 IL CICLO DELLA ORGANIZZAZIONE.

Il ciclo della organizzazione consiste nella pianificazione, programmazione, controllo. il controllo viene fatto mediante il ciclo PDCA

P= Plan che consiste nella identificazione del problema, ricerca delle cause, proposte di soluzione valutazione efficacia/affidabilità tenendo conto dei vincoli e delle risorse, definizione dell'obiettivo.

Do= definizione del piano di miglioramento

C=Check verifica dei risultati

A= Act Standardizzazione della soluzione o riavvio del ciclo PDCA Un altro strumento per controllare i risultati è L'Audit.

1.4.1 L'audit:ossia l'esame sistematico ed indipendente ,mirato a stabilire se le attività svolte per la qualità ed i risultati ottenuti sono coerenti con quanto stabilito, e se quanto stabilito viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi. Lo scopo dell'audit è raccogliere evidenze oggettive sull'attività dell'azienda per consentire al suo responsabile di dare un giudizio motivato sulla conformità e sull'efficacia del sistema. Prendere decisioni efficaci per migliorare il sistema. Ridurre le criticità e identificare le opportunità di miglioramento.

Le fasi dell'audit sono:

- Pianificazione e preparazione
- Conduzione dell'audit
- Reporting dei risultati
- Accordo sulle azioni di correzione
- Azioni di follow up.

per una buon conduzione dell'audit bisogna:

- Individuare i fatti (chi/cosa/come/dove/quando/perché)
- Registrare l'evidenza acquisire i dati dimostrativi dei fatti
- Valutare le conformità rispetto a standard, linee guida, procedure
- Classificare in base alla significatività alta, media, bassa.

1.4.2 PIANIFICAZIONE

determina gli obiettivi di fondo riferiti al lungo e medio periodo

Risponde alla domanda

Cosa desidero? (sogno positivo)

Cosa debbo? (bisogno negativo)

Gli strumenti della pianificazione sono

- Nazionali (piano sanitario nazionale)
- Regionali piano Sanitario regionale
- Aziendali Piano attuativo Aziendale.

1.4.3 PROGRAMMAZIONE:

la programmazione individua per il breve periodo (1/2 anni) gli obiettivi intermedi per il raggiungimento degli obiettivi di Piano. Lo strumento della programmazione è il Budget.

Il Budget è il bilancio di previsione annuale o pluriennale. Programma delle operazioni da compiere in un certo periodo (l'anno) finalizzato al raggiungimento di certi obiettivi attraverso la qualificazione delle risorse occorrenti.

il budget è un documento formale risultante di un processo di elaborazione che dura alcuni mesi, durante i quali, mediante un processo continuo approssimazione progressiva si indicano gli obiettivi aziendali del periodo, le risorse aziendali disponibili si definiscono i programmi e progetti si quantificano i fabbisogni di risorse si definiscono, si pesano, i risultati attesi ed al termine, raggiunta la condivisione, si scrive il documento.

Il livello di raggiungimento degli obiettivi viene monitorato e rilevato trimestralmente per introdurre eventuali elementi correttivi. Il raggiungimento degli obiettivi determina la corresponsione di un inventivo economico e concorre alla valutazione dei dirigenti al fine della conferma degli incarichi.

Il sistema con cui i manager; a vari livelli e ciascuno per il proprio, si accertano che la gestione si svolga in condizioni di efficacia ed efficienza è il controllo di gestione; questo permette il raggiungimento degli obiettivi prestabiliti ed esplicitati in sede di pianificazione strategica e di programmazione.

- Il controllo di gestione avviene attraverso i Reporting.
- I report si distinguono in finali o annuali, periodici e proiettivi.
- I destinatari dei reporting possono essere interni ed esterni
- I destinatari interni sono
- Alta direzione

- Direttori di dipartimento
- Direttori di Unità operative
- I destinatari esterni sono.
- Assessorato alla Sanità
- Ministero della salute.

2 IL CONTESTO: PRESIDIO OSPEDALIERO PROVINCIALE SANTA MARIA NUOVA ED IL SERVIZIO DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

Il presidio ospedaliero provinciale Santa Maria Nuova comprende i seguenti presidi ospedalieri e Residenze e strutture riabilitative:

I presidi ospedalieri

- 1 Ospedale S. Anna di Castelnovo Ne' Monti
- 2 Ospedale S. Sebastiano di Correggio
- 3 Ospedale Civile di Guastalla
- 4 Ospedale E. Franchini di Montecchio
- 5 Ospedale C. Magatti di Scandiano

Residenze strutture riabilitative

- 1 Residenza Sanitari Riabilitativa – Centro Gravi Disabilità Acquisite di Albinea
- 2 Servizio riabilitazione territoriale di Albinea

I posti letto al 31/12/2020 sono 1.542 (comprendono i 30 posti letto dell'ospedale COVID REMS, attivato per l'emergenza covid9)

Posti letto strutture privato accreditato 206 per un totale di posti letto pubblici e privato accreditato di 1.748

Stabilimenti ospedalieri Hub 1 (arcispedale S. M.N.)

Stabilimenti ospedalieri spoke 5

Strutture di ricovero privato accreditato 2 (Casa di Cura Villa Verde, Casa di Cura Villa Salus)

L'Arcispedale Santa Maria Nuova è suddiviso in 2 dipartimenti Interaziendali (emergenza urgenza e diagnostica per immagini e laboratorio) e 6 dipartimenti sanitari .

Questa suddivisione a la funzione di favorire l'integrazione professionale all'interno delle singole strutture organizzative:

- 1 Dipartimento di emergenza urgenza
- 2 Dipartimento per immagini e medicina di laboratorio
- 3 Oncologico(Dipartimento IRCCS)
- 4 Riabilitazione e neuromotorio
- 5 Medicine specialistiche a cui fa riferimento la cardiologia interventistica
- 6 Medicine interne
- 7 Chirurgico
- 8 materno Infantile

La Cardiologia Interventistica fa parte del modello Hub & Spoke per l'assistenza all'IMA.

Il modello Hub & Spoke prevede l'identificazione dei centri di riferimento per le singole specialità, nell'ambito di un territorio definito, e l'esplicitazione dei rapporti fra questi e le UO ad essi afferenti.

In tale ottica l'Agenzia Sanitaria Regionale, partendo da alcune esperienze locali (tra le quali quella di Reggio Emilia

online	2019	2020	totale
c.mont	82	77	159
corr	9	2	11
guast	283	131	414
mont	146	67	213
scand	104	20	124
	624	297	921

urgenze (SCA)	2019	2020	totale
c.mont	26	24	50
corr	1	1	2
guast	110	66	176
mont	41	24	65
scand	44	9	53
	222	124	346
Reggio Emilia	2019	2020	totale
cng elettive	547	541	1088
cng urgenti	248	337	585
	795	878	
ELETTROFISIO	2019	2020	totale
PM IMPIANTO	170	208	378
ICD IMPIANTO	60	69	129

si è fatta promotrice di un progetto per la ridefinizione dell'assistenza all'IMA nelle varie province della regione (PRIMARER) con obiettivo di ridurre la mortalità per IMA attraverso

- A) la riduzione dei tempi di accesso dei pazienti al trattamento
- B) una maggiore diffusione dell'uso della trombolisi precoce
- C) l'aumento del numero complessivo delle rivascolarizzazioni coronariche, in particolare garantendo l'accesso alla angioplastica per la maggior parte dei pazienti con infarto complicato da shock e nei casi di controindicazioni alla trombolisi ed in generale aumentando il numero di angioplastiche eseguite nei pazienti ad alto rischio e nei pazienti anziani.

Presupposti organizzativi

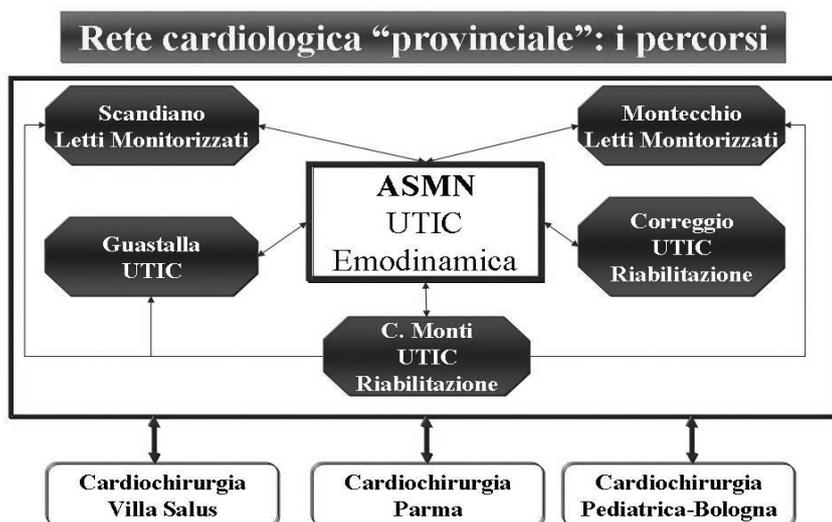
Nella provincia di RE (480.000 abitanti) vi sono 6 strutture Ospedaliere, quattro delle quali dotate di UTIC (Reggio Emilia, sezione distaccata di C. Monti, Guastalla e Correggio) ed altre due di posti letto monitorati per pazienti con IMA (Scandiano, Montecchio). Da alcuni anni esiste ed è operativa una RETE CARDIOLOGICA PROVINCIALE che permette:

1. una attività integrata della diagnostica coronarica invasiva attraverso una gestione autonoma della programmazione da parte dei singoli centri;

2. una valutazione collegiale dei risultati delle indagini invasive, con conseguenti indicazioni terapeutiche (meeting settimanale tra cardiologi e cardiocirurghi);

3. possibilità di eseguire in tempi brevi la totalità delle procedure interventistiche della provincia nell'unico Laboratorio di Emodinamica provinciale, con anche trasferimento in emergenza di pazienti in cui vi è indicazione a procedure invasive di tipo diagnostico od interventistico.

- ASMN di Reggio Emilia
- UO complessa di cardiologia degenza – UTIC
- UO complessa di cardiologia Interventistica
- Ospedale di Guastalla UO complessa di cardiologia – UTIC
- Ospedale di Correggio UO complessa di cardiologia – UTIC
- Ospedale di Castel n. Monti Sezione della Cardiologie degenza di RE – UTIC
- Ospedale di Montecchio Letti monitorati in Medicina
- Ospedale di Scandiano Letti Monitorati in Medicina
- Correggio sezione di cardiologia degenza ed UTIC in questo periodo di pandemia i letti sono stati convertiti in letti covid



La struttura di Reggio Emilia, dotata di laboratorio di emodinamica interventistica attiva h24 è stata identificata come centro Hub per l’assistenza mediante angioplastica al paziente con IMA (infarto miocardico acuto) secondo il presente protocollo: il centro Hub, di norma, riceve immediatamente i pazienti con indicazione ad angioplastica primaria, facilitata e di

salvataggio. I centri spoke garantiscono la riaccettazione rapida dei pazienti stabilizzati.

E' stata anche confermata la funzione di Hub per le necessità cardiocirurgiche della provincia per:

- Cardiocirurgia accreditata Villa Salus Salus
- Cardiocirurgia dell' Ospedale Maggiore di Parma

I centri cardiocirurgici, oltre a collaborare con le UUOO cardiologiche nella valutazione multidisciplinare dei casi, garantiscono in particolare l'accettazione dei pazienti in emergenza-urgenza secondo quanto previsto dalle norme di accreditamento regionale delle cardiocirurgie.

Il Laboratorio di Aritmologia fa parte dell' Hub solo per quanto riguarda l'impiantistica Pace Maker (PM) e defibrillatori (ICD)

Numero di prestazione effettuate negli anni 2019 e 2020.

Naturalmente questi dati sono "viziati" dall'emergenza Covid

PM SOST	36	48	84
ICD SOST	40	39	79
ABLAZIONE	296	251	547

2.2 PROGETTO

La finalità di questo progetto non è solo di eseguire le procedure di elettrofisiologia senza l'utilizzo di farmaci (benzodiazepine ecc), ma di far conoscere al personale del servizio la comunicazione ipnotica così da avere un buon numero di personale addestrato.

Situazione iniziale di riferimento:

le procedure eseguite nella sala di elettrofisiologia e cardiostimolazione vengono effettuate in anestesia locale con blanda sedazione; alcune di esse (deconnessione elettrica delle vene polmonari, impianto di defibrillatore sottocutaneo) comportano la necessità di approfondire i livelli di sedazione ed analgesia in quanto alcune fasi della procedura sono associati a livelli elevati di dolore. La somministrazione di benzodiazepine e oppioidi non sempre raggiunge l'obiettivo analgesico e in alcuni casi un eccesso di sedazione può determinare un effetto paradossale con agitazione psicomotoria del paziente: questa situazione, oltre ad essere di scarso comfort per il paziente, costituisce un ostacolo alla buona riuscita della procedura stessa.

Obiettivo del progetto:

mediante la comunicazione ipnotica si aiuta il paziente, mediante suggestioni a modificare la percezione del dolore ed ad aumentare la sua capacità di rimanere fermo.

Tutto questo si traduce in un minor impiego di farmaci sedativi ed analgesici e in una maggiore collaborazione fra medico e paziente.

Tempi e modalità di verifica dell'obiettivo:

confronto delle quantità di farmaco (midazolam e fentanyl) utilizzato per ablazione della vene polmonari nel semestre prima dell'introduzione della comunicazione ipnotica e nel semestre successivo alla sua entrata in vigore nella pratica clinica confronto del livello di discomfort percepito dal paziente nel semestre prima dell'introduzione della comunicazione ipnotica e nel semestre successivo alla sua entrata in vigore nella pratica clinica.

3 IL DOLORE :

il dolore è un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale (Associazione internazionale per lo studio del dolore IASP).

In base all'esordio e alla durata , il dolore può essere classificato in acuto e cronico (4).

Dolore acuto:

In risposta ad una lesione e ad un intervento chirurgico, è direttamente correlato all'evento traumatico e quindi agisce come segnale utile che allerta di un pericolo imminente.

Deriva dall'attivazione di recettori per il dolore (nocicettori) in corrispondenza del danno tissutale. E' autolimitante e si esaurisce in giorni o settimane, ma può persistere più a lungo fino a quando non vi è la guarigione dell'evento causativo.

Il dolore acuto può attivare la via simpatica del sistema nervoso autonomo e produrre risposte quali ipertensione, tachicardia, sudorazione, respirazione superficiale, irrequietezza, smorfie facciali, stato di allarme, pallore e dilatazione pupillare.

Il dolore in risposta ad un danno tissutale è un fenomeno normale e può essere associato non solo ad uno stress fisico ma anche emotivo.

Dolore cronico:

il dolore cronico in genere si riferisce al dolore intrattabile che persiste per 3 o più mesi e non si risolve con il trattamento (5).

In questi casi il dolore persiste a lungo e non è più un sintomo di un trauma o di una malattia, ma una vera e propria malattia in se.

Dolore Procedurale:

Il dolore procedurale può essere considerato una variante del BTP (breakthrough pain), quindi un dolore episodico ed intenso provocato da procedure diagnostiche o terapeutiche. Nella comune pratica clinica vengono effettuate frequenti procedure potenzialmente dolorose con finalità diagnostiche terapeutiche ed assistenziali.

Indipendentemente dall'invasività della procedura e dal contesto clinico, il dolore procedurale dovrebbe essere valutato, prevenuto e trattato.

3.1 Le procedure più dolorose in elettrofisiologia sono:

Cardioversione a corrente continua(DDC)

Impianto di dispositivi cardiaci soprattutto l'impianto sottocutaneo

Test di defibrillazione in pazienti portatori di ICD

Terapia di re sincronizzazione cardiaca (CRT-D)

Ablazione della tachicardia sopra ventricolare, e ventricolare.

Per queste procedure il protocollo analgesico sedativo prevede la somministrazione di Midazolam e Fentanyl; ad eccezione dell'impiantistica sottocutanea che prevede la presenza dell'anestesista.

La somministrazione di Midazolam e Fentanyl permette un buon controllo del dolore, ma può indurre degli effetti paradossi, soprattutto nelle persone anziane, sia durante la procedura che al momento del risveglio.

4 IPNOSI

Per ipnosi s'intende un particolare stato fisiologico della coscienza, diverso sia dalla veglia che dal sonno e che viene definito come " stato di coscienza modificato caratterizzato dalla presenza di un monodeismo plastico (definizione di Franco Granone il padre dell'ipnosi clinica in Italia)

Per monodeismo plastico s'intende l'effetto fisico rilevabile che un'immagine mentale potente è in grado di creare sul nostro corpo modificandolo.

Un esempio molto semplice di monodeismo plastico è la salivazione abbondante che compare quando si fa immaginare un limone descrivendolo nei minimi particolari.

La nostra capacità di convogliare tutte le nostre risorse mentali nella creazione di una immagine così potente da creare effetti a livello fisico.

Un mito da sfatare è quello della persona in stato ipnotico possa essere manipolata a piacimento dall'ipnotista,

altro mito da sfatare è quello che possa accadere qualcosa di spiacevole all'ipnotizzatore e di conseguenza l'ipnotizzato non possa più risvegliarsi rimanendo imprigionato nel limbo.

In ipnosi non si dorme , anzi tutti i sensi sono potenziati e di conseguenza nessuno potrà far fare cose che in situazioni normali assolutamente non si farebbe.

Inoltre se il soggetto non vuole essere ipnotizzato nessuno riuscirà ad indurlo in questo stato di coscienza e tanto meno fargli fare qualcosa che vada contro la sua volontà, la sua etica e le sue convinzioni morali.

Da ciò si evince che senza la partecipazione del soggetto che deve essere indotto, non potrà mai verificarsi lo stato di “trance ipnotica”, il libero arbitrio non verrà mai intaccato e fintanto che il gioco sta bene al soggetto seguirà le indicazioni dell’ipnotista, quando il soggetto non gradirà più le indicazioni potrà riemergere e mettere fine allo stato ipnotico. Questo fa capire che nella trance ipnotica non è solo bravo chi ipnotizza, ma anche il soggetto che viene indotto nel riuscire a lasciarsi andare e ad immaginare.

5 COMUNICAZIONE IPNOTICA

Con questo termine si indica quel particolare meccanismo neurolinguistico che sfrutta il potere che una corretta comunicazione ha di arrivare al nostro inconscio ed è in grado di generare fenomeni a livello fisico.

Tali fenomeni possono essere osservati e rilevati anche senza arrivare alla condizione di uno stato di coscienza modificata.

Ricordando la definizione data di ipnosi si può affermare che l’ipnosi e la Comunicazione ipnotica sono le due gemelle eterozigoti, non del tutto identiche, ma molto affini e simili che comunque portano all’instaurarsi del monodeismo plastico.

La comunicazione ipnotica è l’utilizzo della comunicazione in modo consapevole, conoscendo i meccanismi con cui questa agisce a livello non solo razionale, ma soprattutto analogico.

Quando si parla di comunicazione bisogna tenere a mente una cosa molto importante: ad una visione superficiale poca attenta, si è portati a pensare erroneamente che la comunicazione si esprima solamente attraverso l’articolazione del linguaggio parlato; nulla di più sbagliato.

Si può definire la comunicazione come quel complesso meccanismo di trasmissione e scambio d’informazione che avviene quando due o più soggetti entrano in relazione, una specie di grande costruzione costituita da tre pilasti ognuno dei quali di dimensioni diverse.

Il pilastro costituito dal linguaggio verbale è quello di dimensioni più piccole perché costituisce solo il 7% della costruzione, il pilastro che costituisce il 38% della costruzione è il linguaggio para verbale che è costituito da:

tono della voce: con il quale si possono comunicare differenti stati emotivi (noia emozione ecc.)

timbro della voce; (suono gutturale, nasale, acuto ecc.) che al pari delle note musicali può, in base alle frequenze utilizzate, risultare affascinante, fastidiosa, indifferente, ecc,

volume della voce: si può utilizzare per sottolineare e dare importanza o meno a determinate parole o frasi, che si possono enfatizzare anche con pause o silenzi.

Anche la cadenza della voce gioca un ruolo importante perché costituisce un fattore personale di ognuno di noi .

Il pilastro del linguaggio non verbale è il più grande infatti costituisce il 55% della costruzione. Il linguaggio verbale è quello che si esprime attraverso il corpo , la mimica facciale, le micro espressioni, la postura la prassiemia ecc.

Ogni persona comunica in base al proprio vissuto che è fatto di esperienze, sensazioni ed emozioni, utilizzando un senso piuttosto che un altro.

Questo concetto è molto importante perché le persone si esprimono attraverso i 5 sensi, ma essenzialmente attraverso tre di questi vista, udito, contatto fisico (cenestetico)

Canale visivo (vedere, osservare, brillante)

Canale uditivo (udire, fischiare)

Canale cenestetico (sentire, tenere, sensibile)

E' importante per l'operatore riconoscere il canale comunicativo prevalente del soggetto.

Questo non è sempre facile in quanto ci viene naturale tendere ad utilizzare il nostro canale comunicativo nell'instaurare la comunicazione.

Verifiche importanti sulla comunicazione possono essere fatte osservando i "segnali d'accesso" come i movimenti oculari e tono muscolare, escursioni respiratorie, gestuali, l'atteggiamento, il tono di voce, oltre ai predicati verbali sensoriali.

Tutti questi strumenti sono utili all'operatore per individuare di volta in volta le migliori tecniche comunicative ed a verificare il modo con cui il soggetto elabora le informazioni ricevute.

Grazie alla fuga d'informazioni non verbali, che avviene inconsciamente, l'operatore attento, allenato e preparato, può ricavare informazioni importanti sulla personalità e le emozioni del soggetto.

E' impressionante come possano essere abbattuti i "muri di freddezza" se si impara ad ascoltare, osservare, sentire l'altro. Attraverso il rispecchiamento rimandiamo all'interlocutore con il nostro atteggiamento, lo stesso comportamento che appartiene al suo modello del mondo.

Si diventa lo specchio dell'altro, il tono di voce e la respirazione sono tra i rispecchiamenti più potenti. Basti pensare al neonato e che si addormenta tranquillo tra le braccia della mamma perché il ritmo del suo respiro lo rassicura. Rispecchiare significa entrare in sintonia con rispetto e delicatezza senza cadere nell'invadenza e infastidire

Questa tecnica ha il vantaggio di creare "rapport" senza necessariamente conoscere il vissuto del soggetto né di dividerlo.

La comunicazione ipnotica è una comunicazione consapevole che guida il paziente nella percezione di sé e dell'esperienza che sta vivendo.

Si avvale dell'azione che le parole hanno a livello neurofisiologico e della relazione di fiducia che via via si instaura tra operatore e paziente.

Le suggestioni o le istruzioni che vengono date devono essere semplici in modo che il paziente non debba analizzarle, interpretarle o giudicarle criticamente utilizzando la mente conscia (10)

Utilizzare la comunicazione ipnotica durante l'assistenza nelle procedure invasive rientra tra gli strumenti che gli infermieri possono utilizzare per portare l'individui a vivere l'esperienza di cura in modo originale e appropriato alla ricerca di maggior benessere

5.1 STRUMENTI TECNICI DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA

La comunicazione ipnotica si sviluppa in un percorso caratterizzato da fasi successive individuabili in cinque momenti:

- la **PRE-INDUZIONE** durante la quale si instaura un rapporto di fiducia e confidenza tra operatore e paziente
- l'**INDUZIONE** che consiste nelle manovre atte ad attivare e sostenere la realizzazione di monoideismi plastici (idee che, una alla volta, si fanno pregnanti e si riverberano sul piano psicosomatico)
- il **CORPO** ossia la realizzazione del progetto terapeutico con l'utilizzo delle modalità più consone alla coppia operatore-soggetto –
- la **DEINDUZIONE** ossia il progressivo allontanamento dalla realizzazione di monoideismi plastici con il ripristino dello stato di coscienza ordinario
- la **CODA** che coincide con il momento di maggiore facilità alla reinduzione

La pre-induzione è la fase in cui si sviluppa una relazione cordiale e aperta capace di aumentare la fiducia e diminuire, di conseguenza, il livello di critica da parte del paziente. È il momento dell'ascolto e dell'accoglimento dell'altro, il momento in cui l'infermiere raccoglie i bisogni del suo paziente e stimola in lui un desiderio in linea con l'obiettivo

terapeutico. Se ad esempio l'obiettivo è sentire meno dolore durante una procedura diagnostica invasiva, l'infermiere può proporre al paziente un metodo in grado di aiutarlo stimolando così in lui il desiderio di impararlo. L'obiettivo da raggiungere deve essere ben chiaro e fatto proprio dal soggetto. Durante questa fase ci si può avvalere di strumenti quali :

- **la personalizzazione:** chiamare il paziente con il suo nome proprio fa sì che egli si senta riconosciuto come unico e speciale. In un contesto ospedaliero in cui il paziente può facilmente percepirsi come "oggetto" della cura ed essere tentato di difendere la propria soggettività manifestando ansia ed ostilità, l'operatore può consapevolmente prevenire questo disagio instaurando un contatto personalizzato il cui primo passo è chiamare per nome il paziente.

- **gli ordini motivati.** Possono essere disposizioni impartite al paziente per permettere l'esecuzione di atti terapeutici. L'esplicitazione delle motivazioni di tali atti consente al paziente di percepirsi come parte attiva rispettando il suo bisogno di controllo, ottenendo un effetto tranquillizzante. Allo stesso tempo l'operatore fruisce di una pausa di sollievo dalla tensione che la procedura implica.
- **il ricalco:** l'operatore si accosta alla realtà del paziente e la descrive passando attraverso l'esperienza del soggetto (es: "ti puoi accorgere di come stai respirando.."). E' un modo per far constatare che le parole dette dall'operatore sono una rappresentazione adeguata dell'esperienza in corso del soggetto. Questo modo di procedere favorisce un clima di collaborazione e fiducia. Il linguaggio va modulato a seconda delle situazioni: quando si ricalcano elementi osservabili si può utilizzare un linguaggio più diretto, mentre quando si ricalcano le percezioni è necessario usare modalità più indirette come ad esempio l'uso di verbi permissivi.

- **la descrizione:** l'operatore si accosta alla realtà del paziente e descrive ciò di cui egli stesso si accorge (es: "vedo che hai chiuso gli occhi.."). Questo strumento utilizza i sensi dell'operatore che, attraverso essi, restituisce al paziente un'immagine accurata della sua posizione (es: il corpo adagiato sul letto, gli occhi socchiusi, le braccia abbandonate lungo il corpo...). Questa fase inizia a catturare l'attenzione del paziente e lo prepara alla fase successiva.

- **l'attenzione focalizzata** che si realizza facendo portare l'attenzione del paziente o verso l'interno del proprio corpo (es: sul respiro) o verso l'esterno (es: un punto da fissare). Lo scopo è concentrare ulteriormente l'attenzione già polarizzata nella fase precedente liberandola dalle interferenze sensoriali esterne.

- **il rilassamento** che consiste nel suggerire idee di rilassamento, torpore, stanchezza, da applicare a determinate parti del corpo. L'immobilità e la fatica a muoversi sono i primi fenomeni che il soggetto sottoposto a trattamento ipnotico può facilmente esperire. Sono

anche i primi dati esperienziali che vengono saggiati dall'operatore, ad esempio con le suggestioni di sfida.

- **le rassicurazioni indirette** che consistono nel trasmettere al paziente un messaggio implicito all'interno di una comunicazione di per sé neutra

l'assegnazione di un certo numero di compiti da eseguire quando il paziente è particolarmente agitato al fine di dirigere la sua attenzione sui medesimi e distoglierlo dai pensieri perturbanti che lo affliggono

- **le metafore** le cui caratteristiche sono già state descritte nel capitolo precedente

- **la persistenza ripetitiva.**

Con l'aiuto di questi strumenti il soggetto approfondisce lo stato di rilassamento e giunge all'induzione, ossia alla fase in cui si realizza una transizione da uno stato di coscienza ad un altro, in cui i legami con l'ambiente diventano sempre più deboli e meno interessanti e il soggetto sprofonda in una quiete liberatoria e rilassante. L'operatore suggerisce esperienze stimolando i sensi del paziente e utilizzando uno strumento molto potente, ossia l'immaginazione. L'esperienza dimostra che quando un soggetto riesce ad "immaginare" con particolare vividezza una certa esperienza (come spesso succede in ipnosi), questa esperienza tende a prodursi almeno a qualche livello (sensoriale, motorio, emozionale) e ad avere sulla persona uno straordinario effetto di realtà. Il tipo di suggestioni utilizzate dall'operatore per raggiungere l'obiettivo terapeutico dipende dalla strategia che egli decide di assumere con quella particolare persona.

La suggestione diretta è un'istruzione di comportamento formulata in modo direttivo che suggerisce un comportamento che sta accadendo o accadrà (es: il tuo braccio destro è leggero come una piuma e comincia ad alzarsi).

La suggestione indiretta, invece, con le parole di Milton Erickson, "non dice al paziente cosa fare; piuttosto esplora e facilita ciò che il sistema di risposte del paziente può fare a a livello autonomo senza compiere realmente uno sforzo cosciente per dirigersi" (es: mi chiedo quale delle tue braccia si solleverà per prima). Un'altra modalità di suggestione indiretta è quella di utilizzare una storia, una narrazione che contiene implicitamente le suggestioni che si desidera proporre al paziente.

Occorre poi verificare che ciò che è stato suggerito si attui così che anche il paziente sia consapevole dei cambiamenti avvenuti in lui e, di conseguenza, provi la soddisfazione di sentirsi più forte. Inoltre, solo chiedendo un feedback l'operatore può capire se il paziente sta traendo qualcosa di utile dall'intervento o se è necessario fare delle correzioni in "corso d'opera". Prima di passare alla deinduzione, l'operatore può utilizzare delle suggestioni postipnotiche, ossia suggestioni che proseguono oltre la seduta e che possono attivarsi in

funzione di uno stimolo esterno. Lo scopo è aiutare il soggetto ad integrare nella propria vita le nuove possibilità che l'operatore gli ha suggerito. Al termine dell'esperienza ipnotica l'operatore deve verificare che il paziente ritorni allo stato di coscienza ordinario e riprenda le attività quotidiane in sicurezza. Il soggetto può mostrare di essere pronto a riorientarsi manifestando un'attenzione meno focalizzata e cominciando a muoversi. Il modo in cui si conclude l'esperienza ipnotica è molto importante perché l'impressione che ricaverà il paziente in questa fase sarà quella che molto probabilmente assocerà all'intera esperienza. E' bene, quindi, che la persona si prenda tutto il tempo che gli occorre per riorientarsi secondo il proprio ritmo, sentendosi rilassata e non pressata dal nostro intervento.

5.2 APPLICAZIONE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA IN SALA DI ELETTROFISIOLOGIA

Prima di iniziare a sperimentare la comunicazione ipnotica in sala di elettrofisiologia ho fatto un incontro con tutto il personale (medico ed infermieristico) ed ho spiegato cosa volevo fare; naturalmente tutti sapevano che stavo facendo il corso a Torino sulla comunicazione ipnotica. Insieme abbiamo concordato d'iniziare con la procedura più dolorosa ossia l'ablazione della fibrillazione atriale.

La procedura di ablazione oltre ad essere molto dolorosa richiede che il paziente stia immobile sul letto operatorio per diverse ore.

Prima del progetto dell'utilizzo della comunicazione ipnotica in elettrofisiologia la preparazione del paziente era la seguente:

PREPARAZIONE PRE-OPERATORIA DEL PAZIENTE:

Verificare che il paziente sia stato informato sulla procedura.

Verificare che medico e paziente abbiano firmato il consenso informato.

Controllare che sia stata eseguita corretta tricotomia inguinale bilaterale, delle braccia nella zona della piega del gomito, dorsale e toracica per l'applicazione delle piastre Defibrillatore Zoll, elettrodi Ecg ed eventuali patch per il mappaggio non fluoroscopico 3D.

Verificare l'accesso venoso.

Controllare che sia stata eseguita la terapia.

Far togliere al paziente gli indumenti ed indossare il camice operatorio rimuovere eventuali protesi dentarie mobili e oggetti metallici.

PREPARAZIONE DEL PAZIENTE IN SALA DI ELETTROFISIOLOGIA PER PROCEDURA ABLAZIONE FIBRILLAZIONE ATRIALE

Prima di portare il paziente in sala si accendere e controllare il corretto funzionamento di tutte le apparecchiature necessarie alla procedura.

Si fa accomodare il paziente sul lettino operatorio

Si applicano al paziente e si collegano le piastre per defibrillatore e indifferente

Si monitorizza il paziente con poligrafo Manta, e defibrillatori Zoll (Piastrre + cavo ECG) e Philips (solo ECG).

Si effettua accurata disinfezione della zona di inserzione dell'ago angiografico (inguine dx o sx e braccio dx e sx). Si procede alla somministrazione di una fiale di Midazolam più un fiala di Fentanyl

La procedura può prevedere l'ablazione del substrato anatomico interessato con catetere irrigato, su richiesta del medico aritmologo deve essere preparata l'apposita pompa a funzionamento automatico con una sacca contenente 1000u.i.di Eparina per ogni 1000ml di soluzione fisiologica ed il cool-flow tubing dedicato. Si utilizzano solitamente sacche da 2000 ml con 2000 u.i. di eparina

AL TERMINE DELLA PROCEDURA

si esegue medicazione compressiva con SafeGuard

si risveglia il paziente con Naloxone (se molto assopito)

si trasferisce il paziente dal lettino operatorio alla barella

si chiama i barellieri per riportare il paziente in degenza

si compila consegna infermieristica

si riordina la sala per renderla operativa per altre procedure

si compila il registro di sala operatoria

si scaricano i materiali utilizzati per la procedura con il browser RamWeb.

La preparazione del paziente del paziente con l'introduzione della comunicazione ipnotica non ha subito dei grandi cambiamenti infatti mentre si eseguono le verifiche pre operatorie si inizia a parlare con il paziente chiedendogli se vuole eseguire la procedura con l'utilizzo di tecniche di rilassamento spiegandogli in che cosa consiste. Ottenuto il consenso l'induzione inizia dopo che il paziente è stato posizionato sul lettino e si prepara alla motorizzazione.

Per tutti i pazienti il modello di induzione è stato simile.

Mi posizione di fianco al lettino operatorio (parte Dx) in modo da poter controllare il paziente durante tutte le fasi.

Per tutti i pazienti il modello di induzione è

Si sdrai sul lettino si metta comodo, con la testa appoggiata sulla ciambella di gel, distenda le braccia lungo i fianchi questa posizione favorisce il rilassamento.

Benissimo, ora guardi il mio dito, senza spostare la testa, molto bene, mentre fissa il mio dito può sentire che le sue palpebre vibrano leggermente mentre il suo petto si muove

ritmicamente con il suo respiro Le palpebre si fanno pesanti sempre più pesanti così pesanti che quando i suoi occhi si chiuderanno starà davvero bene, così bene che vorrà tenerli chiusi per continuare a sentirsi calmo e rilassato.

Bene, può accorgersi che qualcosa nel suo corpo sta' cambiando: le spalle si stanno rilassando e senta tutta la tensione che scivola via.

Ora questa sensazione di rilassamento la trasporti alle sue spalle, braccia, avambracci (mentre dico queste cose gli sfioro le spalle le braccia e gli avambracci) benissimo così completamente abbandonate, molto bene, senta il suo braccio quando lo alzo che cade pesantemente sul lettino.

Ora questa sensazione di rilassamento la porti a tutto il corpo, ai muscoli della schiena completamente rilassati, distesi, morbidi. Molto bene, bravo.

Ora immagini un posto per lei molto importante dove si sente veramente bene, un luogo piacevole e sicuro dove sentirsi veramente bene.

In questo posto su misura per lei niente e nessuno la può disturbare, nemmeno i rumori i suoni che sente in questa stanza, nemmeno se sente il piacevole freddo del disinfettante sulle gambe anzi questo piacevole freddo e così piacevolmente freddo che non sentirà più nessun fastidio (Lo pungo con un ago per verificare l'analgesia nel punto d'introduzione dell'introduttore, il paziente non reagisce il suo viso rimane tranquillo e rilassato)

Bravissimo ha scoperto di avere delle grandi potenzialità

E visto che ha queste grandi potenzialità immagini una enorme cassaforte (pausa) molto spaziosa fatta di acciaio molto spesso (pausa) di cui solo lei ha le chiavi (pausa) quando è riuscito ad immaginarla mi faccia un lieve cenno con la testa. Dopo qualche minuto il paziente annuisce.

Molto bravo ora immagini di prendere il suo cuore ed i suoi polmoni di metterli nella cassaforte (pausa) Gli chiedo nuovamente di farmi un cenno quando ha posizionato all'interno della cassaforte il cuore ed i polmoni. Al suo assenso continuo.

Molto bene molto bravo, adesso chiuda la porta della cassaforte con la chiave. Bene la chiave la metta in un posto sicuro che sa solo lei bravissimo.

Bene adesso che il suo cuore ed i suoi polmone sono al sicuro dentro la cassaforte non sentirà nessun fastidio.

Bravissimo adesso ritorni nel suo posto importante e sicuro e nessuno la può disturbare.

Per tutta la durata della procedura (3 ore) il viso del paziente rimane rilassato e sereno le sue escursioni respiratorie sono "piccole"; non c'è stato nessun movimento nemmeno dopo 3 scariche di defibrillazione.

Finita la procedura:

Bene Sig.re..... adesso prenda la chiave della cassaforte la apra (pausa) riprenda il suo cuore ed i suoi polmoni (pausa) e li rimetta nel suo torace

Bene bravissimo ora faccia un bel respiro ritorni con la mente nel suo posto sicuro dove si senti bene, rilassato, dove niente la può disturbare da questa condizione di benessere.

Visto le sue grandi potenzialità quando vuole ritrovare questo stato di benessere può farlo da solo unendo il pollice e l'indice della mano destra (lo aiuto a fare il gesto).

Bravissimo adesso conterà fino a tre al tre farà un profondo respiro potrà riaprire gli occhi e sentirsi perfettamente presente.

6 CONCLUSIONI

Tutte le procedure (6) sono state fatte senza l'utilizzo di farmaci analgesici.

I tempi di preparazione del paziente non hanno "subito" ritardi perché la comunicazione ipnotica si è svolta durante la preparazione del paziente.

I medici hanno lavorato molto più rilassati.

I pazienti al loro "risveglio" si sono sentiti bene rilassati non hanno avuto dolore.

Tutti hanno riferito che hanno sentito come una specie di formicolio sul torace, ma nessun dolore.

Con questo progetto il mio secondo obiettivo era di far conoscere questa tecnica, di far capire che non è una "perdita di tempo" ma anzi il tempo lo si guadagna perché il paziente non ha tutti gli effetti collaterali del Midazolam.

La Conoscenza della comunicazione ipnotica, il suo utilizzo mi ha dato maggior consapevolezza del suo valore che si traduce:

nel fare meglio il mio lavoro

nel coinvolgere man mano i colleghi , soprattutto i più scettici , ottenendo di non essere ostacolata nell'utilizzo della tecnica.

BIBLIOGRAFIA

1. Barbero, U., et al. (2018). "L'ipnosi come un'opzione efficace ed economica per controllare il dolore in ablazione transcatetere delle aritmie cardiache." *Journal of Cardiovascular Medicine* 19 (1): 18-21.
2. Kendrick, C., et al. (2016). "Ipnosi per il dolore procedurale acuto: una revisione critica". *Int J Clin Exp Hypn* 64 (1): 75-115.
3. Eimer, B.N. (2000). "Applicazioni cliniche dell'ipnosi per una gestione del dolore breve ed efficiente psicoterapia." *Am J Clin Hypn* 43 (1): 17-40.
4. Harold Merskey. IASP task Force on Taxonomy Australia Classification of Chronic Pain. 2nd ed. Seattle :IASPPress; 1994
5. General consideration of acute pain. In : Loeser John D, Coda BA, Bonica JJ, eds. *Bonica's Management of Pain* 3rd ed. Baltimore: Lippincott Williams Wilkins; 2001:222.
6. costituzione Italiana art. 32
7. *Nurse Times* giornale di informazione sanitaria
8. Erickson, M.H. (1982) *la mia voce ti accompagnerà*, Roma, Astrolabio
9. Granone, F. (1962) *Trattato di Ipnosi* Torino, Utet.
10. Yapko M. *lavorare con l'ipnosi*. Franco angeli. Milano 2003
11. Dr.ssa Muro M. Dr.ssa Croce D. *Tecniche e modalità ipnotiche*
12. Somma M *Struttura dell'Ipnosi*
13. Dr.ssa Condelli S. *I canali della comunicazione*
14. Dr.ssa Casula C. *Come costruire fiducia attraverso il rapporto*