



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2025

“PAROLE A FIOR DI PELLE”

**LA COMUNICAZIONE IPNOTICA NELLA GESTIONE DELLE LESIONI CUTANEE:
ESPERIENZA DELLA MEDICINA D’URGENZA E C.A.U RIMINI**

Candidato BARBARA GORACCI

Relatore IANNINI ROCCO

Correlatore BARONI PATRIZIA

“PAROLE A FIOR DI PELLE”

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA NELLA GESTIONE DELLE LESIONI CUTANEE: ESPERIENZA DELLA MEDICINA D'URGENZA E C.A.U RIMINI

1.INTRODUZIONE.....	3
2. OBIETTIVO.....	3
3. SETTING DI OSSERVAZIONE.....	3
4. IL POTERE DELLA NARRAZIONE.....	4
4. I CINQUE ASSIOMI DELLA COMUNICAZIONE.....	12
4.2 COSTRUIAMO LE BASI: FONDAMENTI DELLA COMUNICAZIONE IPOTICA.....	16
5. LA PELLE: ORGANO DI <i>INFORMAZIONE</i>	19
5.1 COME GUARISCE UNA LESIONE.....	21
6. LA STORIA DI ELISA E ANNA: DUE CASI CLINICI A CONFRONTO....	25
CONCLUSIONI.....	35
BIBLIOGRAFIA	

1. INTRODUZIONE

La Comunicazione rappresenta da sempre un elemento cardine nell'ambito della relazione di cura operatore-paziente e diventa condizione di assoluta importanza quando si approccia a contesti assistenziali come i setting dell' Emergenza / Urgenza dove troppo spesso il tempo è una condizione limitata, la rapidità di intervento insieme all'elevata preoccupazione ed emotività del paziente o del contesto familiare possono influenzare in maniera sfavorevole o addirittura dannosa l'intero percorso di cura ritardando e a volte ostacolando il raggiungimento dell'obiettivo.

Questa condizione si evidenzia anche nel trattamento delle lesioni cutanee e in particolare influenza attivamente l'efficacia dell'intervento ma soprattutto l'esperienza soggettiva dell'utente e il ricordo che viene evocato nelle successive sedute.

2.OBIETTIVO

Aumentare il confort del paziente, ridurre il dolore procedurale, accelerare le fase di epitelizzazione cutanea nel breve termine

3. SETTING DI OSSERVAZIONE

La Medicina d'Urgenza di Rimini è un reparto dinamico che accoglie pazienti polispecialistici in condizioni di instabilità emodinamica e/o che richiedano un'attenzione diagnostico-terapeutica repentina (politraumi, shock settici, insufficienze respiratorie che necessitano l'utilizzo di dispositivi di ventilazione non invasiva etc....) I tempi di degenza non superano mediamente le cinque giornate. Il reparto accoglie ventinove pazienti totali, sei dei quali in assetto sub-intensivo. Lavoro come infermiera di PS-Medicina d'Urgenza da circa quindici anni e oltre ad aver

sviluppato competenze e abilità specifiche come istruttrice IRC per corsi avanzati di RCP (ALS), dal 2014 mi occupo di monitorare e prevenire l'insorgenza delle Lesioni da Pressione nel setting Medicina d'Urgenza come Referente Aziendale di Unità Operativa formata dal gruppo di WOUND-CARE aziendali. La statistica di incidenza LDP riguardante il 2024 resta ancora preoccupante seppur in lieve e lento miglioramento rispetto agli anni precedenti parliamo di 3.1 punti percentuali. È evidente che l'attenzione utilizzata, le tecniche di prevenzione e la reperibilità di trattamento non sono sufficienti a proteggere il paziente né dall'insorgenza né e soprattutto da complicazioni future. Si rende così necessario ampliare la rete di strategia e la Comunicazione Ipnotica diventa strumento indispensabile, un cambiamento di rotta che assicura al paziente una migliore riuscita anche in termini di guarigione. Da qualche mese, inoltre, la mia attività lavorativa si è arricchita dell'esperienza presso il CAU (Centro Assistenza Urgenza) di Rimini e a tutt'oggi mantengo una turnistica in ambedue i contesti. I CAU sono strutture territoriali di recente introduzione nell'ambito regionale Emilia-Romagna che accolgono e trattano utenti con disturbi minori. Tra le prestazioni erogate vi è la cura il trattamento delle lesioni cutanee (ustioni, abrasioni, ferite da taglio etc.). Ho ritenuto così necessario indirizzare la mia attenzione alle lesioni cutanee in generale piuttosto che ad un aspetto specialistico al fine di poter rilevare una casistica e per ultimo trarre delle conclusioni allineate all'obiettivo.

4. IL POTERE DELLA NARRAZIONE



Immagina un gas come un insieme di tantissime particelle che si muovono in modo caotico e continuo. Ogni particella ha il suo percorso, la sua velocità e le sue interazioni, e tutto questo contribuisce al comportamento complessivo del gas. Ora, se osserviamo solo il quadro generale, potremmo pensare che le singole particelle siano irrilevanti, ma in realtà, ogni singola particella ha un ruolo fondamentale nel determinare le proprietà del gas come pressione, temperatura e volume. Questo ci insegna qualcosa di molto importante anche nella vita di tutti i giorni: dare significato al singolo, alle singole azioni o alle singole persone, è fondamentale per comprendere il quadro più grande. Allo stesso modo, in medicina, ogni paziente ha bisogni, condizioni di salute diverse. Ogni individuo non è la somma delle sue parti ma un'identità organizzata secondo leggi biologiche, psicologiche e socioculturali irripetibili e caratteristiche del suo modo di essere al mondo. L'essere soggettivo significa essere unico nel percepire, sentire, interpretare e selezionare, agire e fare manifesta l'identità della propria esistenza. Questa identità personale, ricorda Ugo Fornari (noto neuropsichiatra e scrittore di fama internazionale), inconfondibile rispetto al passato, unica nel presente e non ripetibile nel futuro, conferisce senso al singolo.

Quante volte, tutti i giorni, veniamo in relazione con pazienti che non si sentono visti, non si sentono ascoltati e che ci raccontano di sentirsi percepiti come numeri, come malattie da curare? “*non mi ha nemmeno visitata*” oppure “*non mi ha fatto parlare, è ovvio che non ha capito quale sia il mio problema*”. E quante volte nella pratica quotidiana riferendoci a un paziente lo identifichiamo con la malattia? Siamo onesti... “l’embolia polmonare della stanza 10, la frattura di femore dell’ambulatorio 2, l’ulcera gastrica che ci ha inviato la gastroenterologia”. Personalizzare le cure significa adattare le terapie alle specifiche esigenze di ogni individuo, alla sua storia, al suo sentire riconoscendo che non esiste una soluzione valida per tutti, ma non solo, comprendendo che una modificazione sul singolo elemento produce una reazione macroscopica... e in un asse concettuale STORIA-MALATTIA essere in grado di cambiare la storia o la modalità in cui viene percepita dal paziente significa modificare le dinamiche e gli effetti che la malattia ha sul soggetto.

“Con il termine **Medicina Narrativa** si intende una metodologia d’intervento clinico-assistenziale basata su una specifica **competenza comunicativa**. La narrazione diventa strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura, storia di cura personalizzata. Ciò la inquadra in un’ottica sistemica, riconoscendone la complessità bio-psico-socio-ambientale di ogni persona e di ogni evento che la riguarda in tema di salute”. Consensus Conference dell’ISS- 2014.

La complessità della cura consiste proprio nel fatto che coesistono diversi punti di vista e che tutti rivendicano buone ragioni. La narrazione della patologia del paziente al medico è considerata fondamentale al pari dei segni e dei sintomi clinici della malattia stessa ed è un utile strumento di comprensione della relazione del paziente con la malattia stessa.

Con l’utilizzo della Medicina Narrativa si recupera la storia del paziente nel senso più profondo del termine, che va certamente ben oltre la storia clinica vista come storia della malattia.

Nella presa in carico complessiva e dei suoi bisogni è assolutamente necessario prendere in considerazione questi tre fattori:

- DISEASE (malattia) si riferisce a uno stato patologico specifico, una condizione medica diagnosticabile attraverso esami e test clinici. È la constatazione oggettiva di una modificazione bio-organica ed è troppo spesso la prima e l'ultima condizione che viene presa in considerazione quando il paziente si rivolge a un professionista.

- ILLNESS (malattia come esperienza) riguarda il vissuto di malattia del paziente, di come percepisce quella condizione di malattia. È l'esperienza soggettiva del "sentirsi male", quali emozioni, quali paure suscita la malattia.

- SICKNESS (status sociale della malattia) È il ruolo o lo status che una persona assume nella società quando vive una condizione di malattia ed è un concetto più legato alle aspettative socioculturali del contesto in cui il paziente è inserito (famiglia, lavoro, società).

"La medicina non è solo scienza, ma anche arte e narrativa." R. Charon

Rita Charon, professoressa di medicina e di letteratura presso la Columbia University di New York e fondatrice del concetto "medicina narrativa" sostiene che la relazione tra medico e paziente non dovrebbe essere solo basata sulla diagnosi e sul trattamento, ma anche sulla capacità di ascoltare e interpretare le narrazioni individuali, **una medicina dove l'operatore diventa un narratore** che aiuta il paziente a dare senso alle proprie esperienze malattia e questo implica un ascolto attivo del paziente, sviluppare una connessione profonda con il paziente avendo cura del suo punto di vista e le sue paure, stabilire un dialogo aperto e trasparente in cui il paziente si senta compreso e ascoltato, incoraggiare il paziente a esprimere le proprie emozioni attraverso la scrittura o altre forme di comunicazione come potrebbe essere la musica o la pittura, analizzare il contesto sociale e i fattori che potrebbero essere peggiorativi per il proprio stato di salute.

Sia quando raccontiamo o ascoltiamo una narrazione il nostro corpo cambia. Fino a qualche tempo fa si era convinti che le narrazioni riguardassero un aspetto razionale, qualcosa che chiamiamo cultura e che riguarda il pensiero ma che il corpo stesse in disparte. Per esempio, leggendo un libro avremmo potuto emozionarci ma questo non avrebbe condizionato i meccanismi biologici corporei.

Da diverso tempo ormai si è scoperto che le narrazioni cambiano la natura del nostro corpo, del nostro sangue, del flusso vitale. Non si tratta di neuroscienze ma di endocrinologia, scienza che si occupa di studiare gli ormoni. Il cervello è stato analizzato finemente nella struttura “regionale”, sappiamo che ogni area si occupa di specifiche peculiarità come percezioni visive, uditive, olfattive, gustative, mnemoniche etc. e queste funzioni vengono regolate, attivate da specifiche sostanze attive, i neurotrasmettitori.

È assolutamente necessario scardinare l'idea di un cervello “statico e elettrico” per potersi avvicinare alla natura più veritiera dell'organo che è “dinamica e ormonale” come abbiamo potuto apprendere dalle lezioni del Prof. Rocco Iannini.

Il cervello in effetti è fatto da recettori e inibitori che si attivano e si mettono in moto sulla base dell'attività dei neurotrasmettitori. Ogni qual volta noi ci immergiamo in una storia o anche quando noi la raccontiamo a seconda del contenuto, attivano neurotrasmettitori di volta in volta differenti.

I principali sono:

- cortisolo e noradrenalina, gli ormoni dell'allerta, quando entriamo in contatto con qualcosa che ci fa paura e in questo senso la circolazione sanguigna defluisce dalla periferia al centro nel tentativo di preservare gli organi “nobili” cuore e polmoni e il sistema nervoso si attiva mettendoci in una condizione di “fuga veloce”.

-dopamina, l'ormone del piacere, è legato alla felicità.

-ossitocina (miorilassante), l'ormone della maternità o molecola morale, è legato all'emozione della tenerezza, della pietas o della generosità.

Una lettura esplicativa del panorama scientifico e temporale in cui la medicina narrativa affonda le sue radici è "Molecole di emozioni" di Candace B. Pert, pubblicato nella sua prima edizione nel 1997. La Dott.ssa Pert è stata ricercatrice del Dipartimento di Fisiologia e Biofisica della Facoltà di medicina della Georgetown University di Washington e con le sue oltre duecentocinquanta pubblicazioni e il suo lavoro pionieristico di ricerca scientifica ha contribuito allo sviluppo degli studi sul rapporto tra mente ed emozioni. Nel libro, sintesi di uno straordinario lavoro di ricerca durato tutta la vita e che l'ha vista in corsa per il premio Nobel, esplora il legame tra le sostanze chimiche del nostro corpo, come le endorfine, e le emozioni che proviamo. Pert spiega come le molecole, in particolare i neuropeptidi, siano responsabili di influenzare il nostro stato emotivo e il nostro benessere generale e mette in luce come le emozioni non siano solo qualcosa di mentale, ma siano profondamente connesse alle reazioni chimiche nel nostro corpo. Attraverso le sue scoperte, l'autrice invita a vedere la salute e le emozioni come un sistema integrato, sottolineando l'importanza di prendersi cura di entrambi per vivere in modo più equilibrato e felice. *"...per molti di noi e , senza dubbio per la maggior parte degli esponenti del mondo della medicina, accostare troppo la mente al corpo (sta parlando del concetto di psicosomatica) significa mettere in dubbio la legittimità di una particolare malattia insinuando che possa essere immaginaria, non reale, non scientifica...Assistendo a questo processo , anzi partecipandovi ,ho finito col convincermi del fatto che in sostanza tutte le malattie, anche quando non hanno una base psicosomatica, presentano sempre una base psicosomatica ben precisa....sono le emozioni, ho finito per capire , a unire fra loro mente e corpo".*

Quindi, ogni qual volta leggiamo o narriamo una storia questa, a seconda del contenuto, provoca delle modificazioni organiche, biologiche. Se volessimo stimolare la dopamina, per

esempio, difficilmente sceglieremmo di leggere “Il diario di Anna Frank” e questo ci racconta molto anche di come inconsapevolmente nella pratica giornaliera veniamo influenzati dalla storia che l’altro ci racconta e di qual è il peso delle nostre modificazioni organiche come operatori.

L’incontro tra singoli, tra uomo infermiere/medico e uomo paziente dà avvio alla bilateralità, alla comunicazione, al dialogo, alla comprensione e al rispetto dell’altro come persona indipendente, autonoma, responsabile.

Conoscere questi meccanismi e padroneggiare in maniera competente la comunicazione non solo ci permette di costruire le basi per un’osservazione **neutra** ma ci offre l’opportunità di modificare attivamente il contenuto della storia, nostra, quindi personale e del paziente.

Concludendo, si può dunque affermare che la medicina narrativa nasce per colmare i limiti della Medicina Basata sull’Evidenza, che tende a focalizzarsi sugli aspetti biologici e standardizzati della cura senza considerare appieno l’identità e il contesto del malato. Il racconto diventa strumento terapeutico che aiuta a recuperare e integrare dimensioni emotive, sociali e personali.

La comunicazione ipnotica può potenziare in maniera esponenziale l’empatia della medicina narrativa favorendo uno stato di rilassamento e apertura del paziente, rendendolo più ricettivo all’ascolto empatico e alla condivisione emotiva della sua storia. Questo facilita una comunicazione più efficace e una relazione di sana fiducia e in particolare:

- L’utilizzo della **metafora** permette di trasmettere messaggi e influenzare il subconscio in modo sottile e indiretto. Quando usiamo una metafora, creiamo un’immagine o una storia che il cervello può interpretare senza resistenze, facilitando l’accesso a risorse interiori, emozioni o cambiamenti desiderati. È come parlare in codice, che il subconscio può decifrare facilmente, portando a una maggiore comprensione e a un effetto più duraturo

-la comunicazione ipnotica usa tecniche di suggestione e linguaggio mirato che possono stimolare l'attivazione di aree cerebrali legate al riconoscimento emotivo e comportamentale, potenziando così la capacità di mettersi in sintonia (risonanza empatica).

- Creando un contesto di rilassamento e presenza, favorisce l'ascolto empatico che nella medicina narrativa è essenziale per comprendere e valorizzare il vissuto emotivo e personale del paziente migliorando la possibilità di esprimersi da uno spazio emotivo e la sua consapevolezza interiore.

Attraverso l'utilizzo delle **suggestioni** realizziamo un senso di affidamento e confidenza, permettendo alla mente di accettare facilmente le idee proposte senza contrasto o conflitto.

Sono come semi che, piantati nel giusto modo, germogliano nel subconscio e portano a trasformazioni.

- L'uso combinato della comunicazione ipnotica e della medicina narrativa accresce la fiducia nel rapporto medico/infermiere- paziente, elemento cruciale per l'adesione terapeutica e il successo di cura.

-Non per ultimo, permette all'operatore di entrare in relazione anche con il proprio stato del sentire, favorendo una comprensione più profonda delle dinamiche di relazione e facilitando la verbalizzazione e la gestione consapevole delle emozioni.

Nei prossimi capitoli costruiremo le basi che ci introducono alla comunicazione ipnotica e potremmo valutare come l'utilizzo di questo strumento, anche nella semplice azione di agire una medicazione, produca dei risultati strabilianti.

4.1 I CINQUE ASSIOMI DELLA COMUNICAZIONE

Nel 1967 lo psicologo Paul Watzlawick e altri importanti esponenti della Scuola di Palo Alto pubblicarono l'esito delle loro importanti ricerche in "*Pragmatica della comunicazione umana*", volume che tuttora rappresenta il principale punto di riferimento nel mondo della comunicazione interpersonale.

Il risultato della ricerca mostra come gli esseri umani comunicano tutti i giorni, attraverso parole o gesti, più o meno consapevolmente, per intraprendere relazioni sociali o descrivere fatti e volontà.

Paul Watzlawick, J. H. Beavin e D. D. Jackson definiscono gli assiomi della comunicazione come: "alcune proprietà semplici della comunicazione che hanno fondamentali implicazioni interpersonali".

Il termine COMUNICAZIONE deriva dal latino *com*, cioè **con**, e *munire*, cioè **legare** e indica il trasferimento di informazioni. Nel suo significato originale, perciò, comunicare significa mettere in comune, cioè condividere pensieri, opinioni, esperienze, sensazioni e sentimenti.

1° Assioma: NON si può NON comunicare

"L'attività, le parole o il silenzio hanno tutti valore di messaggio: influenzano gli altri, e gli altri, a loro volta, non possono non rispondere a queste comunicazioni e in tal modo comunicano anche loro".

La non-comunicazione è impossibile poiché qualsiasi comportamento comunica qualcosa di noi all'altro ed è impossibile avere un non-comportamento.

Il comportamento assume quindi valore di messaggio.

Anche quando pensiamo di non parlare il nostro atteggiamento, le espressioni facciali o il linguaggio del corpo inviano messaggi all'ambiente circostante. Per esempio, una persona passiva

e taciturna trasmette la volontà di non comunicare, nel silenzio sta comunque inviando un messaggio: comunica di non voler comunicare. La comunicazione può essere dunque involontaria, non intenzionale, non conscia e anche inefficace, ma avviene comunque.

2° Assioma: la comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione.

“Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione di modo che il secondo classifica il primo ed è quindi metacomunicazione”

Watzlawick afferma che esistono due livelli di comunicazione.

Il primo è quello del contenuto, e indica cosa stai comunicando, il secondo è quello della relazione, e indica il tipo di relazione che vuoi instaurare con la persona a cui ti rivolgi.

I messaggi che gli individui si scambiano tra loro non possono essere considerati semplici trasmissioni di informazioni. Oltre al contenuto oggettivo del linguaggio c'è anche un aspetto che definisce la relazione stessa dei soggetti interessati.

In sostanza, conta “che cosa diciamo” e anche “come lo diciamo”. Per esempio, dire “va tutto bene” può sembrare rassicurante o sarcastico a seconda del tono della voce scelto.

Ogni comunicazione, quindi, comporta di fatto un aspetto di metacomunicazione che determina la relazione tra i comunicanti e sempre secondo l'autore il saperlo fare adeguatamente non è solo una condizione sine qua non che determina l'efficacia della comunicazione ma è anche un modo per potersi esprimere nel mondo attraverso la consapevolezza di sé e degli altri.

Ad esempio, un individuo che proferisce un ordine, oltre al contenuto (cioè la volontà che il destinatario del messaggio compia l'azione indicata), esprime anche il tipo di relazione che intercorre tra chi comunica e il suo destinatario, in questo caso quella di superiore/subordinato.

3°Assioma: la natura di una relazione dipende dalla punteggiatura degli scambi comunicativi.

La comunicazione comprende diverse versioni della realtà, che si creano e modificano durante l'interazione tra più individui.

Queste diverse interpretazioni dipendono dalla punteggiatura della sequenza degli eventi, ossia dal modo in cui ognuno tende a credere che l'unica versione possibile dei fatti sia la propria. La punteggiatura è come segnare i punti di inizio e di fine di un episodio comunicativo

Il rischio che corriamo costantemente è quello di osservare la situazione esclusivamente dal nostro punto di vista, usando cioè la propria punteggiatura e non riuscendo a cogliere quella dell'altro. Due individui possono interpretare lo stesso scambio in modo diverso vedendo uno come causa e l'altro come effetto e aprendo così la porta al malinteso

Il punto di vista personale, concludendo, determina i comportamenti ed è quindi alla radice dei conflitti di relazione.

4°Assioma: la comunicazione può essere sia verbale che non verbale.

La comunicazione verbale riguarda tutto ciò che viene espresso attraverso le parole come conversazioni, discorsi, messaggi scritti ecc. È il modo più diretto di trasmettere informazioni o pensieri e può essere definita come digitale cioè caratterizzata dalla scelta delle parole e ciò che esse in maniera generale rappresentano. Tuttavia, la scelta delle parole, il tono di voce, la velocità e il volume sono tutti aspetti da considerarsi attentamente durante il colloquio con l'altro.

La comunicazione non verbale invece include tutti quei segnali che non usano parole ma che comunque trasmettono significato. Questo può essere il linguaggio del corpo, come questo si esprime attraverso i gesti, la mimica facciale, la postura, il contatto visivo. Molto frequentemente la comunicazione non verbale rafforza o smentisce ciò che si intende comunicare a parole e può

rivelare emozioni che magari non vengono espresse attraverso il canale verbale. È bene ricordare che la comunicazione non verbale affonda le sue radici in periodi arcaici dell'evoluzione dell'uomo e la sua validità è quindi molto più generale del modulo numerico della comunicazione verbale, più astratto e relativamente recente. L'uomo, insieme alla specie di mammiferi acquatici quali delfini e balene, è il solo organismo che si conosca che usi moduli di comunicazione sia verbale che non verbale. Questo fatto è molto importante perché tale tipo di linguaggio, scrive Watzlawick: “serve a scambiare informazioni sugli oggetti, oltre ad aver la funzione di trasmettere la conoscenza di epoca in epoca”. I due sistemi sono congruenti tra loro, ed è questo un elemento a cui facciamo riferimento nel corso delle nostre interazioni con gli altri. Se una persona afferma di essere interessata a ciò che stiamo dicendo ma guarda altrove, si verifica una discrepanza tra il contenuto e la forma che mina l'esito della conversazione stessa.

5° Assioma: gli scambi comunicativi sono sia simmetrici che complementari

Si ha un'interazione simmetrica quando gli interlocutori si considerano sullo stesso piano, e quindi di pari livello. In questo caso i soggetti tendono a rispecchiare uno il comportamento dell'altro, arrivando spesso ad accesi scontri, considerandosi sullo stesso piano.

L'interazione complementare, al contrario, si verifica quando gli interlocutori non si considerano sullo stesso piano. Ciò emerge chiaramente dai loro scambi, che pongono uno dei due in una posizione di superiorità e l'altro in una posizione subordinata. Una discussione tra amici è spesso simmetrica mentre tra uno studente e il suo insegnante è (dovrebbe essere) complementare.

Concludendo, l'impossibilità di non comunicare rende comunicative tutte le situazioni interpersonali che coinvolgono due o più persone.

4.2 COSTRUIAMO LE BASI: FONDAMENTI DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA



La comunicazione ipnotica è una tecnica che sfrutta specifici modelli di linguaggio e una particolare tecnica di comunicazione che applica consapevolmente i meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente utilizzando il potere delle parole per creare immagini mentali, che riverberino nel corpo modificandolo

Prima di utilizzare questa metodologia è importante tenere a mente alcuni principi di base.

È fondamentale stabilire con il paziente un **RAPPORT** di fiducia e rispetto reciproco attraverso l'allestimento di un ambiente rassicurante e privo di giudizio. Al paziente va assicurata **PRESENZA** e **DISPONIBILITA' DI ASCOLTO**. L'esperienza può arricchirsi di tecniche di linguaggio non verbale e verbale.

Mantenere una **postura** aperta, rilassata e rassicurante aiuta a trasmettere calma e disponibilità (sedersi per esempio in modo aperto, con le spalle rilassate e il busto lievemente rivolto verso al paziente); Evitare di incrociare gambe e braccia aiuta a comunicare apertura e accessibilità.

La **gestualità** può essere utilizzata purché sia lieve e coerente con il concetto che si esprime (usare gesti delicati come un leggero movimento delle mani o un sorriso sincero). Annuire

inclinando leggermente la testa, per esempio, aiuta a comunicare presenza senza utilizzare la parola. Un modo per entrare in connessione può essere il **Mirroring** (o rispecchiare) ossia la riproduzione delle posture, dei gesti, l'intonazione della voce, la respirazione etc. dell'assistito, con cui è possibile creare un rapporto di similarità, il **Ricalco** (o sincronizzazione): riprodurre gli schemi di comunicazione del paziente, le sue convinzioni e i suoi valori. La distanza tra operatore e paziente deve essere adeguata rispettando il comfort e i limiti di entrambi i soggetti; invadere lo spazio del soggetto con la nostra fisicità può causare disagio, così come un tocco non richiesto né autorizzato o altresì una distanza eccessiva possono comunicare distacco e freddezza. È sempre bene chiarire i limiti dell'interazione prima di iniziare una seduta.

Il **contatto visivo** può rafforzare e agevolare l'interazione così come una respirazione lenta e profonda magari facendo qualche respiro insieme al paziente. Questo favorisce un senso di condivisione avendo però cura di non eccedere per non sembrare troppo costruiti e poco spontanei

Il **tono di voce**, il ritmo delle frasi e il volume utilizzato contribuiscono a creare un ambiente rilassato e aperto (può essere utilizzato anche per favorire l'assimilazione di informazioni e nuovi concetti da parte di chi è in ascolto attivo).

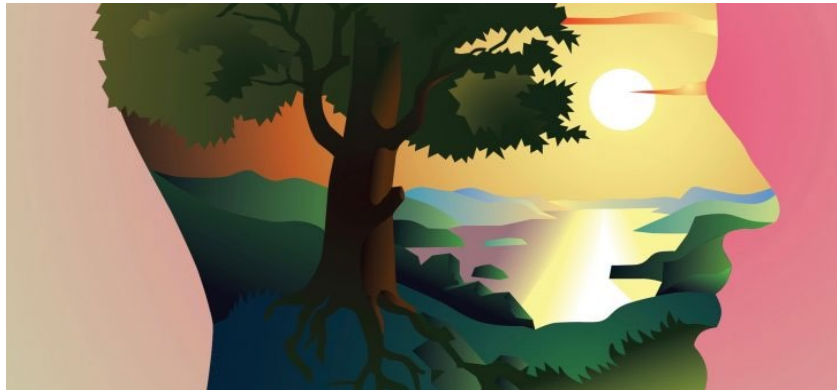
È bene sottolineare che mostrare **rispetto** e **gentilezza** per le opinioni, i tempi e le scelte del paziente aiuta a creare un ambiente di confidenza insieme alla capacità di adattare l'approccio alle esigenze e alle caratteristiche dell'individuo che sono sempre UNICHE e IRRIPETIBILI. Lo stato emozionale dell'individuo è da considerarsi come uno **SPAZIO SACRO** in cui entrare in punta di piedi, con delicatezza e cura. Nel comunicare con l'operatore il proprio *stato del sentire* il paziente apre le porte alla propria intimità e vulnerabilità e solo attraverso un approccio comprensivo, co-creativo e empatico si permette allo stesso di aprirsi al **CAMBIAMENTO**.

Un' attenzione particolare va rivolta alle parole che, come ci ricorda la Dott.ssa Muro, possono diventare *porte* o *muri* evitando quindi di utilizzare un linguaggio che evochi preoccupazione, insicurezza o altresì negazione e rifiuto. Il linguaggio utilizzato va adattato al paziente, alla sua capacità di comprensione, inserendo anche metafore o episodi /aneddoti di vita che possano essere accolti senza difficoltà, in maniera leggera e rilassata. Le frasi devono essere formulate in modo sottile e suggestivo, utilizzando come dicevo storie, paragoni o domande che guidino il paziente verso uno stato di ascolto attivo e rilassato. Utilizzare aggettivi che comunichino uno stato positivo passando per esempio attraverso parole come *PLACEVOLE*, *DOLCE*, *LEGGERO*, *RILASSATO*, *CALMO*...

E ricordiamo...l'utilizzo del **NO** è **VIETATO**, si preferisce infatti esprimere una negazione utilizzando comunque affermazioni come “*SI, ha ragione, MA...*”

La sfida che dobbiamo accogliere tutti giorni da sanitari è guidare il paziente alla comprensione di concetti complicati e articolati attraverso la sintesi e la rielaborazione in chiave semplice e pratica, e perché no...divertente!

5 LA PELLE: ORGANO DI INFORMAZIONE



La pelle è l'organo più esteso del corpo e agisce come confine tra l'ambiente esterno e la parte interna del corpo. È il nostro involucro, ciò che delimita il nostro mondo da quello esterno e può considerarsi come una barriera attraverso cui esprimiamo ciò che siamo, i nostri stati d'animo e le nostre emozioni.

È la prima fonte di informazioni che riceviamo appena entriamo in contatto visivo con l'altro e in effetti può parlarci della storia dell'altro e aprirci a un mondo di dati. Può indicarci vagamente l'età del soggetto, la sua etnia o famiglia di origine, lo stato emotivo ma anche lo stato di salute fisico.

Quando proviamo un'emozione come felicità, rabbia o paura il nostro organismo risponde con modificazioni ravvisabili a livello cutaneo, per esempio potremmo notare un rossore in viso quando siamo eccitati o imbarazzati e ancora la sudorazione può indicarci nervosismo ma anche (e in ambito sanitario è un parametro che viene altamente considerato) dolore.

Inoltre, ci sono molte malattie che si esprimono proprio attraverso la pelle come alcune infezioni virali, malattie da carenza di vitamine, anemia, malattie renali ed epatiche etc.

Nell'ambito dell'Emergenza/ Urgenza i protocolli di accertamento prevedono per esempio una valutazione repentina definita con il termine QUICK LOOK che permette al professionista una

codifica immediata circa la gravità e l'eventuale evoluzione della sintomatologia basandosi sull'esclusiva osservazione dello stato cognitivo e del colorito della cute. Questa riflessione viene riportata solamente per sottolineare quale rilevanza e quale valore assume la "sola" osservazione del cambiamento della cute.

La pelle è un organo complesso con molte funzioni importanti, tra cui l'eliminazione verso l'esterno, l'assorbimento verso l'interno e la ricezione di informazioni sensoriali attraverso il tatto.

Le sue funzioni principali sono:

- **PROTEZIONE:** protegge dagli agenti esterni come attrito, sostanze chimiche, infezioni e raggi UV dannosi
- **TERMOREGOLAZIONE:** aiuta a regolare la temperatura corporea attraverso la sudorazione quando fa caldo e la riduzione dell'afflusso di sangue alla pelle quando fa freddo
- **SENSORIALE:** attraverso le terminazioni nervose, la pelle raccoglie informazioni sensoriali che vengono inviate dal mondo esterno come caldo, freddo, dolore, tatto.
- **RIPARAZIONE E RIGENERAZIONE:** La pelle è in grado di ripararsi e rigenerarsi continuamente attraverso il rinnovo cellulare.

Quando si verifica una modificazione in una di queste caratteristiche, come nel caso della comparsa di una ferita, diversi aspetti emotivi possono essere influenzati e messi sotto pressione.

Può capitare di provare insicurezza soprattutto se la ferita interessa una zona del corpo immediatamente visibile ed esposta a quello che si percepisce essere il giudizio dell'altro, condizione molto frequente nel caso di pazienti ustionati. L'evocazione del ricordo traumatico può essere anch'esso motivo di sofferenza o tristezza fino ad arrivare talvolta a stati depressivi, ansia, preoccupazione o frustrazione e rabbia (si rileva in modo frequente nelle cadute o negli eventi traumatici nell'anziano che vive la paura di non essere più in grado di occuparsi in autonomia dei propri bisogni).

È bene tenere a mente che anche nell'atto di provvedere ad una medicazione entriamo in contatto con tutta la sfera del vissuto del paziente e attraverso una comunicazione competente possiamo trasformare quel momento in un'opportunità di cambiamento, aprire la visione del paziente a un pensiero più gratificante e positivo e permettere allo stesso di accedere al potere della propria risorsa interiore, uno spazio che ognuno di noi ha a disposizione ma non tutti ne siamo ancora consapevoli.

5.1 COME GUARISCE UNA LESIONE CUTANEA : LE TRE FASI

Il processo di guarigione di una ferita , a prescindere dal tipo di lesione cui ci troviamo di fronte sia essa di natura dinamica/traumatica o altresì statica, attraversa tre stadi: la fase di pulizia (infiammazione), la fase di granulazione (o anche proliferativa) durante la quale avviene la formazione del nuovo tessuto e la fase di rimodellamento (epitelizzazione). In questo senso l'utilizzo della comunicazione ipnotica risulta essere determinante poiché permette al soggetto di entrare in uno spazio potenzialità non esplorato e di attingere a risorse fino a quel momento assopite.

FASE 1: PULIZIA

Una volta arrestatosi il sanguinamento iniziale, i globuli bianchi possono migrare facilmente nella ferita. I vasi sanguigni si dilatano così da permettere alle pareti vascolari maggiore permeabilità facilitando la transazione di questi ultimi e favorendo la loro azione benefica. Lo scopo di queste cellule altamente specializzate è quello di proteggere la ferita da possibili aggressioni di germi e batteri preoccupandosi di tenerla costantemente detersa. Durante questa fase la priorità è rimuovere il tessuto privo di vitalità (necrotico) così da favorire la pulizia della ferita e rimuovere l'eventuale presenza di batteri che potrebbero contribuire a ritardare il processo di guarigione. Si potrà osservare che il tessuto apparirà infiammato ed edematoso.

FASE 2: GRANULAZIONE

In questa fase il corpo inizia a ricostruire i tessuti danneggiati. Si formano nuovi vasi sanguigni che fungono da sostegno alle cellule epiteliali appena generate. Il tessuto proveniente da lesioni profonde ha tempi di rigenerazione più lenti, perciò, durante questa fase la ferita viene riempita da un nuovo tessuto, una sorta di tessuto di emergenza. La fase di granulazione descrive la rigenerazione del tessuto quando la ferita si riempie dall'interno. La priorità in questi casi è proteggere i nuovi tessuti ed evitare che il letto della ferita rimanga privo di umidità, condizioni assolutamente favorevole per la crescita delle nuove cellule. Utilizzare medicazioni idratanti permettono di preservare il processo di guarigione .

FASE 3: RIMODELLAMENTO

È la fase plastica ed è anche l'ultima tappa del processo durante la quale il nuovo tessuto si rafforza e si rimodella per tornare alla sua struttura originaria. È come se il corpo lavorasse con cura per perfezionare il tappeto di nuovo tessuto, eliminando le parti in eccesso e rafforzando le fibre di collagene. A tutti gli effetti è la dimostrazione che il corpo è incredibilmente capace di autoripararsi e perfezionarsi.

Avvalersi della comunicazione ipnotica nella trasmissione di queste informazioni al paziente che, seppur ridotte ai minimi termini possono risultare ancora complicate, ci aiuta a rendere il messaggio ancora più rassicurante e coinvolgente, guidando la persona a una interiorizzazione fluida dell'informazione e a sentirsi più motivata e serena, supporta il percorso armoniosamente. Possiamo avvalerci di storie, aneddoti, metafore...via libera alla fantasia!

Un esempio potrebbe essere: *“Immagina di immergerti in un viaggio di guarigione, dove ogni fase si svolge dolcemente e naturalmente. Prima il tuo corpo si prende cura di*

ripulire la ferita, eliminando tutto ciò che non è utile, come se una brezza leggera portasse via tutte le impurità. Poi inizia a formarsi un manto nuovo come un abbraccio protettivo che invita la pelle a ricostruirsi. Con il passare dei minuti nuove cellule cominciano a crescere riempiendo di vita questo spazio vuoto, come un giardino che fiorisce ai primi raggi tiepidi di sole in primavera. Infine, la pelle si rimodella diventando sempre più forte e resistente lasciando dietro di sé una piccola cicatrice che racconta la storia di questa meravigliosa guarigione. È un processo naturale, fluido e armonioso che il tuo corpo compie con cura, precisione e dedizione!”

A questo punto la maggior parte delle volte il paziente vi rivolgerà questa domanda: “Quanto tempo ci vorrà perché guarisca?”. È bene utilizzare un’attenzione particolare nel fornire dettagli specifici circa le tempistiche anche quando saremmo perfettamente in grado di produrre una stima veritiera poiché ciò che diremmo potrebbe trasformarsi facilmente in una *suggestione* e quindi in qualche modo *condizionare* l’evoluzione della guarigione. Proviamo a pensare di sentirci dire dal nostro infermiere durante la medicazione (e assicuro che io per prima ho commesso questo errore milioni di volte nel tentativo di coinvolgere il paziente nelle mie analisi “professionali”): “E’ una lesione molto complessa, il danno tissutale coinvolge la fibra muscolare, i margini non sono adesi alla lesione e il letto della ferita è ricoperto da fibrina, condizione che dovremmo trattare prioritariamente. Purtroppo, servirà moltissima pazienza e a volte sono necessari mesi”. Qual è la sensazione che percepiamo? Quanto ci sentiamo in grado e in forze adesso di affrontare quel percorso che già prevediamo essere lungo e difficile?

Potremmo quindi rispondere: “Ognuno di noi ha i propri tempi di guarigione, siamo individui non replicabili che conservano abilità non ancora esplorate. Posso dirti però che noto già da

adesso segni di un'attività di crescita straordinaria, la ferita sta guarendo secondo le nostre aspettative". Oppure "il tuo corpo ha una grande capacità di autorigenerarsi e presto potrai renderti conto dei risultati del tuo impegno". Il paziente ha necessità di sentirsi rassicurato e un approccio positivo e fiducioso lo incoraggia e lo motiva all'aderenza della cura contribuendo a un recupero così più rapido.

Un'ultima considerazione la rivolgo all'opera di traduzione. I testi in materia di WOUND CARE sono ricchi di termini che definisco "KILLER" e che forse sarebbe opportuno utilizzare esclusivamente nella comunicazione tra sanitari durante il passaggio di consegne e mi riferisco per esempio a "*Sospetto danno tissutale profondo*", "*tessuto necrotico*", "*sospetta sovrainfezione batterica*", "*lesione a tutto spessore con interessamento della fascia muscolare ed esposizione del tessuto osseo*" ...

...Mi chiedo quale vantaggio potrebbe trarne il paziente se non pensare di trovarsi in una brutta, bruttissima situazione.

6. LA STORIA DI ELISA E ANNA: DUE CASI CLINICI A CONFRONTO



Durante questi mesi di osservazione e prime pratiche ho incontrato la storia di due donne e penso che possa essere interessante sottoporvi questi due casi a confronto.

Le mie due pazienti riportano entrambe ferite traumatiche, Elisa cade dallo scooter mentre si stava recando al lavoro e Anna si ferisce la tibia contro uno scalino inciampando durante il viaggio verso l'ospedale.

Entrambe le lesioni sono state trattate come stabiliscono le Linee Guida Aziendali ma la storia di Elisa, diversamente da Anna, si arricchisce dell'utilizzo della comunicazione ipnotica e i risultati ottenuti sono stati largamente oltre le aspettative iniziali.

ELISA e L'OROLOGIO A CUCU'

Incontro Elisa per la prima volta in un giorno piovoso di aprile, era circa metà pomeriggio. Si presenta all'accettazione visibilmente preoccupata. Alzo gli occhi dal computer e incontro quelli di una giovane donna, bionda, esile e minuta. Noto che nell'avvicinarsi al bancone appoggia una stampella e saltellando mi viene incontro. Fruga frettolosamente nella borsa alla ricerca di un documento, e nonostante le mie rassicurazioni il suo atteggiamento sollecitato non si interrompe fino a che non mi porge la sua carta di identità. Decido di dare valore a quella ricerca con un silenzio rispettoso e assicurandomi di mantenere una postura rilassata e accogliente. Ricordo di averle detto *“Grazie per la tua puntualità Elisa, mi chiamo Barbara. Ho notato le stampelle e posso vedere che fai fatica a camminare...questo mi suggerisce che hai dolore...È così?”*. Elisa appare rilassarsi, mantiene il contatto visivo annuendo. *“Ti andrebbe di raccontarmi la storia di questo dolore?”*, aggiungo. Elisa inizia a parlare. Stava guidando *“nervosamente”* il suo scooter per raggiungere la sua sede lavorativa e in corrispondenza di una rotatoria si era ritrovata a dover frenare bruscamente perdendo il controllo del mezzo e cadendo sul lato sinistro del corpo. A quel punto il piede sarebbe rimasto incastrato tra l'asfalto e il motorino. *“Ma mi sono subito rialzata e, con l'aiuto di un signore che mi tirato su lo scooter, sono ripartita. Solo una volta giunta al lavoro mi sono preoccupata di appurare cosa fosse successo”*. Molto bene, penso, significa che il trauma non è avvenuto ad alta velocità e il distretto corporeo interessato è *“limitato”* al piede. Ma non posso a fare a meno di notare come *“la fretta”* e *“la puntualità”* siano un elemento caratteristico in Elisa. Aggiunge che lo stesso giorno, terminata l'attività lavorativa, si era recata presso il nostro Servizio e si era sottoposta ad esami radiologici risultati negativi per frattura *“ma il piede continua a farmi molto male, si è gonfiato molto e...la ferita...oddio è veramente brutta!”*.

Terminata l'accettazione mi cade l'occhio sulla città di nascita: Trento. Avevo un orologio a cucù da bambina che la zia mi regalò al ritorno di una gita sugli sci che riportava la scritta *“Trentino*

Alto Adige” sulla parte anteriore, proprio sotto l’uccellino. Mi è sempre piaciuto molto quell’orologio e mi viene in mente che aspettavo con ansia che cambiasse l’ora così da vederlo in funzione.

Accompano Elisa a sedersi in barella così da poter visionare la ferita e mentre la osservo camminare prendo nota che il piede appare effettivamente edematoso ed Elisa assume una postura contratta al carico. Si siede. *“non posso permettermi di star male! Devo accudire i miei due bambini e il mio capo non ammette assenze. Mi sembra di impazzire in questa condizione!”*. Gli occhi si fanno lucidi e le spalle si abbassano. Noto che sta oltrepassando i suoi limiti nel raccontarsi, la voce si fa sottile e il contatto visivo si interrompe quasi a mostrare vergogna per la vulnerabilità che esprime. Lascio che queste emozioni si esprimano fluidamente, mantengo in atteggiamento aperto e le permetto di sentire la mia vicinanza fisica, le prendo una mano. Non ho ancora detto niente che Elisa inizia lentamente a rilassarsi e piano piano si stende in barella. Con timidezza mi racconta di essere un’estetista, amante della natura, trascorre spesso le vacanze in Trentino dove è cresciuta presso la casa dei nonni paterni e tutte le volte aspetta quei giorni con eccitazione perché *“sono un soffio di aria pura”*, in quel contesto *“riesce a rigenerarsi e ricaricarsi”*.

“Non ho potuto non notare che sei nata a Trento” ... *“non ci sono mai stata ma in qualche modo ha riempito gli spazi anche della mia infanzia”* le dico e le racconto del mio orologio. Elisa si illumina e inizia a raccontami la sua storia. Cresce ad Andalo e trascorre i primi anni di vita nella casa dei nonni paterni tra i prati e il profumo di “erba fresca”. Poi si trasferisce prima a Verona e poi a Bologna, la mamma si spostava molto per lavoro e il padre, contabile di azienda, amava viaggiare e visitare luoghi diversi, perciò, dice Elisa *“sono una coppia bene assortita”*. Elisa cresce con una dedizione al lavoro spiccata *“probabilmente presa da mia mamma”*, pur riconoscendo di avere delle doti artistiche innate, da lì l’interesse per l’estetica. Incontra Marco, il suo attuale compagno, appena arrivata a Rimini. Diventa poco dopo mamma di Andrea, cinque anni e di Dario, due anni e mezzo. È una

giovane donna molto impegnata e “devo organizzare le giornate nei minimi dettagli per assicurarmi di farci entrare tutte le cose che devo fare e questo proprio non ci voleva”. Torno a pensare che l’elemento tempo è fondamentale nell’approccio con Elisa. “Comprendo molto bene la tua preoccupazione nei riguardi di questa situazione, posso però rassicurarti. Sei nel giusto posto al momento perfetto. Insieme possiamo fare in modo che questo tempo che stai dedicando alla tua guarigione sia tempo proficuo, vedrai presto gli effetti di quanto ti sto raccontando”. Mentre continua a rilassarsi e parlare di sé io scopro la ferita



Nella solitudine della mia testa penso “ferita a carattere misto, presenza di escara secca, margini iperemici, fondo interessato da Slough adeso, edema peri lesionale >2 cm, sovrainfezione batterica?”

Utilizzo con Elisa lo stesso racconto riportato nel precedente capitolo spiegandole come e quanto velocemente potrà guarire la sua ferita aggiungendo, come suggerito tra l’altro dalla paziente, l’elemento acqua poiché in effetti la stessa riporta alla mente un’estate trascorsa in montagna

quando era solita giocare nel fiume vicino la sua abitazione. Terminata la medicazione le chiedo di poterci incontrare il giorno successivo per appurare quanto “*sarà migliorata la ferita dopo essere stata lavata dalle acque cristalline del fiume e essere stata seminata di margherite bianche*”.



Questo il risultato dopo appena **16 ore** dal primo trattamento. Il giorno seguente Elisa era in grado di appoggiare il piede che potete notare visivamente essere molto meno edematoso, l'iperemia peri lesionale si è notevolmente ridotta e si poteva apprezzare la presenza di tessuto di granulazione. Il dolore misurato attraverso la scala di VAS ridotto e 2 da 6 dato iniziale.

Un successo oltre le mie aspettative che mi ha aiutata a comprendere che il lavoro di cambiamento vero è agito solo dal paziente e che l'operatore può solo farsi tramite di questa opportunità!

ANNA E L'ARAGOSTA

Sapevo che avrei incontrato Anna da lì a breve perché le bed-manager mi avevano avvertita dell'arrivo di una paziente, 62 anni, con una diagnosi di Fibrillazione Atriale Parossistica. Erano le sei circa del pomeriggio, ricordo che era in atto la distribuzione del vitto quando ho sentito l'avvicinarsi della barella del Pronto Soccorso. Guardo il mio collega e ci diciamo senza parlare, abilità che si apprende nelle corsie, che mi sarei occupata io dell'accoglienza. Mi avvicino alla barella e noto una Signora con due occhi verdi come alcune sfumature del mare e capelli rosso rame che aveva acconciato con un piccolo mollettone. Ho pensato fosse molto elegante. *“Buonasera Sig.ra Anna, sono Barbara, una delle infermiere che incontrerà questi giorni. Mi permetta di accompagnarla in stanza”* frase che utilizzo da sempre e che mi rendo conto sia da rivedere, ma che non ha mai incontrato il rammarico del paziente, almeno espresso. Anna mi guarda e annuisce con la testa, molto lentamente, quasi a rimarcare quel ciondolare e giurerei di averla sentita espirare rumorosamente, non riesco a leggere comunque né il suo entusiasmo né l'eventuale disappunto. *“È annoiata?”* Penso. Nei pressi del letto si sistema seduta e chiede di poter raggiungere la postazione in autonomia. Il collega OSS che l'accompagna mi guarda come a chiedere il permesso. *“Certo Anna, possiamo fare qualche passo se se la sente”* così Anna ribatte *“Mi pare ovvio”* e aggiunge un sorriso. Bene, adesso sono ancora più confusa ma non mi perdo di animo. *“Può essere questa l'occasione per osservarla deambulare e valutare il suo stato di autonomia,”* mi dico. Così Anna scende dalla barella con la sua borsetta che teneva gelosamente in grembo e si avvicina al letto. Decido di darle un po' di spazio, non ho ancora chiaro come si senta né tantomeno come poterla approcciare in modo da non innervosirla, così mi limito ad osservarla e colgo l'occasione per consultare il verbale di ricovero:

Paziente vigile e collaborante, giunta in P.S con mezzi propri. Riferisce sensazione di cardiopalmo da circa un paio di ore insorta durante solita attività quotidiana. Pregressi episodi in passato a risoluzione spontanea. Parametri vitali in triage: FC 117 bpm aritmica, FR 18 atti/min, Spo2 97%aa, PA 114/59 mmHg, VAS 2; cute rosea non segni di dispnea. Esegue ECG 12 derivazioni che conferma ritmo da Fibrillazione atriale, assegnata all'ambulatorio 3. APR: ipertesa in trattamento con TRIATEC 2,5 mg 1/die. Non patologie di rilievo. Non note allergie a farmaci. Durante la visita in ambulatorio la paziente riferisce regressione della sintomatologia di ingresso, ripete ECG: 69 bpm ritmo sinusale. Esami ematici e campione arterioso negativi per alterazioni, RX torace non significativo per acuzie.

Si ricovera in MURG per monitoraggio ECG e prossima valutazione cardiologica.

Mentre torno ad osservare Anna mi salta all'occhio la maniera fluida in cui si muove nello spazio della camera. Si guarda intorno, trova l'armadio, il SUO armadio e inizia a sistemare le cose che aveva nella borsetta nel SUO comodino. *È singolare, di solito i pazienti chiedono come poter riporre i propri effetti, qual è il numero del proprio armadietto...* penso tra me e me. Anna sembrava essere a proprio agio, in una situazione familiare e questo mi incuriosiva così anziché tenere i miei pensieri per me le chiedo *“E' la sua prima volta in ospedale?”*. Anna sembra essere interessata alla domanda e per la prima volta dopo qualche minuto mi guarda. Mi racconta che ha passato molto tempo in ospedale accudendo la suocera in un lungo percorso di malattia perciò *“l'ospedale è una seconda casa oramai?”*. Perfetto, allora può essere che l'abbia notata annoiata, chissà quante volte avrà sentito quella frase e immediatamente mi rendo conto che Anna mi stava dando un nuovo spunto di riflessione. Continua a sistemare le sue cose e tira fuori a un certo punto un sacchetto trasparente con del filo e un uncinetto, e immediatamente si mette a lavorare perciò le chiedo se potessi

vedere il suo lavoro e le racconto della mia totale incapacità per un'attività che richieda tanta precisione. Così, orgogliosa, mi mostra il ricamo. È davvero molto brava. *“Hai ragione, è un bel progetto iniziato da molto tempo, non ho mai tempo per ultimarlo”* mi risponde intuendo il mio interesse. Mi racconta che sono diversi mesi che si sente “stanca e affaticata” e che forse questi giorni potranno esserle di aiuto. *“Prima la malattia di mia suocera, adesso i nipotini, che sono una gioia grande per carità ma mi impegnano molto”*. Racconta che stava stendendo la biancheria, quando ha sentito di nuovo quella sensazione che definisce di *“sposatezza”*, il cuore batteva veloce e *“mi sono sentita svenire”*. *“Così ho chiamato mio figlio per avvertirlo che mi sarei recata in ospedale e che non avrei potuto tenere i bambini”*.

Mentre finisce la frase il suo cellulare squilla, comprendo che potrebbe essere suo marito così mi allontano brevemente. La osservo da lontano ed è talmente tranquilla, in qualche modo percepisco che in questa nuova situazione non mostra l'ombra di un disagio. Inizia a interagire con le compagne di stanza, si mette il pigiama, un pigiama bianco e blu che ricorda molto il tema dei luoghi di mare.

Torno vicino e noto che ha una medicazione all'arto inferiore e mi racconta che nella fretta di recarsi in ospedale sarebbe inciampata urtando con la gamba contro uno scalino. Così le chiedo di poter visionare la ferita.



Sempre e solo nella mia testa: SKIN TEARS zona tibiale esterna destra, lembo per lo più conservato, ematoma dei tessuti. A chi è solito trattare di lesioni cutanee è noto che questo è un tipo di lesione che risponde molto bene e, nella maggior parte dei casi, rapidamente ai trattamenti topici anche non avanzati.

“Ha tutta l'aria di essere una ferita che sta già iniziando a guarire!” tento un approccio. Anna di rimando mi risponde *“Sì, non sembra niente di grave, guarirà con il giusto tempo”* senza mai interrompere la sua attenzione dal suo lavorare. Eseguo una medicazione “classica” e così continueranno i miei colleghi nei giorni avvenire.

Non rivedrò più personalmente Anna ma la mia collega mi invia la foto della lesione dopo 72 ore.



Non solo la lesione non stava migliorando ma il tessuto di granulazione che ricopriva il letto della ferita stava dando segni evidenti di sofferenza. Sono comparse aree di Slough e necrosi secca anche dove non sarebbe stato naturale trovarne nemmeno assecondando il fisiologico decorso

di guarigione. Perché? Mi chiedo se le fosse stata cambiata la terapia o se fossero subentrati fattori peggiorativi nelle ultime ore, scopro che non vi sono state modificazioni tali da giustificare una situazione simile. Confesso che ho compiuto una ricerca forsennata passando in rassegna i diari, gli esami ematici, la terapia per poi dover scoprire che non avevo niente, niente che mi potesse indirizzare verso una soluzione e intanto la domanda si faceva sempre più incalzante...Perché?

Lentamente si facevano strada nei miei ricordi altri volti, altre vite ascoltate, altri pazienti incontrati negli anni e una storiella che qualcuno mi raccontò una volta, probabilmente nel tentativo di tirarmi su l'umore in una giornata complicata:

Sai come cresce un aragosta? Quando avverte che il guscio esterno diventa troppo stretto, troppo limitante e la pressione si fa insopportabile trova un rifugio, un posto sicuro al riparo dai predatori e dai pericoli e si libera del guscio. Esponendosi alla propria vulnerabilità, attende, pazientemente che il nuovo guscio cresca per poi uscire più grande e più forte di prima.

È possibile che Anna stava attraversando quella fase di paziente attesa? Voglio dire...Esiste la possibilità che la malattia possa essere funzionale a qualcosa? E se sì...come si arriva a scegliere un'esperienza di malattia?

L'incontro con Anna mi ha lasciato più domande che risposte e l'unica certezza che lei è stata senza ombra di dubbio più affascinante per me di quanto sia stata in grado di esserlo io nei suoi riguardi.

Ma se è vero che l'importante è iniziare, beh allora credo di aver trovato tanto materiale per le mie prossime ricerche.

CONCLUSIONI

L'integrazione della comunicazione ipnotica alle già note pratiche cliniche offre un'opportunità unica ai professionisti di affrontare le lesioni cutanee in modo olistico considerando non solo gli aspetti fisici ma anche quelli emotivi e psicologici. L'esperienza personale ha permesso di evidenziare come questo Strumento possa essere un ausilio determinante che ci permette di modificare i tempi di guarigione delle lesioni cutanee accelerando i tempi di recupero e riducendo significativamente il dolore. Pertanto, ritengo sia fondamentale che gli Infermieri siano formati e sensibilizzati riguardo l'importanza della comunicazione ipnotica. Investire in questo tipo di formazione non solo arricchisce le competenze terapeutiche ma permette al paziente di essere accolto in un progetto di cura realmente personalizzato, comprensivo, umano. In un'epoca in cui la Medicina si sensibilizza e si orienta verso pratiche integrate, la comunicazione ipnotica diventa un prezioso alleato nella promozione della salute e del benessere

BIBLIOGRAFIA

- “Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza” F. Granone E. Casiglia
“Pragmatica della comunicazione umana” Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin, Don D. Jackson
“Molecole di Emozioni” Candace B. Pert edizione “Il libraio” traduzione di Lidia Perria
“Manuale di Medicina umana e narrativa” Alberto Scanni, Federico E. Perozziello
“Wound Care- medicazioni semplici e avanzate” 1° edizione Medical Academy
“Metafore terapeutiche- modelli e strategie per il cambiamento” David Gordon – casa editrice Astrolabio
“Il cervello infinito. Alle frontiere della neuroscienza: storie di persone che hanno cambiato il proprio cervello” N.Doidge- Ponte alle grazie editore

www.simenitalia.it

www.fiosofia-medicina.net

www.medicinanarrativa.eu

