



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2025

TITOLO:

**APPLICAZIONE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA AD ESAMI
ENDOSCOPICI NEL SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA DI III LIVELLO
OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO ASL CITTA' DI TORINO**

“COLONSCOPIA DIAGNOSTICA E OPERATIVA”

Candidato: Dott. Franco Graglia

Relatore : Dott. G. Miroglio

Correlatore : Dott.ssa M. Muro

non perdo mai: o vinco o imparo

(Nelson Mandela)

Abstract	p. 1
Cap.1 - Introduzione e contesto teorico	p. 2
Cap.2 - La comunicazione ipnotica	p. 3
Cap.3 - Ipnosi	p. 5
cap.4 - Strumenti tecnici della comunicazione ipnotica	p. 7
cap.5 - Il nostro servizio di endoscopia	p. 9
cap.6 - Le fasi del progetto	p. 13
6.1 - Formazione del personale	p. 13
6.2 - Criteri di scelta del paziente	p. 14
6.3 - Raccolta dati	p. 14
6.4 - Considerazioni e valutazioni di esperienze pregresse	p. 15
6.5 - Elaborazione e valutazione dati	p. 16
cap.7 – Conclusioni	p. 23
Allegati	p. 25
Bibliografia	p. 33

ABSTRACT

La tesi si concentra sull'applicazione della comunicazione ipnotica agli esami endoscopici presso Servizio di Endoscopia Digestiva dell'Ospedale San Giovanni Bosco di Torino, con un focus sulla colonscopia diagnostica e operativa.

La ricerca descrive le fasi del progetto, dalla formazione del personale alla raccolta e valutazione dei dati, confrontando l'esperienza di pazienti che hanno ricevuto la comunicazione ipnotica con quelli che non l'hanno ricevuta

La comunicazione ipnotica è una tecnica comunicativa che mira a guidare il paziente verso una migliore gestione del proprio stato psicofisico, migliorando l'esperienza del percorso diagnostico-terapeutico e promuovendo un atteggiamento collaborativo.

Lo scopo della tesi è analizzare l'efficacia di questa tecnica nella gestione dell'ansia pre e post procedurale, nella riduzione della sedazione farmacologica e nel miglioramento complessivo della qualità dell'intervento.

Il progetto prevede l'introduzione della comunicazione ipnotica per i pazienti ambulatoriali e ospedalizzati, al fine di ridurre il rischio di complicanze legate alla sedazione farmacologica e i tempi di osservazione post-esame.

Per la raccolta dati, è stata utilizzata una scheda redatta dal team che si occupa di ipnosi nell'Ospedale. La scheda analizza variabili quali il tipo di esame, il sesso, l'età, il dolore percepito, lo stato emotivo, i farmaci impiegati, parametri vitali e la durata reale e percepita della procedura.

I risultati indicano una riduzione dell'ansia, una diminuzione dell'uso di sedativi e una percezione di minor durata della procedura per i pazienti assistiti con l'ipnosi, evidenziando i potenziali benefici psicofisici di questa tecnica nel contesto endoscopico.

Inoltre Il progetto evidenzia un "cambio di punto di vista" all'interno della sala endoscopica, con un "ridimensionamento" dello scetticismo verso la tecnica.

Capitolo 1 - INTRODUZIONE E CONTESTO TEORICO

Negli ultimi anni, l'attenzione verso il benessere psico-fisico del paziente, durante le procedure mediche invasive, è notevolmente aumentata. In questo contesto l'endoscopia digestiva, pur rappresentando uno strumento diagnostico e terapeutico fondamentale in gastroenterologia, è spesso vissuta dal paziente con ansia, paura e disagio.

Tali reazioni emotive possono influire negativamente sia sulla riuscita della procedura che sull'esperienza globale del paziente.

La comunicazione ipnotica è una tecnica comunicativa utilizzata per persuadere il paziente ad una migliore gestione del proprio stato psicofisico migliorando l'esperienza del percorso diagnostico terapeutico e assistenziale.

Questa tecnica si integra perfettamente nella relazione clinica, utilizzando un linguaggio suggestivo e modulato per guidare l'attenzione del paziente e promuovere un atteggiamento collaborativo che lo rende partecipe e attore principale del suo percorso di cura.

Scopo di questa tesi è analizzare l'efficacia dell'applicazione della comunicazione ipnotica in ambito endoscopico, con particolare attenzione alla gestione dell'ansia pre-procedurale, alla riduzione della necessità di sedazione farmacologica e al miglioramento complessivo della qualità dell'intervento. Attraverso l'analisi di casi clinici e dei relativi risultati, verrà esplorato il potenziale di questa tecnica nel favorire un approccio più umano e centrato sul paziente in endoscopia digestiva.

Capitolo 2 - LA COMUNICAZIONE IPNOTICA

Per andare ad analizzare il concetto di comunicazione ipnotica abbiamo ritenuto opportuno partire dall'etimologia della parola comunicare dato che, già dalle sue origini, emerge l'elemento di scambio e trasmissione

“s. f. [dal lat. communicatio -onis]. “1. a. In senso ampio e generico, l'azione, il fatto di comunicare, cioè di trasmettere ad altro o ad altri.... 2. In senso più generale (determinato dallo sviluppo degli studi nell'ambito della psicologia umana e animale e nell'ambito della teoria dell'informazione). ogni processo consistente nello scambio di messaggi, attraverso un canale e secondo un codice, tra un sistema (animale, uomo, macchina, ecc.) e un altro della stessa natura o di natura diversa. In partic.: a. Nelle scienze umane e sociali (talora dette anche scienze della c.) e del comportamento, processo di trasferimento dell'informazione contenuta in un segnale, attraverso un mezzo (canale), da un sistema (promotore) a un altro (recettore): in questo senso il segnale è dotato di significato e tale da poter provocare una reazione nel recettore; c. non verbale (o analogica), in contrapp. alla c. verbale (o digitale), l'insieme dei segnali extralinguistici (mimici, cinesici, tattili, ecc.) latori di informazione o di significato nelle relazioni umane o animali; in partic., c. animale (o biocomunicazione), la trasmissione intraspecifica o interspecifica di informazioni relative alla ricerca del cibo, al corteggiamento, alla difesa, ecc., realizzata mediante segnali di varia natura (posturale, tattile, olfattiva, chimica, elettrica, termica, ecc.). Teoria della c., considerazione globale dei rapporti tra individui (persone, animali, gruppi etnici e sociali, ecc.) che intende descrivere qualsiasi dinamica cognitiva o comportamentale in un contesto di due o più individui (o sistemi) che si scambiano, anche inconsapevolmente, segnali o segni (informazioni significanti) di natura culturale, sociale, emozionale, operativa, ecc. b. Nella teoria delle telecomunicazioni, processo per cui i messaggi generati da una sorgente vengono riprodotti in forma più o meno fedele presso il destinatario, collegato alla sorgente da un mezzo trasmissivo o canale, il quale interagisce con i segnali che vi si propagano introducendovi delle modifiche (attenuazione, distorsione, interferenza, rumore) che possono addirittura compromettere l'individuazione del messaggio”¹.

Infatti la comunicazione è un processo di scambio di informazioni tra due o più persone.

La comunicazione è dunque l'atto o l'effetto del comunicare:

“v. tr. e intr. [dal lat. comunicare, der. di communis «comune¹»; nel sign. 3, dal lat. eccles. comunicare (altari) «partecipare all’altare», cioè «alla mensa eucaristica»] (io comùnico, tu comùnichi, ecc.). – 1. a. tr. Rendere comune, far conoscere, far sapere; per lo più di cose non materiali: c. pensieri, idee, sentimenti; c. la propria scienza; c. il coraggio, il timore; riuscì a comunicarmi la sua ansia. 2. intr. (aus. avere) a. Essere in relazione verbale o scritta con qualcuno”².

La comunicazione ipnotica viene definita da ASIECI^a nel seguente modo:

“La Comunicazione Ipnotica è una tecnica di comunicazione che applica consapevolmente i meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente.

Il principio della Comunicazione Ipnotica è la consapevolezza del potere delle parole per creare immagini mentali, che riverberino nel corpo modificandolo.

Con la Comunicazione Ipnotica si 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.

Può essere utilizzata anche senza che sia in atto una modifica dello stato di coscienza ma la relazione di fiducia che si instaura può portare alla realizzazione di uno stato di coscienza particolare, fisiologico e dinamico che sviluppa una particolare partecipazione mente-corpo con la quale il soggetto riesce ad influire sulle proprie condizioni psichiche e fisiche grazie al manifestarsi di fenomeni fisicamente evidenti che sono l’espressione della potenza di una immagine, (monoideismo plastico)³

^a Associazione Scientifica Infermieri Esperti in Comunicazione Ipnotica

Capitolo 3 – IPNOSI

Il Prof. Franco Granone, padre dell'ipnosi clinica in Italia, definisce l'ipnosi come *“uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili notevoli modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici ed il rapporto operatore -soggetto”*⁴.

Più recentemente la filosofia granoniana è stata esplicitata con gli – Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti IFG-CIICS che hanno dato una definizione di ipnosi:

“L'ipnosi è una coscienza particolare, durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali e somato-viscerali, per l'instaurarsi di un monoideismo plastico auto od etero-indotto e un rapporto privilegiato operatore↔soggetto. Tale particolare condizione psicofisica eminentemente dinamica e non statica, chiamata ipnosi, è caratterizzata da una prevalenza delle funzioni rappresentativo emotive su quelle critico intellettive, da fenomeni di ideoplasia controllata e condizioni di parziale dissociazione psichica.

L'ipnosi vera c'è quando nella coscienza compare la dinamica del monoideismo auto- o etero-indotto più o meno plastico. In un setting strutturato l'ipnosi è ciò che si realizza in conseguenza dell'atto induttivo verbale o non verbale. L'ipnosi è un modo di essere dell'organismo, che si instaura ogni qual volta intervengano particolari stimoli emozionali e senso-motori.

*Il monoideismo è la focalizzazione su una sola idea. Esso diviene plastico quando la sua rappresentazione si attua, secondo il suo contenuto, in esperienza fenomenica. La componente emozionale del monoideismo è imprescindibile. Non è la coscienza che agisce, ma l'ideoplasia con una certa elaborazione a livello dell'Inconscio poietico.”*⁵

Inoltre la relazione che si viene a creare tra operatore e persona assistita è molto importante. Milton Erickson, uno dei padri dell'ipnosi moderna, sosteneva che **ogni ipnosi è autoipnosi** guidata dalla relazione con l'altro. Il terapeuta **facilita** lo stato ipnotico, ma è il paziente a “entrare” in trance, e Il prof. F.Granone concordava con l'importanza che ha la relazione tra soggetto e terapeuta nella realizzazione dell'ipnosi.

- L'ipnosi è un **dialogo profondo**, più che una tecnica imposta.
- La **suggestione** funziona solo se è in sintonia con la persona e se c'è un legame relazionale.

Quindi possiamo affermare che ipnosi e relazione sono indissolubili.

Erickson sottolineava l'importanza della relazione terapeutica e del linguaggio metaforico per facilitare questo processo. Il suo approccio era molto flessibile e personalizzato, adattandosi alle caratteristiche e alle esperienze individuali di ciascun paziente. Del resto il prof F. Granone ha scritto *“ogni tecnica è valida se adeguata al paziente al contesto e all'operatore, definendo così l'unicità di ogni relazione ipnotica”*

Questa lettura ci ha condotto, come già fatto in precedenza in questo elaborato, a ricercare il termine relazione all'interno del dizionario della lingua italiana:

“s. f. [dal lat. relatio -onis, der. di referre «riferire», part. pass. relatus]. – 1. L'azione e il fatto di riferire, e il testo stesso, orale e scritto, con cui si riferisce, e la sua forma
2. Connessione o corrispondenza che intercorre, in modo essenziale o accidentale, tra due o più enti...., ...di interconnessione tra due o più soggetti, individuali o collettivi (possono avere carattere affettivo, morale o intellettuale e sono determinate da variabili di tipo emozionale, motivazionale, educativo, ...”⁶.

Capitolo 4 - STRUMENTI TECNICI DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA

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

- la PRE-INDUZIONE o PRE TALK 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 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 re-induzione.

Ampliando questi concetti possiamo declinarli nelle loro fasi:

RAPPORT: per creare il RAPPORT è necessario sviluppare una relazione cordiale e aperta, per abbassare la critica ed innalzare la fiducia. La riuscita di questa fase sarà facilitata dalla comunicazione che tiene conto dei sistemi rappresentazionali: visivo, cinestesico e uditivo. E di una serie di espedienti che fanno parte dello sviluppo di un campo

ORDINE MOTIVATO: stimolo la fiducia, faccio eseguire ciò che indico, in forma concorde con l'obiettivo, utilizzo ordini semplici e facili da realizzare. Spiego alla persona cosa deve fare, motivandone il perché, per mantenere la fiducia della persona e favorirne la collaborazione " perchè sarà più facile per te..."

FOCALIZZAZIONE: si utilizza la focalizzazione dell'attenzione per sottrarre risorse all'area critica della mente e veicolarle verso la parte immaginativa; si focalizza l'attenzione del soggetto su di uno stimolo (interno o esterno). "porta la tua attenzione su...."

DESCRIZIONE: descrive ciò di cui l'operatore si può accorgere, (quindi un fenomeno

oggettivo). Il soggetto è IO (io vedo...)

RICALCO: si ricalca ciò di cui la persona si può accorgere al fine di generare in essa fiducia nell'operatore. Il soggetto è il TU (tu puoi...)

SUGGERZIONI: suggerisco esperienze possibili, modifiche percettive del corpo evidenti e facili da ratificare.

MONOIDEISMO: realizzazione del MONOIDEISMO PLASTICO "focalizzazione dell'energia mentale su di un'unica immagine che si concretizza in una manifestazione fisica, osservabile, misurabile e ripetibile".

RATIFICA: strumento che permette di capire quando è stato realizzato il monoideismo plastico e rendere il paziente consapevole delle proprie abilità ipnotiche.

SFIDA: una volta eseguita la RATIFICA si può proporre una sfida, ratificando il cambiamento avvenuto e invitando la persona a fare l'opposto della suggestione iniziale.

CORPO DELL'IPNOSI: in seguito alla realizzazione del monoideismo plastico e alla sua ratifica è possibile passare alla suggestione di altre immagini in accordo con l'obiettivo, anche favorendo dei cambiamenti oltre il piano fisico, come ad esempio immaginare una situazione, un momento, un luogo sicuro, attraverso l'uso di immagini e metafore.

ANCORAGGIO: rende il paziente in grado di ricreare lo stato ipnotico in autonomia tutte le volte che lo vorrà e che ne avrà necessità.

RIORIENTAMENTO: si invita la persona a focalizzare la sua attenzione, nel "qui ed ora" guidandola a recuperare lo stato di veglia originale.

VERIFICA DELL'ANCORAGGIO/AUTOIPNOSI: verificando le sue capacità di rientrare in autoipnosi,

RACCONTO: se la persona ne ha voglia si chiede di condividere l'esperienza vissuta.

Capitolo 5 - IL NOSTRO SERVIZIO DI ENDOSCOPIA

Il Servizio di Endoscopia Digestiva dell'Ospedale San Giovanni Bosco fa parte della Struttura complessa di Gastroenterologia dell'ASL Città di Torino

L'attività endoscopica si sviluppa in quattro sale.

Il lavoro si svolge in un turno diurno (dalle 8 alle 16) dal Lunedì al Venerdì. Nel resto della giornata e nei week end viene garantito un servizio di reperibilità

In queste sale si eseguono

- esami diagnostici: colonscopie, gastroscopie, ecoendoscopie del tratto digestivo superiore ed inferiore, ERCP^b

- esami operativi: ecoendoscopie con FNB^c, drenaggi ecoendo-guidati, polipectomie, EMR^d, ESD^e, ERCP+ rimozione calcoli, dilatazioni esofagee e coliche, posizionamento protesi esofagee e coliche, posizionamento di PEG^f.

Nel 2024 nel nostro servizio di Endoscopia Digestiva sono state eseguite (dati in difetto)

2200 COLONSCOPIE (diagnostiche e operative)

2500 GASTROSCOPIE (diagnostiche e operative)

800 ERCP (operative)

500 EUS (diagnostiche e operative)

I pazienti che giungono nel nostro servizio si interfacciano con operatori diversi nel processo di accoglienza, esecuzione dell'esame, osservazione post esame ed infine dimissione.

Gli spazi ridotti non consentono di allacciare il rapport con il paziente se non nel momento in cui entra nella sala endoscopica. Pertanto la componente emotiva relativa alla paura e preoccupazione dell'esame e dell'esito dell'esame è poco quantificabile preventivamente.

I pazienti che devono eseguire un esame endoscopico si aspettano di essere sedati.

^b colangio pancreatografia endoscopica retrograda

^c fine needle biopsy

^d endoscopy mucosal resection (mucosectomia)

^e endoscopy submucosal dissection (dissezione sottomucosa)

^f gastrostomia percutanea endoscopica

Negli ultimi anni, la sedazione in endoscopia digestiva ha acquisito un ruolo sempre più centrale nella definizione della qualità assistenziale. Se in passato era considerata un supporto opzionale o secondario, oggi rappresenta una componente integrata e imprescindibile dell'atto endoscopico. Questo vale non solo per procedure complesse e terapeutiche, ma anche per esami diagnostici di routine come la colonscopia o l'esofagogastroduodenoscopia, che possono generare ansia, dolore e rifiuto da parte del paziente se non adeguatamente gestite.

Le più recenti linee guida del 2023 della British Society of Gastroenterology⁷ forniscono un modello sistemico di gestione della sedazione, riflettendo un approccio centrato sul paziente e fondato su evidenze scientifiche, promuovendo una vera e propria cultura della sedazione, basata su sicurezza, personalizzazione e formazione.

Uno degli aspetti centrali è l'attenzione alla valutazione pre-procedurale: viene raccomandato che ogni paziente venga sottoposto a uno screening completo prima dell'endoscopia, al fine di identificare comorbidità rilevanti, condizioni ad alto rischio e potenziali complicazioni. In particolare, vengono segnalati come fattori critici la presenza di apnea notturna, obesità (BMI >35), ASA score ≥ 3 , nonché la durata e la complessità prevista della procedura. Una seconda dimensione fondamentale è la stratificazione del rischio e la scelta del setting adeguato. I pazienti ritenuti ad alto rischio, o che necessitano di sedazione profonda, dovrebbero essere trattati preferibilmente in ambienti con supporto anestesilogico, mentre quelli a basso rischio possono essere gestiti in centri ambulatoriali dedicati all'endoscopia.

Per quanto riguarda la scelta dei farmaci sedativi, i più utilizzati sono: midazolam (benzodiazepine a rapido onset), fentanyl e petidina (oppioidi); alcune volte si ricorre al propofol, anestetico generale per la cui gestione è richiesta la presenza dell'anestesista.

È sempre previsto un monitoraggio continuo della pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e saturazione di ossigeno, con l'impiego dell'ossigenoterapia se necessaria. Viene inoltre raccomandata la presenza di almeno due operatori, di cui uno esclusivamente dedicato alla gestione della sedazione. Nei casi di sedazione profonda, o in pazienti ASA $\geq III$, è richiesta la presenza o l'accessibilità immediata a un anestesista. Ogni operatore coinvolto nella sedazione deve ricevere una formazione strutturata, periodicamente aggiornata, e deve essere in grado di gestire eventuali complicanze, incluse ipossia, ipotensione, bradicardia e arresto respiratorio.

Il recupero post-procedurale è trattato con pari attenzione: nessun paziente può essere dimesso fino al completo ripristino dello stato di coscienza e delle funzioni vitali. Vengono fornite precise indicazioni sui comportamenti da evitare nelle ore successive alla sedazione, inclusi la guida e l'assunzione di decisioni importanti. Inoltre, l'uso di farmaci antagonisti (come flumazenil e naloxone) può essere previsto ed utilizzato in caso di necessità

Questo scenario composito evidenzia come la sedazione in endoscopia non sia più un semplice atto tecnico, ma una vera e propria componente clinica che richiede formazione, responsabilità condivise e una strategia centrata sulla sicurezza del paziente, in quanto strumento chiave per garantire qualità, efficacia e umanizzazione delle cure.

Nella gestione routinaria dei pazienti ambulatoriali, specie in quelli anziani e con comorbidità l'ipossia è l'evento avverso più comune correlato alla sedazione che può insorgere a causa di una combinazione di fattori, tra cui l'ostruzione delle vie aeree da parte dell'endoscopio, il collasso delle vie aeree superiori indotto dall'anestesia e la depressione respiratoria o la compressione polmonare dovuta all'insufflazione di gas all'interno del lume intestinale.

Le procedure endoscopiche possono anche portare a complicazioni, come aspirazione e ipossiemia.

Un piccolo studio su 250 pazienti ricoverati ha rilevato che i pazienti anziani (oltre i 65 anni) sottoposti a endoscopia in sedazione presentavano un rischio maggiore di infezioni delle vie respiratorie inferiori e polmonite rispetto ai pazienti non sottoposti a endoscopia in sedazione. La necessità di utilizzare farmaci antagonisti della sedazione (inversione della sedazione) è stata attribuita prevalentemente all'ipossia nel 76% dei casi, seguita da eccessiva sonnolenza nel 18% e ipotensione nel 6% -21% dei casi.

L'assenza di decessi correlati alla sedazione o di esiti avversi a lungo termine a seguito di inversione della sedazione è degna di nota, evidenziando la robustezza e la sicurezza dei protocolli di sedazione.

Questi dati evidenziano che la meticolosa applicazione del triage e l'efficace gestione dei rischi di sedazione procedurale sono indispensabili⁸

Nel nostro servizio vengono applicate le linee guida relative alla sedazione.

Il medico endoscopista decide la sedazione idonea per il paziente con dosaggi adeguati alla difficoltà, tempistiche dell'esame, stato di ansia del paziente e delle patologie concomitanti.

La compilazione della cartella medico/infermieristica e l'acquisizione del consenso sono atti dovuti prima di cominciare l'esame stesso e di ausilio per gli operatori nella gestione del paziente.

Al termine dell'esame tutti i pazienti stazionano in sala osservazione per il tempo giudicato adeguato per la dimissione in sicurezza.

I tempi di osservazione variano in base al tipo di esame effettuato e al tipo di sedazione eseguita.

I pazienti sottoposti ad esame endoscopico diagnostico od operativo con sedazione profonda e assistenza anestesiologicala in sala nel 2024 sono stati 285 complessivamente. (con e senza intubazione in 80 giorni di sedute NORA) L'assistenza anestesiologicala necessita di una visita anestesiologicala che precede l'esame.

È necessario sottolineare che l'ambiente dedicato all'osservazione post esame è inadeguato per metratura data la contemporanea accoglienza di pazienti barellati, allettati e ambulatoriali esterni (sovraffollamento).

Capitolo 6 - FASI DEL PROGETTO

La comunicazione ipnotica si inserisce nella gestione del paziente ambulatoriale e ospedalizzato per ridurre ulteriormente il rischio di complicanze legate alla sedazione farmacologica, riducendo il dosaggio dei farmaci somministrati al paziente in corso di esame e di conseguenza i tempi di osservazione post esame.

Al momento la sala di osservazione post esame viene anche utilizzata come luogo di accoglienza per coloro che provengono da altri ospedali o servizi che attendono di svolgere l'esame.

La sala di attesa per gli utenti esterni comprende il contatto diretto con la segreteria che ha una funzione prettamente amministrativa.

Lo spazio ridotto non consente di creare un clima di privacy tale da instaurare un rapporto di fiducia e confidenza tra operatore e paziente, se non nel momento in cui entra nella sala endoscopica.

La relazione tra paziente e operatore avviene nella sala endoscopica assegnata e per ragioni legate alle tempistiche del servizio tale relazione prevede tempi non particolarmente lunghi.

La fiducia va conquistata in pochi minuti. E' importante utilizzare le parole giuste.

Pertanto la componente emotiva relativa alla paura e preoccupazione dell'esame e dell'esito dell'esame è poco quantificabile preventivamente.

6.1 Formazione del personale

L'introduzione della comunicazione ipnotica nel servizio di Endoscopia Digestiva dell'ospedale San Giovanni Bosco, si inserisce nel progetto aziendale dell'ASL Città di Torino, presentato e approvato dalla Direzione in data 14/11/2024 (Allegato 1).

Un medico e due infermieri del servizio di endoscopia digestiva sono stati formati in azienda seguendo il corso aziendale LA COMUNICAZIONE IPNOTICA NEI LUOGHI DI CURE che si è svolto in 4 giornate di 7 ore ciascuna nell'anno 2024

La finalità di questo corso era implementare la competenza comunicativa nei vari luoghi di cura al fine di ridurre il dolore e il disagio durante alcune procedure invasive e di migliorare l'esperienza vissuta dal paziente.

Gli operatori formati dopo questo corso hanno iniziato ad esercitarsi sul campo con l'aiuto dei docenti/tutor.

Successivamente gli stessi operatori hanno partecipato al CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA dell'istituto FRANCO GRANONE CIICS⁹ di Torino.

Nel corso del 2025 hanno approfondito e implementato le conoscenze relative all'ipnosi

6.2 Criteri di scelta del paziente

La comunicazione ipnotica infatti permette una migliore relazione empatica con il paziente, aumenta la collaborazione dello stesso, diminuisce il livello di ansia e, di conseguenza, porta ad un innalzamento della soglia del dolore e ad una maggiore percezione da parte del soggetto di essere stato curato e assistito.

La richiesta spontanea del paziente di sottoporsi a comunicazione ipnotica / ipnosi a tutt'oggi è pressoché nulla nonostante sia stata affissa una locandina in sala di attesa che spiega i vantaggi dell'induzione ipnotica.

Il medico e i due infermieri formati hanno scelto i pazienti su cui applicare la metodica sulla base della:

- valutazione clinica (stato di ansia, età del paziente, comorbidità)
- su richiesta del paziente (raramente)

Criteri di esclusione: pazienti con anamnesi di patologia psicotica, o incapaci di comunicare a causa di involuzione cerebrale e demenza, pazienti minori di 18 anni e pazienti sottoposti ad esami in assistenza anestesiologicala.

6.3 Raccolta dati (scheda, osservazione, dimissione)

Per la raccolta e l'analisi dei dati sull'efficacia della Comunicazione Ipnotica in endoscopia, è stata utilizzata una scheda di raccolta dati.

⁹ Centro di Ipnosi Clinica Sperimentale

L'analisi dei dati ha riguardato: tipo di esame eseguito, sesso, età, dolore percepito (pre e post esame), stato emotivo (prima e dopo l'esame), farmaci utilizzati, durata della procedura (reale e percepita dalla persona assistita), parametri vitali (pre e post), efficacia della tecnica, soddisfazione del paziente

La scheda è stata elaborata dal gruppo aziendale che si occupa di formare il personale interessato all'argomento con qualche modifica grafica da parte nostra. (Allegato 2)

6.4 Considerazioni e valutazioni di esperienze pregresse

Prima di entrare nel dettaglio dello studio è bene sottolineare che la colonscopia è di solito ben tollerata grazie a un minimo di sedazione endovena in pazienti con colon normale. Invece, in colon difficili, con mucosa normale, ma spastici, angolati, aderenziali, può risultare un esame molto difficile, doloroso e talvolta incompleto. L'eventuale fastidio/dolore è dovuto alla distensione e allungamento del viscere dovuta all'introduzione di aria o alla rettilinearizzazione e torsione del colon in seguito alle manovre per la progressione endoscopica.

Ricordiamo che tutto l'intestino è avvolto dal peritoneo.

Già Franco Granone negli anni '60 aveva osservato che l'analgesia ipnotica non agisce sui mesi (peritoneo) mentre invece risulta molto efficace sui tessuti cutanei, sottocutanei e muscolari. Successivamente negli anni '90 Gianni Miroglio aveva verificato e dimostrato, durante numerose sedute endoscopiche in pazienti sonnambulici, con analgesia ed amnesia spontanea post ipnotica, con colon normali ma circonvoluti o spastici, che durante l'esame manifestavano dolore addominale intenso con addirittura lamenti struggenti ma che a fine seduta riferivano di non aver sentito assolutamente nulla (amnesia spontanea post ipnotica!). Il dolore da trazione e torsione dei mesi non è controllato dall'ipnosi.

L'ipnosi può modulare e ridurre la percezione del dolore ma in maniera variabile secondo le caratteristiche dell'individuo, non può quindi essere standardizzata la sostituzione dell'uso dell'ipnosi all'utilizzo del farmaco, infatti l'applicazione di questa tecnica è utilizzata come adiuvante in questa procedura e ha come scopo la realizzazione di una migliore esperienza di cura per il paziente. Altro obiettivo di questo studio è far emergere il valore della relazione terapeutica che si instaura tra operatore e soggetto che come si evince da moderni studi di neuroscienze influiscono sia sulla percezione del dolore che sull'ansia ad esso correlata. L'applicazione dell'ipnosi come si ricava dai risultati è stato il valore aggiunto. L'infermiere opportunamente formato, applicando l'ipnosi garantisce un'assistenza in cui il paziente è al

centro essendo protagonista attivo del suo percorso di cura, a differenza dell'utilizzo dei soli farmaci sedativi che tolgono invece tale possibilità.

I risultati dimostrano che l'esperienza vissuta che ci hanno rimandato i pazienti è stata molto gradita e alcuni hanno anche chiesto di ripeterla negli esami successivi. Questi dati sono in linea con i dati che si traggono dalla letteratura scientifica. Fatta questa doverosa premessa dai dati si evince un notevole abbassamento dell'ansia/preoccupazione a fronte di un minor utilizzo di sedativi farmacologici.

6.5 Elaborazione e valutazione dati

Lo studio condotto ha solo fini osservazionali, non è stata eseguita una elaborazione statistica dei risultati, in quanto non nei nostri obiettivi.

I dati sono stati raccolti tra Maggio e Giugno 2025.

È stata utilizzata una tabella di Excel.

Nel servizio sono stati valutati in tale periodo circa 120 utenti divisi a sua volta tra Gastroscopie, Colonscopie , EUS/ERCP.

I pazienti, entrati nello studio, sono stati a loro volta divisi tra chi ha accettato la comunicazione ipnotica e chi non ha accettato o non rientrava nei criteri per accedere alla comunicazione ipnotica.

In specifico questa analisi si riferisce ai dati riguardanti la colonscopia.

Il campione analizzato ha riguardato 51 persone sottoposte a colonscopia.

In 25 casi non è stata utilizzata la comunicazione ipnotica mentre nei restanti 26 casi si è proceduto ad attivare la comunicazione ipnotica.

I due gruppi risultano, come si evince, dal grafico omogenei per quanto concerne l'età media considerando che coloro che si sono sottoposti all'esame diagnostico avevano un range tra 35-85 anni.

COLON		
IPNOSI	NO	SI
Conteggio di ID_procedura	25	26
Media di Età	67,4	65,0
Media di BDZ mg	1,6	0,5
Media di FEN mcg	32,8	35,8
Media di Ansia_pre	5,6	7,1
Media di Ansia_post	0,9	0,4
Media di Durata_reale (min)	31,6	48,5
Media di Durata_percepita (min)	26,1	28,5
$\Delta\%$ (Reale - Percepito)	17%	41%
<i>Feedback Positivo</i>	-	26

L'età media nei due gruppi viene riportato nel grafico 1

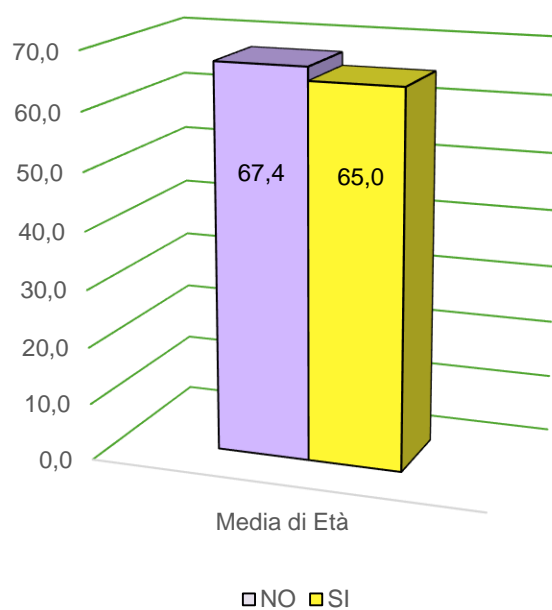


GRAFICO 1

Nel gruppo **ipnosi sì** in 7 casi l'ipnosi non è riuscita: le persone assistite non sono entrate in una trance ipnotica e non hanno creato il monoideismo plastico ma alla fine hanno dato un feedback positivo perché si sono sentiti supportati e accompagnati durante l'esame.

Procedendo nell'analisi dei dati raccolti si può notare, come risulta dal grafico 2, che l'uso di benzodiazepine (Midazolam) nel gruppo sottoposto a **ipnosi sì** risulta drasticamente ridotto rispetto al gruppo **ipnosi no**.

Nella maggior parte dei pazienti del gruppo sottoposto ad ipnosi non è stato iniettato alcun milligrammo di Midazolam in pochi casi da 1 a 2 mg di farmaco.

Nel gruppo **ipnosi no** la quantità di farmaco variava tra 1 e 2,5 mg. In un caso solo sono stati utilizzati 3 mg di farmaco. (Allegato 3)

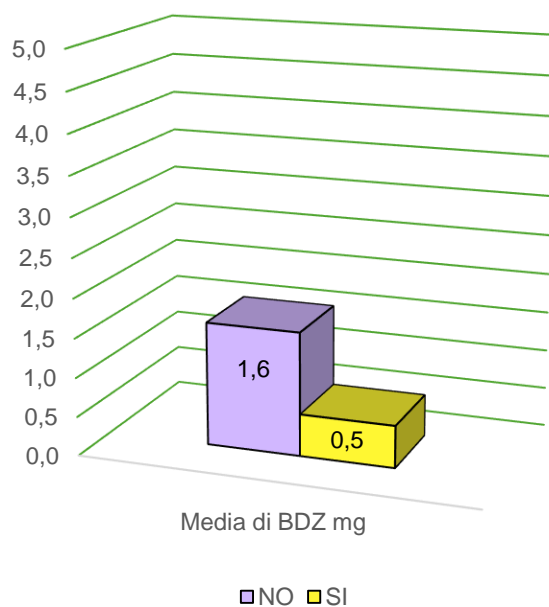


GRAFICO 2

Riguardo il Fentanyl, altro farmaco utilizzato durante gli esami endoscopici, il dosaggio nei pazienti sottoposti ad ipnosi variava tra i 50 e 60 microgrammi in alcuni casi non è stato iniettato alcun farmaco, in un caso sono stati usati 20 microgrammi mentre in un caso sono stati utilizzati 90 microgrammi di Fentanyl a dosi intervallate nel tempo di durata dell'esame. Nel gruppo non sottoposto ad ipnosi i microgrammi di Fentanyl variavano tra i 40 e gli 80 microgrammi, anche in questo gruppo in alcuni casi non è stato utilizzato Fentanyl. (Allegato 3)

Il grafico 3 mostra quello appena descritto.

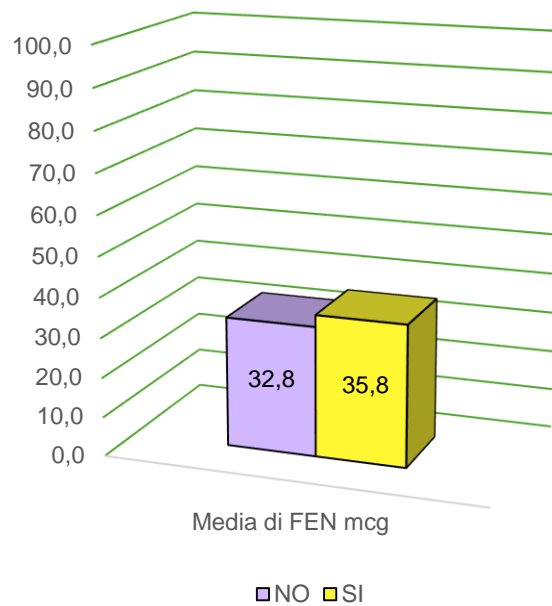


GRAFICO 3

Altro dato preso in considerazione è stato l'ansia/preoccupazione pre e post esame.

Questo dato è stato rilevato tramite una scala VAS proposta agli utenti prima e dopo avere effettuato l'esame.

Nel gruppo **ipnosi sì** l'ansia/preoccupazione variava da 4 a 10, nel gruppo **ipnosi no** variava da 1 a 10 con un caso che dichiarava 0. (Allegato 3)

I dati vengono riportati nel GRAFICO 4

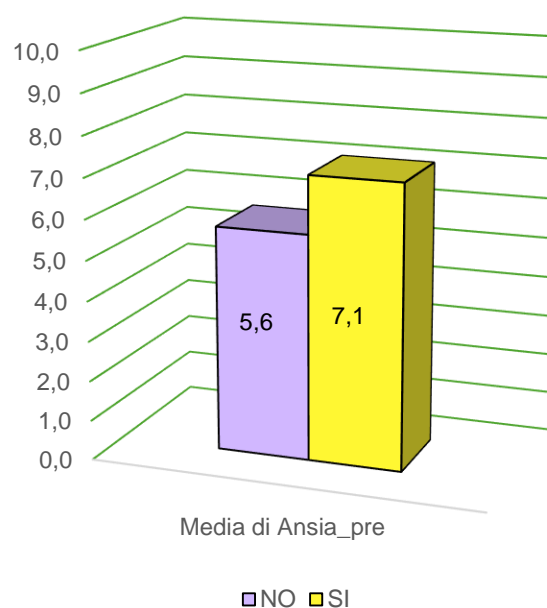


GRAFICO 4

Dal grafico si evince che i pazienti sottoposti ad ipnosi hanno valori più alti di ansia/preoccupazione pre- esame.

Nel grafico 5 viene riportato il grafico relativo all'ansia/preoccupazione post esame.

I valori nel gruppo sottoposto ad ipnosi variano da 0 a 3 e da 0 a 5 nei pazienti non sottoposti ad ipnosi. Sicuramente l'ansia/preoccupazione si è abbassata anche nel gruppo **ipnosi no** probabilmente per il fatto di aver concluso l'esame.

Riportiamo nel grafico 5 la media di questo valore.

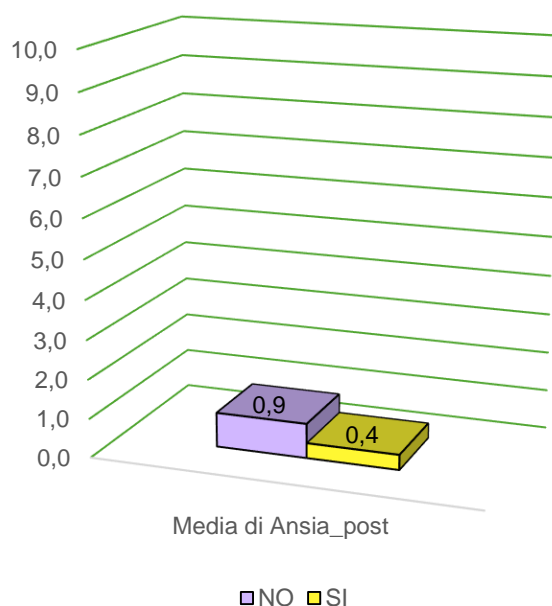


GRAFICO 5

Come ultimo dato preso in considerazione abbiamo valutato il percepito dei pazienti sulla durata dell'esame e la durata effettiva.

Nel gruppo sottoposto ad ipnosi il tempo percepito è notevolmente ridotto di circa la metà per ogni paziente.

Due casi risultano particolarmente significativi:

in un caso da 145 minuti di un esame il percepito è stato 60 minuti e in un secondo caso l'esame di durata di 115 minuti è stato percepito di 60 minuti.

Nel gruppo non sottoposto ad ipnosi i tempi reali dell'esame e il tempo percepito dal paziente sono simili, in pochi casi la durata percepita si è abbassata.

Nel grafico 6 viene riportato il tempo medio della durata reale della Colonscopia. Prendendo in esame solo questo dato emerge che l'esame nei pazienti sottoposti ad ipnosi dura molto di più rispetto alla durata dell'esame nei pazienti non sottoposti ad ipnosi. Questo dato ovviamente va contestualizzato rispetto a quanto detto in precedenza ossia che nel gruppo dei pazienti presi in esame due colon sono risultate più lunghe rispetto alle normali tempistiche.

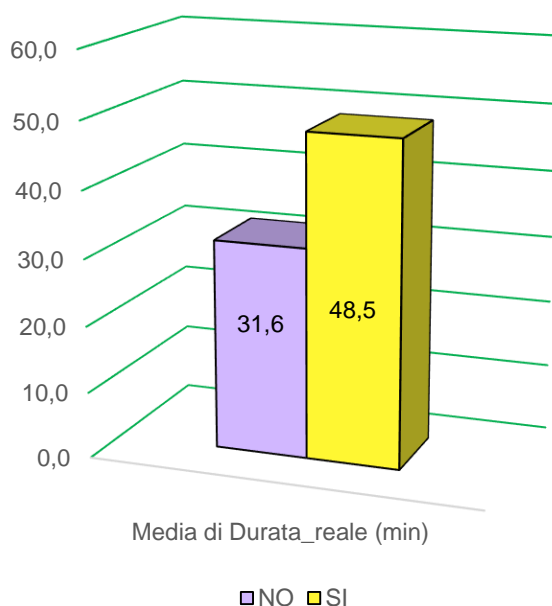


GRAFICO 6

Dall'analisi del grafico 7 si evince che il tempo percepito dalla persona nel caso di **ipnosi sì** è nettamente ridotto mentre nel caso **ipnosi no** il tempo resta simile.

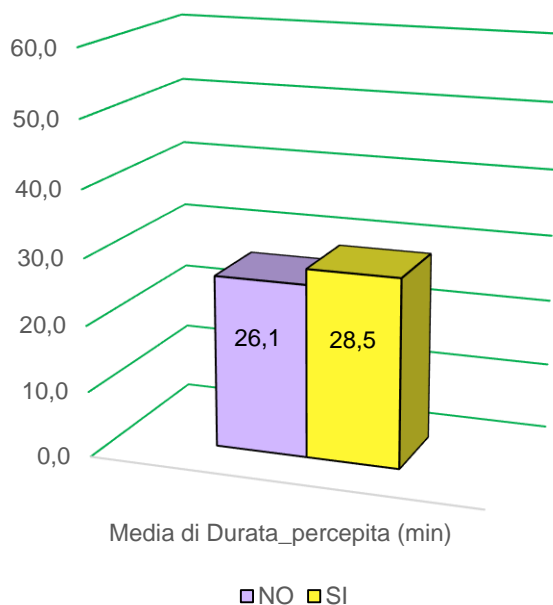


GRAFICO 7

Nel grafico 8 si evidenzia come la durata percepita nel gruppo **ipnosi sì** è ridotta del 41% mentre nel gruppo **ipnosi no** si riduce solo del 17%.

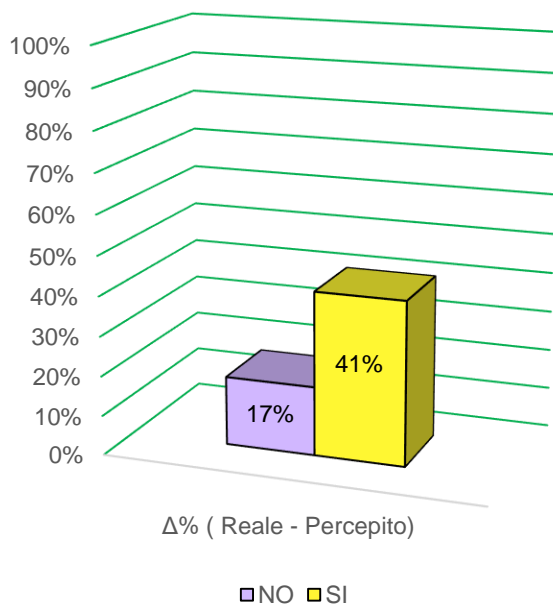


GRAFICO 8

Capitolo 7 - CONCLUSIONI

L'analisi svolta in precedenza mette in luce come nei pazienti sottoposti a ipnosi è stato iniettato più Fentanyl rispetto ai pazienti non sottoposti a ipnosi; questo dato si può ricondurre alla ricerca di un maggior stato analgesico con conseguente riduzione del farmaco ipnotico.

Inoltre è importante sottolineare che il tempo di osservazione post esame non è stato preso in considerazione poiché non è facile, come già descritto nelle pagine precedenti, riuscire a determinare tali tempistiche perché la gestione della complessità del servizio, la quantità di personale in rapporto agli esami da svolgere non permette al momento di raccogliere tali dati.

Sarebbe utile approfondire questa tematica.

Per quanto concerne i parametri vitali, come si evince dall'allegato 3, non ci sono discrepanze evidenti tra chi ha scelto di sottoporsi ad ipnosi e chi ha rifiutato. In realtà durante l'esame si è notato nei pazienti sottoposti ad ipnosi un abbassamento della frequenza cardiaca e una riduzione della pressione arteriosa. La saturazione si è sempre mantenuta tra 96 e 100 senza l'utilizzo di ossigenoterapia.

L'analisi dei dati ha portato alla luce che tutte le persone sottoposte ad ipnosi hanno dato un feedback positivo a fine esame.

Considerando i grafici 7 e 8 è possibile dimostrare i benefici psico-fisici che genera l'uso dell'ipnosi.

Anche i pochi casi dove il paziente non è riuscito ad ottenere una trance ipnotica ha beneficiato di uno stato di rilassamento che ha permesso di vivere l'esame in maniera diversa e con meno ansia, poiché si è sentito preso in carico da parte del personale.

Molti hanno riferito "non pensavo fosse così bello", "è stata un'esperienza bella", "sicuramente se dovessi tornare lo rifarei", "mi sembrava di essere veramente in montagna", "la sua voce mi ha guidato in modo sicuro e dolce"

Nel mese di agosto, al di fuori dello studio condotto, una paziente ha chiesto espressamente di fare l'ipnosi dopo aver letto il poster, appeso in sala d'attesa che descrive la metodica.

Tale richiesta ha determinato un cambio di punto di vista all'interno della sala: lo scetticismo che permane da parte di alcuni operatori si sta, con il passare del tempo, ridimensionando, lasciando spazio alla fiducia in questa tecnica.

L'auspicio è che sempre più persone richiedano l'ipnosi o che accettino la proposta: sarebbe utile divulgare i dati analizzati per permettere anche agli utenti scettici di avere degli strumenti oggettivi sui quali basare la loro decisione.

I dati puri sicuramente non mettono nella giusta evidenza la sfera emozionale della persona assistita e dell'operatore. I sorrisi, le lacrime e i ringraziamenti non fanno parte di alcuna tabella ma sono serviti a noi operatori per credere fortemente nel potenziale che racchiude questa tecnica.

**ALLEGATO 1: PROGETTO AZIENDALE ASL
CITTA' DI TORINO**



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I. 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino
☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

S.C. Di.P.Sa. - Direzione delle Professioni Sanitarie
Direttore Dr. Fabiano ZANCHI
Via San Secondo 29 - Cap 10128 Torino
Tel. segreteria 011.5662335/2718 - e-mail segreteria: dipsa@aslcitytorino.it

Dirigente della Direzione delle Professioni Sanitarie
Area Infermieristico-Ostetrica Territoriale
Dr. Franco CIRIO
Tel. 011.5662392
e-mail: fabiano.zanchi@aslcitytorino.it

Dirigente della Direzione delle Professioni Sanitarie
Area Infermieristico-Ostetrica Ospedaliera
Dr.ssa Paola SIMONE
Tel. 011.5662722
Email: paola.simone@aslcitytorino.it

Dirigente della Direzione delle Professioni Sanitarie
Area Professioni Sanitarie della Riabilitazione,
Tecniche e della Prevenzione
Dr. Fabiano ZANCHI
Tel. 011.5662392
e-mail: fabiano.zanchi@aslcitytorino.it

14 novembre 2024

SVILUPPO DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA NEI LUOGHI DI CURA DELL'ASL CITTÀ DI TORINO

LUOGO DI SVOLGIMENTO: (emodinamica cardiovascolare e vascolare, unità coronarica sala PM, servizio di broncoscopia, fisioterapia, endoscopia digestiva, chirurgia ambulatoriale complessa, alcuni reparti di degenza, terapia antalgica, ostetricia) ASL CITTÀ DI TORINO, P. O. San Giovanni Bosco

Gruppo di progetto: Perrotta Luciana, Narciso Valeria, Clemente Marianna, Dragonetti Antonella, Magi Silvia, Femminò Massimo, Cerini Carla.

RAZIONALE

La comunicazione ipnotica può essere definita una modalità comunicativa basata sulla potenzialità della parola di evocare, creare nel soggetto visualizzazioni, stati emozionali, e di arricchire il mondo interno del soggetto. Oggi intendiamo l'ipnosi come una speciale condizione sia psicologica sia neurofisiologica nella quale la persona può pensare, agire e comportarsi come nel normale stato di coscienza o anzi anche meglio, grazie all'intensità della sua attenzione e alla forte riduzione delle distrazioni. In questa situazione la persona mantiene la capacità di usare la volontà o la ragione, ma dimostra anche di essere meno manipolabile, al punto che non è in alcun modo possibile costringerla ad agire contro il suo volere. L'eventuale processo terapeutico inoltre non dipende affatto dalle parole o dalle azioni del terapeuta, ma deriva interamente da una riorganizzazione interna che solo la persona assistita può portare a termine in un ambiente favorevole. Fra i pregiudizi diffusi ancora oggi sull'ipnosi vi è quello secondo cui essa consentirebbe il controllo della mente e la perdita di coscienza. In realtà, l'ipnosi fa vivere al soggetto un'esperienza di trance, senza tuttavia modificarne la personalità. Grazie a tecniche di indagine sofisticate (RM funzionale, tomografia a emissione di positroni), attualmente sappiamo che il funzionamento ipnotico produce evidenti alterazioni neuro fisiologiche indotte in modo non farmacologico, ma naturale e sovente anche spontaneo. In termini neurofisiologici l'ipnosi viene interpretata come condizionamento, apprendimento, inibizione ed eccitazione corticale, mentre in psicologia è intesa come rapporto interpersonale e suggestione. Secondo la definizione del CIICS (Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale), l'ipnosi non è altro che "la manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata". Ciò è possibile grazie o ad un'auto-attivazione di questo stato di coscienza e in questo caso si parla di autoipnosi, o in una relazione con un sanitario esperto in comunicazione ipnotica per mezzo dell'accoglienza di suggestioni date e che il soggetto compie se accettate e



www.regione.piemonte.it/sanita

condivise, nell'ambito di un obiettivo terapeutico. Ciò è possibile se tra operatore e soggetto si è instaurata una condizione di fiducia/affidamento che permette di allentare l'analisi critica, allo scopo di sperimentare nuovi modi di funzionare. Nello stato ipnotico è possibile sperimentare capacità insite nell'individuo ma ancora non riconosciute o sviluppate. È possibile migliorare la capacità di controllo degli stimoli ampliandoli o diminuendoli, in sintesi modificandone la percezione fino a farli scomparire secondo l'abilità innata che ogni individuo possiede. Per questo è possibile modificare l'esperienza, migliorandola in un contesto terapeutico. In ambito clinico, è utile quindi guidare il soggetto alla scoperta delle sue capacità di controllo e modifica delle percezioni, sia per le condizioni di vissuto dello stato di ansia e paura sia per la capacità di gestire meglio il dolore. Tra i fenomeni realizzabili nello stato ipnotico, dunque, c'è il controllo del dolore fino alla possibilità di esprimere l'analgesia, ma è anche possibile sperimentare una capacità di controllo del corpo che va dal più totale e completo abbandono muscolare, alla capacità di tendere la muscolatura fino al raggiungimento di una catalessi^{1,2,3}. È possibile eseguire movimenti che si attivano in maniera automatica, modificare le percezioni cenestesiche di caldo, freddo, leggerezza, pesantezza, più grande, più piccolo e lo stesso vale per gli altri organi di senso, il suono può essere amplificato, o azzerato o selezionato o modificato se gli occhi sono aperti lo stesso vale per la visione fino a raggiungere la capacità globale di avere allucinazioni positive o negative. Il grado di capacità con cui un individuo esprime il monoidismo dipende dalla condizione costituzionale, dal bisogno o desiderio, cioè dalla motivazione sottostante ad esprimerlo, dalla fiducia che si è sviluppata con il sanitario esperto in comunicazione ipnotica. Noi possiamo agire in modo consapevole, per creare quella condizione di fiducia che permette alla persona assistita di affidarsi alla nostra guida.

OBIETTIVI

La finalità del progetto è applicare le tecniche di comunicazione ipnotica, nei contesti sopradescritti, relativamente a:

- Controllo dell'ansia procedurale;
- Controllo del dolore;
- Impatto sull'utilizzo di farmaci sedativi e/o analgesici (analisi documentazione clinica periprocedurale);
- Esperienza di cura percepita dalla persona assistita.

SCOPO DELL'INTRODUZIONE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA

Fornire un utile strumento di autocontrollo alla persona assistita durante le procedure invasive nei vari servizi facendo sperimentare alla persona la capacità di gestire lo stato di coscienza modificato che gli permetta di modificare l'autoefficacia e l'autocontrollo.

Guidare la persona assistita verso uno stato di benessere fisico e mentale che amplifica la capacità di autocontrollo di gestione dell'ansia e di controllo del dolore mantenendo una coscienza vigile.

DESCRIZIONE ATTIVITA'

La comunicazione ipnotica è da intendersi come attività complementare alle altre tecniche normalmente in uso.

La persona assistita verrà accolta nei servi sopradescritti dove verrà preparata alla procedura con l'ausilio della comunicazione ipnotica da parte di personale sanitario formato. Verranno eseguite le normali procedure assistenziali durante le quali la persona assistita potrà sperimentare uno stato di coscienza grazie al quale sarà possibile agire un cambiamento del vissuto dell'esperienza. Si propone un'analisi dei risultati confrontando i dati delle persone che saranno assistite con la comunicazione ipnotica e persona assistite con il normale approccio comunicativo effettuato da sanitari non formati a tecniche di comunicazione ipnotica. In allegato scheda raccolta dati.

E' possibile documentare tale tecnica con un codice di tariffazione 9432: procedura per consulenza all'interno dell'anestesia per la gestione del dolore, ansia, fobie.

Referente progetto: Dragonetti Antonella

1. Azra Izanloo et al. Efficacy of conversational hypnosis and propofol in reducing adverse effect of endoscopy. *Anesth Pain Med.* 2015
2. Leonard S. Miling et al. Hypnosis and the alleviation of clinical pain: a comprehensive meta-analysis. *ISSN.* 2021
3. Hayat Sine, et al. The Effect of Hypnosis on the Intensity of Pain and Anxiety in Cancer Patients: A Systematic Review of Controlled Experimental Trials. *2022 Mar;40(3):235-253.*

Cordiali saluti



Antonella Dragonetti

S.C. Di.P.Sa. ASL Città di Torino

Progettazione ricerca e sviluppo modelli organizzativi

ALLEGATO 2: SCHEDE RILEVAZIONE DATI

SCHEDA DI RILEVAZIONE OUTCOME DELLA

COMUNICAZIONE IPNOTICA

Sezione A: variabili anagrafiche e operative

DATI ANAGRAFICI

Iniziali nome e cognome:

Genere: M F

Età:

Comunicazione ipnotica: SI NO

DATA:

SETTING OPERATIVO

Operatore:

Qualifica:

Ospedale:

Servizio:

Procedura: EGDS colonscopia EUS

ERCP

Sezione B: esiti

Ansia/paura/preoccupazione

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello pre-intervento:

Livello post-intervento:

Dolore pre-intervento:

Dolore post-intervento:

Farmaci utilizzati:
Durata procedura
Tempo percepito dalla persone assistita:

MONITORAGGIO PARAMETRI VITALI

	Pre Ora	Intra Ora	Post Ora
FC			
SpO ₂			
NIBP			
O ₂ T			
Sigla			

È riuscito/a a distaccarsi dalla procedura ed a immaginare un luogo piacevole dove rifugiarsi

SI NO

Se sì, dove? _____

La utilizzerebbe nuovamente se dovesse ripetere l'esame?

SI NO

ALLEGATO 3: TABELLA DATI ANALITICI

Ipnosi	scita_lpr	SsS	Genere	Età	BDZ mg	FEN mcg	ta_reale	percepit	Ansia_pre	ansia_pos	FC_pre	FC_post	SPO2_pre	PO2_pos	PAO_pre	PAO_post	edback_pz
SI	SI	COLONM		41	0	0	40	20	4	0	81	92	98	97	118/73	113/77	POSITIVO
SI	SI	COLONM		79	0	0	60	30	8	0	64	74	98	97	127/65	124/70	POSITIVO
SI	SI	COLONF		67	0	50	35	25	8	0	80	88	98	100	160/90	142/82	POSITIVO
SI	SI	COLONF		57	0	0	15	10	8	0	60	64	100	98	100/60	95/50	POSITIVO
SI	SI	COLONM		66	0	60	60	60	7	1	73	90	98	100	130/70	130/75	POSITIVO
SI	SI	COLONM		59	0	60	20	5	6	0	87	80	98	95	140/73	134/77	POSITIVO
SI	SI	COLONM		58	0	40	30	15	8	1	73	69	99	98	128/80	140/90	POSITIVO
SI	NO	COLONM		67	0	50	60	40	5	0	73	56	98	100	114/66	115/75	POSITIVO
SI	SI	COLONF		25	0	50	40	35	4	0	130	109	100	100	120/70	110/70	POSITIVO
SI	NO	COLONM		72	0	20	35	35	5	0	80	76	98	98	145/67	100/60	POSITIVO
SI	SI	COLONF		80	0	20	40	30	10	0	91	99	100	100	131/76	112/90	POSITIVO
SI	SI	COLONF		62	1	50	20	10	7	0	85	80	98	100	143/78	123/75	POSITIVO
SI	NO	COLONF		76	2	90	90	30	8	0	100	100	97	100	172/82	143/77	POSITIVO
SI	SI	COLONM		74	1,5	0	40	25	3	0	70	67	100	100	160/94	135/84	POSITIVO
SI	SI	COLONM		36	0	70	30	20	6	0	49	54	99	100	130/75	110/60	POSITIVO
SI	SI	COLONM		61	0	60	30	20	8	0	83	77	99	100	109/62	130/80	POSITIVO
SI	SI	COLONM		86	0	0	70	20	1	0	62	70	96	100	130/45	166/64	POSITIVO
SI	SI	COLONF		87	1	0	30	60	6	0	72	78	96	95	120/65	153/98	POSITIVO
SI	NO	COLONM		78	1	50	145	60	10	3	103	87	98	98	150/70	140/85	POSITIVO
SI	NO	COLONM		70	0	50	90	30	4	1	89	83	94	94	136/76	136/80	POSITIVO
SI	NO	COLONF		79	1,5	40	20	10	10	0	110	80	100	99	170/60	167/75	POSITIVO
SI	SI	COLONF		60	2	50	30	20	10	2	109	68	99	100	157/86	138/82	POSITIVO
SI	SI	COLONF		60	1	50	65	35	10	0	83	98	100	100	122/53	138/70	POSITIVO
SI	SI	COLONF		50	1	50	30	15	10	1	63	72	99	99	140/70	150/78	POSITIVO
SI	SI	COLONM		80	0	0	115	60	10	1	85	96	97	99	146/70	140/54	POSITIVO
SI	NO	COLONF		61	2	20	20	20	8	0	88	72	100	100	127/72	119/76	POSITIVO
NO	NON IPI	COLONF		65	1	70	60	60	8	0	77	88	98	99	190/90	168/98	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONF		69	1	70	25	20	8	0	117	87	99	100	103/60	125/70	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONM		79	2	0	10	30	6	1	77	70	100	97	145/50	135/50	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONF		76	3	80	80	60	7	3	80	74	99	100	140/70	145/75	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONM		53	2	70	25	25	7	4	88	81	100	98	150/67	128/80	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONM		71	2,5	40	20	8	6	0	90	78	100	98	154/75	130/77	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONF		79	0	50	40	40	9	0	66	65	94	95	178/77	150/54	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONM		60	1	50	30	15	6	0	72	58	100	98	140/86	135/75	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONM		60	2,5	0	45	20	3	0	60	62	98	98	130/88	130/80	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONM		87	0	0	20	20	6	0	82	80	96	96	137/57	140/60	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONM		42	0	0	30	30	5	2	80	80	100	100	140/84	140/90	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONM		76	2,5	0	35	15	5	0	80	74	100	98	135/80	130/60	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONM		63	2	0	40	40	3	1	62	62	99	100	128/91	126/90	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONF		53	2	60	30	30	6	0	73	72	99	100	104/51	116/63	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONF		80	0	0	15	15	3	0	70	63	97	98	150/60	145/60	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONF		75	2	50	20	20	3	0	64	88	96	99	138/74	120/70	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONF		80	2	0	20	20	1	0	70	68	94	95	170/75	144/75	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONM		70	1,5	0	60	20	5	0	96	74	100	98	154/95	155/95	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONF		69	2	40	30	20	8	0	90	95	100	100	149/70	100/60	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONM		67	0	0	15	15	0	0	98	90	98	96	145/80	135/85	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONM		67	2	0	15	15	5	0	64	60	96	96	101/68	90/60	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONM		67	2,5	80	30	15	5	0	62	60	100	100	140/80	110/50	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONM		58	2	50	30	30	8	4	63	72	96	96	140/70	150/78	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONM		66	2	50	35	30	8	2	88	78	98	98	130/90	120/90	NON IPNOSI
NO	NON IPI	COLONF		52	2	60	30	40	10	5	94	91	97	96	130/70	107/70	NON IPNOSI

BIBLIOGRAFIA – SITOGRAFIA

¹ <https://www.treccani.it/vocabolario/comunicazione/> ultima consultazione in data 13/06/2025

² <https://www.treccani.it/vocabolario/comunicare/> ultima consultazione in data 13/06/2025

³ <https://asieci.it/cms/comunicazione-ipnotica/> ultima consultazione in data 30/06/2025

⁴ Granone F. (2016). Trattato di Ipnosi. VOL 1. Edizioni UTET: Torino

⁵ Atti del gruppo di lavoro dei didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS 2-3 Dicembre 2023. Ancora editrice prima edizione gennaio 2024: Milano

⁶ <https://www.treccani.it/vocabolario/relazione/> ultima consultazione in data 28/06/2025

⁷ Reena Sidhu et AL 2024 Jan 5

British Society of Gastroenterology guidelines on sedation in gastrointestinal endoscopy
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37816587/> ultima consultazione il 06/07/2025

⁸ Christopher M Kollmann , Wolff Schmiegel , Thorsten Brechmann United European Gastroenterol J. 2018 Apr, Gastrointestinal endoscopy under sedation is associated with pneumonia in older inpatients-results of a retrospective case-control study
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29774151/> ultima consultazione 10/06/2025

Mammini C. Balugani R. (a cura di), (2014). La terapia naturalistica di Milton Erickson. L'uso dell'ipnosi nel rispetto del soggetto, dei suoi contesti e dei suoi modelli di relazione. Franco Angeli, Milano

Casula C. (2003) Giardinieri Principesse e Porcospini, Franco Angeli, Milano

Rabuffi M. Petruccelli F. Grimaldi M.N. (2018) L'ipnosi in pratica, Alpes Italia srl Roma

AA.VV. (a cura di) (2025) Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, FNOPI, Roma

Gary Elkins , Joseph White, Parita Patel, Joel Marcus, Michelle M Perfect, Guy H Montgomery Int J Clin Exp Hypn. 2006 Oct. Hypnosis to manage anxiety and pain associated with colonoscopy for colorectal cancer screening: Case studies and possible benefits <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16950684/> ultima consultazione 13/05/2025

Luis Domínguez-Ortega , Sarbelio Rodríguez-Muñoz Am J Clin Hypn. 2010 Oct The effectiveness of clinical hypnosis in the digestive endoscopy: a multiple case report <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21049743/> ultima consultazione 28/05/2025

J F Cadranel , Y Benhamou, P Zylberberg, P Novello, F Luciani, D Valla, P Opolon J Clin Gastroenterol. 1994 Mar. Hypnotic relaxation: a new sedative tool for colonoscopy? <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8189006/> ultima consultazione 12/05/2025

M D Yapko , N P Barretta, P F Barretta Am J Clin Hypn. 1998 Jul Clinical training in Ericksonian hypnosis <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9868814/> ultima consultazione 03/05/2025

Gianluca Bersani et AL GIE Volume 63, Issue 5pAB192April 2006 Hypnosis Vs Midazolam Sedation for Colonoscopy: A Preliminary Report <https://www.giejournal.org/article/> ultima consultazione 30/05/2025

Tintin Sukartini, Nursalam Nursalam, Erna Dwi Wahyuni, Ratri Ismiwirant. Psychological preparation model using hypnosis approach for patients before gastrointestinal endoscopy. Sys Rev Pharm. 2020. <https://www.sysrevpharm.org/articles/psychological-preparation-model-using-hypnosis-approach-for-patients-before-gastrointestinal-endoscopy.pdf> Ultima consultazione 01/06/2025

Jesse Lachter, Benjamin Ephraim Bluen. Open Journal of Gastroenterology Vol.3 No.1, February 2013. Patient stress and satisfaction when allowed the presence of an accompanying person during endoscopy. https://www.scirp.org/pdf/OJGas_2013022815291753.pdf ultima consultazione 14/05/2025

Nike Walter at AL J Psychosom Res. 2025 May. Hypnosis as a non-pharmacological intervention for invasive medical procedures - A systematic review and meta-analytic update <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40179604/> ultima consultazione 18/06/2025