



CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2018

## Diagnosi infermieristiche e comunicazione ipnotica in assistenza domiciliare

RELATORE

Dott. Ennio Foppiani

CANDIDATO

Laura Lavisio

Dott. ANTONIO MARIA LAPENTA

1. PIANIFICAZIONE DELL' ASSISTENZA INFERMIERISTICA .....	3
1.1 L'UTILIZZO DELLE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE NELL' ASSISTENZA DOMICILIARE: BACKGROUND SCIENTIFICO .....	5
1.2 IL CONTESTO DELL' ASSISTENZA DOMICILIARE IN ITALIA .....	7
1.3 CONCLUSIONI.....	12
2. DEFINIZIONE IPNOSI E BREVE STORIA.....	14
2.1 DA MESMER AI PREGIUDIZI COMUNI .....	14
2.2 MONOIDEISMO PLASTICO .....	20
3. COMUNICAZIONE IPNOTICA IN ASSISTENZA DOMICILIARE.....	22
3.1 INFERMIERE ESPERTO IN COMUNICAZIONE IPNOTICA ...	23
3.2 COMUNICAZIONE IPNOTICA COME STRUMENTO INFERMIERISTICO: IL RAZIONALE.....	23
4. ALCUNI CASI/ESPERIENZE NEL MIO QUOTIDIANO .....	25
4.1 MEDICAZIONE: Rita .....	25
4.2 AMBULATORIO PRELIEVI:.....	26
4.3 IN REPERIBILITA': .....	26
5. STORY TELLING: 2018 INFERMIERI-ARGONAUTI alla ricerca del vello d'oro nella SANITA'.....	28
6. BIBLIOGRAFIA .....	30

Parole chiave: *assistenza domiciliare, diagnosi infermieristiche, pianificazione, specifico professionale, documentazione, ipnosi/comunicazione ipnotica.*

## **1.PIANIFICAZIONE DELL’ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

Fin dai primi giorni di Nightingale, l’infermieristica si è occupata dei dati del paziente con l’introduzione del processo di cura in ambito clinico in continua evoluzione. Il processo di assistenza è un “problem-solving” strutturato per l’assistenza infermieristica e l’istruzione e, per la prima volta, fu spiegato da Yura e Walsh nel 1967. Originariamente era costituito da quattro fasi: raccolta ed elaborazione dati, pianificazione, attuazione e valutazione dell’assistenza erogata e solo in seguito è stato incluso nel processo la “diagnosi infermieristica”. Di qui in poi il modello del processo di nursing è stato ampiamente utilizzato come base teorica per la pratica infermieristica. L’infermiere ha la responsabilità dei risultati sull’assistito, ma anche sugli interventi effettuati o omessi e sulle procedure utilizzate per portare a termine gli interventi. Per quanto riguarda i problemi relativi alla collaborazione con altri professionisti della salute ha la responsabilità del controllo dello stato di salute dell’assistito, della comunicazione, del passaggio di informazioni e dell’applicazione degli interventi individuali e prescritti da altri professionisti. Il processo diagnostico usa l’aggregazione dei dati, la loro interpretazione e la validazione diagnostica per assicurare l’accuratezza della selezione delle diagnosi corrette, passando attraverso: l’identificazione dei modelli alterati, la validazione delle diagnosi, la formulazione delle diagnosi.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Capitolo tratto e adattato dalla tesi di laurea Magistrale di M.Baudino e A.Vernassa, “Modello olistico e tracciabilità del processo assistenziale: uno studio retrospettivo” - Genova 2011

Fin dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, **l'assistenza domiciliare integrata (ADI)** è stata considerata uno dei servizi fondamentali della rete di assistenza per l'anziano fragile. Alcuni studi controllati hanno dimostrato che l'assistenza domiciliare riduce il consumo di risorse in termini di ospedalizzazione/istituzionalizzazione, migliora la qualità della vita degli assistiti e, confrontata con altri setting assistenziali, viene preferita dal cittadino. L'ADI rappresenta una forma di assistenza alla persona che si avvale di servizi sanitari e sociali tra di essi integrati, destinata al cittadino che a motivo di condizioni morbose e svantaggi sociali, ha sviluppato uno stato di non autosufficienza che gli impedisce di usufruire dei servizi sanitari ambulatoriali, ma per il quale, allo stesso tempo, l'utilizzo dei servizi ospedalieri risulta inappropriato. I **principali obiettivi dell'ADI** sono: la cura della persona presso il proprio domicilio, l'integrazione nella rete delle cure primarie e secondarie e la riduzione dei costi dell'assistenza socio-sanitaria (di fatto inferiori se confrontati a quelli relativi alla istituzionalizzazione o alla ospedalizzazione).

La ricerca sullo sviluppo, sulla classificazione e sull'adozione nella pratica assistenziale di un insieme di diagnosi infermieristiche rappresenta un fondamento della scienza infermieristica, originato negli Stati Uniti nella prima metà degli anni Settanta,<sup>2</sup> rapidamente estesosi a livello internazionale e introdotto anche in Italia a partire dalla fine degli anni Ottanta (Motta 2002). Attualmente, la principale organizzazione infermieristica mondiale per la classificazione e lo sviluppo delle diagnosi infermieristiche è la North American Nursing Diagnosis Association International (*NANDA International*), che definisce queste ultime "un giudizio clinico relativo alle risposte di un individuo, una famiglia o una comunità, a problemi di salute reali o potenziali e ai processi vitali".

Le esperienze maggiormente significative su questo tema si sono realizzate nell'ambito della didattica universitaria, per opera di docenti e formatori che hanno da tempo colto il valore delle diagnosi e della loro classificazione secondo i modelli funzionali di salute di Marjory Gordon come strumenti fondamentali per

---

<sup>2</sup> Da Silva Bastos Cerullo J.A., de Almeida Lopes Monteiro D., "Levels of difficulty stating nursing diagnoses and nursing interventions", *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*, 17(1), 2006: p.52.

articolare l'insegnamento dell'infermieristica clinica, se non l'intero core curriculum<sup>3</sup>

## 1.1 L'UTILIZZO DELLE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE: BACKGROUND SCIENTIFICO

La letteratura internazionale sull'utilizzo delle diagnosi infermieristiche nei diversi ambiti assistenziali è oggi imponente, tuttavia anche in questo ambito si osserva una netta prevalenza di materiali relativi alla loro applicazione nell'attività clinica ospedaliera, mentre ancora poco è studiato e pubblicato in riferimento al territorio e all'assistenza domiciliare.<sup>4</sup>

In relazione al rapporto tra utilizzo delle diagnosi infermieristiche e qualità dell'assistenza infermieristica domiciliare, uno studio retrospettivo condotto in Slovenia<sup>5</sup> ha dimostrato l'aumento della qualità dell'assistenza infermieristica extra-ospedaliera a 15 anni di distanza dall'implementazione delle diagnosi infermieristiche NANDA nei piani di assistenza domiciliare. In Svezia, una ricerca descrittiva qualitativa<sup>6</sup> ha dimostrato che esse migliorano l'assistenza infermieristica, attraverso la presa in carico globale del paziente come individuo, e influenzano positivamente la percezione del ruolo infermieristico.

Di particolare interesse è la ricerca condotta da un'équipe statunitense di infermieri ricercatori, che in una prima fase ha sviluppato un sistema standardizzato di documentazione che integra le diagnosi infermieristiche

---

<sup>3</sup> Calamandrei C., "Le diagnosi infermieristiche in Italia", *Nursing Oggi*, 4, 2001. D'Addio L., Calamandrei C., "I Modelli Funzionali della Salute di Marjory Gordon: un'esperienza applicativa nella formazione infermieristica di base", *Nursing Oggi*, 4, 1999.

Gordon M., *Diagnosi infermieristiche*, ed. it. a cura di Alvaro R., Brancato T., Edises, Napoli, 2008.

<sup>4</sup> Muller-Staub, M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications: The Official Journal of NANDA International* 20 (1) 9–15, 2009.

<sup>5</sup> Gec T. "Development of NANDA Nursing Diagnosis in Community Nursing in Slovenia", *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*, 17(1), 2006: p.34.

<sup>6</sup> Axelsson L. et al., "Swedish Registered Nurses' incentives to use nursing diagnoses in clinical practice", *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 2006: pp.936-945

NANDA con *interventi (NIC)* e *risultati (NOC)* basati sulla classificazione proposta dal Centro di ricerca infermieristica dell'Università dell'Iowa.

Tale progetto, determinando la possibilità di documentare diagnosi e interventi prevalenti nell'assistenza infermieristica extra-ospedaliera, ha reso più appropriata, sistematica ed efficiente l'analisi del servizio offerto rispetto alla tradizionale documentazione basata sulle libere registrazioni. In una seconda fase, a distanza di qualche anno dall'introduzione del nuovo sistema di documentazione, è stata valutata la frequenza di utilizzo delle diagnosi e degli interventi mediante uno studio retrospettivo riferito a 1500 registrazioni infermieristiche, pari al 50% del totale delle rilevazioni effettuate dagli infermieri di comunità dal 1997 al 1998. Lo studio ha permesso di classificare 49 diagnosi infermieristiche e 106 interventi assistenziali prevalenti in ambito domiciliare e ha fornito elementi per individuare le principali correlazioni tra diagnosi, interventi e tipologie di casi trattati. Secondo gli autori, l'adozione di una *classificazione standardizzata di diagnosi e interventi prevalenti* permette di identificare con maggiore precisione gli ambiti di intervento e le funzioni tipiche dell'infermiere domiciliare/famiglia.

Analogamente, uno studio osservazionale condotto negli anni Novanta in Spagna <sup>7</sup> su un campione di soggetti anziani con età superiore a sessantacinque anni (115 casi) ha permesso di documentare *i principali problemi assistenziali a domicilio*: per il 66% dei soggetti essi erano riferiti al modello nutrizionale e metabolico; per il 61%, al modello dell'attività fisica; per il 61% al modello cognitivo-percettivo; per il 53% al modello dell'eliminazione urinaria e intestinale. In particolare, le diagnosi maggiormente riscontrate riguardavano le alterazioni della cute.

In Italia, un gruppo di ricercatori dell'unità di terapia palliativa e del dolore dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano ha analizzato i piani di assistenza infermieristica domiciliare per pazienti malati di cancro in fase terminale,

---

<sup>7</sup> Flores i Boixader E., "Diagnósticos enfermeros en atención primaria en la población anciana mayor de 65 años", Revista Enfermería Clínica, 6(6), 1996, pp.242- 248.

identificando le diagnosi infermieristiche prevalenti (ansia, stipsi e insufficiente apporto alimentare). Inoltre, gli autori hanno sottolineato la necessità di migliorare gli strumenti di assessment infermieristico, attraverso l'inserimento di un sistema di valutazione multidimensionale, poiché dal confronto tra i problemi riportati da 15 pazienti in un self-report settimanale e quelli identificati dallo staff infermieristico emergeva una congruenza del 63%, riferita quasi esclusivamente alla dimensione somatica.

La difficoltà da parte degli infermieri dell'ambito domiciliare nel rilevare i problemi di natura psicologica degli assistiti è stata riscontrata anche in uno studio coreano, da cui emerge che le 6 diagnosi che si presentano con frequenza superiore al 20% nelle rilevazioni infermieristiche effettuate su 123 pazienti domiciliari affetti per il 40% da tumore e per il 27% da accidenti vascolari o danni cerebrali traumatici risultano essere: la compromissione dell'integrità cutanea (44,7%); il rischio di infezione (38,2%); la nutrizione inferiore al fabbisogno (36,6%); il rischio di compromissione dell'integrità cutanea (25,2%) e il dolore (20%).

Tutti gli autori insistono sulla necessità che l'apprendimento delle diagnosi infermieristiche e della correlata pianificazione dei risultati e degli interventi si realizzi non solo a livello formativo, ma soprattutto nella pratica clinica.

## 1.2 IL CONTESTO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE IN ITALIA

La pratica infermieristica può assumere caratteristiche diverse in relazione ai bisogni delle persone assistite, dalle visite domiciliari occasionali e per specifiche prestazioni a forme continuative di assistenza domiciliare integrata (ADI). La popolazione destinataria dell'assistenza infermieristica domiciliare è diversificata per tipologia di problemi di salute e per complessità assistenziale e spesso comprende grandi anziani cronici non autosufficienti con poli-patologie, con richieste di intervento relative alla gestione di sindromi ipocinetiche, lesioni da pressione, lesioni vascolari e diabetiche, problemi di alimentazione e idratazione,

nutrizioni enterali e parenterali totali, alterazioni dell'alvo, prevenzione dei traumatismi, valutazione e trattamento del dolore, cateterismo vescicale a dimora, esecuzione di prelievi ematici e test diagnostici, monitoraggio dei parametri vitali.

### **Prevalenza dei problemi di salute nella pratica assistenziale**

Sono stati identificati 32 titoli diagnostici che si manifestano con prevalenza massima nella pratica assistenziale quotidiana (36,65% dell'intera lista), suddivisi nei seguenti *modelli funzionali di salute*:

- promozione della salute: gestione compromessa dell'ambiente domestico;
- nutrizione: deficit del volume di liquidi e rischio di deficit del volume di liquidi; compromissione della deglutizione; nutrizione inferiore al fabbisogno;
- eliminazione: stipsi e rischio di stipsi, incontinenza urinaria e fecale;
- attività e riposo: compromissione della mobilità fisica, alterata mobilità a letto, alterata deambulazione, alterata mobilità per sedia a rotelle e trasferimenti, sindrome da immobilizzazione, deficit della cura di sé (vestirsi, curare il proprio aspetto, fare il bagno e l'igiene personale, alimentarsi), disturbo del modello di sonno, alterata perfusione tissutale;
- percezione e cognizione: compromissione della memoria, deficit di conoscenze, confusione cronica, compromissione della comunicazione verbale;
- percezione di sé: rischio di solitudine;
- ruolo e relazioni: tensione nel ruolo di caregiver e rischio di tensione nel ruolo di caregiver; alterazione dei processi familiari;
- sessualità: nessuna;
- coping e tolleranza allo stress: paura e ansia;
- principi di vita: nessuna;

- sicurezza e protezione: compromissione dell'integrità cutanea e tissutale e rischio di compromissione dell'integrità cutanea; rischio di lesioni, rischio di infezione, rischio di cadute, rischio di trauma;

- comfort: dolore cronico.

Inoltre, sono stati identificati 35 titoli diagnostici che si manifestano con prevalenza moderata (34,65% dell'intera lista) e 29 titoli diagnostici che si manifestano con prevalenza minima o nulla (28,7% dell'intera lista) di infezione, rischio di cadute, rischio di trauma; - comfort: dolore cronico.

### **Diagnosi infermieristiche prevalenti e modelli funzionali di salute determinanti lo specifico professionale in ambito domiciliare**

Considerando i 32 titoli diagnostici che si manifestano con prevalenza massima e godono di piena autonomia professionale in relazione alla classificazione per modelli funzionali di salute, è possibile pervenire a una rappresentazione dei domini più tipici dell'assistenza infermieristica domiciliare che risultano così distribuiti:

- area educativa valoriale e socio-culturale (promozione della salute, principi di vita): 1 (pari al 12,5% delle diagnosi infermieristiche previste per tali modelli nella lista iniziale);

- area assistenziale tecnica ed educativa (nutrizione, eliminazione, attività e riposo, sicurezza e protezione, comfort): 23 (pari al 39,6% delle diagnosi infermieristiche previste per tali modelli nella lista iniziale);

- area relazionale e psico-affettiva (percezione e cognizione, percezione di sé, ruolo e relazioni, sessualità, coping e tolleranza allo stress): 8 (pari al 22,8% delle diagnosi infermieristiche previste per tali modelli nella lista iniziale).

### **Diagnosi infermieristiche prevalenti e pianificazione dell'assistenza in ambito domiciliare**

Come è stato già affermato, i problemi di salute che si manifestano spesso o molto spesso e sono gestiti in autonomia dagli infermieri riguardano non solo la

dimensione bio-fisiologica, ma anche quelle della psico-affettività, delle relazioni socioculturali e dei valori della persona assistita e del suo entourage. Tuttavia, sembra permanere, sia per numero di problemi identificati, sia per spazio ad essi dedicato dalla documentazione infermieristica in uso, una prevalenza della sfera bio-fisiologica, confermando dunque quanto emerso dalla letteratura internazionale.

*Tabella II. Principali interventi pianificati per le diagnosi infermieristiche prevalenti proposte*

1. Interventi di tipo educativo
  - 1.1. Educazione terapeutica della persona assistita e dei caregiver
  - 1.2. Educazione e consulenza nell'adozione di corretti stili di vita (es.: dieta, igiene personale, posizionamenti ecc.)
  - 1.3. Consulenza nella scelta e nella fornitura dei presidi sanitari
2. Interventi di tipo relazionale
  - 2.1. Counselling alla persona assistita e familiare
3. Interventi di tipo tecnico
  - 3.1. Esecuzione di procedure infermieristiche (es.: cateterismo vescicale, clistere evacuativo, igiene personale ecc.)
  - 3.2. Somministrazione delle terapie e aiuto all'assunzione delle stesse
4. Interventi di sorveglianza e monitoraggio clinico
  - 4.1. Valutazione dell'aderenza al regime terapeutico e controllo delle abilità di auto-somministrazione dei farmaci
  - 4.2. Valutazione e monitoraggio dei parametri vitali
  - 4.3. Attivazione di consulenze di specialisti, di altri professionisti e della rete dei servizi socio-assistenziali
  - 4.4. Attivazione e/o gestione di protocolli per la prevenzione dei rischi individuali e ambientali (stipsi, cadute, infezioni ecc.)
  - 4.5. Monitoraggio mediante scale e strumenti di valutazione di specifici problemi di salute (lesioni da pressione, disfagia...)<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Nursing Oggi, numero 3, 2008 15 Diagnosi infermieristiche nell'ASL di Brescia

Per le caratteristiche fondamentali del nursing in tale ambito è appropriato il ricorso alla classificazione delle **diagnosi infermieristiche della NANDA International**. I problemi socio-sanitari di cui si occupano le figure professionali che prestano assistenza domiciliare sono diversificati per modello di salute di riferimento e per grado di complessità, configurando dunque un profilo di un infermiere domiciliare con competenza avanzata, che opera in autonomia e responsabilità all'interno di un sistema di pianificazione delle cure integrato e multidisciplinare.

#### NOTE

1. Nel 1973, presso la St. Louis University negli Stati Uniti, si svolse la Prima Conferenza Nazionale per la Classificazione delle Diagnosi Infermieristiche, con il dichiarato scopo di “dare inizio al processo di stesura di un sistema organizzato, logico ed esauriente, che consenta la classificazione di tutti quei problemi o stati di salute diagnosticati dagli infermieri e curati grazie al loro intervento”. Una breve ma esaustiva cronologia sulla classificazione delle diagnosi infermieristiche in Nord America è disponibile presso il sito ufficiale della NANDA International (<http://www.nanda.org>).

2. I contenuti del presente paragrafo rappresentano una breve sintesi della revisione della letteratura in materia di utilizzo delle diagnosi infermieristiche nell'ambito domiciliare. A tale scopo, sono state adottate le seguenti strategie di ricerca bibliografica: 1) banche dati consultate : MEDLINE, CINAHL; 2) Mesh term: nursing home, nursing diagnosis, home care services, NANDA nursing diagnosis, community health nursing, care plan; 3) articoli rintracciati: 68; 4) articoli pertinenti: 11.

3. Occorre precisare che, a seguito dell'introduzione da parte della Regione Lombardia di nuovi meccanismi per il finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari (il “voucher socio-sanitario”), la valutazione iniziale delle persone che richiedono assistenza domiciliare è anche finalizzata a determinare uno specifico profilo (di base, complesso, terminale) che determina i diversi impieghi della risorsa economica. Infatti, il voucher socio-sanitario è un titolo

gratuito, di diverso valore economico in relazione a ciascun profilo e con validità periodica, che viene riconosciuto sulla base di una valutazione multidimensionale e prevede un piano assistenziale concordato con lo stesso assistito e i suoi familiari, che possono “acquistare” da enti accreditati le prestazioni socio-sanitarie appropriate per il proprio profilo di assistenza.

4. Un *problema collaborativo di salute* si riferisce a “qualsiasi complicanza fisiologica, reale o potenziale, che può derivare dalla malattia, da un trauma, da un trattamento o da uno studio diagnostico in cui gli infermieri intervengono in collaborazione con altre discipline.”<sup>9</sup>

### 1.3 CONCLUSIONI

I dati portano ad affermare che l’incremento della prevenzione, della promozione alla salute e dell’empowerment sono in linea con gli indirizzi del Ministero della Salute e che il professionista infermiere è una figura chiave nella loro realizzazione. Si rendono necessari ulteriori studi, metodologicamente rigorosi e con outcome più precisi e misurabili, che diano alla professione maggiori strumenti per poter valutare l’assistenza e poterla pianificare secondo le migliori evidenze disponibili.

“persona, affetta da....., viene assistita al proprio domicilio, da un infermiere specializzato”.

Questo infermiere utilizza la **tassonomia NANDA, NOC e NIC**, va quindi a personalizzare un piano assistenziale, appropriato e individualizzato sul vissuto della persona, sulle sue abitudini, sulle sue conoscenze e sui suoi bisogni. In tutti i casi si è lavorato attraverso il processo infermieristico, individuando dapprima le diagnosi prioritarie, poi andando a pianificare risultati, indicatori di risultato e relativi interventi da attuare.

---

<sup>9</sup> Carpenito-Moyet L.J., Diagnosi infermieristiche: applicazione alla pratica clinica, ed. it., CEA, Milano, 2006

Nel primo studio di Cirminiello (2009)<sup>10</sup> va a evidenziare come la routine nelle attività di cura e obiettivi a breve termine siano efficaci per la cura di sé, andando questi a generare un senso di soddisfazione maggiore al loro raggiungimento.

Utilizzando quindi un linguaggio standardizzato si va a fornire il quadro necessario per rafforzare e migliorare la gestione delle cure.

Il miglioramento della capacità di autogestione della malattia è dimostrato anche da Kumar<sup>11</sup> dove si prendono in considerazione parametri biochimici e antropometrici, come il miglioramento dell'emoglobina glicata media, la perdita di peso, il consumo di un'alimentazione adeguata alla patologia, senza contare i miglioramenti di coping e di ruolo. Qui si nota anche come, l'utilizzo di una tassonomia, renda una comunicazione tra infermieri molto più efficace.

Infine nello studio, unico osservazionale trasversale incluso, di Scain (2013)<sup>12</sup> si sottolinea che gli interventi più prescritti appartengono al dominio di promozione della salute e nutrizione, come ad esempio, “consulenza nutrizionale”, “promozione all'esercizio”, “insegnamento sulla cura dei piedi”.

Si può notare, quindi, come i dati esaminati, che portano tutti alla considerazione del dominio della promozione della salute, siano in linea con i gli indirizzi del Ministero della Salute che mirano ad una maggior prevenzione e all'empowerment della persona e della comunità.

Inoltre la maggior integrazione tra i vari professionisti dell'assistenza trova riscontro proprio in quest'area. Il professionista infermiere è diretto interessato alla promozione della salute e alla prevenzione. Attraverso la pianificazione assistenziale con la **tassonomia NNN** mette in pratica interventi Evidence Based a beneficio dell'assistito e incrementa la visibilità della professionalità dell'infermiere

---

<sup>10</sup> Cirminiello C, Terjesen M. Case study: home nursing care for a 62-year-old woman with multiple health problems. International Journal of Nursing Terminologies and Classification, Vol 20, No. 2, Apr-Jun, 2009

<sup>11</sup> Kumar C. P. Application of Orem's self-care deficit theory and standardized nursing languages in a case study of a woman with diabetes. International Journal of Nursing Terminologies and Classification, Vol 18, No. 3, Jul-Sep, 2007

<sup>12</sup> Scain SF, Franzen E, Santos LB, Heldt E. Accuracy of nursing interventions for patients with type 2 diabetes mellitus in outpatient consultation. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(2):14-20

## 2. DEFINIZIONE IPNOSI E BREVE STORIA

Il termine ipnosi (dal greco ipnos = sonno), viene introdotto da J.Braid nella prima metà del 1800 per analogie tra manifestazioni del sonno fisiologico e l'effetto procurato dai magnetizzatori di allora.

La definizione di F.Granone: “chiamiamo ipnosi la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle sue condizioni psichiche, somatiche e viscerali per effetto del rapporto creatosi tra il soggetto e l'operatore e che, il soggetto stesso può indursi da sé con diverse specifiche metodiche”.

L'ipnosi è un normale, ma modificato stato di coscienza dinamico dove la persona sviluppa rappresentazioni mentali (monoideismo plastico) con esiti sulle proprie condizioni fisiche e psichiche. Lo stato ipnotico è in grado di produrre nella persona fenomeni a livello fisico e mentale solitamente non ottenibili con la volontà (es. controllo del sistema nervoso autonomo).

Gli aspetti fondamentali che permettono il raggiungimento di uno stato ipnotico sono:

- l'accettazione e la condivisione dell'obiettivo tra persona e ipnotista con la creazione di legami di fiducia;
- la realizzazione di un monoideismo (idea plastica che prende forma) capace di apportare delle modificazioni organiche;
- la ratifica, farlo rendere conto dell'attuazione di quello che si è suggerito.

### 2.1 DA MESMER AI PREGIUDIZI COMUNI

Il fenomeno ipnotico come tale, è sempre esistito, benché abbia conosciuto nel corso dei secoli varie denominazioni. Si hanno notizie di utilizzi di tale fenomeno nell'antichità da sacerdoti egizi e greci; gli sciamani e gli stregoni hanno sempre impiegato tali tecniche per migliorare la loro chiaroveggenza e per applicare cure.

Una nuova era si aprì nel diciottesimo secolo con l'ingresso della figura di **Mesmer**. Il tedesco Franz Anton Mesmer (1734-1815) medico-filosofo, propose una terapia detta poi mesmerismo fondata su quattro principi fondamentali:

- 1) un sottile fluido fisico, chiamato magnetismo animale, riempie l'universo e forma un mezzo di connessione tra l'uomo, la terra e i corpi celesti e tra uomo e uomo;
- 2) la malattia ha origine dalla distribuzione non omogenea di tale fluido all'interno del corpo umano;
- 3) con l'aiuto di alcune tecniche il fluido può essere incanalato, convogliato in altre persone;
- 4) in questo modo si possono provocare "crisi" nel paziente e curare malattie.

Elaborò in questo modo un metodo di cura in un primo tempo costituito dalla semplice applicazione di magneti sulle parti del corpo da curare, e successivamente sviluppato con molte varianti tra cui l'imposizione di mani irraggianti "energie benefiche", bagni collettivi in grandi tinozze contenenti "acque magnetizzate". Per spiegare meglio le operazioni da eseguire durante la cura, scrisse un saggio "Mémoire sur la découverte du magnétisme animal" (Memoria sulla scoperta del magnetismo animale, 1779). Per fare luce sulle sue controverse pratiche, nel 1784 il re Luigi XVI nominò una commissione di indagine composta da grandi scienziati tra cui Antoine Lavoisier e Benjamin Franklin, che dopo alcuni mesi di indagini e di esperimenti condotti con l'assenso di un allievo di Mesmer giunsero alla conclusione che erano dovuti non al fluido ma all'immaginazione, e avendo scarsa considerazione di essa squalificarono l'ipnosi. In realtà senza saperlo erano sulla buona strada.

Al marchese di **Puységur**, allievo di Mesmer, va il merito della scoperta del "sonnambulismo artificiale". Egli iniziò a praticare il magnetismo con una tecnica simile a quella del suo maestro. Durante una seduta osservò in un suo paziente uno stato particolare, uno stato di sonno apparente accompagnato da un'attenzione più vigile e un'intelligenza più brillante di quella nello stato di

veglia. Tale stato simile al sonno e agli stati di sonnambulismo naturale venne chiamato sonnambulismo artificiale, per sottolineare il fatto che veniva indotto. Questo stesso paziente soffriva di leggeri disordini respiratori e crisi convulsive, Puységur notò che il paziente durante queste sedute non manifestava crisi compulsive. Il paziente in seguito guarì. Questo episodio mostra l'importanza del contatto verbale tra magnetizzatore e magnetizzato, ed apre allo stesso tempo il conflitto che oppone ancora al giorno d'oggi i sostenitori delle teorie fisiologiche a quelli delle teorie psicologiche. Mesmer conosceva bene anche questo contatto verbale, ma non volle soffermarsi su nessuna spiegazione di carattere psicologico. Per Puységur, il vero agente curativo era la volontà del magnetizzatore.

L'abate portoghese **J. C. Faria** (1750-1818) con i suoi studi sulla tecnica di induzione si avvicinò ad alcune tecniche moderne dette rapide, la sua modernità è data soprattutto dall'importanza che egli conferì alla suggestione verbale e per le descrizioni degli stati postipnotici. Gli storici considerano questa figura come il precursore della scuola di Nancy. Egli magnetizzava i suoi pazienti ordinando loro bruscamente: DORMITE! Sosteneva che il sonno magnetico dipende non dal magnetizzatore ma dal paziente stesso. Respinse allo stesso tempo le teorie di Mesmer, cioè l'esistenza di un fluido, e quelle di Puységur, cioè l'azione della volontà; aprendo, nel contempo, un'altra via all'ipnosi.

In Inghilterra, **James Braid**, chirurgo di Manchester, nel 1841, tentò di definire le basi scientifiche del fenomeno che egli chiamò ipnotismo, demistificando il mesmerismo. Secondo la teoria di Braid, lo stato ipnotico è il risultato dell'associazione di una causa fisica (concentrazione su di un punto) e di una causa psichica predominante (monoideismo). A partire da questo presupposto sviluppò una tecnica di induzione che consisteva nel fissare un oggetto brillante e nel concentrarsi su di un'unica idea.

La tecnica ipnotica conoscerà, dopo un periodo di eclissi tra il 1860 e il 1880, un ampio sviluppo soprattutto in Francia, dove sarà praticata da alcuni medici di campagna come Ambroise-Auguste Liebault, che utilizzando le teorie di Braid guarirà un paziente del professor Hippolit Bernheim nella clinica medica di

Nancy. Il professor Bernheim, convinto della validità delle tecniche di Liébault, le introdurrà nel suo reparto ospedaliero universitario, difendendo così all'interno del mondo medico l'esistenza e la validità dell'ipnosi. Ma allo stesso tempo, a Parigi, emerge una delle più gloriose figure della medicina francese, **Charcot** (1825-1893), il quale nel 1878 si avvicinò sua volta all'ipnosi.

In seguito vennero create due importanti scuole antagoniste che si confronteranno per tutta la fine del secolo XIX: Liébault e Bernheim fondarono insieme la scuola di Nancy, e Charcot fondò la scuola della Salpêtrière. Jean Martin Charcot, sviluppando ulteriormente la teoria di Mesmer, la caratterizzò di una valenza scientifica, distinguendo 3 stadi nell'ipnosi: il letargico, il catalettico e il sonnambulico e descrivendo le correlate modificazioni organiche del tono muscolare e dei movimenti riflessi. Con gli studi ipnotici egli riuscì a dimostrare l'esistenza di una patologia, fin allora definita come possessione, denominata isterismo.

Nel 1882 Charcot, presentò all'accademia delle scienze, la sua famosa relazione nella quale descriveva i sintomi somatici fissi dell'ipnotismo.

Fra il 1885 e il 1886 in seguito alla sua breve permanenza alla Salpêtrière, **Sigmund Freud** si convinse della realtà del fenomeno ipnotico e sviluppò la sua teoria sullo stato ipnoide integrandola con la teoria di Breuer.

Secondo tale concezione il Super-io del paziente risulterebbe sostituito dall'ipnotista mediante la rievocazione dell'immagine paterna (o di figure cariche di significati affettivi, inerenti fasi precedenti della vita, in particolare l'infanzia). Dalla disgregazione del Super-io deriverebbe, inoltre, la sospensione della facoltà critica con un conseguente attaccamento affettivo del soggetto all'ipnotista. Per alcuni anni Freud impiegò l'ipnosi nella sua pratica come mezzo terapeutico, abbandonandola più tardi, non perché ne negasse la validità, ma perché non corrispondeva più ai suoi metodi d'indagine dell'inconscio, nella sua pratica di ipnoterapeuta egli aveva trovato un'ulteriore prova dell'esistenza dell'inconscio, ipotizzando, per esempio, fosse il "luogo" nel quale si conservavano i comandi postipnotici, inavvertiti alla coscienza. Questo

“abbandono” gli consentì di mettere a punto un'altra tecnica derivante dall'ipnosi: la tecnica analitica, della sua pratica di ipnoterapeuta conservò, però, il famoso lettino. Freud e Breuer, suo protettore e mentore, utilizzarono il metodo catartico nel trattamento della patologia isterica interpretandolo come una sorta di “purificazione” da una contaminazione o “miasma” che danneggerebbe l'uomo. Il metodo catartico, messo a punto da questi due autori, ebbe come fulcro l'analisi della difficoltà del fluire dell'affetto nella coscienza (abreazione) e il suo deflusso dalla stessa all'innervazione somatica (conversione).

Certamente l'epoca d'oro dell'ipnosi fu il periodo compreso tra il 1882 e il 1892 a testimonianza di ciò il primo congresso internazionale sull'ipnotismo sperimentale e terapeutico, tenutosi a Parigi nell'agosto del 1889.

In Russia lo studio dei fenomeni ipnotici avvenne a opera di V. Ja. Danilevskij e di V.M. Bechterev che sostenne l'importanza non solo dei fattori psichici, ma anche di quelli fisici nell'insorgenza dell'ipnosi.

Il contributo maggiore, tuttavia, fu dato da J.P. **Pavlov**, il quale interpretò l'ipnosi alla luce dei suoi studi sui riflessi condizionati e la definì come un processo di inibizione corticale diffusa che si accompagna a eccitazione concentrata in una zona.

Con la morte di Charcot (1893) e l'inizio della psicoanalisi cominciò per l'ipnosi un periodo di decadenza, specialmente in Francia. Le applicazioni dell'ipnosi diminuirono sia in campo chirurgico, dove l'interesse si spostò sugli anestetici chimici (l'etere era usato per la prima volta in chirurgia negli Stati Uniti nel 1846), sia in campo psicoterapeutico, dove l'attenzione si stava lentamente spostando verso le nuove teorie elaborate da Freud.

Il letargo nello studio dell'ipnosi durò fino alla prima guerra mondiale, quando l'idea di trattare le nevrosi traumatiche di guerra mediante l'abreazione risvegliò l'interesse per le tecniche ipnotiche. Dopo la seconda guerra mondiale l'atteggiamento della scienza ufficiale nei confronti dell'ipnosi migliorò notevolmente.

Nel 1949 venne fondata negli USA la Society for Clinical and Experimental Hypnosis, che nel 1959 divenne Società internazionale. Nel 1957 venne fondata una seconda società, l'American Society of Clinical Hypnosis, e nel 1958 l'American Medical Association riconobbe l'ipnosi come legittimo metodo di cura in medicina e in odontoiatria. Nel 1961 venne redatto un rapporto dall'American Psychiatric Association, in cui si legge: "L'ipnosi è un metodo psichiatrico specializzato e in quanto tale costituisce un aspetto dei rapporti medico-malato. Nella pratica psichiatrica l'ipnosi offre un ausilio utilizzabile nella ricerca, in diagnostica e in terapia."

Nel 1969 l'American Psychological Association creò una sezione di psicologi che si interessavano principalmente di ipnosi.

Negli Stati Uniti, nella metà del novecento, un ricercatore di successo, che ha avuto una grande diffusione anche in Italia, considerato un'autorità nel campo dell'ipnositerapia e delle psicoterapie brevi, fu **Milton Hyland**.

La pratica ipnotica divenne con **Erickson** una particolare e profonda capacità di comunicare con il paziente, avendo in primo luogo una incondizionata fiducia nella saggezza e positività dell'inconscio umano.

Questo ribalta la visione freudiana dell'inconscio e propone *una terapia ipnotica* non più fondata sulla potente (fisicamente e psichicamente) figura dell'ipnotista, ma centrata sulla persona, sul recupero delle sue risorse, sulla capacità da parte del paziente, a partire dal proprio inconscio sostanzialmente sano, di un percorso virtuoso di auto-guarigione, nel quale lo psicoterapeuta svolge la funzione di catalizzatore, fornendo continuo sostegno e rassicurazione.

Erickson non applicava un procedimento standardizzato, ogni paziente, ogni persona richiedeva un percorso unico ed originale. Attraverso l'uso della sorpresa e del paradosso, egli percorreva insieme al cliente una strada ricca di novità nella direzione, in primo luogo, della riscoperta delle proprie risorse e potenzialità.

Milton Erickson fu soprattutto un clinico, piuttosto che un grande elaboratore di teorie intorno al funzionamento della psiche umana, come Socrate, preferì agire ed insegnare piuttosto che mettere per iscritto i propri pensieri.

## 2.2 MONOIDEISMO PLASTICO

**Granone** afferma che l'ipnosi può essere considerata *“come un particolare modo di essere dell'organismo, che si instaura ogni qual volta intervengono speciali stimoli dissociativi, prevalentemente emozionali, eterogenei o autogeni, con possibilità di comunicazione anche a livello non verbale, regredendosi a comportamenti definiti parafisiologici o primordiali”*.<sup>13</sup>

La condizione di ipnosi si realizza in virtù di alcuni fattori: relazione terapeuta-paziente, ideoplasia e condizione di dissociazione indotta, temporanea e reversibile.

I fattori che possono aumentare la critica nel paziente, ostacolando la realizzazione di tale condizione, sono: la paura di entrare in ipnosi, ad esempio la paura di dire o fare cose che non si vorrebbero fare, la diffidenza verso l'operatore, l'età e l'esperienza del soggetto. Gli elementi che invece tendono a ridurre la critica sono: il desiderio, il bisogno e l'aspettativa del soggetto, la fiducia e l'empatia nel rapporto tra terapeuta-paziente, la curiosità e la capacità immaginativa della persona e l'attenzione focalizzata del soggetto.

Nella relazione ipnotista-soggetto, una modalità di “collaborazione empatica”, consente a quest'ultimo di sentirsi capito, amato e non minacciato; riducendo volontariamente il suo atteggiamento critico e di diffidenza, poco per volta, lasciandosi andare e assumendo un atteggiamento d'attesa, volto alla collaborazione rispetto a quanto gli viene suggerito. Rientra in questa modalità *la tecnica di induzione detta di ricalco e guida* elaborata da R. Bandler e J. Grinder, che consiste nell'accettare quanto il soggetto propone a livello di comportamento

---

<sup>13</sup> Granone F. (1989) Trattato di ipnosi. UTET, Torino

ricalcandolo verbalmente, o anche non verbalmente, per poi lentamente suggerire comportamenti nuovi con transizioni dolci.

Esistono persone che visualizzano facilmente, altre che elaborano l'informazione in modalità uditiva, altre in modalità olfattiva, altre in maniera tattile, e la maggioranza in modo misto.

*Focalizzare l'attenzione* è la modalità indispensabile perché il monoideismo si manifesti plasticamente, ed è possibile indirizzarla in diversi modi; quelli utilizzati in prevalenza sono la parola e i diversi passi. Entrambi orientano la rappresentazione mentale.

### **3. COMUNICAZIONE IPNOTICA IN ASSISTENZA DOMICILIARE**

L'infermiere si prende cura della persona ponendola al centro della sua attenzione ed occupandosene in modo multidisciplinare. Il tocco ed il contatto fanno parte della pratica infermieristica quotidiana. Anche la comunicazione è parte essenziale della pratica infermieristica e, apprendere le metodiche di **Comunicazione Ipnotica** ed utilizzarle significa avere tra le mani uno strumento molto potente con cui accompagnare la persona assistita nella sua quotidianità. La **C.I.** può essere utile nella pratica clinica e non solo, anche se non si raggiunge lo stato ipnotico, perché il potere delle parole sta nella capacità di costruire immagini che riverberano sul piano fisico, e la consapevolezza di ciò aiuta ad utilizzarle per realizzare degli obiettivi. L'Ipnosi è la manifestazione dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata in una precisa rappresentazione mentale, sia autonomamente, sia con l'aiuto di un operatore con il quale si è in relazione.

L'Ipnosi è, dunque, *uno stato di coscienza modificato*, un modo di essere dell'organismo, fisiologico e dinamico, in cui il rapporto di fiducia con l'operatore e il generarsi di *un'unica idea dominante* (che attiva la fenomenologia corrispondente e che riverbera sul piano psico-somatico/monoideismo plastico/) può produrre modificazioni psichiche, somatiche e viscerali.

Questo mio lavoro-analisi, vuole mettere in evidenza, quanto un vero professionista multidisciplinare come l'INFERMIERE, oggi deve e può trasformarsi nella sua vita quotidiana lavorativa, in uno "chef stellato" che sa amalgamare tutti gli ingredienti e creare un magnifico piatto. Con appagamento del cliente ma anche di se stesso!

### 3.1 INFERMIERE ESPERTO IN COMUNICAZIONE IPNOTICA

L'infermiere esperto in comunicazione ipnotica è un professionista della salute che, dopo un percorso formativo specifico, ha tra i suoi attrezzi uno strumento in più per erogare un'assistenza di qualità: la padronanza della comunicazione ipnotica, infatti, permette di raggiungere un effetto antidolorifico o anti-nocicettivo tale da ridurre il dolore almeno del 50% <sup>14</sup>. Lo sanno bene i sanitari dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino - presidio ospedaliero Le Molinette, dove dal 2008 ad oggi sono stati formati circa 500 operatori con un percorso di base, mentre 20 professionisti hanno ottenuto il titolo di esperto in comunicazione ipnotica dopo un percorso di formazione specialistico.

### 3.2 COMUNICAZIONE IPNOTICA COME STRUMENTO INFERMIERISTICO: IL RAZIONALE

“Le competenze avanzate non possono essere intese solamente come una qualche mansione in più nei relativi contesti professionali, ma una diversa e più ampia modalità della «presa in carico» del paziente e dei processi assistenziali che permetta risposte più incisive alle mutate esigenze del contesto sanitario”.  
(L.Benci)

La **Comunicazione Ipnotica (C.I)** è una tecnica che utilizza in modo consapevole la comunicazione, la programmazione neurolinguistica e la relazione terapeutica e consente di guidare il paziente in una condizione fisiologica di forte focalizzazione dell'attenzione su di un'idea o un'immagine modificando positivamente la percezione dell'esperienza che sta vivendo e migliorando l'aderenza terapeutica. E' molto importante, per instaurare un'empatia in una

---

<sup>14</sup> Casiglia E.,2015, Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza, CLEUP.

relazione d'aiuto e per aumentare la resilienza essere consapevoli che frasi e gesti (comunicazione verbale e non verbale) sono fondamentali nel percorso di cura.

Se l'obiettivo dell'infermiere è il paziente, o meglio il benessere di esso e dei suoi familiari, è obbligo usare tutti gli strumenti. La Comunicazione Ipnotica va a potenziare l'aspetto relazionale e comunicativo e permette una presa in carico olistica della persona, aiutandola ad esternare il benessere che si nasconde dietro alla sofferenza e alla malattia.

Uno degli obiettivi dell'assistenza infermieristica è quello di favorire lo sviluppo nel paziente dell'auto-efficacia, dell'autodeterminazione, della stima di sé, facendo emergere risorse latenti e portando l'individuo a riappropriarsi consapevolmente del proprio potenziale e recuperare energie aumentando la sua resilienza e quella dei suoi familiari.

L'uso della C.I. durante l'assistenza nelle procedure invasive diagnostico-terapeutiche rientra nelle competenze infermieristiche in quanto si tratta di conoscere ed applicare in modo consapevole la comunicazione così da ottenere una buona compliance alla procedura, riducendo l'ansia e anche la percezione del dolore.

## 4. ALCUNI CASI/ESPERIENZE NEL MIO QUOTIDIANO

### 4.1 MEDICAZIONE: Rita

È un'anziana signora, con lesioni tumorali a tutta la gamba, sanguinanti e molto dolenti. I famigliari interferiscono con la possibilità per il malato di utilizzare analgesici perché sono contrari così la terapia prescritta non è assunta in modo adeguato; la signora deve fare una medicazione a 4 mani (necessita di due operatori) della durata di un' ora circa 3 volte alla settimana.

Metto in pratica la Comunicazione Ipnotica e: “Buongiorno Rita, vedo che ha dolore alla gamba ed è molto tesa e preoccupata per la medicazione. Cosa ne dice di stimolare le sue capacità di rilassarsi e stare bene, ora? SÌ. ...Parlo, parlo, le dico di fissare un punto ma lei continua a guardarmi negli occhi. Descrivo quello che vedo e mi conferma più volte.

Può accorgersi che il respiro è veloce, che le sue spalle appoggiano sul cuscino, bene, molto bene. Vedo che le sue palpebre stanno diventando pesanti, continui a respirare brava... e ora lasci chiudere gli occhi. Bene. Respiri tranquilla. Brava Rita. E mentre il suo respiro è più calmo, può immaginare un posto bellissimo –so che ama i fiori – un giardino pieno di bellissimi fiori. I suoi fiori preferiti.....sta benissimo in questo posto e niente la può disturbare (ricalco su tutti i sensi più volte e stimolo la sua immaginazione proprio attraverso i sensi, i colori, i profumi, ecc.). Ed ora che sta proprio bene in questo posto può immaginare la sua gamba sx sollevata da dei bellissimi palloncini colorati, la alleggeriscono, è sempre più leggera. Molto bene, brava Rita. Verifico il rilassamento e il dolore con un pizzicotto: indifferente. Procediamo alla medicazione senza difficoltà e le chiedo anche di lasciarsi girare su un fianco e lei resta in trance. Le insegno l'ancoraggio per ritornare in questo “posto”. E la rioriento. Molto lentamente, e tranquillamente ci racconta che era tanto che non faceva un così bel sogno. Verifico la capacità di auto-ipnosi: ok. Bene ora può, quando sarà pronta, aprire gli occhi. O com'è bella!, fresca e riposata. E ci

racconta che non può essere che abbiamo già fatto la medicazione, perché non ha male e non ne ha sentito.

#### 4.2 AMBULATORIO PRELIEVI:

Durante la “catena di montaggio” di seduta prelievi (1 ora 40 paz. circa), un giorno entra un signore che faccio accomodare, come mia regola cercando il suo sguardo ed osservandolo. Entra si accomoda sedendosi come uno “spadaccino” (già la manica della camicia rimboccata, e la cravatta ben stretta) e alla mia richiesta di dati anagrafici, mi fa notare che lui ha molta fretta. Tiene sempre la sua faccia girata, senza guardarmi mai. E’ molto teso (non solo per la fretta). Per alleggerire la situazione, gli chiedo se è tifoso di qualche squadra sportiva e intanto procedo nella preparazione del materiale e palpazione del sistema venoso. Lui, sempre senza guardarmi, e con tono infastidito, mi dice che non devo pensare di distrarlo, e che non devo pensare di “fregarlo”. A quel punto, gli ricordo che è lui che ha bisogno di me, che sono io il professionista, e che quindi deve fare esattamente ciò che io gli chiedo: alzi il braccio opposto, stringendo la mano a pugno, e per nessun motivo lo può abbassare!! Resta spiazzato (forse non si aspettava una comunicazione del genere) e nel frattempo procedo, quando ho quasi finito, vedo con la coda dell’occhio che sta per abbassare, ma io prontamente lo riprendo e.... finito gli do il permesso di farlo dicendogli che può andare; (il tutto è durato forse 3 minuti). Lui mi guarda per la prima volta e incredulo mi dice :” mi avevano detto che in questo Ambulatorio eravate brave, ma è proprio vero”.

#### 4.3 IN REPERIBILITA’:

Arrivo nella casa del mio paziente per infondere terapia idratante-nutrizionale-palliativa, Luciano è un paziente di 65aa informato sulla sua malattia, ma non ha mai accettato la velocità di aggravamento ed ora nel percorso di assistenza al fine vita . Appena arrivo la moglie mi riferisce che è molto agitato, arrabbiato e che

non riesce a portarlo a letto (è tutta la notte che è in poltrona). Lo saluto, e ci mettiamo a parlare (subito lui è scontroso e non apre gli occhi), poi riesco ad agganciarlo con i prodotti che sono nel suo orto (a cui lui tiene moltissimo). Nel frattempo inizio a preparare le infusioni. Rilevo i parametri vitali e la scala del dolore (ha una terapia per il controllo del dolore con elastomero di morfina). Edemi declivi molto importanti e ascite che ovviamente lo disturba molto. Gli chiedo se ha voglia di indicarmi il punto più dolente e lui mi riferisce che dovrebbe alzarsi in piedi. Lo aiuto ad alzarsi, e lui mi segna la zona lombare con un dolore non acuto ma molto “pesante”. Gli propongo di andare a distendersi nel letto, così può permettere al suo corpo di alleggerirsi di tutto quel peso. Con la moglie lo accompagniamo a letto, camminando gli parlo delle fave che lui ha seminato e che stanno nascendo, di come si stanno arrampicando sui rami di appoggio, messi da lui. Così collego quest’immagine alla necessità per lui di appoggiarsi ai suoi cari e a noi sanitari per essere sostenuto. In quel momento osservo in lui un colorito più roseo sul volto (prima era grigiastro) e una maggiore distensione dei muscoli facciali e sistemandosi nel letto, fa un sospiro, quasi come se avesse preso aria dai piedi. Gli descrivo il suo cambiamento fisico e gli suggerisco delle immagini di leggerezza. Si addormenta sereno (la moglie è stupita, e mi chiede di restare lì anche la notte). Procedo ad attaccare la terapia infusione al catetere venoso centrale e verifico il funzionamento dell’elastomero antalgico. E mi congedo da lui (che non mi risponde) beato nel suo mondo dove rifugiarsi e saluto la moglie ancora stupefatta e grata.

Il giorno dopo quando arrivo, mi accoglie con un grande sorriso dicendomi che il giorno prima aveva dormito, ma non solo aveva recuperato le sue energie e aveva ancora beneficio in quanto il peso dalla schiena era scomparso.

E molti altri.....

## **5. STORY TELLING: 2018    INFERMIERI-ARGONAUTI alla ricerca del vello d'oro nella SANITA'**

**EROI :** infermiere/argonauta

**SUPERMITI:** gli studiosi dell'ipnosi, del nursing, e della ricerca infermieristica

**PROTAGONISTI:** infermieri, pazienti, utenza, datori di lavoro

**ANTAGONISTI:** invidia, gelosia, pigrizia, “coltivatori di orti”, tempo.

Sogno o son desta?

Ebbene si mi trovo su questa nave (non è Argo), ... non sono sola,.... ci sono molti altri marinai-infermieri pronti ad affrontare le insidie, le difficoltà e i nemici che incontreremo nel viaggio intrapreso alla ricerca di ... (il nostro vello d'oro ) un SORRISO.

Bene. Molto bene. .... Questo racconto, è la pagina che ognuno di noi vive quotidianamente.

Ognuno di noi è Giasone, ed il Vello d'oro è il nostro obiettivo!

E...., se ho stuzzicato la vostra curiosità e fantasia, ora potete proseguire questo racconto-fantasy.

Nel mio quotidiano, affronto il mio lavoro come un attento giardiniere che si impegna a dedicare le cure necessarie alle persone che sono in situazione di bisogno di salute. Ma, nonostante l'impegno ad “estirpare le erbacce” (malattia,...) non sempre le cure danno il loro frutto. Ecco, che nella mia vita professionale, sempre sono stata alla ricerca del PERCHE' la precisione, l'attenzione e la tecnica non bastassero; e nei vari percorsi intrapresi, ho sempre

aggiunto un “qualcosa in più, e, da ultimo ecco che posso potenziare le suddette con la COMUNICAZIONE IPNOTICA con l'unico obiettivo:

*il benessere nel qui ed ora della persona che ho di fronte.*

E, come, con l'esperienza, il giardiniere capisce che la mala erba non dipende dalla sua cura ma da molti fattori (terra, eventi atmosferici,...) così io ho preso consapevolezza della mia professione affrontando il quotidiano con ottimi strumenti.

Il giardiniere si appaga del fiorire di un'aiuola, io della luce che emanano gli occhi dei pazienti/persone che incontro.

L'argonauta/sanitario prosegue ogni giorno il viaggio alla RICERCA. E questo viaggio non avrà mai fine, fino a che ci sarà curiosità.

## 6. BIBLIOGRAFIA

- Axelsson L. et al., “Swedish Registered Nurses’ incentives to use nursing diagnoses in clinical practice”, *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 2006: pp.936-945.
- Baudino M. e Vernassa A. tesi laurea Magistrale, “Modello olistico e tracciabilità del processo assistenziale: uno studio retrospettivo”, Genova 2011
- Calamandrei C., “Le diagnosi infermieristiche in Italia”, *Nursing Oggi*, 4, 2001.
- Carpenito-Moyet L.J., “diagnosi infermieristiche: applicazione alla pratica clinica”, ed. it., CEA, Milano, 2006
- Casiglia E., “Trattato d’ipnosi e altre modificazioni di coscienza”, CLEUP, 2015
- Cirminiello C, Terjesen M. Case study: home nursing care for a 62-year-old woman with multiple health problems. *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*, Vol 20, No. 2, Apr-Jun, 2009
- D’Addio L., Calamandrei C., “I Modelli Funzionali della Salute di Marjory Gordon: un’esperienza applicativa nella formazione infermieristica di base”, *Nursing Oggi*, 4, 1999.
- Da Silva Bastos Cerullo J.A., de Almeida Lopes Monteiro D., “Levels of difficulty stating nursing diagnoses and nursing interventions”, *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*, 2006, p. 52
- Fitzpatrick J., “Sistemi di classificazione per la diagnosi, la scienza e la pratica del nursing”, *Mondo Infermieristico*, 2, 1996.
- Flores i Boixader E., “Diagnósticos enfermeros en atención primaria en la población anciana mayor de 65 años”, *Revista Enfermería Clínica*, 6(6), 1996, pp.242- 248.
- Gec T. “Development of NANDA Nursing Diagnosis in Community Nursing in Slovenia”, *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*, 17(1), 2006: p.34.

- Gordon M., Diagnosi infermieristiche, ed. it. a cura di Alvaro R., Brancato T., Edises, Napoli, 2008.
- Gordon M. Diagnosi infermieristiche: processo e applicazioni. Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2009
- Granone F., “Trattato di ipnosi”, UTET ed., Torino 1989
- Kumar C. P. Application of Orem's self-care deficit theory and standardized nursing languages in a case study of a woman with diabetes. International Journal of Nursing Terminologies and Classification, Vol 18, No. 3, Jul-Sep, 2007
- Muller-Staub, M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications: The Official Journal of NANDA International 20 (1) 9–15, 2009.
- Nursing Oggi, numero 3, 2008”15 Diagnosi infermieristiche nell’Asl di Brescia.
- Scain SF, Franzen E, Santos LB, Heldt E. Accuracy of nursing interventions for patients with type 2 diabetes mellitus in outpatient consultation. Rev Gaúcha Enferm. 2013.