



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2025

**Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica in Emergenza  
Sanitaria Territoriale: ambiti e prospettive di applicazione.**

**Candidato: Dott.ssa Lussu Giuliana**

**Relatore: Dott. IANNINI ROCCO**

**Tutor: Dott. CARELLA GIUSEPPE**

*Le parole sono sacre. Meritano rispetto.  
Se scegli quelle giuste nel giusto ordine, puoi spostare un pochino il mondo.*

*(Tom Stoppard)*

## Sommario

ABSTRACT.....	4
PREMESSA.....	5
INTRODUZIONE.....	6
METODOLOGIA.....	7
L'IPNOSI CLINICA E LA COMUNICAZIONE IPNOTICA IN EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.....	8
1. Fenomenologia, basi biologiche e ambiti di applicazione dell'ipnosi clinica.....	8
2. Peculiarità e criticità dell'intervento sanitario in emergenza territoriale.....	11
3. Ambiti clinici di applicazione sul territorio: vantaggi e limiti dell'ipnosi.....	13
4. Performance e prevenzione del burnout e delle malattie stress lavoro correlate negli operatori 118: ruolo dell'ipnosi clinica.....	15
PROPOSTA PROGETTUALE PER UN INTERVENTO FORMATIVO DEGLI OPERATORI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.....	18
BIBLIOGRAFIA.....	19
APPENDICE.....	20

## **Abstract.**

Il presente lavoro analizza in che modo e perché la comunicazione ipnotica e l'ipnosi clinica possono rappresentare una risorsa per il servizio di emergenza sanitaria territoriale. Studi sperimentali ed esperienze cliniche fanno ritenere che in questo settore sia possibile applicare la disciplina almeno su tre livelli. In primo luogo, essa può essere adottata come modalità comunicativa standard nella relazione con l'utenza sia al telefono, nella chiamata di soccorso, che direttamente sul territorio; in secondo luogo, può essere impiegata da medici e infermieri, ciascuno nel proprio ambito di competenza, come strumento complementare nel trattamento del dolore, dell'ansia e delle sintomatologie organiche connesse; infine, può essere utilizzata come metodo di empowerment per il miglioramento delle prestazioni e del benessere degli operatori. Pertanto, i benefici auspicati dall'implementazione della tecnica ipnotica riguardano da un lato la possibilità di migliorare la qualità dell'interazione con i pazienti favorendone la compliance terapeutica e dall'altro potenziare la percezione di autoefficacia prestazionale degli operatori riducendone conseguentemente il rischio di patologie stress lavoro correlate e di sindrome del burnout. Il limite principale all'uso della comunicazione ipnotica e dell'ipnosi clinica rimane, anche in questo caso, l'operatore e il giudizio (o pregiudizio) rispetto all'efficacia e utilità della metodologia. Per questa ragione si propone, in prima istanza, un progetto per un intervento formativo aziendale rivolto agli operatori e orientato a portare attenzione per questo aspetto del proprio lavoro e attivare interesse per la disciplina.

## **Premessa.**

Anche oggi caldo, 30° gradi alle 08.00 del mattino con afa e senza vento. Cambio equipaggio e consegne. Check ambulanza .... e attendiamo il primo. Puntuale arriva alle 09.45. K2R (casa, cardiologico, rosso) donna, 75 anni, a casa col cardiopalmo da un'ora, la sua solita TPSV, che passa solo con l'adenosina.

Sette minuti dopo, già sudati, carichi di bombola dell'ossigeno da 10 litri, zaino respiratorio da 12 kg, zaino farmaci e presidi da 15 kg e il nostro fedele LifePack da 20 kg, entriamo nel pianerottolo. Dobbiamo arrivare al 2° piano, niente ascensore, 3 rampe di scale, circa 40 gradini. Ci guardiamo sconfortati e ci anticipiamo la strategia per il trasporto della paziente nell'eventualità che l'adenosina non funzioni: necessaria la sedia con i cingoli e l'aiuto della base.

Arriviamo in cima trafelati e ansimanti, troviamo il portoncino aperto. Permesso? Possiamo? Dalla cucina arriva un "prego, accomodatevi...". Ci accoglie un cagnetto scodinzolante e la paziente distesa sul divano sotto la provvidenziale brezza del condizionatore.

Nel frattempo che sistemiamo elettrodi, manicotti, saturimetri, ci facciamo raccontare la storia dell'episodio in corso. La paziente soffre da tempo di TPSV, non ha mai voluto fare l'ablazione e le hanno "spesso fermato il cuore" con l'adenosina.... Il suo cuore oggi lo sente procedere ad alta velocità da più di un'ora a causa delle preoccupazioni per una figlia che abita in Spagna appena lasciata dal compagno e padre del loro figlio di 11 anni.

E sì, il monitor non mente, è proprio una TPSV a 165 bpm, che pure si sente con la mano sull'addome. In automatico partiamo con il "protocollo". Quindi, per iniziare, un ansiolitico, 20 gcc di EN sotto la lingua, ok? Adesso provi a soffiare nella siringa...ma no, lasciamo perdere, al primo tentativo la frequenza arriva a 190 bpm. Allora, che si fa?

Sembra l'occasione perfetta per tirar fuori l'asso nella manica!

Bene, cara signora, prima dell'adenosina le proponiamo un'altra tecnica. Accetta, non ama la sensazione del cuore che si ferma.

Allora chiuda gli occhi e respiri lentamente, dentro fuori. Perfetto! Bravissima! È mai salita su un treno? Sì. Molto bene. Oggi il suo treno va a velocità sostenuta, ma oggi lei è il capo treno e lo può rallentare. Quindi appena se la sente tiri il freno a mano.

Ci guardiamo trattenendo i pensieri: speriamo funzioni, .... Ecco, la dottoressa e le sue campane tibetane ..... Ah, ah, vediamo se la dottoressa ci riesce....

Giusto il tempo di questi pensieri e i nostri occhi si spalancano, sul monitor compare all'improvviso un perfetto ritmo sinusale a 88 bpm. La paziente apre gli occhi "Fermato, il treno si è fermato..." esulta. Emozionata e commossa ci ringrazia ... siamo i suoi angeli.

Increduli, la ringraziamo anche noi per averci evitato la procedura "adenosinica" e le scale con la sedia a cingoli. Le lasciamo, a prova della sua bravura di "capo treno", i tracciati del prima e del dopo. La salutiamo con la certezza che tutto si risolve, che i problemi siano i treni o i cuori.

Noi, gli angeli, poco avvezzi ai miracoli, scommettiamo sulle percentuali: 50% merito delle 20 gocce di EN e 50% fortuna o chissà... magari le parole, in ogni caso la discesa, se pur carichi come Robocop, ci appare leggera, di quella leggerezza che forse conferiscono le ali.

Comunque vada oggi è già una buona giornata, pensiamo.

## **Introduzione.**

Scopo del presente lavoro è quello di analizzare come e in quale contesto la comunicazione ipnotica e l'ipnosi clinica potrebbero “fare la differenza” per il paziente e per l'operatore nelle attività quotidiane di emergenza sanitaria territoriale.

A tal fine, oltre ad una breve descrizione della disciplina, verranno esposti gli elementi che caratterizzano gli interventi sanitari in emergenza e le peculiarità del soccorso “in strada” rispetto, in particolare, al setting “protetto” delle strutture ospedaliere, ambulatoriali o dello studio del professionista dove l'ipnosi clinica è più praticata.

Il primo focus verrà dedicato ad approfondire le ragioni per cui si ritiene vantaggioso implementare la comunicazione ipnotica e l'ipnosi clinica in questo ambito particolare. L'ipnosi proprio per le caratteristiche della disciplina ormai ampiamente documentate da evidenze sperimentali e cliniche, si ritiene strumento idoneo al fine di mobilitare quelle risorse psicoemotive del paziente utili nel corso di interventi sanitari tempo-dipendenti (IMA, ICTUS e politrauma). Un operatore sanitario opportunamente formato in comunicazione ipnotica, infatti, che sia al telefono o nel territorio, può instaurare rapidamente quella “relazione di fiducia” necessaria ad ottenere la massima collaborazione del paziente per l'esecuzione di procedure diagnostico – terapeutiche o per realizzare l'ansiolisi, la sedazione e la riduzione del dolore fino all'analgesia, anche senza l'ausilio di farmaci (Monoideismo Ideoplastico).

Il secondo tema analizzato riguarda la possibilità di utilizzare le metodologie ipnotiche per migliorare le performance degli operatori e dell'equipe del 118 (modello SFERA) e per fornire agli operatori strumenti di empowerment al fine di prevenire patologie stress lavoro correlate (es. DPTS) e minimizzare il rischio di burnout.

Infine, si illustra una proposta progettuale tesa alla formazione di base in comunicazione ipnotica degli operatori e delle equipe 118. Il progetto ha lo scopo di fornire competenze comunicative specifiche e di promuovere l'inserimento di ipnologi (medici, infermieri e psicologi interni) nel contesto aziendale da dedicare alla formazione permanente, alla prevenzione e supporto psicosociale del personale in caso di disagio stress lavoro correlato, in integrazione ad altre tecniche e approcci.

## **Metodologia.**

La metodologia utilizzata si basa sull'analisi della letteratura, sulla elaborazione del materiale didattico fornito durante il corso e sull'approfondimento di alcune esperienze (tesi e progetti) pubblicate nel sito dell'istituto CIICS.

## L'ipnosi clinica e la comunicazione ipnotica in Emergenza sanitaria territoriale.

### 1. Fenomenologia, basi biologiche e ambiti di applicazione dell'ipnosi clinica.

La storia dell'ipnosi si può considerare iniziata con l'uomo. Le prime tracce di pratiche di induzione di stati di coscienza modificati si trovano già nei papiri egiziani e nei documenti della Grecia antica, proseguono nel medioevo e, con alterne vicende, dall'illuminismo (Mesmer) fino ai giorni nostri. Nell'ultimo secolo, anche se con molta fatica, l'ipnosi ha visto crescere l'interesse per le sue applicazioni cliniche prima nell'ambito della psicoterapia e poi in altri campi della medicina grazie agli straordinari risultati raggiunti nella gestione del dolore e dell'ansia. In Italia nel 1966 Franco Granone costituisce il primo Centro Ospedaliero di Ipnosi Clinica-Sperimentale presso l'Ospedale Generale di Vercelli (CICS) e nel 1979 fonda il Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale (CIICS).

Nell'**approccio Granoniano**<sup>1</sup> (Granone, 1983) alla "trance" ipnotica si unisce il "monoideismo plastico", quella particolare condizione della coscienza, fisiologica, dinamica dove si manifestano le modificazioni emotivo-comportamentali e/o somato-viscerali volute e concordate con il paziente. Nello specifico, per Granone, il **monoideismo plastico** è la focalizzazione dell'attenzione su una sola idea (monoideismo) che si concretizza in esperienza fenomenica verificabile (plastico), quali per esempio la comparsa di modifiche percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie. La condizione ipnotica rappresenta più in generale un modo di essere dell'organismo che si instaura ogni volta che intervengono particolari stimoli emozionali e senso-motori e compare contemporaneamente il monoideismo plastico auto o etero indotto. Questa "dinamica ipnotica" vede prevalere le funzioni rappresentativo-emotive rispetto a quelle critico intellettive in presenza di ideoplasia controllata e di parziale dissociazione psichica.

Nonostante sia esperienza comune che anche nella vita quotidiana si possano presentare stati "ipnoidali spontanei", per esempio, durante la lettura di un libro, la visione di un film o la guida, lo svolgimento di un lavoro particolarmente monotono o nelle situazioni in cui è richiesta una particolare concentrazione come in emergenza, tali stati non possono essere considerati "ipnotici" in quanto inconsapevoli e non finalizzati ad obiettivi specifici nè inseriti in processi dinamici e relazionali. In maniera più appropriata, si parla di ipnosi quando in uno stato di "trance", inteso come forma modificata della coscienza dove è maggiore la concentrazione sull'esperienza interna e sui cambiamenti nella percezione dell'ambiente esterno, dello spazio e del tempo, ed entro cui, peraltro, si possono generare stati mistici, estatici, creativi, si verificano fenomeni dinamici di ideoplasia auto o etero-indotti e accettati dal soggetto. La condizione ipnotica, quindi, comporta la manifestazione di specifici fenomeni la cui profondità e l'intensità sono "variabili" strettamente legate al bisogno e alle motivazioni del soggetto e alle sue abilità ipnotiche, alla tipologia del rapport, alla situazione e all'adeguatezza della conduzione. Di queste, il bisogno, le motivazioni e le potenzialità di apprendimento del soggetto sono fondamentali per l'accettazione degli obiettivi e per la riduzione della critica al fine di favorire la capacità di realizzare i monoideismi plastici.

Da quanto sopra premesso si evince che la "**comunicazione ipnotica**" e i suoi effetti plastici pur essendo fisiologici, si avvalgono di tecniche particolari e specifiche che, in una seduta ipnotica, si susseguono secondo uno schema generale preciso; pertanto, al fine di meglio applicarle in un setting complesso come quello dell'emergenza territoriale è bene riepilogarne brevemente gli elementi che le caratterizzano.

La "comunicazione ipnotica" è una modalità comunicativa che si basa in parte sulla componente verbale, in particolare sulla proprietà delle parole di evocare e di creare nel soggetto visualizzazioni e stati emozionali vividi e intensi, ma soprattutto si fonda sulla componente non verbale della comunicazione, intendendo per non verbale tutta quella parte della comunicazione emozionale che fa capo alla mimica, alla prossemica (gestione degli spazi interpersonali), alla cinesica (movimenti spaziali del corpo) delle braccia e delle gambe in essere durante l'atto del parlare o dell'ascoltare, e alla paralinguistica, quest'ultima costituita dalle tonalità e dalla musicalità del parlato (Mastronardi, 2002). In una comunicazione ipnotica, anche strutturata come in una seduta, l'**ipnologo**<sup>2</sup> agisce sul contesto

sociale dell'individuo, in maniera più o meno diretta, creando delle aspettative o attraverso metafore e racconti.

L'adeguatezza della conduzione e soprattutto la qualità del “**rapport ipnotico**” rappresentano elementi fondamentali per il realizzarsi del monoideismo plastico; l'ipnologo mette in atto delle procedure che focalizzano l'attenzione del soggetto sull'obiettivo scelto attraverso specifiche “tecniche di induzione” rendendo così i legami con l'ambiente esterno sempre più deboli; è fondamentale pertanto che la relazione ipnologo-soggetto sia maieutica, dinamica, bidirezionale ed empatica e risulti in sincronia psicosomatica nel “qui e ora”, ciò permette all'ipnologo di entrare nell'esperienza cognitiva ed emozionale del soggetto abbassando la critica e guidandolo attraverso suggestioni verso il realizzarsi dell'obbiettivo atteso. Per ottenere questi effetti si possono utilizzare diverse tecniche da personalizzare sul soggetto anche in relazione ai suoi canali comunicativi prevalenti (visivo, uditivo, cenestesico), in modo che il messaggio sia accettato. Si possono applicare tecniche che mettono in momentanea parziale quiescenza l'emisfero cerebrale sinistro nelle sue funzioni di critica e di analisi come per es. attraverso le tecniche del ricalco, della distrazione (con le congiunzioni, le causative implicite, l'uso di predicati), della generalizzazione o della cancellazione dei referenziali nel discorso dell'operatore. Allo stesso modo sono valide le tecniche che consentono l'accesso all'emisfero destro come la metafora, gli aforismi, i paradossi, le allitterazioni con le assonanze delle parole e la comunicazione non verbale (mimica, postura, etc.) (Granone, 1983- 2008). Va detto che le varie tecniche di induzione possono talvolta fallire. Le cause di questo fallimento possono essere attribuite a vari motivi: potrebbe non essere stato concordato preventivamente l'obbiettivo, il paziente potrebbe non essere in grado di trasformare l'idea in azione per menomazioni fisiche, oppure l'obbiettivo potrebbe venir consciamente o inconsciamente rifiutato, etc.. Inoltre, l'efficacia dell'ipnosi dipende anche dal saper intervenire al momento giusto con la **suggestione** giusta per il soggetto in quella circostanza. La suggestione va proposta tenendo conto della cultura, del carattere, delle resistenze e della suggestionabilità del soggetto e ha l'obbiettivo di ottenere una progressiva adesione ai “suggerimenti” dell'ipnotista. Consiste nell'offrire una rappresentazione diretta di ciò che si vuole ottenere, senza fornire elementi di supporto al suo significato, sfruttando la capacità del soggetto di interpretare il concetto della rappresentazione e agire di conseguenza. Questo processo non si traduce in un'accettazione immediata e acritica dell'idea, ma piuttosto, attraverso il consenso (conscio/inconscio e deliberato) del soggetto, si trasforma in una persuasione che, grazie alla sua carica emotiva e sensoriale, può tramutarsi in un fenomeno psicofisico evidente (monoideismo plastico).

Quanto descritto fino ad ora è valido anche per l'applicazione “autodiretta”. Esiste infatti la tecnica dell'autoipnosi, una forma di ipnosi che il soggetto si autoinduce mediante progressivi esercizi di rilassamento; ne consegue una differente intensità dello stato di trance raggiunto rispetto all'eteroipnosi (Gardner, 1981; Lioffi et al., 2003; Lioffi et al. 2006). È anche possibile che un soggetto si autoipnotizzi elaborando suggestioni postipnotiche, dettategli precedentemente da un operatore e recuperate tramite un apprendimento eteroipnotico legato a un **ancoraggio** (Perussia, 2012). Con ancoraggio si intende un processo di associazione tra una risposta interna ed un “trigger” esterno in modo che tale risposta possa essere rapidamente rievocata (Bandler, Grinder, 1975). Questa tecnica può essere sviluppata e fornita ai soggetti come strumento per la gestione in autonomia delle problematiche che li hanno portati a richiedere l'ipnosi (es. stati d'ansia, dolore cronico, etc.).

La comunicazione strutturata in una “seduta ipnotica” si sviluppa in fasi che nel complesso possono richiedere tempi estremamente variabili; si possono ottenere induzioni rapide e rapidissime che portano a effetti immediati e brevi (es. il tempo per eseguire un prelievo venoso in un agorafobico), oppure a induzioni più lente con mantenimento degli effetti anche per ore (per es. durante una procedura terapeutica invasiva). Nel corso degli eventi di emergenza territoriale la possibilità di utilizzare tecniche rapide è sicuramente un elemento a favore dell'uso della comunicazione ipnotica in questo ambito.

A prescindere dal tempo che si ha a disposizione, la “seduta ipnotica” si sviluppa in fasi di durata variabile ma comunque necessarie.

Nella prima fase, **preinduzione**, si stabilisce una relazione con il paziente, si individuano i suoi bisogni e si studiano i suoi canali comunicativi. Rappresenta la base della struttura della comunicazione ipnotica, senza la quale nulla può realizzarsi.

La seconda fase, quella dell'**induzione** vera e propria, comporta una destabilizzazione della coscienza ordinaria attraverso la riduzione o la modificazione degli stimoli esterni, la sottrazione di energie di consapevolezza e la realizzazione di un monoidesimo plastico. Lo scopo è quello di ottenere, attraverso un uso appropriato di parole e passi, un livello di attenzione mirata che realizzi un cambiamento che riverbera sul piano psicosomatico (monoidesimo plastico). All'interno della strategia induttiva utilizzata è fondamentale che l'obiettivo da raggiungere sia ben chiaro e definito, che l'idea da realizzare sia fatta propria dal soggetto e soprattutto che risulti realizzabile per la sua struttura psicofisica. Si generano esperienze particolarmente intense in grado di determinare una modificazione della regolazione del sistema neurovegetativo, come ad esempio ridurre la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca ed anche influire sulla percezione del proprio corpo, arrivando anche ad inibire o modificare la dinamica dei movimenti volontari, ed in taluni casi anche a modificare la soglia del dolore. Questo stato è inoltre caratterizzato da distorsione temporale, da catalessia, da pesantezza o leggerezza degli arti o di altre parti del corpo. Il **corpo** dell'ipnosi è la fase in cui è possibile far leva su immagini liberamente scelte dal paziente per spostare la sua attenzione da una realtà per lui potenzialmente ansiogena o dolorosa. È l'opportunità di poter vivere in maniera differente un'esperienza altrimenti sgradevole. In questa fase si ha una lieve dissociazione transitoria con modificazioni quantitative e qualitative dello schema corporeo, della percezione spazio-temporale, delle emozioni, del senso dell'io ecc., caratterizzato da una riorganizzazione con modalità nuove degli elementi precedenti.

La fase dell'**ancoraggio** consiste nel dare al paziente la possibilità di rivivere la stessa esperienza in autonomia. Si tratta di una forma di autoipnosi che permette al soggetto di riprodurre lo stesso stato di coscienza modificato tutte le volte che lo riterrà opportuno. La possibilità di lavorare coinvolgendo la persona assistita consente di dotare l'individuo di un potere (empowered) a cui attingere per affrontare situazioni percepite come stressanti. L'ancoraggio consente quindi autonomia e indipendenza dall'ipnotista. La **deinduzione** comporta il progressivo ripristino e conseguente ristabilizzazione della coscienza ordinaria seguito da un periodo di maggiore suscettibilità ad una eventuale nuova destabilizzazione (**coda**).

Come accennato, ogni fase utilizza tecniche e strategie specifiche per raggiungere lo scopo. Per esempio, nella fase di preinduzione, dove viene costruita la relazione (rapport) da cui dipende il successo delle fasi successive è importante individuare il sistema rappresentazionale prevalente nel soggetto (uditivo, visivo, cenestesico), questa identificazione sarà utile per attivare una comunicazione verbale e non verbale in sintonia con il paziente. Strategie comunicative come il "mirroring" lavorano sull'accettazione. L'adeguarsi naturalmente ai ritmi, al respiro, alla postura ed alla gestualità dell'interlocutore, aggiungendo via via anche i suoi valori, le sue credenze e convinzioni, portano il soggetto ad essere in sintonia con l'ipnotista e a sentirsi accettato; inserire il "ricalco", cioè il procedimento mediante il quale si rimanda al paziente per retroazione il comportamento osservato in lui, in pratica dicendogli ciò di cui il paziente si può accorgere facilmente (es. *puoi accorgerti come con gli occhi chiusi tutto cambia...*), genera in lui fiducia. Accettazione e fiducia sono fondamentali perché il soggetto si lasci guidare attraverso suggestioni, anche fisiche (passi), verso la realizzazione dell'obbiettivo.

Tutte queste manifestazioni psicocomportamentali apparentemente "sine causa" organica, sono in realtà il risultato di specifici meccanismi recettoriali. Senza entrare nei dettagli biochimici alla base della fenomenologia ipnotica, per i quali si rimanda alle pubblicazioni indicate in bibliografia<sup>3</sup>, si possono altresì citare alcuni elementi che spiegano dove e come agisce l'ipnosi. I meccanismi neurofisiologici e le sedi di attivazione cerebrale innescati in corso di ipnosi sono stati documentati attraverso tecnologie di neuroimaging funzionale e dimostrati con studi sperimentali. Prima l'elettroencefalogramma e più di recente, la risonanza magnetica funzionale hanno evidenziato le aree cerebrali dove l'ipnosi agisce, ovvero in particolare nell'emisfero destro, nelle aree prefrontali, nel giro cingolato, nel precuneo e nel cervelletto (Casiglia E. 2012).

Il “come” l’ipnosi agisce si fonda invece sull’attivazione dei sistemi recettoriali endogeni (endorfinico, endocannabinoide, adrenergico, dopaminergico, istaminergico, caffein-like, GABAergico, DMTErgico, etc). Pertanto, un’immagine mentale in corso di monoideismo plastico (MIP) produce, al pari di uno stimolo endogeno (esempio un evento stressante), un ligando (es. un neurotrasmettitore) che interagendo con un recettore genera un effetto cognitivo e/o psicofisico. I recettori sono gli stessi implicati negli effetti farmacologici dei ligandi esogeni (es. farmaci e altre molecole naturali e artificiali) e dell’effetto placebo/nocebo. Studi di fMRI in soggetti sani altamente ipnotizzabili (Casiglia, Gasparotti, Finatti 2017) hanno anche evidenziato che l’ipnosi è una condizione fisiologica, cosciente e volontaria. Infatti, si attivano le aree cerebrali associate alla coscienza e alla volontarietà, mentre in fase di induzione si ha la stimolazione delle aree cerebellari. Altri studi hanno analizzato le differenze neurofisiologiche tra sonno, veglia e ipnosi, indicando come rispetto al sonno, l’ipnosi presenta solo occasionali sospensioni della vigilanza mantenendo il metabolismo basale invariato e un tracciato EEG assimilabile alla veglia.

Le suddette evidenze sperimentali spiegano come gli eventi psicoemotivi e fisici riscontrati in ipnosi siano il risultato di interazioni ligando-recettore, in tutto simili a quelli risultanti dall’interazione dei medesimi recettori con molecole endogene (neurotrasmettitori, ormoni, etc.) o esogene (farmaci, tossine, etc.). Quindi concretamente cosa è possibile fare in ipnosi? Quali sono le manifestazioni “plastiche” generate dalla focalizzazione su un’unica idea che possono essere utili in ambito medico e in particolare in emergenza?

Si può ragionevolmente ritenere che sia il meccanismo recettoriale a spiegare come in ipnosi sia possibile modificare il battito cardiaco, il ritmo respiratorio, la temperatura corporea, ridurre il dolore, gestire le emozioni e controllare l’ansia. Questo comporta che le applicazioni cliniche e i contesti che si possono avvalere delle tecniche ipnotiche sono molteplici e vanno dal trattamento psicoterapico di manifestazioni psicosomatiche, ansia, depressione, DTPS, fino al trattamento di disturbi della condotta alimentare, disfunzioni sessuali e al controllo del dolore in contesti quali l’odontoiatria, la riabilitazione, la chirurgia e la diagnostica invasiva. L’ipnosi, attraverso programmi e protocolli specifici, è inoltre utilizzata in settori extrasanitari come per es. in ambito sportivo (metodo SFERA) e manageriale per migliorare le performance, scolastico (ipnosipedia) per aumentare il rendimento, nonché nel settore militare e nei programmi spaziali ad alta richiesta prestazionale.

L’emergenza sanitaria territoriale condivide con tutti questi ambiti elementi clinici, organizzativi e di performance. Pertanto, risulta naturale ritenere che la comunicazione ipnotica e le tecniche di ipnosi possano proficuamente far parte delle competenze dell’operatore del sistema 118.

## **2. Peculiarità e criticità dell’intervento sanitario in emergenza territoriale.**

L’Azienda dell’Emergenza e Urgenza della Sardegna (AREUS)<sup>4</sup> è stata istituita con la Legge Regionale n. 23 del 17 novembre 2014, la L.R. n. 24 del 11 settembre 2020 di riforma del sistema sanitario regionale ne ha poi riconfermato le funzioni ad essa attribuite. La mission di AREUS è garantire, gestire e rendere omogeneo nel territorio della Sardegna il soccorso sanitario di emergenza-urgenza territoriale. L’Azienda dell’Emergenza e Urgenza gestisce oltre il Servizio 118 anche il Numero Unico Europeo 112, l’elisoccorso, il Numero Unico 116117 per le cure mediche non urgenti, il servizio di trasporto del sangue, i trasporti secondari tempo dipendenti e coadiuva le attività connesse con i trapianti mettendo a disposizione la logistica.

In generale le attività regionali<sup>5</sup> si inseriscono nel contesto normativo del sistema di emergenza ed urgenza sanitaria preospedaliero nazionale che ha principalmente lo scopo di ridurre le morti evitabili e le gravi disabilità conseguenti a eventi traumatici e a condizioni patologiche improvvise o acuzie di patologie croniche, ciò attraverso il trattamento precoce sul territorio, il rapido trasferimento presso la struttura ospedaliera più idonea ed il corretto inserimento del paziente in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). Le risposte alle richieste di soccorso giunte al numero unico di emergenza 112. (NUE 1.1.2) e 118 sono erogate da una rete di mezzi di soccorso, concepita come una struttura a livelli di assistenza diversificata, coordinati dalla Centrale Operativa. È compito delle Regioni, mediante gli atti di programmazione sanitaria, prevedere assetti organizzativi e gestionali su

base preferibilmente dipartimentale, garantendo uniformità e qualità delle prestazioni erogate su tutto il territorio di competenza. Il sistema è progettato per ambiti territoriali e prevede essenzialmente due tipologie di struttura: la centrale operativa ed i punti di emergenza territoriale.

La Centrale Operativa svolge la funzione di ricezione delle richieste e di valutazione della criticità presunta con conseguente attivazione, coordinamento e supervisione dei mezzi di soccorso garantendo l'adeguatezza, l'appropriatezza e la tempestività del soccorso in base alla classificazione per priorità. Ha inoltre il compito di fornire da remoto le istruzioni prearrivo all'equipaggio, le istruzioni per manovre salvavita e di monitorare la qualità delle prestazioni erogate attraverso un sistema di indicatori standardizzati a livello nazionale. Vi operano, in sinergia, professionisti sanitari e tecnici ed è dotata di tutte le tecnologie necessarie per garantire le suddette funzioni.

I Punti di emergenza territoriale sono costituiti dalle postazioni territoriali posizionate strategicamente sul territorio, in base a orografia, viabilità, densità di popolazione, distanza da centri HUB per patologie tempo dipendenti. Sono previste tre tipologie di postazioni: soccorso avanzato Medico/Infermieristico, soccorso avanzato Infermieristico, soccorso di Base, oltre le automediche e l'elisoccorso (in Sardegna rispettivamente postazioni MIKE, INDIA, BASE, VICTOR e ECHOLIMA).

Il Sistema si avvale di tecnologie radio, telefoniche e informatiche in grado di assicurare l'interoperatività delle stesse nonché il collegamento fra le sue varie componenti e con i sistemi informativi ospedalieri per la gestione comune delle informazioni, dei dati sanitari e dei flussi di attività e dei flussi informativi ministeriali.

Il personale che svolge il proprio servizio all'interno del Sistema di Emergenza preospedaliero è costituito da medici, infermieri, operatori del soccorso (autista) e volontari. Essi sono contrattualizzati con tipologie differenti di rapporto di lavoro, dipendente o in convenzione diretta o per tramite di terzi (associazioni, cooperative, agenzie interinali). In ogni caso il personale è in possesso di specifici requisiti stabiliti e uniformati a livello nazionale. Il personale impiegato opera in equipe multiprofessionali fondando il proprio operato sulla base alle linee guida internazionali e nazionali aggiornate, sulle buone pratiche clinico-assistenziali, su procedure condivise ed elaborate preferibilmente, tenuto conto di quanto precedentemente detto, su base regionale.

Dalla su descritta organizzazione, anche a grandi linee, traspare la complessità del sistema. I contesti dell'emergenza sono contraddistinti da alta imprevedibilità clinica e spesso da alto rischio ambientale connesso a crolli, incendi, contatto con agenti chimici e biologici, aggressioni.

Il contenuto del lavoro sul territorio richiede agli operatori competenze specifiche. Intanto sono richieste competenze tecniche multidisciplinari e multitasking (es. la gestione di più pazienti contemporaneamente in maxiemergenze e incidenti stradali), che permettano rapidità nella valutazione delle situazioni e delle condizioni cliniche del paziente e nella esecuzione di procedure salvavita. Su questo versante i programmi formativi aziendali sono abbastanza strutturati e uniformi sul territorio nazionale.

Più critica risulta la formazione nell'ambito delle competenze trasversali, in particolare la formazione continua in tema di comunicazione. Nonostante le competenze comunicative rivestano un ruolo fondamentale in tutto il sistema dell'emergenza urgenza, gli eventi formativi dedicati sono rari e risultano occasionalmente inseriti nel programma di altri corsi. Il fatto di non prevedere una formazione strutturata in comunicazione rappresenta un elemento di criticità da colmare. La comunicazione ipnotica può rappresentare un'opportunità in questo senso, in quanto è ormai abbondantemente documentato in letteratura come essa sia in grado di influenzare positivamente lo stato mentale sia del paziente che dell'operatore grazie all'utilizzo consapevole delle parole e delle tecniche specifiche di linguaggio e tono della voce. Ciò risulterebbe utile sia in centrale operativa dove la gestione dell'ansia dell'operatore e dell'utente durante la chiamata di soccorso consente una migliore compliance nelle manovre salvavita e dove l'adeguatezza comunicativa del dispatch è elemento critico e fondamentale per la gestione del rischio legato al contesto e per coordinare il soccorso con tutti i soggetti interessati (vigili del fuoco, forze dell'ordine, pronto soccorso e reparti ospedalieri); ancora di maggior utilità sul territorio dove per le ragioni su esposte è fondamentale padroneggiare tecniche di

comunicazione strategica come ausilio nel trattamento del dolore, per evitare escalation conflittuali, per gestire l'ansia da prestazione dell'operatore e per favorire la fiducia e la collaborazione del paziente.

### 3. Ambiti clinici di applicazione sul territorio: vantaggi e limiti dell'ipnosi.

Dolore, ansia e sintomatologie associate rappresentano in medicina d'urgenza uno dei principali motivi di chiamata al 118 o di accesso al pronto soccorso. Si tratta per la maggior parte di condizioni insorte in acuto correlate a stati infiammatori, ischemici o conseguenti a eventi traumatici; tuttavia sempre più spesso è necessario gestire anche le riacutizzazioni di condizioni croniche a causa delle note carenze dell'assistenza sul territorio, fra queste ultime il dolore oncologico e neuropatico. Il trattamento di tutte queste condizioni in emergenza è affidato, per una serie di ragioni, unicamente ad alcuni farmaci, quelli più maneggevoli in preospedaliero; che si tratti di gestire una crisi d'ansia, un cardiopalmo, un dolore nocicettivo la componente relazionale comunicativa dell'intervento è spesso trascurata, nelle migliori delle ipotesi ritenuta irrilevante a fini terapeutici e considerata più una caratteristica di personalità del singolo che non una competenza propria dell'operatore sanitario. Questo approccio, in particolare nella gestione del dolore, attualmente non consente di sfruttare le potenzialità della comunicazione, nella fattispecie di quella ipnotica, che, se da un lato, in particolari condizioni, può risolvere completamente la sintomatologia, dall'altro rappresenta un sicuro ausilio alla terapia farmacologica. Da non sottovalutare inoltre, anche l'azione positiva sulla compliance degli operatori, in particolare in corso di eventi "emotivamente" impegnativi. Altresì in centrale operativa, al telefono, l'uso di tecniche ipnotiche come il linguaggio suggestivo e positivo, l'ancoraggio, che associa parole a risposte positive, il ritmo e il tono della voce riducono l'ansia del chiamante, stabilizzano l'emotività, migliorando la comunicazione e favoriscono la cooperazione. Studi hanno dimostrato che la comunicazione ipnotica migliora l'aderenza alle istruzioni e riduce le aggressioni verbali. In Finlandia, l'integrazione di queste tecniche ha migliorato la qualità della comunicazione e la risposta alle emergenze, suggerendo che l'uso della comunicazione ipnotica può accelerare e coordinare le risposte operative<sup>6</sup>.

Nell'ambito più propriamente clinico, gli effetti dell'ipnosi sono molteplici e sono stati dimostrati con studi sperimentali eseguiti su campioni di pazienti ad alta abilità ipnotica (**ipnotizzabilità**). Di seguito un breve elenco degli affetti ritenuti più utili nelle emergenze territoriali<sup>7</sup>.

**Sedazione e ansiolisi**, spesso usati come sinonimi, sono in realtà fenomeni diversi in quanto hanno siti recettoriali differenti. Essi possono essere attivati contemporaneamente da uno stesso stimolo o selettivamente da un altro. La sedazione è correlata alla subunità  $\alpha_1$  del recettore GABA<sub>A</sub>, prevalente localizzato nel Talamo e nel Cervelletto, mentre l'ansiolisi dalla subunità  $\alpha_2$  prevalentemente presente nell'Ippocampo. Alcune pratiche che generano ansiolisi e sedazione, quali la preghiera, lo yoga, il training autogeno e la meditazione attivano i sistemi recettoriali GABA  $\alpha_1\alpha_2$  e  $\mu$  e  $\delta$  e possono essere considerate forme di auto-eteroipnosi non deliberate e non riconosciute. I fenomeni di sedazione e ansiolisi deliberatamente eteroindotte attraverso un alto grado di concentrazione su un'immagine mentale e il conseguente MIP, producono stimolazione endogena di mediatori endorfinici, endoppioidi e endozepinici a partenza corticale, effetto che può essere misurato. Le immagini mentali che in ipnosi attivano questi sistemi recettoriali sono semplici suggestioni del tipo "sii rilassato, abbandona le tue ansie, etc...". Suggestioni di senso opposto possono "spiazzare" gli effetti come i farmaci antagonisti, ma a differenza di flumazenil e del naloxone che hanno breve emivita, l'effetto prodotto con l'ipnosi ha la durata decisa dall'operatore.

L'effetto **anestetico locale** prodotto da alcuni farmaci come la lidocaina può essere ottenuto in ipnosi (*HEA – hypnotic focused analgesia*) attraverso una suggestione diretta o per **dismorfismo corporeo**. Si può rendere un distretto corporeo insensibile al dolore, al tatto, al calore, etc., così che sia possibile eseguire

interventi senza che il soggetto si lamenti e senza che si abbiano fenomeni riflessi allo stimolo algico, questo tipo di analgesia ha il vantaggio di accompagnarsi sempre ad ansiolisi. Il meccanismo recettoriale dell'HFA è il medesimo della lidocaina e derivati che agiscono occupando competitivamente i canali del sodio e i recettori muscarinici dell'acetilcolina bloccando la trasmissione centripeta dello stimolo algico. È stato dimostrato che le aree sensitive primarie attivate da uno stimolo algico in condizioni di base, non vengono attivate in corso di HFA per estesa attivazione delle aree prefrontali, ciò dimostra che in conseguenza di una suggestione data, lo stimolo doloroso non raggiunge la corteccia sensitiva. Inoltre, anche le risposte riflesse al dolore, per esempio quella cardiovascolare (vasocostrizione nel dolore sistemico e vasodilatazione in quello trigeminale) non si verifica o si verifica in misura minore in corso di HFA. L' HFA è quindi un fenomeno reale quanto l'analgesia locale prodotta dai farmaci, essa può essere misurata ed è legata al reclutamento recettoriale da parte di mediatori endogeni liberati in seguito a suggestioni del tipo: *“questa parte del tuo corpo è insensibile”* o *“è staccata dal tuo corpo”*.

Altri effetti ottenibili con l'ipnosi, anche se meno utili sul territorio, riguardano la produzione di una **paralisi flaccida** botulino simile, che interessa l'attivazione a livello corticale del precuneo e dei sistemi di controllo attentivo; indagini con l'elettromiografia evidenziano risultati coerenti con l'ipotesi che la paralisi sia periferica e dipenda da una inibizione endogena dei recettori SV, gli stessi che, appunto, hanno come agonisti la tossina botulinica. Altri studi con le benzodiazepine dimostrano che la subunità  $\alpha_5$  del recettore GABA<sub>A</sub> è implicato nei processi della memoria e del ricordo. Suggestioni del tipo *“non ricorderai alcunché di ciò che è avvenuto durante la seduta, o nelle ultime due ore o durante l'intervento”* ottengono un'amnesia retrograda della seduta e del post-ipnotico. In realtà non si tratta di una vera e propria perdita dei ricordi, giacché essi spesso vengono recuperati spontaneamente o in un'altra seduta ipnotica, ma più correttamente di un *“oblio ipnotico”*. Questo effetto insieme a quello legato all'azione sui recettori mACh, nACh,  $\mu$ ,  $\delta$ ,  $\sigma_1$  e al blocco dei canali del sodio è anche alla base dell'**anestesia generale** ipnotica (*HGA – hypnotic general anesthesia*). È stato dimostrato che procedure ipnotiche possono, senza l'uso di farmaci, produrre tutti gli effetti dell'anestesia generale. Pertanto, come nell'anestesia farmacologica, il dolore chirurgico è prevenuto, il paziente non ha contezza di ciò che gli accade, è immobile e non conserva il ricordo dell'intervento. Inoltre, nella HGA è possibile sedare il paziente molto prima della procedura e mantenere l'analgesia per un periodo a piacere dopo l'intervento.

Sebbene non esistano limiti né controindicazioni nell'uso dell'ipnosi purchè applicata con perizia, prudenza e diligenza, è comunque opportuno tenere conto di alcuni elementi. Se da un lato è vero che la comunicazione ipnotica è agevolmente applicabile con l'esercizio nei contesti quotidiani, l'uso clinico richiede più esperienza da parte dell'operatore. È necessario, oltre che conoscere la tecnica, sapere anche in quali circostanze utilizzarla (indicazioni) e quali obiettivi si possono raggiungere tenendo conto delle condizioni cliniche e delle capacità del paziente, sia in termini di *“competenze ipnotiche”* che psicocognitive generali. Gestire il dolore con l'ipnosi in un paziente con la demenza o con un disturbo psichiatrico è diverso che gestirlo su un paziente cognitivamente integro. Inoltre, come più volte sottolineato, l'ipnosi è una condizione che richiede la partecipazione consapevole e volontaria del paziente che grazie al rapporto di fiducia con l'operatore si lascia da esso guidare. Un'azione che non garantisca volontarietà e consapevolezza non è ipnosi. L'elemento etico è quindi fondamentale per l'esercizio dell'ipnosi in particolare nel contesto clinico, ed è anche per questo che la principale criticità ricade sull'operatore, il quale è tenuto a esercitare l'ipnosi nel suo ambito di competenza (per es. l'odontoiatra nel suo studio, il fisioterapista nelle sessioni di riabilitazione, il cardiologo durante le sue procedure, etc) e a possedere standard formativi specifici.

#### **4. Performance e prevenzione del burnout e delle malattie stress lavoro correlate negli operatori 118: ruolo dell'ipnosi clinica.**

L'operatore sanitario dell'emergenza territoriale è una figura professionale a cui viene richiesta un'elevata capacità di garantire livelli accettabili di qualità delle prestazioni anche in situazioni di stress acuto e/o prolungato sia fisico che psicoemotivo. Gli stressor principali<sup>8</sup> derivano dalle attività svolte in condizioni ambientali a volte estreme, dai carichi di lavoro importanti per numero e difficoltà e dalla privazione del sonno. Questi elementi se non valutati e opportunamente contenuti da strategie organizzative sono facilmente causa di patologie organiche (ipertensione, cardiopatia ischemica, ictus, etc)<sup>9</sup> e della sindrome del burnout<sup>10</sup>, tipica delle professioni d'aiuto, che si manifesta con reazioni emotive, cognitive e comportamentali che portano ad un progressivo "esaurimento" psicofisico e al distacco emotivo dal lavoro. I modelli teorici dello stress lavoro correlato principali si possono classificare in tre filoni di ricerca che analizzano lo stress secondo cornici teoriche differenti (Cassidy 1999). Il modello epidemiologico, basato essenzialmente sullo stimolo, in cui la ricerca si concentra soprattutto sugli stressor ambientali; il modello basato sulla risposta, in cui si analizza il modo in cui l'individuo risponde agli stressor, con attenzione particolare alle conseguenze negative sulla salute e il modello transazionale che indaga come l'interazione tra individuo e ambiente possa portare a una risposta positiva o negativa. Si tiene quindi conto delle differenti risorse personali e delle caratteristiche degli stressor (Carriota Ferrara, La Barbera, 2006). Fra questi ultimi la teoria che meglio descrive, a mio avviso, il meccanismo alla base dello stress nei contesti sanitari e in particolare nell'emergenza è il modello "domanda-controllo" elaborato da Karasek e Theorell nel 1979. In questo modello le "domande" lavorative si riferiscono al carico di lavoro (numerosità delle richieste, ritmo di lavoro, etc.) mentre il "controllo" è inteso in riferimento a due fattori: la possibilità di un margine decisionale e la discrezionalità circa l'utilizzo delle competenze possedute (Fraccaroli, Balducci, 2011). La combinazione delle due dimensioni dà origine a quattro situazioni possibili. Nell' "high strain job" la richiesta è alta e il lavoratore può esercitare uno scarso controllo, in questo caso il rischio di sviluppare stati psicologici negativi è notevole e possono manifestarsi disturbi stress-correlati. Nell' "low strain job" le richieste sono di livello meno elevato, il controllo è invece alto, lasciando un buon campo di autonomia decisionale al lavoratore. Questa condizione permette un appropriato utilizzo delle competenze possedute, con conseguente soddisfazione in campo lavorativo e maggiore benessere psicofisico. Nell' "active job" le domande psicologiche sono alte, il controllo è elevato. Anche se vengono richieste grande concentrazione, competenza e i compiti sono complessi, il lavoratore ha un'elevata discrezionalità e autonomia, di conseguenza il livello di strain risulta medio-basso, compensato da una buona soddisfazione lavorativa. Nel "passive job" le domande sono basse ed è anche bassa la possibilità di controllo. Questo determina un livello di strain intermedio, ma ciò che rende problematica questa dimensione è la passività che il lavoratore sperimenta, le condizioni in cui si viene a trovare inibiscono la crescita professionale e l'apprendimento. Il modello domanda-controllo è stato successivamente elaborato in una versione più dinamica, che tiene conto di diversi orientamenti disposizionali, frutto di apprendimento acquisito in risposta a esposizioni in ambienti psicosociali a partire dall'età infantile, stabilizzati poi nell'età adulta. Infine, Karasek e Theorell (1990) integrano il modello con la versione comprendente il concetto di supporto sociale, le forme di sostegno strumentali e socioemotive che possono derivare dal rapporto con i colleghi e i superiori. Questo elemento può essere decisivo nelle condizioni di alto strain e costituire un fattore di protezione contro il rischio di effetti negativi sulla salute (Fraccaroli, Balducci, 2011).

Le attività sanitarie in emergenza si possono ritenere in condizioni standard, secondo questo modello, molto vicine all' "high strain job" in quanto la richiesta prestazionale è alta e l'operatore ha una scarsa possibilità di controllo delle variabili ambientali e organizzative. Inoltre, la percezione di scarsa efficacia legata a carenze di abilità fisiche, tecniche, psicoemotive e relazionali possono aumentare i livelli di tensione in particolare quando si lavora in situazioni estreme. Le prestazioni eseguite in queste

condizioni risultano quindi abbastanza sovrapponibili a quelle compiute da un atleta durante una gara sportiva<sup>11</sup>. Inoltre, nel lavoro in emergenza, in particolare nel territorio, una buona prestazione professionale è legata a due elementi fondamentali, che si sommano alla preparazione tecnica: la gestione della parte mentale ed emotiva e la gestione dell'errore. Come nel modello domanda – controllo, quest'ultimo inteso come possibilità di margine decisionale e di discrezionalità nell'utilizzo delle competenze possedute, avere il proprio controllo “mentale” è fondamentale sia nelle situazioni difficili che in quelle “ordinarie” perché ciò permette un'estrema focalizzazione sull'azione che si sta compiendo, un'analisi lucida degli eventi e delle possibili complicanze nonché la gestione dell'imprevisto. Inoltre, è stato dimostrato che, come avviene per gli atleti, allenarsi con tecniche di visualizzazione<sup>12</sup> che mira alla riproduzione mentale di un'attività manuale in assenza di movimenti volontari, migliora la performance oltre che la resistenza allo stress. Questo perché, come è stato dimostrato in studi di neuroscienze fatti su atleti e musicisti, svolti con l'impiego della risonanza magnetica funzionale, durante la performance vengono attivati dei meccanismi ideoplastici, per cui per il cervello “immaginare è come fare” e le aree encefaliche coinvolte e attivate durante il processo di visualizzazione mentale sono le stesse che vengono attivate durante l'esecuzione materiale dell'azione. Pertanto, l'impiego dell'ipnosi, già di suo potente strumento di coping, associata ad un modello di valutazione della performance, potrebbe dare ottimi risultati applicato agli operatori dell'emergenza e potrebbe contribuire a migliorarne la percezione del livello di controllo e dell'autoefficacia posizionandoli nell'area dell'“active job” del modello di Karasek e Theorell.

Su questo tema alcuni lavori sperimentali CIICS hanno analizzato l'impatto dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica sulla qualità delle performance degli operatori sanitari e sui livelli di stress percepito. Come accennato precedentemente, il modello a cui si fa riferimento è traslato dal mondo dello sport. Attraverso il modello SFERA<sup>13</sup>, metodo di intervento studiato per gli atleti di sport individuali e di gruppo, è possibile capire quali siano i segmenti da migliorare nell'esecuzione delle performance (SFERA mandala) e su cui eventualmente intervenire con l'ipnosi. Il modello S.F.E.R.A consente di amplificare il potenziale mentale e attivare le risorse inespresse, alla ricerca delle migliori sensazioni di autoefficacia correlate allo svolgimento di un compito specifico. Secondo questo modello, l'ottimizzazione di una prestazione è basata sull'equilibrio di cinque fattori fondamentali che intervengono nella rappresentazione mentale di questa. È necessario quindi analizzare questi fattori e lavorare per ottimizzarli, ogni qual volta ci si appresta a svolgere un compito che richiede un notevole impegno delle nostre risorse psicofisiche. Una prestazione sportiva di buon livello è quindi in quest'ottica completamente paragonabile ad una prestazione sanitaria più o meno impegnativa. Con l'acronimo S.F.E.R.A si identificano cinque fattori da riconoscere e allenare nella costruzione della massima prestazione e sono rappresentati da: Sincronia, punti di Forza, Energia, Ritmo, Attivazione. Ciascuno di questi fattori può essere preparato con esercizi specifici, previa valutazione del/dei fattori carente con un metodo d'indagine che attraverso alcune domande specifiche, riesce ad evidenziare quali siano le aree psicologiche che il soggetto dovrà potenziare per ottenere una prestazione d'eccellenza. Per mettere in pratica il modello SFERA viene usato uno “SFERA Mandala” sul quale si costruisce la SFERA rispetto ad una prestazione specifica, l'esperienza viene analizzata e sfruttata per accrescere le capacità. Entrare nella SFERA della massima prestazione, significa costruire uno stato mentale che porti alla più funzionale rappresentazione della prestazione, acquisire la capacità di agire sui singoli fattori e sulle loro relazioni, in modo che si impari a calibrare le proprie energie in relazione alle necessità. Questo modello e l'intervento ipnotico è stato oggetto con buoni risultati sulle performance e sulla riduzione dello stress dei partecipanti in alcune esperienze CIICS. In particolare: uno studio<sup>14</sup> condotto da un operatore medico 118 nell'ambito dell'emergenza territoriale ha messo in evidenza come applicando il metodo sulla propria attività quotidiana e analizzando le proprie prestazioni di un mese ha ottenuto, dopo identificazione delle aree di miglioramento con l'ausilio del metodo SFERA e

dopo interventi ipnotici di empowerment mirati, un sostanziale equilibrio nelle qualità delle prestazioni e una minore percezione della fatica. Altri due studi invece hanno approfondito il tema in ambito ospedaliero prendendo in considerazione, oltre il lavoro ipnotico sul singolo individuo, anche le performance di “squadra”, cioè dell’équipe sanitaria. Quest’ultimo elemento è di grande interesse per la medicina di emergenza territoriale visto che l’attività è svolta unicamente in equipe di minimo tre operatori, con competenze e ruoli diversi, parzialmente intercambiabili e complementari. Il primo studio<sup>15</sup> ha interessato 20 operatori sanitari in servizio presso la S.C di Cardiologia di Savigliano e ha dimostrato come l’ipnosi può essere di supporto all’attività degli operatori sanitari permettendo loro di avere un’elevata capacità e qualità di prestazione anche in situazioni di carico di lavoro importante per numero e difficoltà, stress ambientali, fisici, psicologici, e privazione del sonno. Un secondo studio<sup>16</sup> ha interessato l’attività dei Chirurghi del reparto di Week Surgery dell’Ospedale Molinette, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino con lo scopo di potenziare la capacità e la qualità di prestazione chirurgica in situazioni di stress. L’obiettivo primario è stato l’acquisizione di consapevolezza da parte del singolo chirurgo della propria SFERA per poi passare ad una consapevolezza di équipe in un’ottica sistemico relazionale. Anche in questo caso l’applicazione del modello ha permesso di intervenire in modo efficace su aree critiche, correggendo le debolezze individuali e ottimizzando il rendimento complessivo dell’équipe.

## **Proposta progettuale per un intervento formativo degli operatori di Emergenza sanitaria territoriale.**

Sulla base delle valutazioni su esposte gli ambiti in cui si ritiene che la comunicazione ipnotica e l'ipnosi clinica possano ragionevolmente rappresentare una risorsa nella medicina dell'emergenza urgenza sul territorio riguardano:

1. L'applicazione nelle consuete attività operative giornaliere, siano esse in centrale operativa al telefono con l'utente che al domicilio del paziente.
2. L'applicazione nella gestione di particolari quadri patologici correlati al dolore e all'ansia.
3. L'applicazione del metodo SFERA per il miglioramento delle performance degli operatori e dell'equipe.

La proposta prevede in prima istanza, l'inserimento nel piano formativo aziendale per il 2026 di due interventi formativi che hanno come obiettivo a lungo termine quanto indicato ai primi 2 punti. Entrambe le proposte, seppure strutturate all'interno del programma aziendale, mantengono, almeno per la "fase sperimentale", una partecipazione a carattere volontario.

Il primo intervento formativo (I livello base) è rivolto a tutti gli operatori del 118 (medici, infermieri e autisti) nel contesto dell'equipe territoriale e in centrale operativa e ha l'obiettivo a breve termine di fornire conoscenze e competenze in tema di comunicazione ipnotica di base;

Il secondo intervento formativo (II livello base) è rivolto agli operatori sanitari del 118 (medici e infermieri) che hanno partecipato al I livello ed è teso ad approfondire le tecniche di comunicazione ipnotica in contesti operativi quali in particolare gestione di ansia, dolore e manifestazioni correlate, entro i limiti definiti dal proprio ruolo e nell'ambito del proprio contesto operativo.

Dal punto di vista metodologico si ritiene fondamentale privilegiare la formazione pratica, tenendo conto dell'interdisciplinarietà che caratterizza il lavoro di equipe sul territorio e favorendo l'apprendimento "cooperativo" attraverso giochi d'aula, simulazioni e FOCUS GROUP. Le esercitazioni hanno infatti lo scopo di familiarizzare con le tecniche di comunicazione ipnotica simulando il più possibile gli interventi tipici dell'emergenza sanitaria, quali per esempio: il dolore in corso di cardiopatie (es. TPSV, infarto) e trauma, l'ansia e il panico (anche nelle comunicazioni telefoniche in centrale operativa), l'aggressività, etc.

Le sessioni teoriche, seppure importanti, sono da riservare in plenaria al riordino teorico-concettuale di quanto emerso nelle sessioni pratiche e all'approfondimento storico, scientifico e metodologico della disciplina mantenendone rigorosamente il carattere interattivo.

Infine, oltre alla necessità istituzionale di valutare le competenze acquisite ai fini ECM, si propone uno studio dell'impatto dell'uso della comunicazione ipnotica sul paziente e sul benessere degli operatori attraverso l'utilizzo di strumenti validati (es. scale di valutazione de dolore, dello stress lavorativo, del burnout, etc.), quest'ultima anche nella prospettiva di implementare una formazione specifica per il miglioramento delle performance con il metodo SFERA.

## Bibliografia.

<sup>1</sup> F. Granone (1994). Trattato di Ipnosi vol. 1-2. Ed. UTET.

<sup>2</sup> AA.VV. Atti del gruppo di lavoro dei didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS del 2-3 dicembre 2023.

<sup>3</sup> E. Casiglia (2025). Dove e come agisce l'ipnosi. Ed. CLEUP.

<sup>4</sup> Areus. Home page. Reperibile al sito internet [www.areus.sardegna.it](http://www.areus.sardegna.it) 2025.

<sup>5</sup> Tratto dal POSITION PAPER il sistema di emergenza preospedaliero - SIIET - società italiana infermieri emergenza territoriale - Anno 2021 Numero 2.

<sup>6</sup> M. Vitali. "Parole che salvano". Studio semisperimentale sull'utilizzo della comunicazione ipnotica per migliorare la collaborazione e ridurre lo stress durante le chiamate di emergenza. Tesi CIICS 2024.

<sup>7</sup> AA.VV. curato da E. Casiglia (2015). Trattato di Ipnosi e altre modificazioni di coscienza. Ed. CLEUP.

<sup>8</sup> S. Dorevitch, L Forst. The occupational hazards of emergency physicians. Am J Emerg Med. 2000 May;18(3):300-11 doi: 10.1016/s0735-6757(00)90125-6.

<sup>9</sup> Roland von Känel, Mary Princip, Sarah A Holzgang, Chrysoula Garefa, Alexia Rossi, Dominik C Benz, Andreas A Giannopoulos, Philipp A Kaufmann, Ronny R Buechel, Claudia Zuccarella-Hackl, Aju P Pazhenkottil. Coronary microvascular function in male physicians with burnout and job stress: an observational study. BMC Med. 2023 Dec 1;21(1):477. doi: 10.1186/s12916-023-03192-z.

<sup>10</sup> Delphine Verougstraete, Said Hachimi Idrissi. The impact of burn-out on emergency physicians and emergency medicine residents: a systematic review. Acta Clin Belg. 2020 Feb;75(1):57-79. doi: 10.1080/17843286.2019.1699690. Epub 2019 Dec 13.

<sup>11</sup> I.E. Yarley. To perform like athletes, surgeons must prepare like athletes. BMJ 2013;346: f663.

<sup>12</sup> S. Arora. Surgeons in training may benefit from mental visualisation BMJ. 2013 Jan 7;346:e8611. doi: 10.1136/bmj.e8611.

<sup>13</sup> G. Vercelli (2005). Vincere con la mente. Ed. Ponte alle grazie.

<sup>14</sup> D. Vetere. Utilizzo del Modello SFERA nella Professione del medico di emergenza territoriale. Tesi CIICS 2015.

<sup>15</sup> G. Bricco. L'ipnosi e il modello SFERA applicati all'ottimizzazione delle performance degli operatori sanitari in Cardiologia. Tesi CIICS 2020.

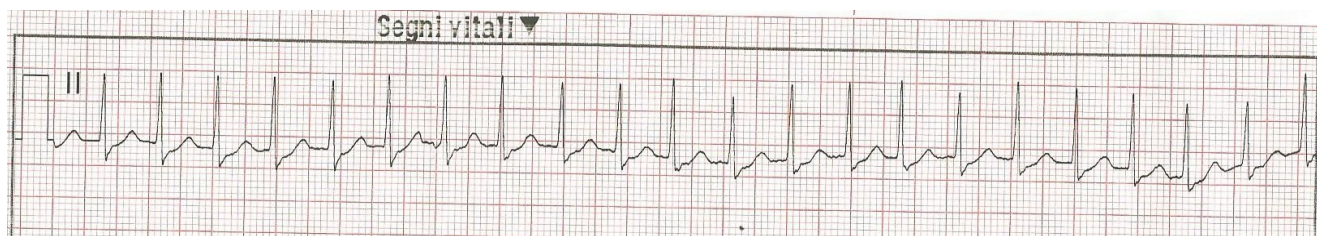
<sup>16</sup> V. Palazzolo, S. Martina. Il modello SFERA applicato all'ottimizzazione della performance chirurgica. Tesi CIICS 2024.

Sono stati inoltre consultati dal materiale didattico del corso ed. Rimini 2024-2025:

- L'ipnosi nella gestione delle malattie stress-correlate. R. Iannini.
- L'ipnosi per il controllo dell'ansia. C. Modesto.
- Applicazione dell'ipnosi in elettrofisiologia e aritmologia: metodologia da utilizzare. M. Scaglione.

## Appendice.

*I tracciati del prima ....*



*.....e del dopo.*

