



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

**Anno 2025**

**Ipnosi e Comunicazione Ipnotica nell'utilizzo della  
Ventilazione Non Invasiva (NIV) in Medicina d'Urgenza:  
come migliorare la compliance della persona assistita.**

**Candidato**

Giuseppina Musca

**Relatore**

Maicol Carvello

**Correlatore**

Debora Coppola

*“Mi ha sempre affascinato l’idea che le parole, cariche di significato e dunque di forza, nascondano in sé un potere diverso e superiore rispetto a quello di comunicare, trasmettere messaggi, raccontare storie. L’idea, cioè, che abbiano il potere di produrre trasformazioni, che possano essere, letteralmente, lo strumento per cambiare il mondo”.*

**Gianrico Carofiglio**

*Da (La manomissione delle parole- Rizzoli Bur, 2010).*

## INDICE

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>2</b>
<b>PREMESSA.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>4</b>
<b>1. COSA S'INTENDE PER NIV.....</b>	<b>5</b>
1.1 CAMPI DI APPLICAZIONE: VANTAGGI E SVANTAGGI.....	5
1.2 STRATEGIE FARMACOLOGICHE DI USO COMUNE .....	7
1.3 RUOLO DELL'INFERMIERE: LA RELAZIONE E LE SUE SFUMATURE...CHIAMALE EMOZIONI .....	7
1.4 CAMBIARE PROSPETTIVA: UNA VISIONE DIVERSA CON LA COMUNICAZIONE IPNOTICA.....	9
1.5 L'IPNOSI...QUESTA CONOSCIUTA... ..	9
1.6 APPLICAZIONE PRATICA DELL'IPNOSI IN AMBITO CLINICO.....	10
<b>2. MATERIALI E METODI .....</b>	<b>11</b>
2.1 LAVORARE IN MEDICINA D'URGENZA .....	11
2.2 TECNICHE IPNOTICHE PER LA COMPLIANCE ALLA NIV .....	11
CASI CLINICI.....	15
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>24</b>
<b>BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA .....</b>	<b>26</b>

## ABSTRACT

Le tecniche di comunicazione ipnotica e di ipnosi sono risultate efficaci per il raggiungimento di una maggiore aderenza alla ventilazione non invasiva, visto che la NIV è spesso associata ad alti tassi di fallimento, dovuti, nella maggior parte dei casi, al disagio del paziente. Ciò ha portato una crescente attenzione da parte dei professionisti sanitari ad una diversa modalità di approccio terapeutico, creando maggiore comfort del paziente nella tolleranza alla NIV, che non dipende solo dalla scelta dell'interfaccia, o dal sistema di fissaggio. Questa nuova e diversa modalità di approccio terapeutico ha dimostrato la possibilità di ridurre l'utilizzo della sedazione, se non addirittura evitarla, portando al paziente un migliore beneficio terapeutico non inficiato dagli effetti collaterali di alcuni farmaci utilizzati, essendo molti di essi un fattore scatenante di delirium, stati di ansia e agitazione, bradicardia, alterazione del sensorio, peggioramento della funzionalità renale, ecc.

In tale ottica assume rilevanza la qualità della relazione e della comunicazione che si instaura tra il professionista e la persona assistita, pensando alla comunicazione come un ponte verso la relazione, elemento essenziale per costruire fiducia e comfort nell'assistenza infermieristica. Nel momento dell'accoglienza, fatta di linguaggi verbali, para verbali e non verbali, il paziente si affida al professionista sanitario che accoglie i suoi bisogni, interessandosi del suo stato psico fisico ed emotivo in toto, ed è sì importante il raggiungimento degli obiettivi terapeutici, ma sarà il "come" che farà la differenza.

La comunicazione ipnotica e l'ipnosi sono la base essenziale di questa strategia terapeutica che diviene efficace nel momento in cui nella mente del paziente c'è la possibilità di coltivare un'idea, che si risolve in immagine, in sensazioni ricordate, spesso associate ad esperienze già vissute, che diventano il suo Monoideismo Plastico, in uno stato modificato di coscienza che mantiene la sua volontarietà. Una condizione psicofisica sempre dinamica che ho potuto direttamente sperimentare in Medicina d'Urgenza prevalentemente sui pazienti con ventilazione non invasiva, ma anche in pazienti con stati d'ansia e agitazione, analgesia durante l'introduzione di devices, suggestioni indotte per l'assunzione di dispositivi endoscopici, ecc.

In conclusione, il comfort è uno dei principali fattori determinanti per il successo della NIV e tale obiettivo si può raggiungere adottando tutte le strategie volte ad aumentare la compliance del paziente, a dimostrazione del fatto che la tecnica ipnotica è assolutamente efficace a garantire una buona adesione al percorso terapeutico, grazie alla realizzazione di un monoideismo plastico auto o etero indotto.

## **PREMESSA**

Nel contesto della professione sanitaria emerge con frequenza la necessità di un cambiamento qualitativo nell'approccio alla relazione d'aiuto, la ricerca di quella scintilla che ci permetterebbe di fare la differenza nel nostro ambito lavorativo, quel salto di qualità di noi professionisti sanitari la cui attività prevede un contatto diretto con la persona assistita.

Quella necessità nasce proprio da un bisogno di dare una svolta professionale a tutto ciò che quotidianamente facciamo già, ma che ci permetterebbe di farlo in maniera nuova e diversa, così come i bisogni manifestati dalle persone da noi assistite che debbono essere adeguatamente colti, se non addirittura intuiti, ed essere adeguatamente soddisfatti.

Sarà quella modalità nuova e diversa a fare la differenza.

## INTRODUZIONE

Per quanto premesso, l'interesse per strategie assistenziali innovative in Medicina d'Urgenza ha guidato questo progetto alla ricerca di nuove opportunità di approccio terapeutico con i pazienti, pensando al mio ambito lavorativo, ossia la Medicina d'Urgenza dell'Ospedale "Maurizio Bufalini" di Cesena, identificato peraltro come Dipartimento di Emergenza/Urgenza e Accettazione (DEA) di II° livello, ove afferiscono tutti i traumi dei Presidi Ospedalieri dell'Area Vasta Romagna.

Ed è in quest'area di Emergenza/Urgenza che la mia attenzione si è focalizzata prevalentemente su quei pazienti con insufficienza respiratoria acuta, o acuta su cronica, che essendo in fame d'aria annaspiano incessantemente alla ricerca di quell'aria, e che difficilmente accetteranno con piacere quella maschera che noi gli andremo a proporre per migliorare il loro status respiratorio. Perché quella maschera è stretta, è claustrofobica, crea ansia e disagio, lascia i segni sul naso e sulle orecchie, e non è piacevole per niente!

Spesso mi sono chiesta come fare a creare nel paziente quella compliance respiratoria, tanto da fargli accettare quel presidio a lui così necessario in quel momento, quanto scomodo e fastidioso.

Ed è qui che nasce la necessità di quella diversa modalità di approccio terapeutico con la Comunicazione Ipnotica che, grazie a questo straordinario corso proposto dal CIICS di Torino, in Romagna per la prima volta, ho avuto modo di conoscere e sperimentare in Medicina d'Urgenza.

**Scopo e finalità** di questo progetto sarà di valutare l'efficacia e l'efficienza della tecnica di Ipnosi e Comunicazione Ipnotica in relazione a:

- controllo degli stati d'ansia nei percorsi procedurali, nello specifico compliance alla NIV, ma anche controllo del dolore durante posizionamento di accessi vascolari, applicazione di devices, ecc.;
- riduzione di farmaci analgesici e/o sedativi;
- favorire e soddisfare il bisogno di sonno e riposo;
- migliore in generale la degenza ospedaliera della persona assistita.

Con particolare attenzione ai pazienti che intraprendono un percorso di ventilazione non invasiva.

***Perché "Ho imparato che le persone possono dimenticare ciò che hai detto, le persone possono dimenticare ciò che hai fatto, ma le persone non dimenticheranno mai come le hai fatte sentire" (MAYA ANGELOU).***

## 1. COSA S'INTENDE PER NIV

La ventilazione non invasiva (non-invasive ventilation, NIV) è un sistema ventilatorio di natura meccanica che fornisce ventilazione al paziente senza l'utilizzo di vie aeree artificiali e non bypassa le vie aeree superiori, e serve a dare un supporto agli alveoli polmonari in caso di insufficienza respiratoria, laddove il paziente da solo non riesca a risolvere questa situazione, soprattutto perché tale condizione si trasforma spesso in uno stato di sopore definito ipercapnia per accumulo di CO<sub>2</sub> in fase espiratoria, chiamato coma ipercapnico.

L'utilizzo della NIV si è enormemente diffuso all'interno dei reparti di area critica grazie ai suoi benefici clinici, alla sua relativa facilità di utilizzo ed alla sua capacità di ridurre il ricorso all'intubazione orotracheale (IOT)<sup>1</sup>. L'efficacia di tale modalità ventilatoria è però quanto mai legata alla sua corretta applicazione in termini di indicazioni e controindicazioni, scelta dell'interfaccia e contesto del ventilatore. La possibilità di successo della NIV dipende in larga parte dalla compliance del paziente, la cui assenza rappresenta una controindicazione relativa all'utilizzo della stessa.

Richiede un'interfaccia ventilatore-paziente, costituita da diversi tipi di devices, a seconda delle esigenze e della tollerabilità, che comprendono:

- maschera nasale;
- maschera facciale;
- maschera total-face;
- casco o scafandro.

### 1.1 Campi di applicazione: vantaggi e svantaggi

La gestione classica della NIV nella sua quotidianità, se correttamente applicata, può assicurare un grado di efficacia simile a quello della ventilazione invasiva, evitando tutti gli effetti collaterali di quest'ultima, come temibili polmoniti. Si tratta certo di adottare tale terapia in ambienti monitorati con turnazione sulle 24 ore, per garantire, a tutti gli effetti, la sicurezza del paziente, con esecuzione di prelievi arteriosi seriati (EGA), indispensabili per verificare l'andamento respiratorio in primis, ma anche metabolico del paziente.

Le condizioni cliniche che beneficiano della NIV riguardano non solo le patologie puramente respiratorie, come possa essere la BroncoPneumoPatia Cronico-Ostruttiva (BPCO) riacutizzata, che ne rappresenta senz'altro il trattamento Gold Standard, ma anche situazioni di insufficienza

respiratoria acuta di tipo cardiogeno relative a Edema Polmonare. Come pure il trattamento sul paziente politraumatizzato, sul paziente con ipoventilazione dovuta a obesità, o come spesso accade, alla presenza di comorbilità<sup>2</sup>.

Gli svantaggi della NIV sono soprattutto correlati al disagio dell'interfaccia ventilatoria utilizzata, in quanto, le maschere in particolare, se mal posizionate o lasciate in sede troppo a lungo, possono creare lesioni da pressione sulle prominenze ossee facciali, nasali, sulle orecchie; creare distensione gastrica, lesioni congiuntivali e/o corneali.

Diversi aspetti pratici sono stati considerati per migliorare l'adattamento del paziente. In particolare, la scelta dell'interfaccia e il setting ventilatorio adottati per la NIV svolgono un ruolo chiave per il successo dell'assistenza respiratoria. Tra le diverse interfacce, la tolleranza è più scarsa per le maschere nasali e oronasali, mentre il casco sembra essere meglio tollerato, con conseguente utilizzo più prolungato e minori tassi di fallimento della NIV. Anche la scelta del sistema di fissaggio influisce significativamente sul comfort del paziente, a causa del dolore e delle possibili ulcere da pressione correlate al dispositivo, ed è necessario per mantenere l'interfaccia in posizione durante la NIV. È inoltre necessario garantire una corretta chiusura del dispositivo di fissaggio per prevenire perdite d'aria: un sistema di fissaggio allentato è causa di perdite d'aria sia grandi che piccole, che interferiscono con l'efficacia dell'assistenza ventilatoria. Le perdite maggiori sono accompagnate da un aumento dell'asincronia paziente-ventilatore, con un peggioramento del carico di lavoro del paziente.

Ciò è stato ancora più vero durante la massiccia diffusione della sindrome respiratoria acuta grave correlata alla pandemia del nuovo coronavirus [sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2)], quando la NIV è stata ampiamente utilizzata per far fronte alla massiccia richiesta di assistenza ventilatoria al di fuori dell'unità di terapia intensiva (ICU), e molte Unità Operative come la nostra Medicina d'Urgenza hanno intensificato tantissimo il suo utilizzo.

Il setting ventilatorio adottato per la NIV è associato a diversi gradi di comfort del paziente: i pazienti sono più a loro agio con la ventilazione a supporto di pressione (PSV) rispetto alla ventilazione controllata. Spesso si deve ricorrere alla sedazione per migliorare la tolleranza alla NIV e aumentare le probabilità di successo in alcuni pazienti a rischio di intubazione, a causa dell'intolleranza alla stessa, conseguente a dolore, disagio, claustrofobia o agitazione<sup>3</sup>, non priva certamente di effetti collaterali.

Le controindicazioni alla NIV riguardano invece tutte quelle condizioni cliniche che in primis non consentono la collaborazione del paziente, oppure di grave compromissione dello stato neurologico. Presenza di traumi facciali, epistassi, vomito, instabilità emodinamica, traumi toracici con pneumotorace non drenato, ARDS, ecc.

## **1.2 Strategie farmacologiche di uso comune**

Nella pratica clinica di sovente vengono utilizzati dei farmaci con funzione di sedo-analgesia in quei pazienti che necessitano di ventilazione, ma che sono in agitazione psico-motoria, a rischio di auto rimozione dei dispositivi necessari alla loro situazione clinica, ed in quei momenti non collaboranti al loro percorso terapeutico. Spesso, durante episodi di insufficienza respiratoria acuta, si verificano situazioni definite di delirium, nel quale il paziente è in uno stato neurologico alterato, pertanto assolutamente non collaborante.

I farmaci utilizzati per la sedazione in Medicina d'Urgenza sono prevalentemente la dexmedetomidina in infusione continua, a volte la ketamina, ovviamente evitando l'uso delle benzodiazepine che sono un fattore di rischio per lo sviluppo di delirium. Il delirium è un problema comune tra i pazienti in terapia intensiva e sub-intensiva, e può contribuire al fallimento della ventilazione non invasiva. La prevenzione del delirium può migliorare l'esito e il tasso di successo della NIV<sup>4</sup>.

La somministrazione di farmaci sedativi e analgesici durante la NIV può ridurre il rischio di intubazione tracheale e delirio. Inoltre, la dexmedetomidina ha ottenuto risultati migliori rispetto ad altri farmaci sedativi, o antipsicotici come l'aloiperidolo, in termini di risultati clinici, rendendola l'opzione migliore per un attento monitoraggio dei parametri vitali dei pazienti<sup>4-5</sup>.

Ma il verificarsi di bradicardia risulta essere più frequente con l'uso di dexmedetomidina. Pertanto, il rischio di un'eccessiva sedazione non è mai esente da rischi, portando anche a stati di depressione respiratoria, compromettendo ulteriormente ciò che intendevamo migliorare nel paziente.

Da qui si evince la necessità di utilizzare tecniche alternative alla sedazione, o in parte associate ad essa, diminuendo così le dosi del farmaco ed i suoi effetti collaterali.

## **1.3 Ruolo dell'infermiere: la Relazione e le sue sfumature...chiamale Emozioni**

Una delle competenze principali che deve possedere l'infermiere è senz'altro quella di saper comunicare, caratteristica niente affatto scontata, ma che rappresenta il presupposto fondamentale della relazione con la persona assistita, elemento essenziale per costruire fiducia e comfort nell'assistenza infermieristica. Concetto fondamentale, ma complesso nella pratica infermieristica. La comunicazione efficace tra infermieri e pazienti è stata definita come un accordo reciproco tra le due parti, e ciò influenza il processo infermieristico, il ragionamento clinico e il processo decisionale.

Di conseguenza, promuove un'assistenza infermieristica di alta qualità, esiti positivi per il paziente e la soddisfazione del paziente e dell'infermiere per l'assistenza<sup>6</sup>.

Lo stesso concetto viene esplicitato nel nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche presentato il 22 marzo 2025 in occasione del 3° Congresso Nazionale della FNOPI, una revisione necessaria dal precedente del 2019, laddove la pandemia ha sicuramente segnato una linea temporale importante per la nostra professione, che la vede trasformarsi in maniera sempre più dinamica, in un contesto sanitario e sociosanitario in rapida trasformazione. In particolare, riporto qui:

#### ART. 4 – RELAZIONE DI CURA

L'infermiere cura creando con le persone una relazione, in cui l'empatia è una componente fondamentale. L'infermiere si fa garante che le persone assistite non siano mai lasciate in abbandono coinvolgendo, con il consenso degli interessati, le persone di riferimento nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di cura è tempo di relazione<sup>7</sup>.

La Comunicazione è uno degli aspetti più particolari e tecnici della relazione: non si potrà mai sottrarre complessità alla relazione di cura, nonché alla relazione ipnotica, perché sarà sempre imprevedibile, sarà sempre irreplicabile. Complesso è il participio passato di "COMPLECTUM" che vuol dire "ABBRACCIARE", ed allora, come dice meglio la parola, potrai "abbracciarla", ma ogni volta ti troverai davanti ad una situazione nuova e diversa, ogni volta sarai chiamato a costruire un qualcosa su misura, come un abito sulla persona assistita<sup>8</sup>.

**La comunicazione**, che sia essa verbale, para verbale o non verbale, **esprime emozioni**, fa parte della nostra chimica corporea, come dimostrato dagli affascinanti studi della neuroscienziata e farmacologa statunitense Candace B. Pert, conosciuta per le sue teorie sulle emozioni e sulla comunicazione corpo/cervello. Il suo famoso libro "Molecole di Emozioni" (1997) tratta proprio delle sue ricerche e teorie, e di come si possa identificare un nuovo grande ponte tra mente e corpo, come unità indissolubile, meraviglioso intreccio di biologia ed emozioni, in un fluire di relazioni costanti e dinamiche con l'ambiente. La sua scoperta delle endorfine prima, e dei neuropeptidi poi, dimostrerà come ogni singola cellula del nostro corpo ne possiede i recettori, e che c'è una maniera privilegiata di far produrre queste sostanze: questa maniera privilegiata sono **le emozioni!**<sup>9</sup>

*"Quando i nostri sentimenti cambiano, questa miscela di peptidi viaggia in tutto il corpo e nel cervello. Cambiano letteralmente la chimica di ogni cellula del tuo corpo e trasmettono vibrazioni ad altre persone"*<sup>10</sup>.

## **1.4 Cambiare prospettiva: una visione diversa con la comunicazione ipnotica**

L'Ipnosi clinica, secondo il modello granoniano, rappresenta uno strumento terapeutico che consente di accedere a risorse psicofisiche per ottenere un cambiamento reale, attraverso ciò che Franco Granone, scienziato, neuropsichiatra, docente e ricercatore, ha chiamato MONOIDEISMO PLASTICO, l'attuazione di un'idea modificabile, la sua più grande intuizione con cui rivoluziona le basi dell'ipnosi, che da sola non serve, come l'immagine mentale da sola non serve, se non è collegata ad un livello così elevato di concentrazione e d'intensità tali da divenire plastica, reale, con effetti psichici e fisici evidenti. Esso diviene plastico quando la sua rappresentazione si attua, secondo il suo contenuto, in esperienza fenomenica verificabile o ratificabile.

La filosofia granoniana si fonda appunto su tre assiomi fondamentali:

- Il Monoideismo-un pensiero/idea che diventa realtà
- L'Ipnosi-una condizione
- L'Ipnotismo-una procedura

Delineando una filosofia nella quale coincidono il fare (realizzazione di un pensiero), e il sapersi servire di ciò che si fa (utilizzo clinico del risultato)<sup>11</sup>.

## **1.5 L'Ipnosi...questa conosciuta...**

La storia dell'ipnosi in realtà è alquanto remota, si perde nella notte dei tempi, quando già nell'antico Egitto, col ritrovamento di alcuni papiri, come quello di Leyda (2.500 a.c.) si descriveva la tecnica di induzione ipnotica per dondolamento di una lampada davanti agli occhi. E da qui a seguire la cultura greca, i Pitagorici, il Mesmerismo, la scuola di Nancy che identifica per la prima volta "Nessuna distinzione tra ipnosi e suggestione" e che "L'Ipnosi non è sonno". E da qui a seguire le varie correnti che giungeranno alla galassia Eriksoniana, dando molta importanza al rapporto col paziente, dando più potere al soggetto e meno all'ipnotista, e l'importanza della metafora<sup>12</sup>.

Arrivando poi a Franco Granone, senza dubbio il più autorevole esperto italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale (CIICS Torino 1979), definendo "L'Ipnosi uno squisito fenomeno psicosomatico, con le sue specifiche modalità di azione, soprattutto quando si tratta di quello autoindotto da monoideismi plastici intensamente vissuti, capace di generare nel paziente cambiamenti vantaggiosi attraverso meccanismi biochimici, ormonali, peptidici, enzimatici"<sup>13</sup>.

Per Granone, l'ipnosi non è solo un mezzo per indurre stati di rilassamento o suggestionabilità, ma un vero e proprio strumento terapeutico, capace di influenzare il comportamento, le percezioni, e perfino le funzioni fisiologiche, come il controllo del dolore o la gestione dell'ansia. Quella natura intimamente psicosomatica, caratterizzata da un'interazione complessa tra i processi mentali e le risposte fisiologiche, che possono essere utilizzate in terapia per trattare vari disturbi psicologici e somatici<sup>14</sup>.

## **1.6 Applicazione pratica dell'ipnosi in ambito clinico**

Sono numerosi gli ambiti medici in cui l'ipnosi è stata utilizzata con successo, soprattutto in ambito chirurgico, associato a volte a lieve analgesia, e a volte no. Così come il trattamento dell'ansia, la riduzione dell'ansia peri-operatoria, della depressione e delle fobie. Gli studi hanno dimostrato che l'ipnosi aumenta la soglia del dolore fino al livello dell'analgesia chirurgica, di migliorare il dolore acuto e cronico, nonché la capacità di coping e resilienza, contribuendo a ridurre sia l'abuso di farmaci che i costi della terapia farmacologica. La grande mole di dati disponibili suggerisce la necessità di un approccio olistico, mirato a prendersi cura dell'individuo come un'unità inscindibile mente-corpo nella sua interazione con l'ambiente, in cui il mondo interiore del paziente, la sua esperienza e la sua cognizione siano tenuti in debita considerazione come potenti risorse per il recupero attraverso un approccio fenomenologico-esistenziale<sup>15</sup>.

## **2. MATERIALI e METODI**

### **2.1 Lavorare in Medicina d'Urgenza**

Lavorare in Medicina d'Urgenza per un infermiere significa soprattutto attenzionare le criticità delle persone assistite in tempi ristretti, laddove la collaborazione con le altre figure di riferimento si rivela essenziale. I pazienti arrivano direttamente dal Pronto Soccorso, spesso dalla Rianimazione quando estubati, oppure trasferiti da altre Unità Operative per l'aggravamento delle condizioni cliniche. Dotata di un corridoio con camere di degenza di 16 posti letto, e con una gestione dei pazienti più critici che si esplica prevalentemente nell'Area Critica Sub-Intensiva-Open Space, con 8 posti letto a monitor, per la rilevazione in continuo dei parametri vitali, laddove si aggiungono specifici presidi necessari al controllo di particolari condizioni fisiche dei pazienti, dall'emodinamica alla respirazione, con l'introduzione di accessi venosi centrali, accessi arteriosi, O<sub>2</sub> in Alti Flussi (HFNC), NIV, tra cui C-Pap, Ventilazione invasiva in tracheostomie, drenaggi toracici, cateteri vescicali, sondini naso-gastrici, ecc.

Da qui si evince la dinamicità dell'ambiente in cui quotidianamente l'infermiere si muove e si adopera per le persone assistite, per garantire, nel limite del possibile, la riduzione degli stati d'ansia, il bisogno di sonno e riposo, il controllo/riduzione del dolore durante l'inserimento di particolari dispositivi. L'ambiente è spesso frenetico, i ritmi sono veloci, tutto diviene più complicato durante i momenti di urgenza, a volte di pazienti in arresto respiratorio/cardio circolatorio.

È stata avviata una fase sperimentale di applicazione della comunicazione ipnotica, finalizzata alla modulazione della relazione con il paziente e al miglioramento della compliance alla NIV. L'importanza di entrare in rapport con il paziente, agganciare il suo sguardo, mettersi in atteggiamento d'ascolto attivo per accoglierlo e farlo sentire al centro del suo percorso terapeutico. Quella relazione maieutica (termine preso in prestito dall'arte ostetrica), dinamica, bidirezionale ed empatica, che si instaura nel "qui e ora" tra operatore e soggetto, permettendo a quest'ultimo di essere aiutato ad esplicitare tutto il suo mondo interiore, fatto di verità, di emozioni, sentimenti, e quant'altro, in un flusso relazionale che si instaura inevitabilmente sia a livello psichico che somatico<sup>11</sup>.

### **2.2 Tecniche Ipnotiche per la compliance alla NIV**

Nel mio ambito specifico della Medicina d'Urgenza non è stato pensato un progetto aziendale a riguardo, al momento sono l'unico operatore sanitario sensibilizzato e formato sull'argomento, ma

ho notato l'interesse da parte di altri colleghi che potrebbero intraprendere lo stesso mio percorso. Qui ho deciso di attenzionare quei casi clinici con insufficienza respiratoria acuta, o acuta su cronica, che necessitavano di ventilazione non invasiva, spesso in stato di agitazione psico-motoria e/o con problematiche di claustrofobia, rendendo i pazienti poco complianti al presidio da utilizzare. Sebbene io abbia avuto modo di applicare la tecnica ipnotica anche su pazienti con problematiche diverse da quella respiratoria, dei quali farò un accenno più avanti. Il setting di raccolta dei dati è avvenuto in Area critica Sub-Intensiva, direttamente al letto del paziente, spesso in concomitanza all'applicazione del presidio sanitario necessario alla sua situazione clinica, senza tempi di preparazione programmati, ma pensati lì sul momento e su quello specifico paziente. Pertanto, la durata degli incontri è stata molto diversa, perché certamente condizionata da tante variabili, come per esempio l'approccio ad un paziente tranquillo e collaborante rispetto ad un paziente già agitato ed in ansia da prestazione, scarsamente collaborante.

I pazienti coinvolti sono stati prevalentemente ricoveri dal Pronto Soccorso, oppure trasferiti dalla Terapia Intensiva, con i quali ho cercato di stabilire un rapporto e creare quel minimo di fiducia necessaria alla relazione. Nella fase dell'

- **Accoglienza:** è necessario l'ascolto della persona, laddove sarebbe importante capire il canale comunicativo prevalente che utilizza nel parlare con noi, sia esso visivo, uditivo o cinestesico, altrimenti li usiamo tutti. Lo strumento di raccolta dei dati è stato di reperire le informazioni necessarie prima dell'ipnosi, per poterne misurare l'efficacia successivamente, parlando con il paziente di quello che gli piace fare, se ha degli interessi, degli hobby, se ha fatto dei viaggi o delle semplici passeggiate; ed è incredibile notare come i racconti delle loro vite sembrano venir fuori a volte in maniera impetuosa come se non aspettassero altro. Altre volte in maniera più timida ed intima, ma sempre si coglie quella necessità di un contatto, di un rapporto, di una relazione d'aiuto, talvolta espressa, talvolta velata. Questa fase è fondamentale, perché si propone un **“contratto”**, l'obiettivo terapeutico che si vuole raggiungere, spiegando l'importanza del tipo di procedura da effettuare, i benefici che essa porterà dopo averla realizzata, dicendo al paziente che avrà sempre il controllo della situazione, e che in qualsiasi momento potrà fermare la procedura, se lo vorrà, facendolo sentire il protagonista della situazione, ossia in grado esso stesso di decidere, ottenendo così un consenso verbale.

In quella che chiamiamo **Alleanza terapeutica**, è importante attivare lo schema dello “yes set”, usato per predisporre l'interlocutore a dire di “sì”, parte integrante delle tecniche induttive, almeno quei tre sì necessari ad aumentare la fiducia e abbassare la critica, importanti a creare quel legame che spesso inizia con lo sguardo. A questo punto si propone una

- **Tecnica induttiva:** vestita sul paziente, che può essere la focalizzazione di un punto, la concentrazione sul respiro, sul battito cardiaco, la tecnica della dissociazione, la tecnica panino, la tecnica di sovraccarico di compiti, ecc. Quella tecnica più adeguata alla persona.
- **Descrizione del paziente:** un'attenta osservazione su di lui, le sue espressioni, i suoi occhi, le sue spalle, il suo respiro, attivando dei truismi, delle verità assolute, "io vedo che..."
- **Ricalco e guida:** mentre lo osservo gli dò dei rimandi di quello che vedo, dei rinforzi e gratificazioni, "tu ti accorgi che..." La velocità dell'induzione è spesso data da quanto tu velocemente osservi una cosa e gliela restituisci ricalcandola, cioè gli dici che cosa gli sta succedendo, gliela racconti..."e mentre"... È come ricalcare un'immagine sulla carta copiativa e ricopiarla; molto utile osservare le reazioni del soggetto sedendosi di fronte a lui, ricalcando quelle affermazioni verificabili non contraddicibili, come: "tu sei seduto" e "sei di fronte a me", e "puoi sentire i piedi appoggiati al pavimento" ecc. Mentre le affermazioni non immediatamente verificabili rappresentano una guida per portare il soggetto verso un'azione: "potresti sentire alcune parti del tuo corpo più rilassate di altre" e "potresti accorgerti che ad ogni respiro il rilassamento può diventare sempre più profondo" e così via, fino ad arrivare alle suggestioni.
- **Suggestioni:** storie e metafore, che siano concrete, piacevoli, evocative, mirate, abilmente vaghe, con un linguaggio fluido. Ossia i racconti di quei viaggi, di quelle passeggiate, di quegli incontri narrati dal nostro paziente, di quelle sensazioni ed emozioni da egli evocate, collegate ai suoi ricordi. Attenzione alle nostre aspettative sul paziente, perché quelle suggestioni date devono essere le sue e non le nostre.
- **Ratifica:** la verifica che questo cambiamento sia davvero avvenuto, sia a livello fisico che comportamentale, che possa essere una distensione della muscolatura facciale, una variazione della tonalità della voce, un rilassamento muscolare, un abbassamento delle spalle, un flutter palpebrale, spesso una deglutizione repentina, insomma tutto ciò che mi indica un reale cambiamento in essere, con la verifica della suggestione.
- **Ancoraggio:** un dono che facciamo al paziente, perché potrà replicarlo in autonomia tutte le volte che vorrà, anche in situazioni diverse; focalizzato ad aumentare l'empowerment del paziente e a renderlo autonomo rispetto all'operatore. **EMPOWERMENT**, la capacità della persona a potenziare tutto ciò che già possiede, rafforzandone la fiducia e la sua consapevolezza. Un processo di crescita interiore per aumentare la stima di sé e far emergere le sue risorse latenti. Perché non siamo noi a fare ipnosi, ma è il paziente che la fa: noi possiamo aiutarlo ad indicargli la strada<sup>16</sup>.

- **Verifica:** Il racconto dell'accaduto. Approfondire i cambiamenti fisici che si sono sperimentati.

## Casi clinici

### La signora Rita e la passeggiata nel bosco.

Paziente di 85 anni, arriva in Medicina d'Urgenza nel turno del pomeriggio come trasferimento dalla geriatria, una BPCO riacutizzata che si era aggravata nella notte e necessitava pertanto di una ventilazione non invasiva per espellere la sua CO<sub>2</sub> in eccesso, che l'aveva portata ad una situazione di ipercapnia, con obnubilamento del sensorio, assopita, difficilmente risvegliabile allo stimolo verbale. Necessita di monitoraggio continuo dei parametri, presenza di accessi venosi funzionanti, il posizionamento di un accesso arterioso per eseguire emogas seriati per il controllo degli scambi gassosi, viene posizionata una C-Pap con maschera total-face, ma la signora Rita è fondamentalmente assopita; pertanto, non ostacola il posizionamento dei presidi. Il problema si pone dopo qualche ora, grazie agli effetti benefici della terapia, quando lei inizia a risvegliarsi e si accorge di avere sul volto qualcosa di estraneo, rumoroso, stretto, che non riconosce, e subito le sue mani tentano di rimuovere la maschera. "Con questa non respiro", lei dice. Prima che il medico proponga un sedativo, essendo poi direttamente una mia paziente di quel settore, accolgo la signora con atteggiamento disponibile, le propongo una pausa dalla maschera per permetterle di bere (ovviamente la situazione clinica permette di fare una finestra respiratoria). La signora ringrazia, le dico il mio nome, le spiego cosa è successo in quel vuoto temporale di cui lei non ricorda nulla, spiegandole quanto abbia avuto beneficio da quella ventilazione che le ha permesso di risvegliarsi da uno stato di coma da CO<sub>2</sub>. Chiaramente la signora comprende l'importanza della terapia, ma vorrebbe effettuarla in maniera "meno traumatica" mi dice. Acquisita la sua fiducia espressa sia in atteggiamenti verbali che non verbali, le propongo di fare la ventilazione in maniera nuova e diversa, lei accetta. Le chiedo di portare la sua attenzione al ritmo del suo respiro, ascoltando il ritmo del ventilatore, una sincronia che diventa importante, ricalco i suoi movimenti e la guido, li facciamo insieme. La invito a chiudere gli occhi, in questo modo può farlo meglio, evitando che l'eccesso di ventilazione possa darle fastidio, irritare le congiuntive. Lei accetta. Le chiedo se le piace fare delle passeggiate, lei è una coltivatrice diretta, non ha mai viaggiato al di fuori della Romagna, mi parla del contatto con gli elementi della natura, così propongo delle giuste suggestioni adatte a lei, poi mi dice che qualche volta è andata verso Bagno di Romagna, al lago Pontini eppoi nel bosco per raggiungere le cascatine di Alfero. Mi ha già dato un assist importante, mi parla di "sentire i rumori", di "sentire l'aria" ed è lì che le propongo una bella passeggiata nel bosco, l'aria che sente sul viso è come la brezza che accarezza gli alberi, fresca e delicata, che la aiuta a respirare. La ricalco, dicendole che lei può sentire quell'aria, come quella che esce dal ventilatore, e si può accorgere che il suo torace ne segue il ritmo. Mi accorgo effettivamente che c'è sincronismo, lei non contrasta più il ventilatore, i suoi occhi sono chiusi, il suo viso rilassato,

la ricalco spesso, per mantenere il nostro accordo empatico: “Brava Rita, il tuo torace segue il ritmo del ventilatore, perché ora la frequenza respiratoria è diminuita rispetto a prima, il monitor ci dice che gli atti respiratori sono nella norma, e potresti accorgerti che l’aria che entra è fresca come quella del bosco, e l’aria che esce è tiepida come la brezza riscaldata dai raggi del sole. Sei bravissima, continua così”. La gratifico spesso mentre lei continua la sua passeggiata nel bosco, e le dico che potrà farlo tutte le volte che vorrà, facendo un semplice gesto a ricordo di quell’esperienza, come appoggiare la mano destra sul suo torace, e sentirsi respirare, sentirsi vivere. Vedo che accetta con piacere. La sua passeggiata continua a lungo, visto che passano delle ore in cui lei riesce a ventilare senza osteggiare la terapia, con la mia supervisione a distanza, mentre mi occupo anche degli altri pazienti, ed approfitto della sua successiva finestra respiratoria, dove lei non ha la C-Pap, per chiederle come è andata effettivamente, e fare una verifica di ripetibilità dell’esperienza vissuta. Mi dice che è stata una passeggiata piacevole, c’è tornata volentieri in quel bosco, le chiedo di appoggiare la mano destra sul torace, e lei d’istinto chiude gli occhi e ci ritorna volentieri. Sono fiera di averla fatta sentire bene, fiera di non aver avuto necessità di ricorrere al sedativo, fiera di dimostrare ogni volta a me stessa e ai colleghi che una maniera nuova e diversa esiste. Basta crederci.

### **La signora Paola e la passeggiata in montagna.**

Paziente di 81 anni, arriva da PS con severo quadro di polmonite bilaterale da influenza A e Mycoplasma, necessita di importanti flussi di ossigeno, nonostante i quali la TC Torace denota un peggioramento clinico, confermato dagli EGA che vengono effettuati durante la sua degenza, in quanto la saturazione scende spesso rapidamente sotto l’85%. Pertanto, alterna terapia con gli alti flussi almeno nei momenti del pasto con la presenza dei suoi familiari, a terapia con C-Pap durante tutto il resto del tempo. Molto attiva sui social, ha lavorato nell’oggettistica dell’alta moda fino ad un anno fa in un’azienda di famiglia, le piace viaggiare, ma la montagna le piace in particolare. Così inizia a parlare delle sue escursioni in Trentino, a Moena, e di quanto sia fresca l’aria che si respira da quelle parti. Si lascia guidare facilmente, accetta di chiudere gli occhi, mentre le descrivo ciò che vedo e la ricalco: “Vedo che il tuo torace si espande, inspirando l’aria a pieni polmoni, e poi espirandola fuori, ed è per questo che potresti accorgerti del tuo respiro che è diventato più lento e più profondo, potresti sentire il tuo viso più rilassato, e mentre senti la sensazione dei tuoi occhi chiusi, potresti immaginare di respirare la fresca aria di montagna durante la tua passeggiata che potrebbe diventare così piacevole da volerla continuare per tutto il tempo necessario”. Continuo a darle suggestioni sensoriali riguardanti l’aria che sente sul volto, i profumi della natura circostante

che lei definisce piacevoli, i rumori intorno a lei: “Durante la tua passeggiata puoi osservare il panorama che ti circonda, coglierne la bellezza, ascoltare i silenzi della natura come pure i rumori intorno a te, e potresti accorgerti dello scricchiolio dei tuoi passi mentre procedi nel tuo cammino, e potresti sentire i profumi della natura che ti circondano, ed anche riconoscere delle piacevoli sensazioni olfattive magari collegate ad altri momenti, ad altre passeggiate”. Faccio alcune pause, concedendole la tranquillità della sua esperienza. Sarà lei a dirmi che si è concentrata sul ritmo del suo respiro, in sintonia col ventilatore, in una passeggiata sul finire dell’inverno, laddove la neve inizia a sciogliersi, e si sente già nell’aria il tepore della primavera. Da sola appoggia la mano destra sul torace, ratifico nel monitor che la sua frequenza respiratoria non è più di 22 atti/min., ma si è ridotta a 16 atti/min., e la frequenza cardiaca da 106 b/m a 86 b/m. Le chiedo se si sente di continuare, mi risponde di sì, e ventila per almeno tre ore a fila, quando la notte precedente neanche cinque minuti. Alla prima finestra respiratoria le chiedo come si sia sentita, e lei mi descrive come piacevole quella passeggiata in montagna. Le parlo di ancorare quel momento come un’esperienza ripetibile nei momenti di ventilazione successiva, lei chiude gli occhi, appoggiando la mano destra sul torace, ed ecco che la sua postura ritorna ad essere quella di prima, il suo viso si distende, con un rimando positivo da parte sua. Il mio turno pomeridiano termina alle ore 20 con il passaggio delle consegne alla collega della notte, con la quale concordo di continuare il nostro percorso già intrapreso con la signora Paola, e di ricordarle di appoggiare la mano destra sul torace prima della successiva ventilazione. Il mattino successivo mi viene riportato dalla collega che la signora si era ricordata di farlo da sola non appena le avevano posizionato la maschera sul volto, riuscendo così a ventilare in tranquillità per buona parte della notte, senza l’utilizzo di sedativi, che peraltro le avrebbero compromesso in parte la compliance respiratoria. Trasmettendo in consegna alle colleghe tale modalità di approccio, la signora Paola ha ventilato per circa una settimana, con evidente miglioramento clinico, evidenziato anche dagli esami ematici e dalla TC torace successiva, permettendole poi di passare a modalità di ventilazione più semplici ed essere trasferita in Medicina Interna come proseguimento di cure prima del rientro a domicilio.

### **L’esperienza di Imma e il suo giro in piroscavo verso Capri.**

Imma è una ragazza di 35 anni, arriva da PS già in NIV con maschera facciale, in area critica alle 7:30 del mattino appena ad inizio turno, con diagnosi di severa polmonite bilaterale, ancora di natura da determinare, perché gli esami necessari sono appena stati inviati in laboratorio. Il fatto che sia in sovrappeso non aiuta il quadro respiratorio. Non tollera bene la ventilazione, spesso suona l’allarme

del ventilatore per perdite eccessive; pertanto, la paziente non ne beneficia; intanto la collego al monitor multiparametrico, preparo la terapia prescritta dal medico, cortisone in vena e aerosol medicato da collegare al ventilatore, e mentre i medici chiedono in consulenza il rianimatore, le propongo di aiutarla in maniera nuova e diversa dall'approccio precedente avuto in pronto soccorso. Mi dice che in maniera repentina le avevano messo quella strana maschera, molto stretta, senza tante spiegazioni, lei non aveva capito bene a cosa servisse, ma non si era ribellata più di tanto, mi dice di "aver sopportato senza fare domande". Si decide di fare una pausa dal ventilatore, si esegue un EGA di controllo, ed io inizio a chiedere le solite informazioni che si reperiscono in ingresso del paziente, dove e con chi vive, le abitudini di vita, se ha delle allergie, se ha avuto precedenti ricoveri dovuti alla stessa problematica o di altro tipo, ecc. da inserire nel diario infermieristico e compilare la pianificazione del paziente. Imma è originaria di Sorrento, in Campania; nel suo discorso mi descrive con molto entusiasmo i suoi luoghi, il suo mare, le sue escursioni a Capri in piroscifo, ed è allora che le propongo un'esperienza nuova da fare durante la sua ventilazione in NIV, spiegandole che questo la potrà aiutare ad una maggiore compliance respiratoria, vista la sua condizione clinica. "Imma, tu sei qui in Medicina d'Urgenza, hai necessità di ventilare per migliorare gli scambi respiratori, io sono qui davanti a te e, se tu lo vorrai, potrò aiutarti nel tuo percorso". Lei annuisce ed accetta di essere guidata con questa modalità nuova e diversa, iniziando col chiudere gli occhi appena glielo chiedo. "Benissimo Imma, vedo che hai gli occhi chiusi, tu puoi scegliere una posizione che sia la migliore per te, e mentre puoi ascoltare le mie parole, puoi anche sentire i rumori che ti circondano, come il rumore del ventilatore qui accanto a te, ed è per questo che potresti accorgerti che il tuo respiro sta divenendo più calmo, tanto da poterlo associare al ritmo del ventilatore. Brava, non contrastare la NIV, ma unisciti alle sue frequenze, tanto che potresti accorgerti che siete un tutt'uno, all'unisono, e che ad ogni respiro alcune parti del tuo corpo potrebbero divenire più rilassate, talmente rilassate da poter immaginare una piacevole sensazione di benessere, come quando, quella volta sul piroscifo verso Capri, ti lasciavi accarezzare dalla brezza marina e la sentivi nei tuoi capelli, sul viso, sulla tua pelle imperlata di salsedine col suo flebile luccichio, magari in bella giornata di sole, o forse con le nuvole che di tanto in tanto lo coprono per poi passare oltre". Mentre la osservo, noto in lei un flutter palpebrale, una deglutizione più frequente ed un rallentamento della frequenza respiratoria e cardiaca che io visualizzo sul monitor, il suo viso è rilassato, e accenna un sorriso, le sue braccia distese e non più contratte. Mi dice che va bene, che riesce a ventilare senza difficoltà, e mi racconterà poi che il vento sul viso era come la brezza del mar Tirreno in piroscifo mentre lei, ad occhi chiusi, sentiva l'odore del mare e la freschezza della salsedine. Le chiedo poi di chiudere pollice e indice della mano destra per ancorare quel momento e portarlo con sé, visto che all'arrivo dell'anestesista in consulenza si decide di trasferirla in Rianimazione a causa della severità del quadro

clinico. Facciamo insieme una verifica della sua esperienza, lei chiude pollice e indice, chiude gli occhi e ritorna nel suo luogo come prima, anche lei è sorpresa di questa nuova esperienza, e mi ringrazia per questa opportunità, perché la potrà usare ancora, soprattutto perché sta per affrontare un nuovo percorso in Rianimazione. Ci salutiamo e mi ringrazia, mentre i barellieri la portano in Terapia Intensiva. Dai colleghi saprò poi che è andato tutto bene e che il suo percorso clinico si è risolto positivamente.

### **Fiorenzo e il campo di peschi.**

Fiorenzo 86 anni è arrivato nella notte al letto 4 in area critica, con severo quadro di polmonite da Pneumococco, pregresso fumatore, affetto da BPCO, ha un quadro di ipercapnia con accumulo di  $PCO_2$  che necessita di ventilazione non invasiva già posizionata in Pronto Soccorso. Non è direttamente un mio paziente, perché stamattina sono il “fuori turno” che supporta i colleghi per le varie attività assistenziali sui pazienti. Vengo chiamata dalla collega, perché Fiorenzo ha ventilato durante la notte, tra un misto di agitazione e smania, ed è stato messo in Alti Flussi per una migliore tolleranza del presidio, ma ad un certo punto comincia ad agitarsi più del solito, manifestando ansia di morire e “di non riuscire a respirare”, come dice lui, sensazioni simili ad un attacco di panico, notando dal monitor che la sua saturazione è scesa al 87%, nonostante abbia il flusso d’ossigeno come sostegno terapeutico, e che la frequenza cardiaca è arrivata a 120 b/m. Mi aproccio a Fiorenzo, lui mi porge la sua mano chiedendomi aiuto, io accolgo la sua richiesta di aiuto e lo ricalco: “Fiorenzo mi stai dicendo che hai la sensazione di non respirare, che hai paura di morire, ed è per questo che ti chiedo di fare dei respiri un po' più lunghi, che possono diventare ancora più lunghi e prendere tutta l’aria di cui hai bisogno; questo ti aiuterà a concentrarti sul ritmo del tuo respiro, e mentre l’aria entra ed esce più lentamente, puoi accorgerti di come si espande il tuo torace ad ogni respiro, appoggiando la tua mano sinistra sul torace per sentire come si espande, a prendere tutta l’aria a te necessaria”. Nel frattempo, mentre ancora mi stringe la mano, iniziamo una conversazione, e con qualche semplice domanda mi dice che ha un campo di peschi nella campagna romagnola tra le frazioni di Gambettola e Bulgarnò, e che prima del ricovero era sua abitudine andarci alle cinque del mattino, quando l’aria è ancora fresca dalla notte, ed il sole non la fa da padrone: gli piace respirare la brezza mattutina nel silenzio della campagna. Lui è il protagonista della sua storia, e mentre me la racconta, ratifico il suo stato di rilassamento evidente, il suo respiro cambia, si fa più lento, ne è prova il monitor che evidenzia la saturazione in risalita a 93%, e la sua frequenza cardiaca a 86 b/m. Il suo gesto della mano sul torace è il suo ancoraggio, scelto da lui, osservo che lo mantiene a lungo, eppoi si rende

conto di ciò che è riuscito a realizzare, il suo monoideismo plastico che gli ha ridato il respiro che gli mancava, la sua passeggiata mattutina nel campo dei peschi. “Ce l’hai fatto davvero a calmarmi” mi dice. I colleghi quasi increduli osservano la scena, ma la soddisfazione arriva da Fiorenzo, quando, aprendo gli occhi che egli stesso aveva chiuso durante il suo racconto, si rende effettivamente conto di ciò che è riuscito a realizzare, il suo empowerment, io l’ho soltanto accolto e guidato nel suo percorso; mi parla della sensazione di benessere e di serenità che ha provato e che vuole riproporre nuovamente in altre situazioni di necessità. Gli propongo una verifica che si realizza dopo poco, non appena gli ricordo che la mano sul torace è il suo ancoraggio. Saluto Fiorenzo, e dai colleghi saprò poi che lui spesso ha riproposto quel gesto nel corso della giornata, non avendo necessità di sedazioni o farmaci aggiuntivi. Ritrovo Fiorenzo dopo qualche giorno, trasferito nelle camere di degenza, perché la sua situazione clinica è migliorata, mi riconosce e mi ringrazia, mi dice di non aver più avuto quella spiacevole sensazione dei giorni precedenti, ma che ricorda come fare se ne dovesse aver bisogno.

Descrivo successivamente altri due casi non inerenti alla ventilazione, ma che hanno avuto un ottimo risultato da un punto di vista clinico, e mi sembrava rilevante riportarli.

### **La signora Carmela e la “Baia di Ulisse”.**

Carmela è una signora di 77 anni, arriva dal pronto soccorso al letto uno in area critica, nel turno del pomeriggio, in insufficienza renale acuta da squilibrio idro-elettrolitico per febbre ed episodi di vomito e diarrea ripetuti. Le è già stato posizionato un catetere vescicale per il monitoraggio della diuresi, ma la paziente si presenta anurica a causa del suo stato clinico. Dai suoi esami ematici si evidenzia un quadro renale compromesso, confermato da consulenza Nefrologica, ove si evince la necessità di eseguire un trattamento dialitico in urgenza. Pertanto, la nostra equipe medico/infermieristica si prepara al posizionamento di un catetere centrale da dialisi, e mentre si organizza tutto il materiale necessario per la manovra da effettuare, e la paziente viene adeguatamente informata sulla procedura, mi appresto a conoscerla meglio, chiedendole alcune informazioni necessarie da inserire nel diario infermieristico, ma che, come spesso accade, è il punto di partenza di una comunicazione che diventa relazione. La signora Carmela racconta di vivere in Romagna coi suoi figli dopo essere rimasta vedova, ma di avere origini siciliane, Licata in provincia di Agrigento, racconta del suo mare, delle passeggiate sulla spiaggia, di una lunga e folta pineta che costeggia il litorale, la Baia di Ulisse. Spiego alla paziente di quanto sia importante l’inserimento di quel presidio e della terapia che andrà ad eseguire, e quanto sia fondamentale il fatto che deve rimanere immobile

il più possibile. La procedura prevede di praticare sottocute un certo quantitativo di lidocaina come anestetico locale, ripetibile se necessario; le spiego che è possibile poterlo fare utilizzando una tecnica nuova e diversa, e lei accetta il nostro contratto. “Signora Carmela, lei mi dice che ha compreso l’importanza della procedura che andremo ad eseguire, di quanto sia fondamentale il fatto di rimanere immobile a livello degli arti inferiori per l’inserimento del catetere da dialisi in femorale, ed è per questo che le propongo di farlo in una modalità nuova e diversa”. Il medico decide comunque di praticare una minima dose di lidocaina, perché durante la ricognizione ecografica, si evidenzia nella paziente un’alterazione vascolare anatomica di una certa importanza da cui potrebbero derivare delle complicanze nel corso della procedura. Si decide di posizionare il catetere in inguine destro, e intanto chiedo alla signora Carmela di chiudere gli occhi, osservo la sua postura, mentre lei mi parla di quel luogo a cui è molto legata e del quale pare molto orgogliosa. Sicuramente utilizza un canale comunicativo prevalentemente visivo, perché fa una descrizione particolareggiata del paesaggio, dei colori che lo compongono, del fatto che indossa un bikini nero; ricalco positivamente alcune delle sue affermazioni così da farle capire che io ci sono e la posso guidare nella sua passeggiata sulla spiaggia. “Bene Carmela, lei mi sta descrivendo questa bellissima spiaggia, con questa verde pineta che la costeggia per tutta la sua lunghezza, il cielo azzurro che si rispecchia nel maro calmo, in una calda giornata d’estate”. Lei annuisce, eppoi mi descrive piacevoli sensazioni cinestesiche, perché ad un certo punto la sua passeggiata continua in mare, in quell’acqua piacevolmente fredda che dai piedi arriva alle gambe eppoi all’inguine, fermandosi per un momento per adattarsi alla differenza di temperatura, ma che fa bene alla circolazione. E mentre continua a camminare, l’acqua è talmente fredda che lei dice di “non sentirsi più le gambe”. “Bravissima Carmela, quest’acqua piacevolmente fredda è proprio quello che ci vuole per ottimizzare la nostra procedura, e rendere il corpo più energico, pronto ad eseguire la terapia successiva”. Ratifico il suo atteggiamento di rilassamento: “Bene Carmela, osservo sul suo volto un’espressione di serenità, e mentre sente la sensazione di freschezza nelle gambe, mi domando se si può accorgere che l’acqua del mare le abbraccia lentamente anche il bacino, così da rendere insensibile tutta la zona inguinale per tutto il tempo necessario”. In concomitanza al racconto di Carmela, i medici stanno inserendo il catetere in inguine con manovra decisa e non poche difficoltà, visto che più di una volta è stato necessario sostituire il presidio a causa di quel problema anatomico già accennato in precedenza. Al termine della procedura, la signora Carmela riferisce di avere un po’ freddo nell’acqua, così la guido verso la spiaggia, ed effettivamente verifico che le sue gambe sono fredde, ma anche le sue mani sono fredde, e lei mi spiega che durante la passeggiata in mare si è bagnata il viso più volte, schizzando l’acqua di tanto in tanto, così da sentire la necessità di uscire. A questo punto le chiedo di prendere la sabbia dalla spiaggia, visto che è una calda giornata di sole e può sentirne la temperatura anche sotto la pianta dei piedi. Ratifico i

movimenti delle sue mani afferrare la sabbia e farla scorrere tra le dita e notare lentamente un ritorno alla normalità della temperatura corporea, verificata in diretta da tutta l'equipe sul monitor. A questo punto comunico alla signora Carmela che la procedura è terminata con successo, grazie anche alla sua importante collaborazione, e che chiudendo pollice e indice della mano sinistra, potrà riproporre quella sua bella esperienza in altri momenti nei quali lo desidera. Verifichiamo insieme positivamente quel momento, rendendola consapevole della grande opportunità e potenzialità della sua mente. Con soddisfazione mi rendo conto di aver stimolato un desiderio anche in alcuni dei miei colleghi.

### **Maria Grazia e la videocapsula.**

La signora Maria Grazia, 88 anni, è in area critica della Medicina d'Urgenza da qualche giorno per addominalgia con diagnosi di emorragia digestiva. Le diagnostiche già eseguite nel suo specifico caso, gastro e colon, non hanno rivelato sanguinamenti attivi; pertanto la paziente necessita di una diagnostica con videocapsula che prevede assolutamente, nella sua parte iniziale, la collaborazione della paziente, non solo per il consenso informato, ma anche per la deglutizione della stessa, in modo che lo strumento inizi a registrare il percorso negli organi digestivi, grazie alla presenza di una piccola telecamera all'interno della capsula per meglio indagare l'intestino tenue, un'area difficile da raggiungere con altri mezzi endoscopici. Verrà poi espulsa naturalmente con le feci. La signora non è una mia paziente, ma vengo attenzionata dalla collega insieme ad un gruppo di medici, compreso il gastroenterologo, e da momenti di concitazione intorno a lei, perché al momento si rifiuta di firmare il consenso, continuando a dire: "ma io ho mal di pancia e nessuno mi ascolta", con evidente atteggiamento di chiusura del corpo. Decido di avvicinarmi a lei e di fare un tentativo, mi presento, ma prima la chiamo per nome, poi inizio a ricalcare le sue parole, i suoi atteggiamenti: "Mi dica Maria Grazia, mi sta dicendo che ha mal di pancia ed è per questo che noi siamo qui ad ascoltarla, proprio attraverso questo esame, potremo aiutarla a stare meglio e non avere più questo spiacevole disturbo". Lei a questo punto si gira verso di me non più in atteggiamento di chiusura, ed inizia a parlarmi di come non si sia sentita ascoltata, di non aver capito che tipo di esame deve fare, e che questo l'ha molto spaventata. In anamnesi la signora sembra avere un inizio di demenza non ancora documentata a tutti gli effetti, ma riferita dai familiari. Noto che l'approccio con lo sguardo sembra essere il migliore, perché mi dice "voglio essere vista". E mentre la nostra conversazione continua e lei mi parla dei suoi problemi, io la accolgo e la ricalco: "Maria Grazia lei mi sta dicendo che la sua vita non è stata semplice, lo capisco, le cose accadono, e inevitabilmente ci portano a cambiamenti, ma è importante andare avanti, ed è per questo che è importante per lei eseguire questo

esame per dare una risposta a questo suo problema che ha adesso”. Con mia sorpresa, ad un certo punto, mi dice: “dov’è che devo firmare?” Il contratto è fatto. A questo punto le spiego l’importanza di deglutire la videocapsula, pensando magari che possa essere come mandare giù un gelato, una granita o un ghiacciolo in una calda giornata d’estate, per sentire quella piacevole sensazione di freschezza in gola. “Benissimo Maria Grazia, lei mi sta dicendo che d’estate gradisce molto il ghiacciolo, perché le dà quell’immediata sensazione di freschezza per rinfrescarsi nella calde giornate estive, ed è per questo che può immaginare di assaporarlo proprio in questo momento, per rendere il palato fresco e insensibile, proprio come quando al primo morso la sensazione del ghiaccio scende lentamente in gola, e potrebbe accorgersi del suo gusto, del suo sapore più o meno intenso, tanto da renderne sempre piacevole la sensazione”. La ratifico nel momento in cui mi dice che è un ghiacciolo bianco, al sapore di limone, non chiude neppure gli occhi, perché lei in realtà decide di fissare i miei, e senza che io debba dire altro, lei ingoia la video capsula, peraltro non piccola, mentre lo strumento inizia la sua registrazione, facendole vedere in diretta il suo esofago. A questo punto sorride quasi incredula di esserci riuscita, mi dice che quello era il ghiacciolo che ha sempre mangiato, senza mai cambiare gusto, ed io la gratifico per il suo atteggiamento, mi rendo conto che non posso darle un ancoraggio, perché non lo ricorderebbe a causa della sua demenza, ma in quel momento è stato utile, e la soddisfazione di essere riuscita a farle svolgere l’esame è grande, per non parlare della curiosità nata nei colleghi, laddove si iniziano a seminare modalità nuove e diverse.

## Conclusioni

Da sempre l'infermiere si prende cura della persona assistita, e l'utilizzo della comunicazione ipnotica e dell'ipnosi in ambito sanitario aprono uno scenario nuovo e diverso come approccio terapeutico, migliorando l'adesione alle cure. Nel percorso di cura l'infermiere crea una relazione, basata sulla fiducia reciproca, di cui l'empatia è una componente prioritaria, come evidenziato in alcuni articoli del nuovo codice deontologico<sup>17</sup>.

Infondo la comunicazione è solo un ponte verso la relazione.

Cura e relazione si rapportano anch'esse in maniera diversa rispetto al passato, in quanto "Il tempo di relazione è tempo di cura" ha subito una trasformazione, perché si voleva evidenziare il concetto che ogni momento della cura è già relazione, divenendo così che "Il tempo di cura è tempo di relazione"<sup>18</sup>.

Questo mio elaborato ha dimostrato che esiste una modalità nuova e diversa di approccio terapeutico alla NIV, maggiormente confortevole per il paziente, una diversa strategia ventilatoria, che ha come obiettivo quello di ottimizzare quegli scambi gassosi necessari alla stabilità clinica, e di farlo in maniera atraumatica, proprio in virtù del fatto che il paziente ricorderà sempre "come lo abbiamo fatto sentire", e mettendo a confronto le sue esperienze passate, magari poco piacevoli, potrà rendersi conto del suo empowerment nel superamento di situazioni difficili, rendendolo consapevole di avere gli strumenti necessari al superamento di esse.

In tutto ciò non bisogna dimenticare la responsabilità etica nell'utilizzo dell'ipnosi; la deontologia è qualcosa di profondo, laddove si rispettano veramente le regole della relazione, perché nella nostra professione lo strumento fondamentale che si utilizza è la persona, ma questo implica anche "la nostra persona", sia nell'ipnosi che nella vita. In questa relazione anche noi abbiamo un guadagno, una volta affinato lo strumento, una crescita a livello personale e professionale. Nell'imparare a vivere meglio sta l'impegno deontologico, di cui la persona è l'elemento determinante. Quindi la soddisfazione non deve essere del risultato, perché non sempre viene ottenuto, ma la soddisfazione deve basarsi sull'impegno utilizzato, la gioia profonda di fare quello che andava fatto. Questo l'obiettivo dell'etica e della deontologia nell'ipnosi, che rappresentano una parte nella grande costruzione del percorso, cominciando dall'accoglienza profonda del sé eppoi dell'altro.

Fondamentali gli atteggiamenti nei confronti del paziente. Il primo sicuramente l'Accoglienza, sia fisica che interiore, la disponibilità ad accogliere l'altro senza sapere chi sia.

L'Empatia, risuonare lo stesso patos, lasciar vibrare dentro di sé la stessa emozione della persona che si ha davanti, e non dai fatti e dalle cause che hanno generato quell'emozione: le cause restano. Accogliere solo la sua emozione nella giusta maniera.

Il Non Giudizio e Il Bene del paziente altri fondamentali elementi della deontologia, un atteggiamento alla persona che viene assolutamente percepito, il paziente se ne accorge. E in ultimo, ma non meno importante, il Non influenzare le idee altrui<sup>19</sup>.

Volevo concludere con le incisive parole di Franco Granone quello che considero solo l'inizio del mio percorso esperienziale in Medicina d'Urgenza, laddove ho potuto sperimentare direttamente la tecnica ipnotica sui pazienti, aiutandoli ad una migliore adesione nel loro percorso terapeutico.

Egli nella sua premessa del "Trattato di Ipnosi 1" descrive:

***“Gli stati ipnotici e suggestivi costituiscono una realtà di ogni relazione interpersonale terapeutica. L'ipnositerapia, in quanto psicoterapia condotta in uno stato particolare di coscienza, è un'arte che non può essere ripetitiva, bensì ogni volta creativa. Una scienza basata sulle correlazioni Mente-Corpo, ma è un'arte nelle sue applicazioni pratiche del rapporto con il paziente. E come tutte le arti non può essere appresa che sino ad un certo punto. Chi opera la tecnica di ipnosi deve rivedere il suo modo di porsi di fronte al malato nel rapporto terapeutico. Non esiste la tecnica migliore in assoluto, ma quella che maggiormente si adatta ad un determinato operatore e al soggetto in trattamento. Non basta, infine, imparare una tecnica per fare dell'ipnositerapia; come non basta aver imparato a scrivere per comporre poesie”<sup>20</sup>.***

**GRAZIE.**

## Bibliografia/Sitografia

- [1] Non-Invasive Ventilation and sedation: Evidence to support and practical advice.
- [2] <https://www.nurse24.it/specializzazioni/gestione-infermieristica-niv.html>.
- [3] <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2022.874250/full>.
- [4] Dexmedetomidine versus haloperidol for prevention of delirium during non-invasive mechanical ventilation.
- [5] Sedation and analgesia strategies for non-invasive mechanical ventilation: A systematic review and meta-analysis.
- [6] Effective communication between nurses and patients: an evolutionary concept analysis.
- [7] <https://www.fnopi.it/2025/03/24/codice-deontologico-in-vigore/>.
- [8] CIICS, Prof. Maicol Carvello. Rimini 2024/25.
- [9] CIICS, Prof. Rocco Iannini. Rimini 2024/25.
- [10] Candace B. Pert (1977). Molecole di emozioni-da Simon & Schuster (in lingua inglese).
- [11] Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS, 2-3 dicembre 2023, Montegrotto Terme (PD).
- [12] CIICS, Prof. Ennio Foppiani. Rimini 2024/25.
- [13] F. Granone-Coscienza e Conoscenza negli stati ipnotici-Rassegna Psicoterapia Ipnosi, 1987
- [14] (Granone, Trattato di ipnosi vol.1, 1994).
- [15] Enrico Facco-Pain, the unknown: epistemological issues and related clinical implications  
Minerva Anestesiologica 2021 November;87(11):1255-67.
- [16] CIICS, Prof. Milena Muro. Rimini 2024/25.
- [17] Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche-FNOPI, 22 marzo 2025-ART. 3-4
- [18] Delibera del Comitato Centrale e approvazione del Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche riunito a Roma nella seduta del 21 febbraio 2025.
- [19] Dott. Ezio Risatti (Audio lezione) La Responsabilità etica nell'ipnosi-Rimini CIICS-2024/2025

[20] (Granone, Trattato di ipnosi vol.1, Premessa,1994).