



CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICA – SPERIMENTALE  
C.I.I.C.S.  
ISTITUTO FRANCO GRANONE

SCUOLA POST – UNIVERSITARIA DI IPNOSI  
CLINICA E SPERIMENTALE

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA  
E COMUNICAZIONE IPNOTICA  
ANNO 2014

---

**DIALISI : DA PRIGIONIA AD EVASIONE ATTRAVERSO  
LA COMUNICAZIONE IPNOTICA.**

**RELATORE** *Dott.ssa Laura Papi*

**CANDIDATO** *Luisa Napoli*

**CONTRORELATORE** Dottor A.M. LAPENTA

---

## **PREMESSA**

Essere buoni professionisti della salute; credo implichi la capacità di riconoscere le malattie fisiche e psicologiche che possono colpirci durante il percorso professionale e porvi rimedio, laddove, sia possibile. Trattare se stessi con amorevolezza è il primo passo per sviluppare compassione ed empatia, utili strumenti per prendersi cura degli altri.

Quello che mi ha avvicinata con curiosità all'ipnosi è stato il risultato di una lenta evoluzione personale, un cammino introspettivo iniziato per rielaborare un grave lutto, quale è la morte di un genitore: mia madre.

Credevo di avere in me tutte le risorse necessarie per affrontare nel modo migliore una malattia e un lutto. Chi non lo crederebbe essendo un infermiere e come tale capace di muoversi tra sofferenza e morte? Purtroppo, in questi casi, svesti i panni del professionista, quelli che mille volte ti hanno protetto e permesso di agire lucidamente nei tempi e nei modi richiesti, e ne indossi altri. Ritorni ad essere il figlio, il genitore, il fratello, il coniuge, l'amico e tutto ti appare estremamente differente. Sei sopraffatto dalle emozioni, dal senso di impotenza e ti ritrovi ad affrontare, insieme, il dolore per la perdita, la solitudine, il senso di abbandono, la rabbia, l'ingiustizia, il senso di colpa e ti interroghi sul significato profondo del vivere, del soffrire, del morire. Hai bisogno di risposte, di ritrovare un equilibrio, di lenire soprattutto il dolore, soffrire meno, quando non ti è permesso smettere di farlo completamente.

Comprendi che potresti parlare per giorni, mesi e anni, con chiunque, ma il dolore per la perdita di qualcuno che ami è così profondo, così personale, così privato e intimo che non può essere veramente condiviso con altri. Tolti alcuni tratti, comuni a tutti i lutti, entrano poi in gioco i ruoli, i legami, la cultura, le credenze religiose e la personale modalità di risoluzione dei problemi. Nessuno può aiutarti, ma è

meraviglioso poter riscoprire dentro se stessi delle potenzialità latenti. Potenzialità che ognuno possiede.

A distanza di quasi due anni credo fermamente che l'uomo abbia in se tutto il necessario per vivere bene e in completa autonomia, ma il più delle volte è privo della consapevolezza per farlo.

Quando il mio livello di sofferenza è stato così intenso, mi sono sentita più vicina alle persone che curo. La distanza non era più da professionista a malato, ma da persona sofferente a persona sofferente; una distanza completamente azzerata. Mi sono resa conto che il dolore, semplicemente ascoltandolo, aveva apportato una preziosa lezione, una crescita interiore, un nuovo canale di comunicazione e dovevo assolutamente coglierne il positivo, non rimanerne vittima. Potevo, finalmente, offrire un'assistenza più ricca di valore, essere un professionista più completo, perché più maturo umanamente.

Mi gratifica prendermi cura delle persone nel loro insieme fatto di corpo, mente e anima, offrendo un'assistenza arricchita di uno strumento potente e funzionale, dalla comprovata efficacia come quello della **comunicazione ipnotica**.

## **INTRODUZIONE**

Nessuna tecnica o disciplina scientifica ha impiegato così tanto tempo come l'ipnosi a liberarsi dalle connotazioni magiche che ne limitavano l'utilizzo e la confinavano alle competenze di pochi sedicenti specialisti. In epoca moderna, spogliata da ogni orpello di superstizione, è possibile vedere l'ipnosi nelle sue varie forme, con un occhio nuovo, restituendogli quel ruolo fondamentale nella gestione dei rapporti interpersonali e delle dinamiche comunicative di massa. Nella storia dell'ipnosi Mesmer, Charcot, Jung, Schulz, Erickson, Granone, furono i principali studiosi dell'ipnosi, ma altri personaggi indirettamente con i loro studi e le loro considerazioni in merito al costruttivismo, alla cibernetica, ed alle neuroscienze hanno contribuito a comprendere meglio il fenomeno; hanno orientato la conoscenza di un fenomeno così complesso ed affascinante quale è quello della trance ipnotica.

Ma che cos'è allora l'ipnosi?

Molte sono le definizioni, riporto quella del Professor Granone, verso il quale mi è stata trasmessa una rispettosa stima frequentando la scuola da egli stesso fondata. Nel suo "Trattato di ipnosi" egli la definisce come : << un modo di essere dell'organismo per l'azione di determinati stimoli dissociativi che lo fanno regredire a livello di comportamenti parafisiologici >> e la differenza dall'ipnotismo che << è la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi fra questo e l'ipnotizzatore >>. Un modo di essere dell'organismo, quindi, ossia una condizione fisiologica dell'essere umano e come tale può anche essere autoindotta mediante spontanei monoideismi suggestivi e altre tecniche; mentre l'ipnotismo sarebbe quella tecnica che permette di attuare il fenomeno ipnotico nel quale importante sembrerebbe essere la figura

dell'ipnotizzatore e l'instaurarsi di uno stretto rapporto interpersonale fra questi e il soggetto che si intende ipnotizzare.

E più semplicemente definiremo l'ipnosi e la trance ipnotica; **uno stato modificato di coscienza attraverso la focalizzazione dell'attenzione, fino ad ottenere un monoideismo plastico, all'interno di un rapporto tra operatore e paziente, basato sulla fiducia.** Quindi, la realizzazione a livello mentale di un'immagine così intensa da essere in grado di produrre effetti reali a livello fisico e psichico, con modificazioni a carico del sistema nervoso autonomo.

Il punto di unione tra **ipnosi** e **rapporto di cura** è senza dubbio la **comunicazione**, ed è su questa, che desidero porre un attimo l'attenzione. E' innegabile che la comunicazione sia alla base di ogni rapporto umano ed è altrettanto innegabile che il successo o l'insuccesso di quest'ultimo spesso sia frutto del saper o del non saper condurre la comunicazione verbale e interpretare quella non verbale. E' altrettanto appurato che una comunicazione idonea diminuisce drasticamente i conflitti, permette di risolverli e porta gli individui a vivere in contesti sereni. Non è difficile, a questo punto, rendersi conto di quanto più efficaci possano essere le nostre cure se erogate in ambienti armoniosi e attraverso una comunicazione ipnotica. Gli individui, che accedono alle strutture sanitarie, portano con se il loro vissuto personale carico di emozioni non sempre ben gestite. Si presentano per affrontare un percorso diagnostico-terapeutico a volte confusi, ansiosi, timorosi, incerti, mal preparati e mal informati, a causa di operatori che non sono stati capaci di comunicare adeguatamente. Altre volte, sono lucidi, consci, determinati, ma sempre assolutamente non desiderosi di trovarsi lì, quando la serenità del loro futuro, viene messa in discussione a causa di una malattia.

**La comunicazione ipnotica** può essere utilizzata in qualsiasi ambito di cura e permette di ottenere risultati sorprendenti in situazioni che, diversamente, avremmo definito di difficile o impossibile gestione. Si pensi al panico da catastrofi naturali, ma anche a quello che coglie operatori inesperti e pazienti durante

l'emergenza da evento patologico acuto, che con intensità differente colpisce un pronto soccorso, un'area intensiva o una corsia di ospedale. Senza giungere a queste situazioni estreme, si può comunque sempre utilizzare la corretta modalità di espressione e rendere il paziente più conscio delle proprie potenzialità, stimolarne la consapevolezza e trasformarlo in "partecipatore attivo" della cura.

In clinica medica lo stato ipnotico è utilizzabile per ridurre il dolore fisico, ma anche per diminuire l'ansia e lo stress che patologie, strumentali invasivi e manovre interventistiche determinano sulle persone assistite.

**L'obiettivo della mia tesi è quello di dimostrare**, a chi non conosce il contesto e a chi pur conoscendolo rimane scettico, **che la popolazione di pazienti in dialisi presenta numerose problematiche sulle quali la comunicazione ipnotica**, per le sue caratteristiche, **può essere impiegata con successo**, poiché, ci si prende cura di una persona che di malattia non muore più, ma neppure guarisce. Al miracolo che restituisce una perfetta salute, sono subentrate tecniche e faticose compliance cui adeguarsi. Il paziente dializzato deve fare i conti, quotidianamente, con una vita spezzata, la sua è una sofferenza fisica, ma la cronicità la trasforma, anche, in una sofferenza emotiva. E' un paziente che deve ricostruire la sua vita da capo, ritrovare un equilibrio interiore, deve appellarsi a tutto, a tutti, ma soprattutto alle sue potenzialità per tornare a sentirsi una persona completa. Deve fare i conti con l'autostima, dimostrare a se e a chi lo circonda che non è una persona finita.

Il tempo della dialisi presenta le caratteristiche della ripetitività, con le sue cadenze improrogabili, della lentezza, caratterizzata dal non sapere come o dal non aver voglia di riempire il tempo, con la conseguente perdita di significato di quelle ore che sembrano solo vuote, che sembrano togliere tempo alla vita.

In qualità di "infermiere dialitico", spesso erroneamente identificato come operatore esclusivamente tecnico, **desidero trasformare il significato delle sedute dialitiche**, che seppur indispensabili a soddisfare un bisogno di sopravvivenza, di riequilibrio fisiologico e recupero di una sensazione di salute,

sono sempre vissute, dai pazienti, come qualcosa di sgradito che li riporta ad una condizione di “prigionia”. **Attraverso uno stato ipnotico**, la mente può determinare una sorta di “evasione” utile ad **allontanarli da un ambiente che spesso detestano, e trasformarlo nel luogo in cui provare, finalmente, uno stato di intenso benessere**. Ricordando che si tratta di un paziente che soffre nel fisico e nell’anima, ritengo di poter e dover personalizzare la comunicazione ipnotica al singolo, e ottenere risultati utili nei seguenti campi :

- **Analgesia** durante la venipuntura dell’accesso dialitico
- **Riduzione dello stress, dell’ansia e della paura** durante l’esecuzione di esami invasivi
- **Riduzione dell’affaticamento/astenia**
- **Riduzione dell’insonnia**
- **Riduzione del prurito**
- **Diminuzione del dolore cronico** legato alla neuropatia uremica
- **Diminuzione della frustrazione da restrizione idrica e alimentare**
- **Dimagrimento** nell’ottica di un inserimento in lista di trapianto renale.

## ***Capitolo primo* CONTESTO OPERATIVO**

La dialisi è il contesto nel quale opero la mia professione infermieristica. Il rapporto con questa disciplina è qualcosa, invece, che nasce lontano nel tempo. I primi ricordi sfumati risalgono ad almeno quarant'anni fa, quando, bambina di soli quattro o cinque anni, accompagnavo, in fredde mattine, mia madre a fare i suoi controlli. Ricordo il viaggio in pullman che da casa ci portava all'ospedale "Molinette" di Torino. Lei aveva sempre un bottiglione in vetro, con un liquido giallo al suo interno che non sapevo essere urina. Percorrevo i lunghi corridoi dai soffitti alti, e tenendo la sua mano, saltellavo ritmicamente pensando, ben lontana dalla verità, che quella fosse una specie di gita e comunque un momento speciale da spendere con lei. Non avevo consapevolezza del fatto che quelli sarebbero stati solo i primi approcci ad una malattia lunga quarantaquattro anni, una patologia che indirettamente avrebbe colpito anche mio padre e me sconvolgendo prima e modificando dopo, la nostra intera esistenza. Non immaginavo che in quell'ospedale, un giorno, ci sarei tornata con un ruolo ben differente e il desiderio di crearmi, della dialisi, di quella patologia, un'idea tutta personale e più rosea di quella che avevo assorbito all'interno delle pareti domestiche. Da piccina avevo un gran terrore di questa "dialisi", era, nella nostra casa, uno spettro molto temuto. Ne ho assorbito i colori scuri, le note gravi, l'odore dell'alito uremico dei baci di mia madre, la sua nausea, la sua inappetenza, il suo vomito, le sue crisi ipertensive che esplodevano in un'epistassi, le sue notti insonni, lei dilaniata dai crampi, la sua cute giallognola irritata dal prurito che non le dava tregua, le sue assenze per ricovero, gli abbracci mancati, le restrizioni alimentari, il non poter bere in piena estate, le vacanze impossibili, gli interventi legati alle complicanze uremiche. Era tutto così spaventoso. Avevo il terrore che morisse, lei stessa ne aveva; suo padre era morto perché la dialisi, a quel tempo, era disponibile per pochi, attraverso criteri rigidissimi che davano priorità alle giovani madri. E in mezzo a questo orrore sono cresciuta un po' velocemente, saltando alcune tappe gioiose e spensierate

che caratterizzavano la vita dei miei coetanei. Perno dell'educazione è stato il raggiungimento dell'autonomia il prima possibile, così che io a nove anni, sapevo cucinare, acquistare il cibo e svolgere alcuni lavori domestici. E maturavo lentamente l'idea di diventare quello che sono ora, un'infermiera, ma ancora di più desideravo sapere ogni cosa di questo argomento al fine di sconfiggerne la paura o almeno dominarla. Quello di affrontare le paure, anziché sfuggirle è, così, diventato il mio modo di essere donna, non solo professionista. Ho conosciuto centinaia di dializzati, tutte storie diverse legate da una sofferenza comune. Mille modalità di affrontare la malattia e la vita così sacrificata. Tutti, a cominciare da mia madre, mi hanno insegnato il coraggio.

Sono legata indissolubilmente a questa categoria di pazienti, comprendo più profondamente di altri le loro paure, le loro frustrazioni, la loro rabbia autodistruttiva, il loro rammarico nel non poter impedire, a chi amano, di soffrire a causa del loro essere ammalati. Non saprei dire se è maggiore quello che offro o quello che ricevo, ma è certo che, non mi stancherò mai di inserire nel mio modo di assisterli qualcosa che possa, come un balsamo, alleviare il loro dolore.

Il servizio di Dialisi di Settimo T.se è posto all'interno di una struttura prefabbricata nella zona industriale della prima cintura di Torino, appartiene all'ASL TO4 con sede Chivasso ed è definito ad assistenza limitata (C.A.L.) poiché il medico nefrologo è presente solo due giorni a settimana. Le otto infermiere che svolgono la loro professione hanno quindi una grande responsabilità ed è a loro richiesta una notevole competenza, non limitata alla seduta dialitica, ma orientata a soddisfare tutte le necessità di un malato complesso, anziano, pluripatologico e sempre meno stabile rispetto al passato, quando i veri pazienti da C.A.L. esistevano ancora, perché in dialisi si finiva anche in giovane età. La figura del coordinatore infermieristico è prevalentemente presente presso il Centro Ospedaliero di riferimento, quindi, le attività organizzative, burocratiche e di segreteria sono totalmente delegate agli infermieri. La figura di supporto (OSS), ad

oggi, non è ancora presente a causa dei tagli applicati alla realtà sanitaria piemontese. Ed è a causa di questi stessi tagli sulle risorse medico-infermieristiche, nonché il peggioramento delle caratteristiche cliniche dei pazienti dialitici che nell'estate il Centro ha subito importanti cambiamenti organizzativi: i pazienti, inizialmente 34, sono stati ridotti a 27, con il trasferimento degli stessi presso i centri ospedalieri di Chivasso, Ciriè e Rivoli. La chiusura dei turni pomeridiani ha permesso la copertura, a rotazione e con cadenza quindicinale, del Centro Ospedaliero di Chivasso, da parte degli infermieri di Settimo, non senza qualche difficoltà di adattamento.

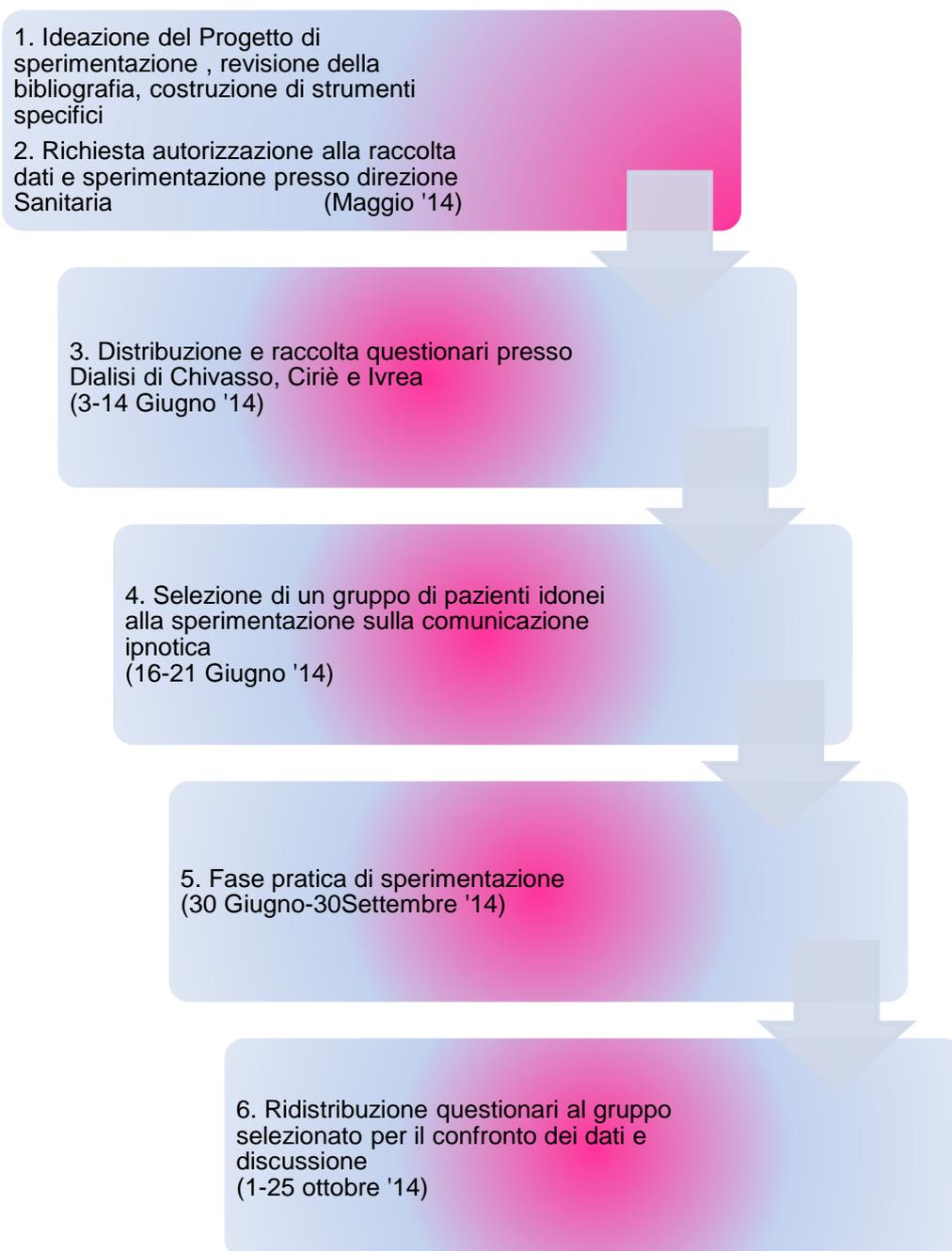
Inserire in un contesto così instabile, la comunicazione ipnotica non è stato agevole; i 5 casi individuati inizialmente e sui quali si era dato inizio alla sperimentazione sono stati ridotti a 3. Uno perso per decesso e uno perso per trasferimento presso altro Centro.

MASCHI	14 (52%)
FEMMINE	13 (48%)
ETA' ANAGRAFICA anni	73,1 (33-93)
ETA' DIALITICA mesi	85,5 (5-234)

**Tab. 1.** Caratteristiche della popolazione dialitica presso il C.A.L. di Settimo T.se

## Capitolo secondo PROGETTO

### 2.1. Fasi e tempi (diagramma di Gantt)<sup>1</sup>



---

<sup>1</sup> Allegato 1 Diagramma di Gantt

## **2.2. Ricerca bibliografia e revisione della letteratura**

E' stata condotta una ricerca bibliografica attraverso la consultazione di banche dati quali CINHALL e MEDLINE<sup>2</sup> con l'obiettivo di conoscere gli ambiti di applicazione dell'ipnosi, approfondire i settori correlati agli obiettivi scelti e raccogliere dati a supporto. La ricerca è stata, inoltre, indirizzata nell'ambito della dialisi, includendo eventuali studi avvenuti all'estero. E' risultato interessante quello condotto in Francia il cui articolo intitolato " The Effects of hypnosis on Anxiety, Depression, Fatigue and Sleepiness in People Undergoing Hemodialysis: A Clinical Report" e' stato pubblicato nel 2013 sul Journal of Clinical Experimental Hypnosis. Ha riguardato 29 pazienti emodializzati in ritmo trisettimanale, appartenenti a quattro centri diversi, con età anagrafica media di 62,6 anni, prevalentemente uomini ( 51,7%) e un'età dialitica di 7,4 anni. Sono stati esclusi dallo studio i soggetti con meno di 18 anni, con sofferenza psichica, con demenza, ma anche in trattamento dialitico peritoneale o portatori di trapianto renale.

Sono stati indagati i seguenti fattori: l'**ansia** e la **depressione** secondo lo strumento "The Hospital Anxiety and Depression Scale" ( HADS, Zigmond e Snaith, 1983 ) con 14 items, la **fatica** con uno strumento costituito da 20 items "The Multidimensional Fatigue Inventory" (MFI) e la **sonnolenza** con una scala di misura "The Epworth Sleepiness Scale" (ESS, Johns, 1992).

Nella pratica questi fattori sono stati misurati nel giorno 1, 8 e 15 dello studio e i soggetti sono stati sottoposti a seduta ipnotica durante il trattamento dialitico per circa un'ora. Eliminati i falsi miti legati all'ipnosi con un colloquio, si è poi dato inizio al lavoro di ipnosi stimolando nel soggetto una sensazione di sicurezza e rilassatezza. Successivamente sono state create suggestioni fisiche e mentali atte a ridurre il senso di stress e di fatica, amplificando emozioni legate al benessere, all'energia e alla sicurezza, ma soprattutto focalizzate a stimolare le potenzialità dei pazienti, per poter continuare a provare le stesse benefiche sensazioni anche dopo la seduta.

---

<sup>2</sup> Allegato 2 Elenco titoli articoli e revisioni ricerca bibliografica su banche dati CINHALL e MEDLINE

I risultati rendono evidente che l'ipnosi è sicuramente efficace nel miglioramento dell'ansia, della depressione e della sonnolenza:

Measure	Study Start (D1)	Prehypnosis Session (D8)	Study End (D15)	F
Anxiety	8.17 (3.6)	7.90 (2.4)	6.59 (3.8)	6.95**
Depression	6.66 (3.7)	6.93 (3.4)	5.45 (3.1)	5.29**
Fatigue	62.86 (11.0)	63.76 (9.9)	61.66 (8.8)	1.37
Sleepiness	6.28 (3.67)	6.55 (3.36)	5.07 (3.13)	4.63*

Note - \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

meno evidenti sono invece stati i risultati relativamente alla fatica. Si è notato un miglioramento immediato, ma non stabile e si è ipotizzato che trattandosi di un disturbo complesso e multifattoriale possa giovare di un risultato migliore attraverso un intervento terapeutico combinato: sessioni di ipnosi, sessioni di audio terapia con CD da svolgere a domicilio e terapia cognitivo-comportamentale.

Il limite dello studio è dato dalla mancanza di una popolazione di controllo, ma risulta innegabile che i vantaggi determinati dall'uso dell'ipnosi sul paziente emodializzato siano tali per cui valga la pena applicarla e personalizzarla al fine di determinare un vero arricchimento nella cura del paziente nefrologico

## 2.3. Scelta degli strumenti di indagine

La letteratura esistente, numerosi articoli<sup>3</sup> e la mia stessa esperienza professionale concordano sul fatto che i pazienti dializzati soffrano di numerosi sintomi fisici e psicologici. L'ansia, la depressione e l'astenia correlata ad anemia e disordini del sonno, sono addirittura i tre principali fattori che incidono gravemente sull'aumento del tasso di mortalità in questa popolazione.

Si è dimostrato interessante e utile ai fini del Progetto "misurare" l'entità di questi fattori e indagare alcuni altri sintomi tipici. A questo scopo è stato indispensabile avvalersi di strumenti<sup>4</sup> rispondenti ai criteri di:

- **Validità** il grado in cui un test valuta ciò che intende misurare
- **Sensibilità** indica quanto lo strumento è in grado di individuare le variazioni di un evento
- **Affidabilità o grado di ripetibilità** il test è riproduce in modo appropriato il sistema di misurazione quando somministrato più volte o da più esaminatori e in circostanze simili.

E' stato preso in considerazione l'uso di scale di misura per indagare otto problematiche più frequenti tra i pazienti in dialisi e verso le quali vi è indicazione ad utilizzare la comunicazione ipnotica:

1. Intensità del dolore da neuropatia uremica
2. Intensità del dolore da venipuntura
3. Intensità del prurito
4. Grado di incidenza dell'insonnia sulla qualità di vita
5. Grado di incidenza di una dieta scorretta sul sovrappeso o obesità

---

<sup>3</sup> Analisi della sintomatologia in dialisi. G. Virga\* – G. Munaretto\*\*. Dipartimento di Nefro-Urologia Ospedale Provinciale di Camposampiero (PD)\* - Divisione di Nefrologia e Dialisi, Ospedale Regionale, Treviso\*\*

<sup>4</sup> Allegato 3 Questionario (strumento utilizzato nella ricerca)

6. Intensità di ansia o timore provati durante l'esecuzione di strumentali invasivi e piccoli interventi
7. Grado di sofferenza psicologica correlata alle restrizioni idriche e dietetiche
8. Intensità dell'astenia

Le scale analogiche VAS (Visual Analogical Scale) rappresentano uno dei tre strumenti di misurazione unidimensionale del dolore insieme alle scale VRS (Categorical Verbal Rating Scales) e alle scale NRS (Categorical Numerical Rating Scales). Tutte si utilizzano per misurare l'intensità del dolore, ma anche per quantificare il grado di sollievo dal dolore dopo un intervento terapeutico. Sono state validate su campioni numerosi di pazienti, e rappresentano visivamente l'ampiezza del dolore in esame. Assumono molteplici forme; una linea solitamente lunga 10 cm. sulla quale un'estremità rappresenta l'ASSENZA DEL DOLORE, mentre l'altra rappresenta il IL PEGGIOR DOLORE IMMAGINABILE, oppure una linea numerata e calibrata, da 0 a 10, o ancora una rappresentazione grafica simile ad un termometro.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

L'indagine su ansia e depressione è stata condotta somministrando dei questionari specifici e validati, normalmente in uso in campo psicologico; lo **State-Trait Anxiety Inventory** (STAI-Y), ideato da Spielberger nel 1964 e stampato nel 1970 (Franceschina et al., 2004), ed il **Beck Depression Inventory** (Beck, 1967).

L'utilizzo di specifiche scale di valutazione ha generalmente lo scopo di stabilire se l'ansia presenti le caratteristiche di uno stato emotivo stabile e persistente (ansia di tratto) o piuttosto di una condizione temporanea riferita ad un determinato momento o situazione (ansia di stato). Lingiardi (1991), nell'ambito del ragionamento semeiologico analitico, suggerisce di cominciare la valutazione stabilendo se l'oggetto che si desidera indagare sia uno stato d'ansia attualmente

esperito dal soggetto o piuttosto una caratteristica strutturale, legata alla sua personalità e al suo stile di vita.

Lo STAI-Y si presenta suddiviso in due scale (Y1 e Y2), che valutano rispettivamente l'ansia di stato, tramite domande riferite a come il soggetto si sente al momento della somministrazione del questionario, e l'ansia di tratto, con domande che indagano come il soggetto si sente abitualmente (Franceschina et al., 2004)<sup>5</sup>. E' possibile in tal modo operare una prima discriminazione tra l'ansia intesa come sintomo e l'ansia espressa come modalità abituale di risposta agli stimoli esterni (Lingiardi, 1991).

L'ansia può rappresentare un sintomo di numerose sindromi cliniche e, allo stesso tempo, è un fenomeno che si manifesta normalmente nella vita di ogni individuo. Alcune fasi o momenti particolari dello sviluppo sono per loro natura accompagnati da una temporanea condizione ansiosa. Ne sono un esempio (Perugi, Toni, 2002) l'ansia di separazione o l'ansia dell'estraneo sperimentata dal bambino; l'ansia in concomitanza di grandi cambiamenti esistenziali; l'ansia in situazioni di minaccia per l'integrità fisica o di pericolo per il proprio ruolo sociale. L'esperienza soggettiva di uno stato d'ansia o tensione è una condizione che si verifica frequentemente nella popolazione generale e che può assumere differenti livelli di intensità. Alcuni autori (Smeraldi, Bellodi, Provenza, 1991) definiscono questo stato affettivo non tanto come un sintomo o una sindrome specifica, ma piuttosto come una modalità di esistenza, verosimilmente legata a conflitti contingenti alla natura umana, le cui manifestazioni (apprensività, inquietudine e paura) possono intensificarsi ed assumere una connotazione psicopatologica. Come ricorda Borgna (1998), esistono molteplici forme ed altrettanti elementi che possono essere connessi all'origine dell'ansia. Non è opportuno, dunque, attribuirle a priori una connotazione negativa, ma occorre considerare le sue manifestazioni nell'ambito di una relazione dialogica, che consenta un'analisi a più livelli delle caratteristiche dell'ansia e dei suoi significati (Borgna, 1998). Citando l'autore, "c'è un'ansia evitabile e una inevitabile; c'è un'ansia distruttiva e una dotata di un

---

<sup>5</sup> <http://www.ansia-psicoterapia.it/ansia-tecniche-assessment.html>

senso che è necessario decifrare; e c'è un'ansia che fa parte della condizione umana e non è "patologica" (Borgna, 1998, p. 136). Secondo Perugi e Toni (2002) l'ansia è normale quando l'individuo è in grado di esercitare un controllo su di essa, conservando un buon esame di realtà e la capacità di mantenere una posizione attiva, cercando soluzioni funzionali con le quali far fronte alle minacce che causano lo stato ansioso. In questo caso l'individuo può trarre beneficio da questa esperienza e realizzare un adattamento all'ambiente che sia per lui soddisfacente (Perugi e Toni, 2002). L'ansia normale, infatti, è essenziale in quanto informa l'individuo sui pericoli a cui potrebbe andare incontro e lo indirizza nella ricerca di soluzioni adeguate al contesto; in questo senso rappresenta per il soggetto un importante stimolo all'azione (Braconnier, 2003). Come sostengono anche Smeraldi et al. (1991) l'esperienza ansiosa è normale e funzionale quando si presenta come una reazione d'allarme diretta contro uno stimolo reale e conosciuto; questo tipo di reazione provoca uno stato di tensione psicologica che tuttavia attiva le risorse dell'individuo e potenzia le sue capacità operative finalizzate alla risoluzione del problema. Inoltre, una quota d'ansia limitata può essere incanalata in attività socialmente accettate, come attività artistiche, intellettuali e sociali, e rappresentare per l'individuo una fonte di curiosità (Braconnier, 2003) e anche di creatività (Borgna, 1998; Braconnier, 2003). Braconnier (2003) definisce l'ansia un'emozione attiva e complessa, che, a seconda della sua intensità, può spingere l'individuo all'azione o, al contrario, renderlo incapace di agire. Queste contrapposte potenzialità sono dovute alla reciproca interazione di due elementi costitutivi dell'ansia: uno di ordine emotivo e uno di ordine cognitivo. Il primo è rappresentato dal sentimento di insicurezza, che, secondo l'autore, risponde all'istinto di conservazione, mentre il secondo è dato dall'incertezza, che favorisce le capacità di analisi e scelta (Braconnier, 2002). Se l'ansia è presente in forma lieve, l'unione di questi due elementi porta a risultati positivi, in quanto provoca l'attivazione del pensiero e favorisce l'immaginazione nella ricerca di risposte e soluzioni con cui affrontare la realtà. Nel caso in cui la quota d'ansia sia eccessiva, i due elementi costitutivi operano nel verso opposto, paralizzando le facoltà individuali e ostacolando sia il pensiero che

l'azione (Braconier, 2003). Nei casi in cui l'individuo non riesce a trovare soluzioni adattive per fronteggiare situazioni sconosciute o potenzialmente pericolose, l'ansia può perdere le sue caratteristiche funzionali ed assumere un carattere patologico, determinando vissuti di impotenza e di passività nel controllo delle proprie emozioni (Perugi e Toni, 2002). Un criterio differenziale tra la normale reazione d'allarme e l'ansia patologica è rappresentato dal fatto che la prima amplifica le capacità operative del soggetto, mentre la seconda le disturba e influisce negativamente sulle prestazioni (Smeraldi et al., 1991). L'ansia normale si distingue dall'ansia patologica anche su una base quantitativa; una condizione ansiosa di elevata intensità può talvolta compromettere il piano sociale e lavorativo dell'individuo, causando una grande sofferenza (Nisita Petracca, 2002). Quando l'ansia diviene patologica, provoca distorsioni cognitive, come idee ossessive, aspettative catastrofiche ed errori di attribuzione e causa la sovrastimolazione del sistema nervoso e degli organi ad esso collegati (Palomba, Buodo, 2004). Assume inoltre caratteristiche autoinvalidanti, tramite le quali l'individuo perpetua comportamenti disadattivi per lunghi periodi di tempo, spesso giudicati dal soggetto stesso come irrazionali e inadeguati; in tal caso, come sottolineano Perugi e Toni (2002) l'ansia si configura allo stesso tempo come la causa e la conseguenza dell'organizzazione psicopatologica. Dal trattato italiano di psichiatria: “L'ansia patologica si caratterizza come una risposta inappropriata, in quanto irrealistica o eccessiva, a preoccupazioni esistenziali o relative all'ambiente e la cui conseguenza principale è rappresentata da una alterazione delle normali capacità individuali.”.

Nella sua piena espressione sindromica, la depressione<sup>6</sup> clinica si manifesta come disturbo depressivo maggiore, con decorso episodico e gradi variabili di manifestazioni residuali tra gli episodi. L'umore è tipicamente depresso, irritabile e/o ansioso. Il paziente può apparire infelice, con la fronte corrugata, gli angoli della bocca rivolti in giù, la postura curva, il contatto visivo scarso e l'eloquio

---

<sup>6</sup> <http://www.msd-italia.it/altre/manuale/sez15/1891645.html#s2>

monosillabico (o assente). L'umore patologico può essere accompagnato da rimuginazioni di colpa, idee di autodeprezzamento, diminuzione della capacità di concentrazione, indecisione, diminuzione dell'interesse per le attività abituali, ritiro, senso di impotenza e disperazione e idee ricorrenti di morte e di suicidio. I disturbi del sonno sono frequenti. In alcuni casi, il disturbo dell'umore è così profondo da non consentire il pianto; il paziente lamenta l'incapacità di provare le normali emozioni (come il dolore, la gioia e il piacere) e la sensazione che il mondo sia diventato senza colore, senza vitalità, come morto. In questi pazienti, il ritorno della capacità di piangere è di solito un segno di miglioramento.

La melancolia (precedentemente detta depressione endogena) ha un quadro clinico qualitativamente distinto, caratterizzato da marcato rallentamento psicomotorio (del pensiero e dell'attività) o agitazione (p. es., i pazienti sono irrequieti, si torcono le mani, hanno urgenza dell'eloquio), perdita di peso, sensi di colpa irrazionali e perdita della capacità di provare piacere. L'umore e l'attività hanno variazioni diurne, con nadir al mattino. La maggior parte dei pazienti con manifestazioni melancoliche lamenta difficoltà nell'addormentamento, risvegli frequenti e insonnia a metà notte e al primo mattino. Il desiderio sessuale è spesso diminuito o perso. Può aversi amenorrea. L'anoressia e la perdita di peso possono portare a deperimento e ad anomalie secondarie del bilancio elettrolitico. Alcuni esperti considerano le manifestazioni psicotiche, che si verificano nel 15% di tutti i pazienti con manifestazioni melancoliche, il contrassegno di un sottotipo depressivo delirante o psicotico. I pazienti hanno la convinzione delirante di avere commesso colpe o crimini imperdonabili; voci allucinatorie li incolpano di vari misfatti e li condannano a morte. Si possono manifestare allucinazioni visive (p. es. di bare o di familiari deceduti), che tuttavia sono infrequenti. I sentimenti di insicurezza e di indegnità possono condurre alcuni pazienti a credere di essere osservati o perseguitati. Altri credono di avere malattie incurabili o vergognose (p. es. il cancro o una malattia a trasmissione sessuale) e di poter contaminare altre persone. Molto raramente, una persona con depressione psicotica può

uccidere dei familiari, figli compresi, per "salvarli" da future disgrazie e poi suicidarsi.

Nella depressione atipica, caratteristiche vegetative inverse dominano la presentazione clinica; esse includono sintomi ansioso-fobici, peggioramento serale, insonnia iniziale, ipersonnia spesso anche diurna e iperfagia con aumento di peso. A differenza dei pazienti con manifestazioni melancoliche, quelli con depressione atipica mostrano miglioramento dell'umore grazie a eventi potenzialmente positivi, ma spesso cadono in una depressione paralizzante per la più lieve avversità. La depressione atipica e i disturbi bipolari di tipo II si sovrappongono largamente.

La diagnosi di depressione clinica è di solito agevole, ma il riconoscimento dei sintomi più lievi può essere difficile. Nel disturbo depressivo maggiore, per esempio, con remissione incompleta, i sintomi depressivi classici scompaiono e vengono sostituiti da preoccupazioni ipocondriache subacute o croniche, da malumore con irritabilità e da problemi coniugali secondari. In altri pazienti, considerati depressi mascherati, la depressione può non essere vissuta in maniera consapevole. Piuttosto, i pazienti si lamentano di essere malati fisicamente e possono indossare una maschera difensiva di apparente allegria (depressione sorridente). Altri lamentano stanchezza, algie e dolori vari, paura di calamità e paura di impazzire. In questi pazienti la latenza REM è abbreviata, a supporto della natura affettiva della presentazione clinica.

La diagnosi si basa sull'insieme di segni e sintomi descritti sopra e va presa in considerazione per tutti i pazienti, particolarmente quelli che dicono di non aver bisogno di trattamento, oppure rifiutano di cooperare con le procedure mediche o i trattamenti necessari.

Il questionario BDI II è un test valutativo che misura l'intensità della depressione attraverso una scala Likert a 4 punti su 21 item:

1. Tristezza

2. Pessimismo
3. Fallimento
4. Perdita di piacere
5. Senso di colpa
6. Sentimenti di punizione
7. Autostima
8. Autocritica
9. Suicidio
10. Pianto
11. Agitazione
12. Perdita di interessi
13. Indecisione
14. Senso di inutilità
15. Perdita di energia
16. Sonno
17. Irritabilità
18. Appetito
19. Concentrazione
20. Fatica
21. Sesso

Ogni risposta ha un valore che va da 0 a 3, il punteggio si ottiene sommando tutte le risposte e la soglia critica è 16.

## **2.4. Metodologia di indagine**

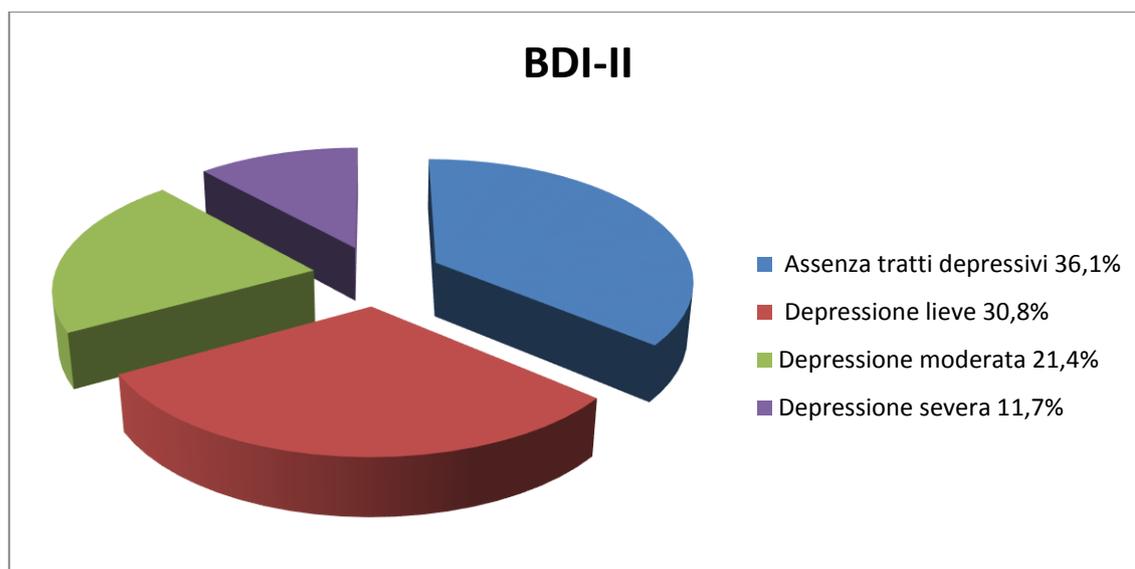
La strategia utilizzata nella realizzazione di questo Progetto si è avvalsa di molteplici fasi e interventi. Ha avuto inizio con una ricerca bibliografica atta ad approfondire e ampliare le nozioni teoriche, supportare le basi scientifiche che sottendono all'uso della comunicazione ipnotica nel campo clinico e curiosare all'interno della realtà dialitica, anche estera, per scoprire l'eventuale utilizzo della comunicazione ipnotica. Il secondo step ha richiesto la stesura di strumenti utili a raccogliere dati ( questionari e scale numeriche tipo VAS ) tra la popolazione, focalizzando i principali bisogni sui quali agire attraverso la comunicazione ipnotica. Successivamente sono stati identificati dei pazienti sui quali procedere, con caratteristiche e problemi differenziati, appartenenti ad un unico contesto lavorativo per motivi pratici. A questi ultimi sono stati ripresentati tratti dei questionari iniziali dopo un intervento durato quattro mesi al fine di comprendere il grado di successo ottenuto in relazione al disturbo su cui la comunicazione ipnotica era stata indirizzata.

La distribuzione dei questionari ha coinvolto tre centri dialisi ospedalieri e quattro centri ad assistenza limitata appartenenti all'ASLTO4 Chivasso-Ciriè-Ivrea. I criteri di inclusione, oltre alla disponibilità dei singoli, hanno tenuto conto dell'attendibilità dei soggetti; con il risultato di un arruolamento di 97 soggetti pari al 29,8% dell'intera popolazione emodialitica afferente. I questionari restituiti corrispondono al 96,9% di quelli distribuiti, cioè 94.

Lo scopo di includere nell'indagine tutti i servizi di dialisi appartenenti all'Azienda Sanitaria TO4 è stato, da un lato, quello di ampliare il numero di soggetti dialitici in esame con caratteristiche anagrafiche, sociali, cliniche e assistenziali differenti tali da poter imprimere ai dati raccolti un maggiore significato, dall'altra, creare l'occasione per parlare di comunicazione ipnotica sensibilizzando, un numero di operatori sanitari superiore, sul suo possibile utilizzo nel contesto in esame.

Il primo dato raccolto, attraverso il BDI-II è che il 36,1% degli intervistati non presenta contenuti depressivi, ma **il rimanente 63,9% è, invece, affetto da** una

**depressione** classificabile da lieve a severa. Precisamente il 30,8% da una forma lieve, il 21,4% da una forma di grado moderato e il restante 11,7% si trova in uno stato di depressione severa.



**Grafico 1.** Risultati indagine sul grado di depressione della popolazione emodialitica afferente all'ASL TO4 secondo il BDI-II, il 63,9% dei soggetti soffre di depressione con un'intensità variabile da lieve a severa

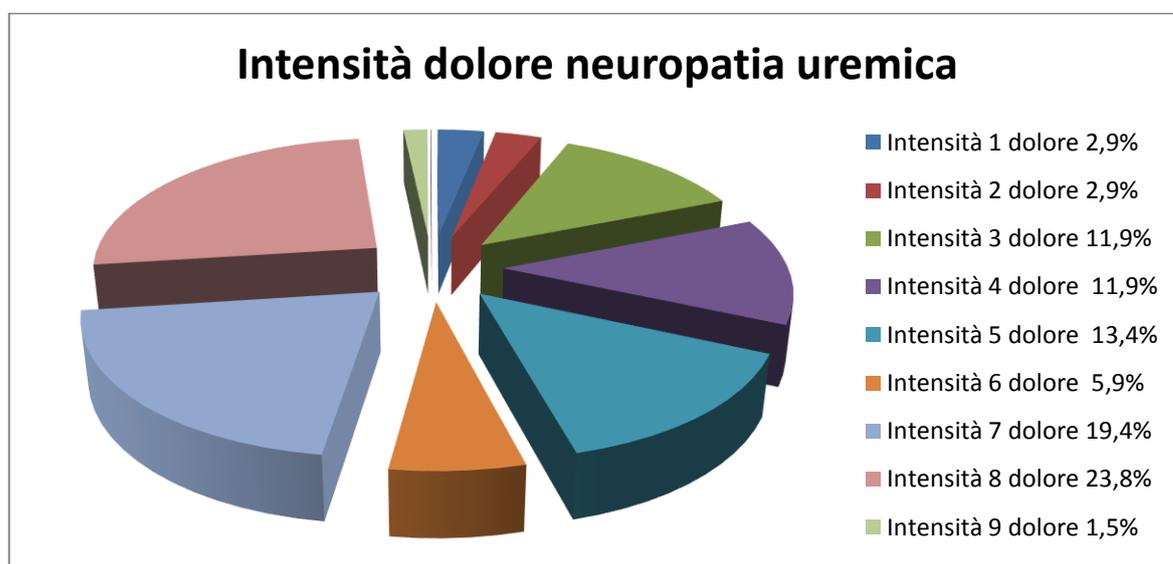
Relativamente all'indagine sul grado di ansia attraverso il questionario S.T.A.I. FORMA Y-1 e Y-2, è sembrato maggiormente interessante valutare il possibile utilizzo della comunicazione ipnotica per un miglioramento a lungo termine viste le caratteristiche di cronicità del paziente emodialitico e riportare, quindi, i dati relativi all'ansia di tratto (STAI Y-2) e non a quella di stato. E' lecito supporre che si verifichi, nel soggetto, una modificazione stabile nell'approccio alla vita, determinata dalla malattia uremica e dal trattamento dialitico. L'indagine, nella sua completezza ha, in ogni caso, sensibilizzato medici nefrologi e infermieri a rivalutare l'imprescindibile necessità di collaborare maggiormente con figure di professionisti esperti nella gestione di un paziente così complesso e fragile. Tra i soggetti intervistati, ben **il 67,1% è risultato affetto da uno stato di ansia persistente.**

Accertata l'eventuale presenza di depressione o ansia, il questionario somministrato prosegue con 8 quesiti utili ad indagare la presenza e l'intensità dei disagi e dei sintomi più frequenti, secondo la letteratura, nei soggetti affetti da uremia terminale e per tale ragione in trattamento sostitutivo emodialitico. Si analizzeranno singolarmente.

Alla domanda 1 - **Soffre abitualmente di dolore diffuso degli arti superiori e inferiori?**-, i pazienti che rispondevano in modo affermativo erano poi invitati a specificare l'intensità secondo una scala di misura nella quale 0 corrispondeva all'assenza di dolore e 10 al peggior dolore possibile.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

su 94 pazienti reclutati, hanno risposto al quesito 91 (96,8%) e, di questi, 67 (73,6%) sono risultati positivi alla presenza di dolore da neuropatia uremica seppur con intensità differente. Si osservi il grafico:

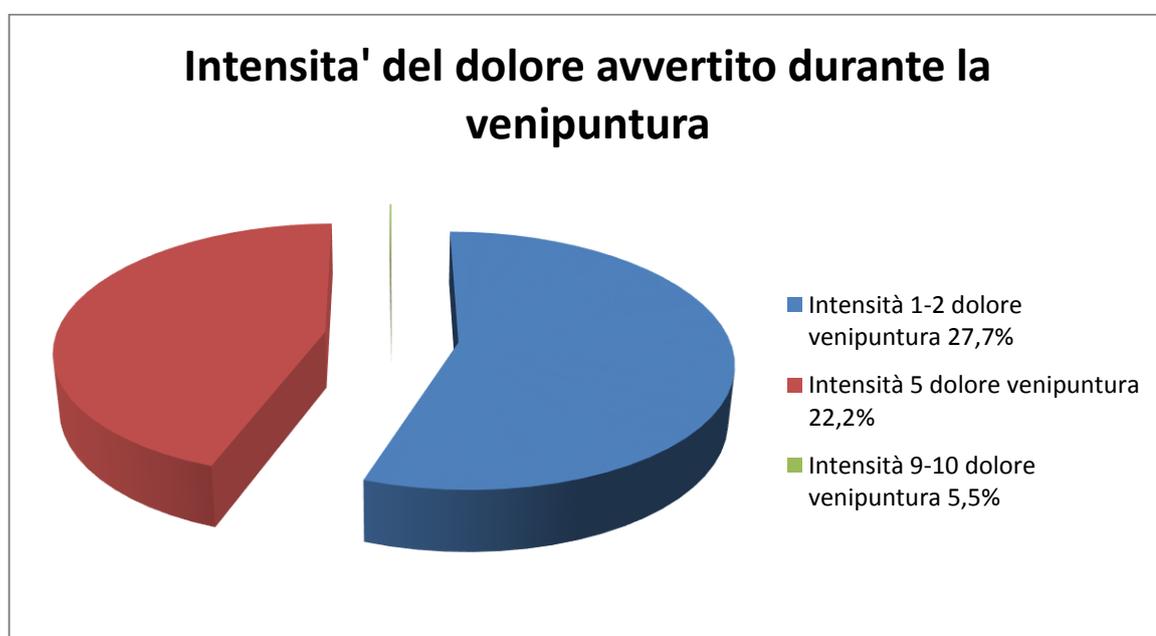


**Grafico 2.** Evidenzia su una popolazione di 67 soggetti affetti da neuropatia uremica l'intensità del dolore su una scala in cui 0 corrisponde all'assenza di sintomatologia e 10 al dolore peggiore possibile.

La seconda domanda – **Quanto dolore avverte durante la venipuntura della fistola-artero-venosa (F.A.V.)?** – vuole soffermarsi su un problema molto sentito da questa categoria di pazienti e per il quale la tecnologia con il passare del tempo non ha offerto soluzioni realmente efficaci. Si pensi che in un anno il paziente emodializzato si sottopone a più di 300 venipunture con aghi di calibro elevato, tecnica decisamente invasiva anche a causa della cadenzata obbligatoria. La modalità di risposta, basata su una scala numerica, prevedeva che 1 corrispondesse al minor dolore possibile e 10 al peggior dolore possibile.

Tra i soggetti reclutati, 94, hanno risposto in 72, pari al 76,6%. Il restante 23,4% risulta portatore di un catetere venoso centrale permanente per emodialisi.

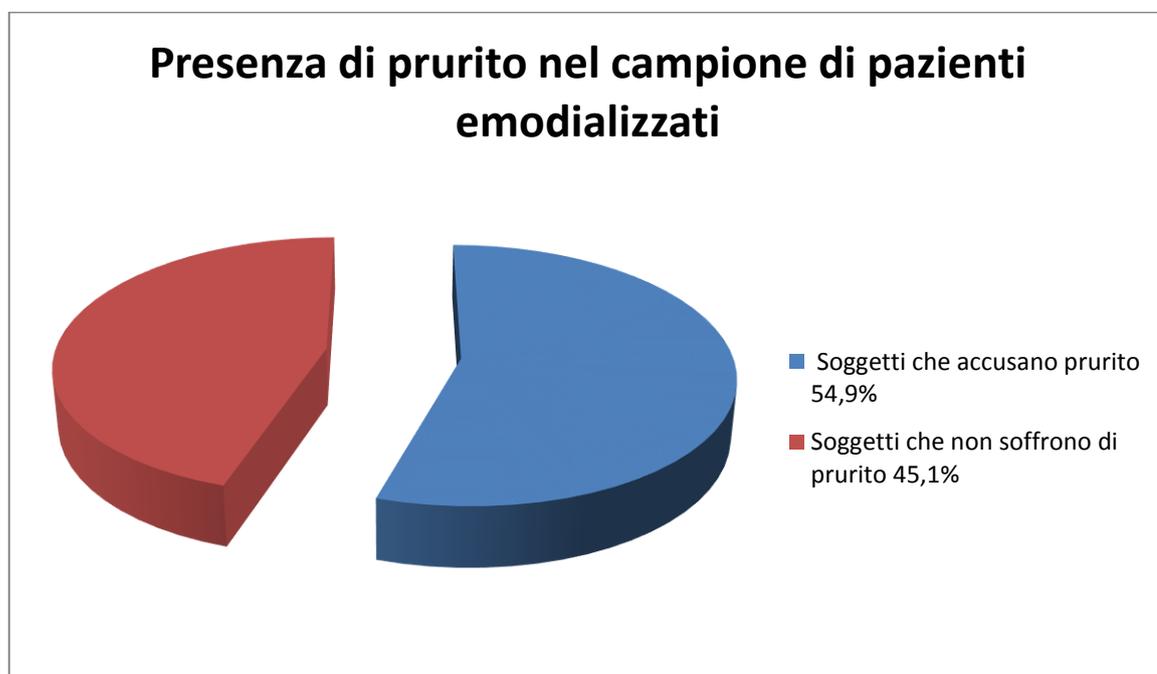
Il dolore da venipuntura secondo la scala da 1 a 10 registra un'intensità 5 per la maggior parte dei soggetti intervistati pari al 22,2%. Il 27,7 assegna un punteggio tra 1 e 2 e il 5,5% un punteggio tra 9 e 10 sulla stessa scala misuratrice. Si veda il grafico seguente.



**Grafico 3.** Intensità del dolore alla venipuntura dell'accesso artero-venoso per emodialisi (F.A.V.)

Il terzo quesito – **Soffre abitualmente di prurito e se si di quale intensità-** ha indagato su un sintomo fastidioso poiché alcuni lavori riportati in letteratura<sup>7-8</sup> spiegano come l'ipnosi possa alleviare questo spiacevole disturbo. Il prurito<sup>9</sup> è frequente nei pazienti con insufficienza renale cronica, spesso accentuato dallo stress, dall'ansia e dall'inattività oltre che da cause fisiche, è accusato da più del 50% dei soggetti affetti da IRC e probabilmente, secondo alcuni studi, la percentuale è sottostimata.

Hanno risposto 91 persone su 94 reclutate. **Il 54,9% dichiara di soffrire di prurito diffuso** con un'intensità variabile, specificata nel secondo grafico.

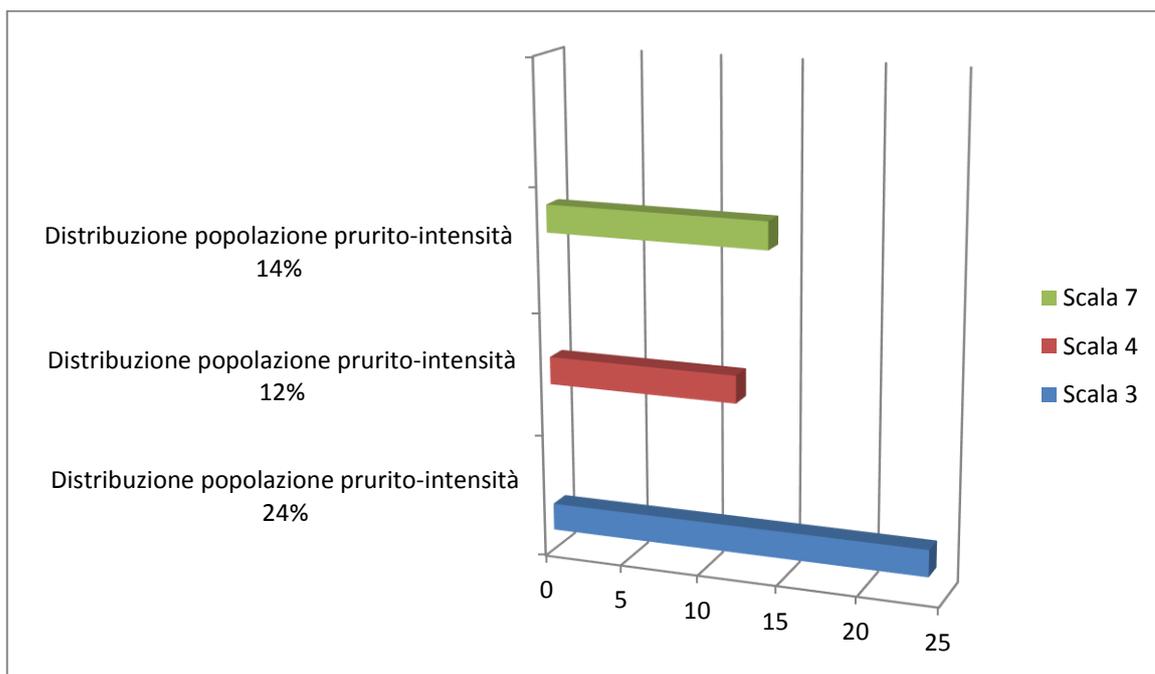


**Grafico 4.** Frequenza con cui si manifesta il prurito nel paziente emodializzato

<sup>7</sup> Dermatologic Therapy, Vol. 16, 2003, 114–122 Biofeedback, cognitive-behavioral methods, and hypnosis in dermatology: Is it all in your mind? PHILIP D. SHENEFELT

<sup>8</sup> ARCH. DERMATOL/VOL 136,MAR 2000 Hypnosis in Dermatology PHILIP D: SHENEFELT, MD, MS

<sup>9</sup> <http://myskin.it/blog/insufficienza-renale-cronica-dialisi-e-prurito-cosa-fare-per-eliminarlo/>



**Grafico 5.** Rappresentazione dei livelli di intensità sulla scala numerica con cui si manifesta il prurito

Il quinto quesito dell'indagine, vuole comprendere quanto il **fattore insonnia** sia presente nella popolazione emodialitica e attraverso la consueta scala numerica, capire **quanto incida negativamente sulla qualità di vita** dei soggetti interessati.

**Risultano colpiti da questo disturbo** 52 dei 91 soggetti intervistati, **una percentuale pari al 57,1%** della popolazione emodializzata. Inoltre, il 28,6% di soggetti affetti da insonnia alla domanda – **Quanto, l'insonnia, incide negativamente sulla qualità della sua vita?**- hanno assegnato, alla scala numerica, un punteggio compreso tra 4 e 6. Se ne può dedurre, senza esitazione, che il problema è presente in maniera importante tra questa categoria di malati e determina un ulteriore peggioramento della loro qualità di vita, tale da poter pensare di ricorrere alla comunicazione ipnotica come strategia supplementare ai farmaci, non privi di effetti collaterali indesiderati, al supporto psicologico laddove vi sia una comprovata depressione e un miglioramento del quadro depurativo.

Visto l'interesse nel mettere in relazione **ipnosi e obesità**, ho posto una domanda utile a valutare quanto il sovrappeso e l'obesità colpiscano questa categoria di pazienti e attraverso una scala di misurazione da 1 a 10, quanto, secondo loro, il tutto possa dipendere da una scorretta o abbondante alimentazione. Successivamente ho calcolato per ognuno il BMI attraverso la rilevazione di peso e altezza, questo, partendo dal presupposto che spesso la propria immagine corporea non corrisponde di fatto a quella reale e la consapevolezza del sovrappeso è un fattore che a differenza dell'obesità franca, può spesso variare con il variare della cultura, dell'età e del gusto estetico.

Il 28,5% della popolazione sottoposta ad indagine riferisce di essere sovrappeso o in stato di obesità, fra loro solo l'1,2% non vede correlazione tra il proprio stato e la dieta.

E' stato calcolato il valore di BMI<sup>10</sup> all'interno di questo gruppo per valutare la reale veridicità di quanto affermato ed è risultato che:

- **Il 17,4% è normopeso**, con BMI inferiore a 24Kg/m<sup>2</sup>
- **Il 47,8% è in sovrappeso**, con un BMI compreso tra 25,2 - 29,9 Kg/m<sup>2</sup>
- **Il 34,8% è in stato di obesità**, con un BMI compreso tra 31,1- 44,8 Kg/m<sup>2</sup>

Il primo dato conferma il fatto che si possono avere delle distorsioni nella valutazione della propria immagine corporea

Calcolando il BMI nel **sottogruppo** che si è considerato **libero da obesità e sovrappeso (71,5%)** i risultati sono i seguenti:

- **Il 57,8 è in una situazione di normopeso**, con BMI inferiore a 24,9 Kg/m<sup>2</sup>
- **Il 28,1% è in sovrappeso**, con un BMI compreso tra 25-28,8 Kg/m<sup>2</sup>
- **Il 6,3% è in stato di obesità**, con un BMI compreso tra 30,6-32,6 Kg/m<sup>2</sup>

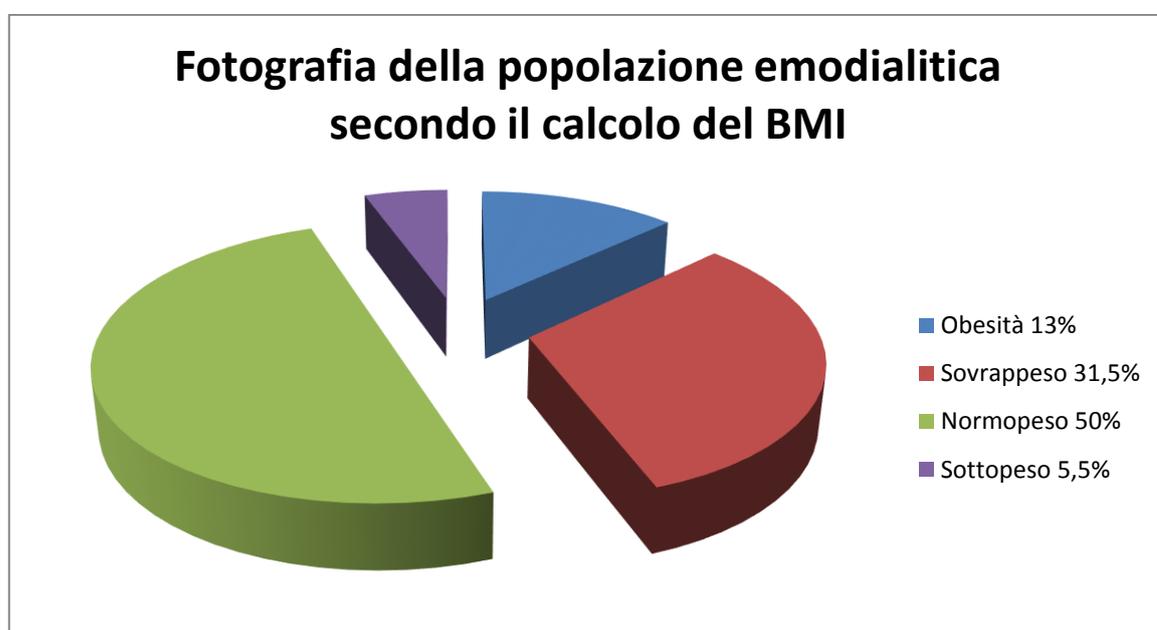
Altro dato emergente è che il **7,8% dei soggetti emodializzati è sottopeso** e, per quanto l'indagine eseguita comporti tutti i limiti dati dal fatto che non è un'

---

<sup>10</sup> Acronimo anglosassone derivato da "Body Mass Index", ossia indice di massa corporea

indagine sui disturbi alimentari e sulle abitudini sociali, ci offre comunque uno spunto di riflessione sul fatto che patologia cronica, anzianità, solitudine e povertà possono incidere sulla comparsa di un fenomeno non meno allarmante, quello della sottoalimentazione.

Nel grafico in basso, si possono invece valutare i dati emersi sull'intera popolazione indagata, coloro che si sono definiti con problemi di peso e coloro che hanno dichiarato di non averne, secondo il calcolo del loro indice di massa corporea.

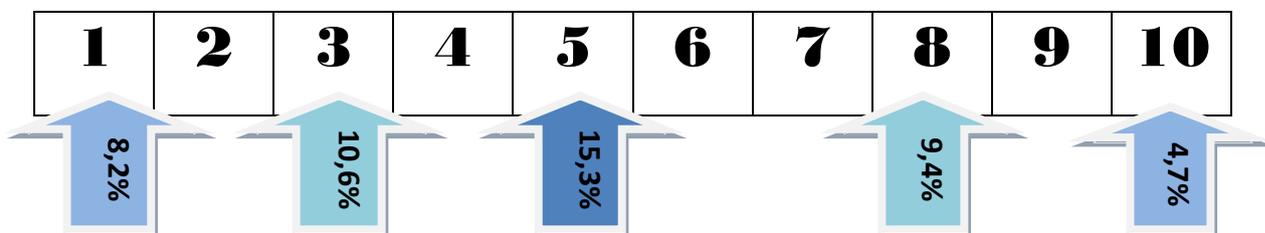


**Grafico 6.** Rappresenta il problema obesità-sovrappeso secondo calcolo del BMI tra gli emodializzati

Il quesito numero sette del questionario prevede, attraverso la compilazione di una scala misuratrice, di valutare il **grado di ansia/timore derivante dalla necessità di sottoporsi ad esami strumentali invasivi o piccoli interventi chirurgici** (creazione di F.A.V., inserimento di C.V.C., colonscopie, gastroscopie, coronarografie, ecc.)

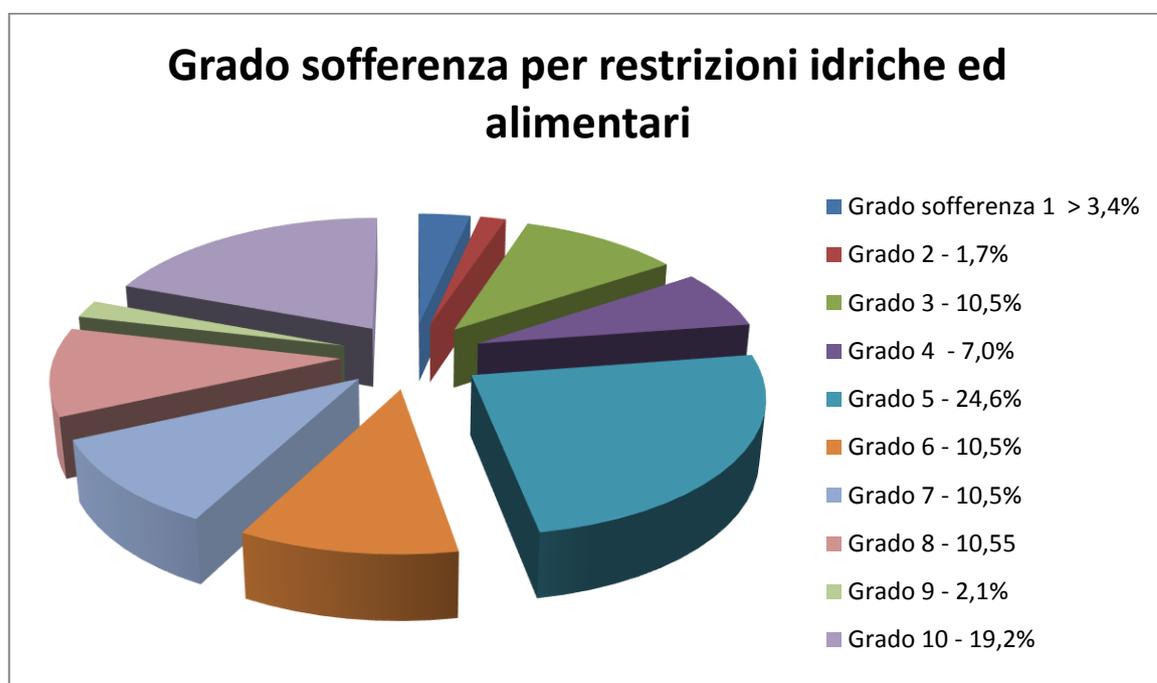
Il 28,2% della popolazione intervistata riferisce di non provare ansia/timore in previsione di piccoli interventi chirurgici od esami strumentali invasivi, **il restante**

**71,8%**, invece, **vi si pone con ansia**. Lungo la scala numerata, si veda la modalità di distribuzione della popolazione, secondo i dati maggiormente significativi:



La domanda numero sette del questionario aveva l'obiettivo di capire se e **quanto le restrizioni idriche e alimentari causino sofferenza al paziente**.

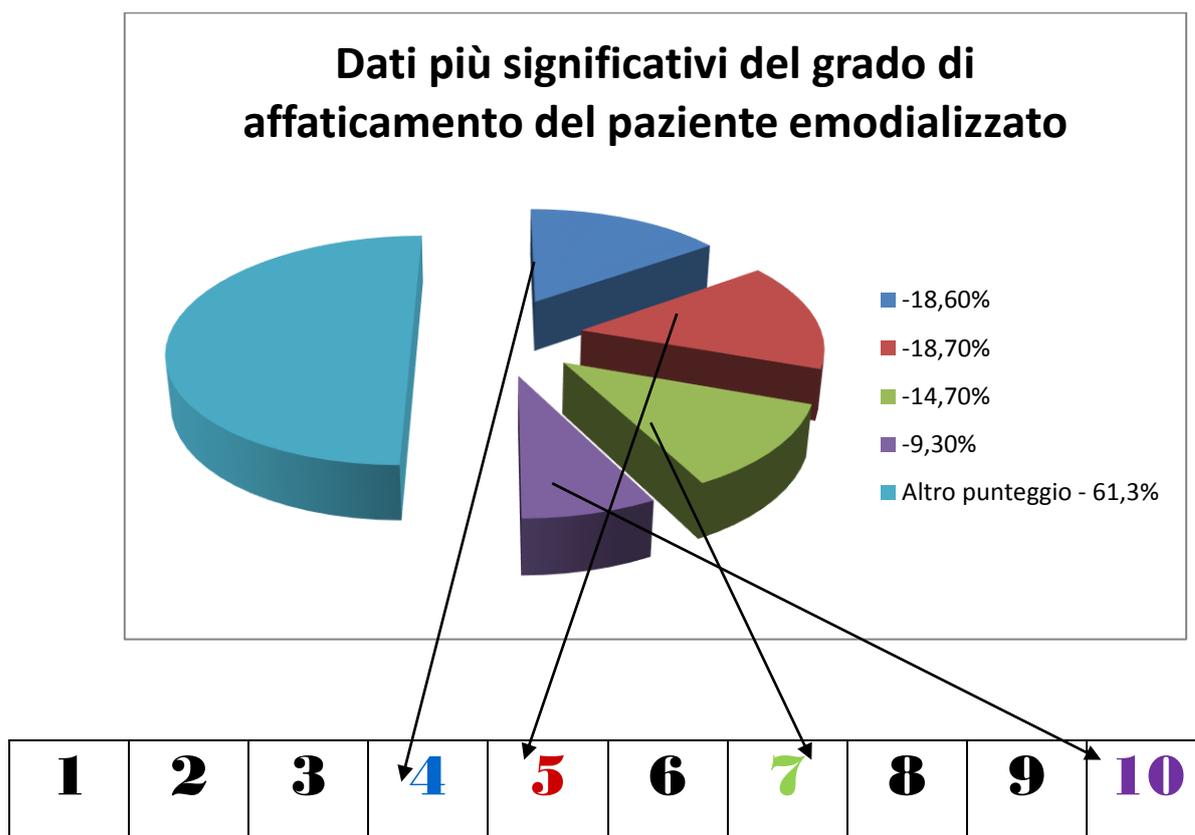
**Il 32,9% delle persone intervistate hanno risposto no, il 67,1% si.** Fra coloro che hanno ammesso di soffrire per le restrizioni idriche e alimentari che la patologia uremica terminale comporta, **il 24,6% ha dato un punteggio 5** alla sua sofferenza ed **il 19,2% un punteggio 10**, sulla scala numerica.



**Grafico 7.** Rappresenta il grado di sofferenza determinato dalle restrizioni idriche ed alimentari secondo un punteggio da 1 a 10 della scala numerica, in cui 1 è una lieve sofferenza, 10 una sofferenza insopportabile

L'ottavo e ultimo quesito ha indagato **quanto i pazienti emodializzati accusino un senso di affaticamento e quanto lo stesso disturbo, sia intenso.**

**I dati ottenuti dimostrano che l'affaticamento è uno dei sintomi più presenti in questa categoria di malati; ne è colpito l'88,3%.** La valutazione del sintomo si è basata sulla soggettività dell'intervistato, non su scale validate a più items e anche il punteggio assegnato dal paziente relativamente all'intensità del disturbo è sensibile alla percezione del singolo individuo, ciò non va, comunque, ad inficiare il dato nel suo significato profondo. E' possibile che oltre a fattori clinici e psicologici (anemia, pluripatologie, depurazione inadeguata, sottoalimentazione, depressione ecc.), contribuiscano anche fattori sociali (età, solitudine, disoccupazione, problemi economici, ecc.) nel sentirsi più affaticati.



**Grafico 8.** Rappresenta come la popolazione emodialitica si sia distribuita lungo la scala numerica per dare un punteggio al grado di affaticamento

## **2.5. Fase pratica di comunicazione ipnotica**

La comunicazione ipnotica è stata sperimentata all'interno del CAL di Settimo T.se e non presso altri centri di Dialisi perché è la realtà nella quale lavoro abitualmente in qualità di infermiera. Si è trattato di continuare ad erogare un'assistenza fondata sul rispetto del Profilo Professionale, del Codice Deontologico e della normativa vigente più significativa<sup>11</sup>, ma con un valore aggiunto che ben si sposa con l'impegno da parte degli infermieri di conferire alla professione sempre maggiore autonomia e responsabilità, nonché l'abbandono della metodologia di lavoro per compiti e mansioni abbracciando quella per obiettivi dell'assistenza.

Nel campione di pazienti che si sono dimostrati disponibili e curiosi, ne sono stati scelti 5 con bisogni e caratteristiche differenti per poter osservare i vari campi di applicazione, ma anche nel rispetto delle controindicazioni previste dalla comunicazione ipnotica, ad esempio disturbi psicotici anche dubbi, non avendo una formazione tale da poter affrontare scompensi legati al disagio psichico importante. A causa della riduzione dell'attività del servizio, avvenuta nell'estate e già dichiarata in precedenza, 1 paziente è uscito dalla sperimentazione per trasferimento ad altra sede dialitica e 1 paziente è deceduto.

Racconterò, pertanto, l'esperienza dei 3 casi rimasti e trattati, affermando fin da ora che il numero limitato di pazienti non ha assolutamente sminuito l'importanza di diffondere una nuova modalità di erogazione dell'assistenza, visti i risultati entusiasmanti.

E' stato consegnato, ad ognuno, un consenso informato<sup>12</sup> al fine di muoversi in assoluta tranquillità e nel rispetto della normativa, inoltre, per rendere utile ogni singola esperienza in quel percorso che da neofita, porta ogni operatore che si approccia allo studio di una nuova disciplina ad essere esperto, ho costruito la S.C.I. (Scheda Comunicazione Ipnotica)<sup>13</sup>. Si tratta di uno strumento nominativo e numerato che permette di elencare i fenomeni osservabili, classificare le

---

<sup>11</sup> Allegato 4 Profilo Professionale, Codice Deontologico e norme inerenti la professione infermieristica

<sup>12</sup> Allegato 5 Consenso Informato all'uso della Comunicazione Ipnotica

<sup>13</sup> Allegato 6 Scheda Comunicazione Ipnotica ( SCI )

peculiarità degli individui sottoposti a comunicazione ipnotica, archiviare dati facilmente recuperabili e consultabili ed evidenziare criticità da parte dell'operatore.

### R.F. età dialitica 246 mesi.

L'utilizzo della comunicazione ipnotica relativamente a questa paziente è stata ed è una delle esperienze più gratificanti che posso raccontare, dove l'assistenza infermieristica erogata da anni, ha assunto caratteristiche completamente nuove.

Il primo approccio con la comunicazione ipnotica è avvenuto durante una seduta dialitica, momento in cui le ho proposto di provare a vivere una nuova e piacevole esperienza utile a dare un significato meno negativo alle ore che avrebbe trascorso nel servizio. Da tempo il suo umore appariva meno buono, si dimostrava facilmente irritabile, poco disponibile ad eseguire gli esami di controllo necessari all'immissione in lista di trapianto renale. Pretendeva che gli infermieri dessero inizio alla sua seduta dialitica prima di occuparsi degli altri pazienti, entrando spesso in conflitto con il personale e gli stessi utenti. Durante le quattro ore di seduta si chiudeva in se stessa fingendo di dormire e rendendo difficile a medici e infermieri qualsiasi contatto.

Attraverso la **tecnica di focalizzazione dell'attenzione verso l'esterno fissando un punto** sul soffitto e poi **verso l'interno concentrandosi sul respiro** è stato raggiunto uno stato di piacevole e profondo benessere. Ho colto i segni che caratterizzano una modificazione fisica: **flutter, deglutizione, modificazione dello sguardo e dell'espressione, modificazione del respiro**. Meno osservabile, vista la posizione sdraiata a letto, è stata la testa reclinata, ma in un paio di minuti la paziente è scivolata in uno stato di rilassamento muscolare, accompagnato dalla **catalessi delle palpebre e del braccio destro**, sviluppando fenomeni interessanti che mi hanno permesso di classificarla come soggetto sonnambulico durante le successive sedute. Stimolando l'immaginazione al fine di

elaborare un monoideismo plastico utile al raggiungimento di un luogo in cui potesse sentirsi sicura e protetta, la paziente si è ritrovata a rivivere un episodio riferibile all'infanzia, in cui la mamma si prendeva cura di lei abbracciandola. Non conoscendo il soggetto in modo approfondito, ho scelto di stimolare la sua immaginazione in modo generico, affinché il "luogo" sicuro e piacevole da raggiungere passasse attraverso i suoi sensi e non i miei. Un pianto liberatorio ha caratterizzato questa prima seduta, ma anche alcune altre durante questi mesi, la comunicazione ipnotica è diventato un canale attraverso il quale la paziente libera più facilmente le proprie emozioni. Al risveglio, dopo 8 anni che la seguo in dialisi, per la prima volta mi ha confessato di essere rimasta orfana all'età di 6 anni e di essere cresciuta con la nonna. Non ha ricordi della propria madre, non la sogna e soltanto una volta durante un particolare e tragico momento della sua vita, ricorda di aver avuto percezione di lei. Si è trattato di un episodio legato all'adolescenza, nel quale ritrovandosi in stato di coma per un tentato suicidio, rivede la mamma accanto che la protegge e la conforta.

Questa prima esperienza così emozionante genera un impatto talmente positivo che la paziente chiede di potersi sottoporre ad altri momenti di comunicazione ipnotica e durante il percorso scopro che sviluppa analgesia, fenomeni allucinatori, e che si verificano amnesia, distorsione temporale, recupero rapido delle forze fisiche, del tono dell'umore ed un profondo senso di benessere. Le suggerisco un ancoraggio e la invito a far uso anche a proprio domicilio di queste potenzialità appena scoperte. In un mese si verifica un cambiamento osservabile da parte degli operatori e dei familiari nel suo modo di rapportarsi alla vita e ai problemi determinati dalla malattia. Inizia a comprare abiti nuovi, a cambiare spesso taglio e colore ai capelli, appare più ottimista e determinata nel procedere all'immissione in lista. Chiacchiera più volentieri e riferisce di essere tornata ad occuparsi della propria casa in modo autonomo. Ha più forza fisica per eseguire le pulizie e supportare la figlia nella gestione dei nipoti.

Si procede ad utilizzare la tecnica di comunicazione ipnotica in occasione dell'esecuzione della COLONSCOPIA, esame strumentale invasivo di cui la

paziente rammenta un'esperienza estremamente dolorosa. Previo consenso da parte del servizio di endoscopia, accompagno la paziente e ripropongo quanto già provato durante le sedute dialitiche: il raggiungimento di un "luogo" tranquillo e soprattutto sicuro. La paziente mi avverte di essere in comunicazione con i suoi visceri alzando il dito indice della mano destra, appoggiata sul suo addome e da lì scivola nel monoideismo di un labirinto più volte percorso, al di là del quale la attendono le persone a lei care. Sa che ci sono sentieri in salita, a volte più stretti, a volte con curve che sembrano non finire, ma può anche rinfrancarsi godendo dell'aria fresca che le accarezza il viso e del sole che si fa strada tra le foglie per illuminarla e accompagnarla all'arrivo. L'esame procede totalmente indolore fino all'ultimo tratto dove all'improvviso la sonda incontra delle aderenze dovute ad un passato intervento. A quel punto la paziente avverte uno spasmo doloroso e si sveglia, l'esame dura ancora trenta secondi con lei che si lamenta e decido di riagganciarla suggerendole un'immagine di lei forte e determinata, combattiva come tutti noi la conosciamo. Non voglio che esca dall'ambulatorio con questo ricordo doloroso e questo senso di fallimento. Per un quarto d'ora mi permettono di rimanere con lei in uno stanzino appartato e la riporto nel suo luogo sereno, al termine del labirinto, in un prato verde dove ad aspettarla ci sono i suoi nipoti che giocano. Al risveglio mi precisa che il sole le illuminava il viso, che sentiva l'aria fresca e che teneva per mano i suoi nipoti e camminava serena e sorridente.

L'esperienza, seppur non completamente priva di dolore, si è però dimostrata positiva rispetto alla precedente. Esce dal servizio camminando in modo autonomo, nonostante l'importante ipotensione (85/45 mmHg), sorridente, tranquillizzando i familiari e proponendo loro di accompagnarla a fare compere.

Un mese più tardi, dovendo sottoporsi ad esofagogastroduodenoscopia, decide di andarci da sola e sfruttare l'autoipnosi. Anche questa esperienza risulta positiva.

Nel mese di agosto, in accordo con lei, le propongo di lavorare con la comunicazione ipnotica al fine di diminuire il peso, altro intoppo sull'immissione in lista. La paziente ha infatti un BMI di 35,3 Kg/m<sup>2</sup>.

Lavoriamo sulla sua autostima, sull'importanza di consumare i pasti in piena consapevolezza, sulla prefigurazione di lei più magra, pronta per sottoporsi ad un trapianto renale e sul piacere di avere un corpo più atletico. Questo obiettivo, purtroppo non è stato raggiunto, poiché, è subentrata una complicanza durante una consulenza oculistica. La paziente è ora impegnata a terminare delle indagini per sospetto melanoma oculare, pertanto la dieta non risulta prioritaria e la comunicazione ipnotica è tutta protesa a mantenere un buon livello di umore e determinazione al fine di superare l'ennesima difficoltà.

### R.C. età dialitica 35 mesi.

Ho proposto al paziente di introdurre la comunicazione ipnotica nella nostra consueta modalità di "fare cura" durante una seduta dialitica. La mia esperienza era quella molto limitata di chi si approccia ad utilizzare nuovi strumenti e con i quali non ha molta confidenza. Il nostro rapporto, fatto di stima e fiducia reciproche, mi ha permesso di poter sperimentare senza mettere a fuoco un obiettivo importante se non quello di vivere un momento di benessere e rilassamento. Una parentesi senza troppe aspettative, dalla quale poter semplicemente apprendere ascoltando le sensazioni del corpo.

Ho utilizzato la **tecnica di focalizzazione dell'attenzione verso l'esterno invitandolo a fissare un punto** sul soffitto, poi **verso l'interno concentrandosi sul respiro** e senza particolare difficoltà ha raggiunto uno stato di piacevole e profondo benessere exteriorizzando i segni tipici dell'alterazione psico-fisica: **flutter, deglutizione, modificazione dello sguardo e dell'espressione, modificazione del respiro**, accompagnati dalla **catalessi delle palpebre e del braccio destro**.

Fin dalla prima esperienza si è dimostrato molto incuriosito e disponibile ad approfondire le piacevoli sensazioni fisiche sperimentate. Sono, quindi, seguite altre esperienze di comunicazione ipnotica nelle quali **ho diversificato la tecnica**

**induttiva** e lo stato di benessere è stato raggiunto **tramite lo stimolo alternato destro/sinistro visivo e cenestesico**.

L'obiettivo terapeutico è stato identificato con la necessità di dimagrire, rappresentando, il suo sovrappeso, confermato da un BMI di 29,75Kg/m<sup>2</sup>, l'unico limite all'immissione in lista attiva di trapianto renale. La consulenza dietologica, già proposta ed eseguita mesi prima non aveva dato buoni risultati. Si decide, allora, di utilizzare una strategia che si avvalga di più strumenti contemporaneamente e così lo invito a leggere il libro "Dimagrire con la mente", affinché possa imparare ad essere più consapevole della sua alimentazione, dei suoi comportamenti errati, di come il cibo possa continuare ad essere un piacere anche attraverso porzioni più piccole. Per circa due settimane, durante le sedute dialitiche, si parla di nutrizione scoprendo nuovi modi per mangiare sano. Seguono sessioni di comunicazione ipnotica mirate al dimagrimento. Mi faccio raccontare un po' del suo passato e commentiamo insieme vecchie fotografie che lo ritraggono con un fisico asciutto e più atletico. Questo potrà aiutarmi a stimolare la sua immaginazione in modo più preciso. Lavoro anche nell'ottica di migliorare l'autostima e la determinazione, fondamentali componenti nel raggiungimento di un obiettivo così importante. Gli suggerisco, inoltre, la piacevole immagine di se stesso trapiantato, nuovamente in salute e con il dono di una seconda opportunità di vita. Lo invito a ricreare le stesse sensazioni a casa, prima dei pasti per breve tempo e le volte in cui la noia lo spingerebbe ad alimentarsi, facendo leva sulle potenzialità che ha scoperto di possedere.

In un mese e mezzo circa perde i primi 3 kg entrando in lista attiva e nel mese di Settembre avviene il miracolo della chiamata. Ora è portatore di trapianto renale funzionante ed il suo BMI è di 27,0 Kg/m<sup>2</sup>. Il dimagrimento è ancora in atto e per quanto non si possa affermare che la comunicazione ipnotica da sola abbia determinato il raggiungimento dell'obiettivo, sicuramente ha contribuito ad una presa di coscienza sulle potenzialità latenti in possesso del paziente.

### M.R.A. età dialitica 15 mesi.

Fin dall'inizio, con questa paziente, l'obiettivo da raggiungere è chiaro. La signora ha infatti il terrore della venipuntura. Durante una prima seduta, in sala dialisi, si prova a valutare la sua predisposizione a raggiungere uno stato di trance e appurato che attraverso la tecnica, già sperimentata con altri, **di focalizzazione dell'attenzione verso l'esterno invitandola a fissare un punto** sul soffitto, raggiunge velocemente uno stato di benessere, le faccio sperimentare le sensazioni legate al fenomeno di levitazione. Al termine della sessione, con piacevole sorpresa mi riferisce di aver provato la sensazione di ondeggiare a peso morto sull'acqua di mare, cosa che non sapendo nuotare, l'ha sempre attratta e spaventata contemporaneamente. Ha provato fenomeni cenestesici per i quali decido di provare successivamente a farle sviluppare l'analgesia del braccio in cui ha l'accesso artero-venoso e renderle meno penoso il momento della venipuntura. Sfruttiamo il monoideismo del ruscello montano, nel quale l'acqua è ghiacciata e il braccio perde rapidamente la sensibilità se vi è immerso. La montagna le ricorda piacevoli camminate in compagnia dei suoi famigliari, quando ancora le sue condizioni cliniche le permettevano una certa attività fisica, quindi, risulta più semplice attraverso questa immagine farle raggiungere un luogo sicuro e protetto, sviluppando il fenomeno di cui abbiamo bisogno.

I risultati sono buoni perché attraverso l'autoipnosi la paziente può ad inizio della seduta modificare intensamente la sensibilità della zona diminuendo la percezione del dolore.

## **Capitolo terzo RISULTATI**

In questa sezione sono messi in evidenza i risultati dell'indagine e della comunicazione ipnotica in relazione all'obiettivo, espresso all'inizio, del Progetto di Tesi.

Tutti gli operatori sanitari impegnati nella cura di un paziente complesso come quello emodializzato ben conoscono i principali sintomi che lo affliggono, ma ancora pochi sanno che alcuni disturbi possono essere risolti o migliorati attraverso l'uso di un'adeguata Comunicazione Ipnotica.

A seguire, attraverso i dati numerici, si richiama l'attenzione del personale su quanto, tali disturbi, incidano sul peggioramento della qualità di vita.

<b>DEPRESSIONE</b> da lieve a severa secondo BDI II	<b>63,90%</b>
<b>ANSIA DI TRATTO</b> secondo STAI FORMA Y-2	<b>67,10%</b>
<b>DOLORE DA NEUROPATIA UREMICA</b>	<b>73,60%</b>
<b>DOLORE DA VENIPUNTURA CON INTENSITA' &lt; di 3</b> su scala numerica 1-10	<b>72,30%</b>
<b>PRURITO</b>	<b>54,90%</b>
<b>OBESITA'</b> calcolato secondo BMI	<b>13%</b>
<b>SOVRAPPESO</b> calcolato secondo BMI	<b>31,50%</b>
<b>ANSIA DA PICCOLI INTERVENTI ed ESAMI STRUMENTALI INVASIVI</b>	<b>71,80%</b>
<b>SOFFERENZA DA RESTRIZIONI ALIMENTARI E IDRICHE</b>	<b>67,10%</b>
<b>AFFATICAMENTO</b>	<b>88,30%</b>
<b>INSONNIA</b>	<b>57,10%</b>

Risultati a confronto pre e post sessione di comunicazione ipnotica (C.I.) nei casi riportati, secondo gli obiettivi formulati:

<b>DIMAGRIMENTO</b>	<b>PESO INIZIO 88,5 KG con BMI 29,75 Kg/m<sup>2</sup></b>	<b>PESO ATTUALE 80 Kg con BMI 27,0 Kg/m<sup>2</sup></b>
---------------------	---	---

Punteggio assegnato dal paziente sull'utilità della comunicazione ipnotica, quale tecnica strategica nella dieta dove 1 corrisponde a nessuna utilità e 10 corrisponde ad un'utilità massima:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Punteggio assegnato dal paziente in relazione allo stato di benessere e rilassamento determinati dalla comunicazione ipnotica:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

---

Punteggio assegnato dalla paziente relativamente al dolore provato durante l'esecuzione di esami strumentali invasivi, senza il supporto della comunicazione ipnotica, prima e con il supporto della comunicazione ipnotica, dopo.

1 corrisponde all'assenza di dolore, 10 alla più alta intensità di dolore

COLONSCOPIA ESEGUITA SENZA IL SUPPORTO DELLA C.I.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

COLONSCOPIA ESEGUITA CON IL SUPPORTO DELLA C.I.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

ESAFOGAGASTRODUODENOSCOPIA ESEGUITA SENZA IL SUPPORTO DELLA C.I.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

ESAFOGAGASTRODUODENOSCOPIA ESEGUITA CON IL SUPPORTO DELLA C.I.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Punteggio assegnato dalla paziente in relazione allo stato di benessere e rilassamento determinati dalla comunicazione ipnotica:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

---

Punteggio assegnato dalla paziente relativamente al dolore provato durante la venipuntura, senza il supporto della comunicazione ipnotica, prima e con il supporto della comunicazione ipnotica, dopo.

1 corrisponde all'assenza di dolore, 10 alla più alta intensità di dolore sopportabile

VENIPUNTURA DELL'ACCESSO ARTEROVENOSO PER EMODIALISI SENZA IL SUPPORTO DELLA C.I.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

VENIPUNTURA DELL'ACCESSO ARTEROVENOSO PER EMODIALISI CON IL SUPPORTO DELLA C.I.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Punteggio assegnato dalla paziente in relazione allo stato di benessere e rilassamento determinati dalla comunicazione ipnotica:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

## **Capitolo quarto CONCLUSIONI**

I risultati di questa esperienza professionale, in parte legati alla Comunicazione Ipnotica ed in parte all'indagine condotta sui centri dialisi dell'intera ASL TO4 si sono dimostrati estremamente utili ed interessanti:

- I dati raccolti sui tre casi in cui è stata applicata la Comunicazione Ipnotica hanno confermato quelli già dimostrati in letteratura, sulla relazione che esiste tra il suo utilizzo ed il miglioramento del dolore, dell'umore, dell'ansia e dello stress, oltre al piacevole stato di benessere che si genera senza effetti collaterali che mettano in pericolo coloro che ne fanno uso.
- La C.I. si è dimostrata una valida tecnica per arricchire e personalizzare l'assistenza infermieristica nefrologica
- Ha rappresentato un mezzo per trovare nuovi stimoli professionali e rinnovato entusiasmo all'interno di contesti ospedalieri spesso opprimenti e frustranti
- Il paziente nefrologico dializzato, nella sua complessità e fragilità, appare secondo i dati, un ottimo candidato per l'applicazione della Comunicazione Ipnotica
- Il lavoro condotto è spunto per diffondere la C.I. tra i colleghi infermieri appartenenti al settore Nefrologia-Dialisi-Trapianto, durante il prossimo Congresso Interregionale SIN che da sempre impiegano le proprie risorse, la propria passione e la propria creatività al servizio di un malato che negli anni diventa esperto ed esigente.

## **BIBLIOGRAFIA**

Erickson Milton H. La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici di Milton H Erickson. A cura di Sidney Rosen. Casa Editrice Astrolabio

Del Castello Emanuele, Casilli Costantino. L'induzione Ipnotica. Manuale pratico. Prefazione di Francesco Aquilar. Ed. Franco Angeli

Granone Franco. Trattato di Ipnosi. Torino UTET

Perri Sergio. L'ABC della dialisi. Suggerimenti per un paziente protagonista di sé. Ed. Franco Angeli

Dalla Gassa Cinzia. Dimagrire con la mente, tutti sanno cosa fare pochi sanno come. Ed. Galassia Arte

Kabat-Zinn Jon. Vivere momento per momento, sconfiggere lo stress, il dolore, l'ansia e la malattia con la saggezza di corpo e mente. Ed. TEA

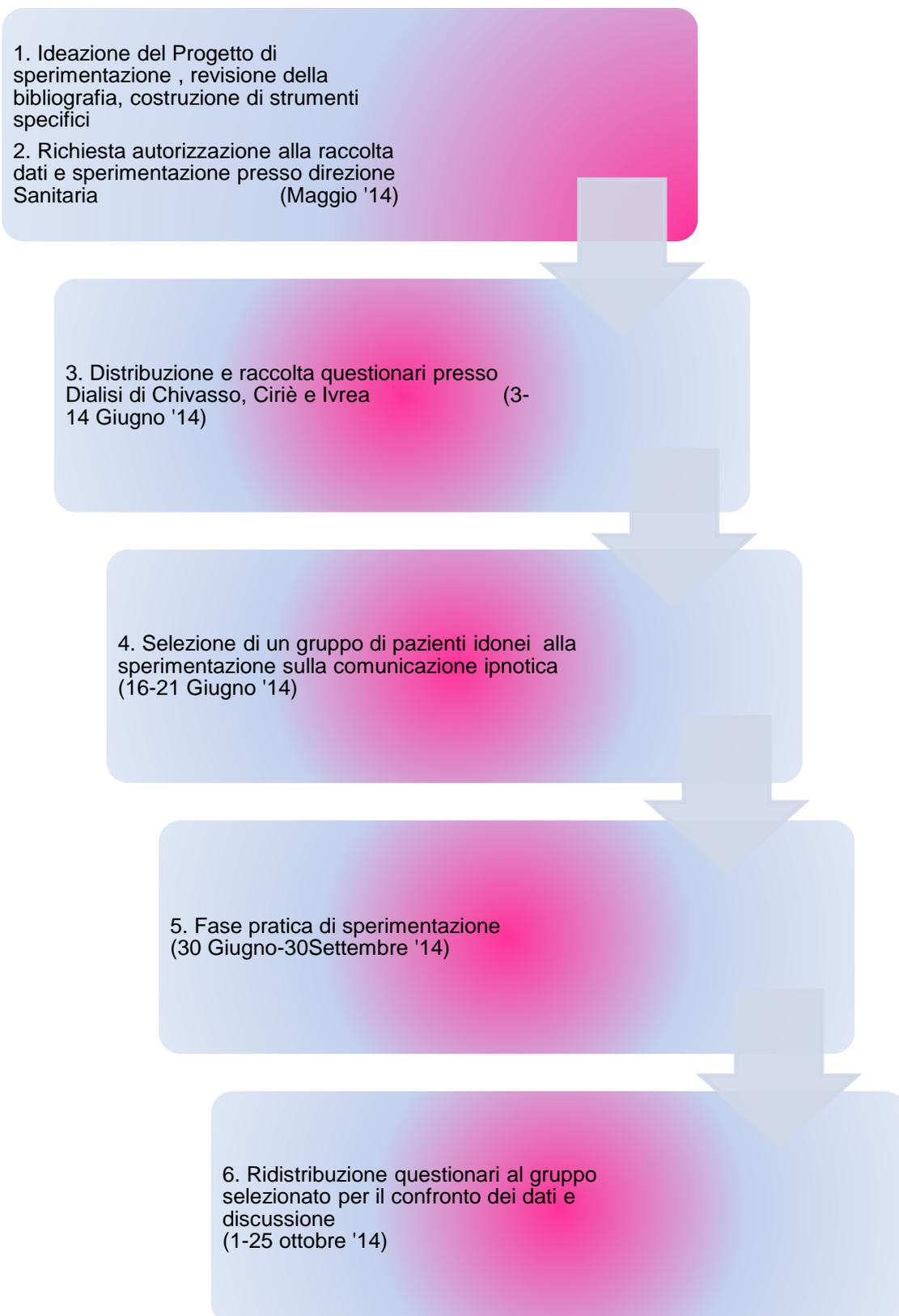
## **SITOGRAFIA**

<http://www.ansia-psicoterapia.it/ansia-tecniche-assessment.html>

<http://www.msd-italia.it/altre/manuale/sez15/1891645.html#s2>

<http://myskin.it/blog/insufficienza-renale-cronica-dialisi-e-prurito-cosa-fare-per-eliminarlo/>

## ALLEGATO 1. Diagramma di Gantt



## ***ALLEGATO 2. Elenco articoli ricerca bibliografica***

1. The Journal of Emergency Medicine, Vol. 46, No. 4, pp. 588–596, 2014.  
AN HYPNOTIC SUGGESTION: REVIEW OF HYPNOSIS FOR CLINICAL EMERGENCY CARE. Kenneth V. Iserson, MD, MBA Department of Emergency Medicine, The University of Arizona, Tucson, Arizona  
Corresponding Address: Kenneth V. Iserson, MD, MBA, Department of Emergency Medicine, The University of Arizona, 4930 N Calle Faja, Tucson, AZ 85718
1. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.  
A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis?  
Guy H. Montgomery, Katherine N. Duhamel & William H. Redd, Mount Sinai School of Medicine, New York, New York
2. JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY RVOLUME 32 \_ NUMBER 16 \_ JUNE 1 2014.  
Psychological and Behavioral Approaches to Cancer Pain Management. Karen L. Syrjala, Mark P. Jensen, M. Elena Mendoza, Jean C. Yi, Hannah M. Fisher, and Francis J. Keefe
3. Dermatologic Therapy, Vol. 16, 2003, 114–122  
Biofeedback, cognitive-behavioral methods, and hypnosis in dermatology: Is it all in your mind?  
PHILIP D. SHENEFELT  
Division of Dermatology and Cutaneous Surgery, Department of Internal Medicine, College of Medicine, University of South Florida, Tampa, Florida
4. ARCH. DERMATOL/VOL 136,MAR 2000 Hypnosis in Dermatology PHILIP D: SHENEFELT, MD, MS
5. Acta Anesthesiologica Italica Organo Ufficiale della Società Italiana di Anestesia, Rianimazione, Emergenza e Dolore – SIARED e Giornale Scientifico dell'Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani – AAROI DIRETTORE RESPONSABILE GIUSEPPE A. MARRARO  
Ruolo dell'ipnosi nel controllo del dolore: definizione ed evidenze/The role of hypnosis in pain control: definition and evidence  
CARLO ANTONELLI  
Responsabile Terapia Antalgica, Servizio di Anestesia e Rianimazione, ASL n. 1 Venosa (PZ) Italia
6. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis  
The Effects of Hypnosis on Anxiety, Depression, Fatigue, and Sleepiness in People Undergoing Hemodialysis: A Clinical Report

Aurélie Untas, Philippe Chauveau, Catherine Dupré-Goudable, Anne Kolko, Fabrice Lakdja & Nicolas Cazenave.

7. Brain 2002 125, 310-319.  
Imagin how attention modulates pain in humans using functional MRI.  
S.J. Bantick, R.G. Wise. Oxford University department of Clinical Neurology
8. Analisi della sintomatologia in dialisi. G. Virga\* – G. Munaretto\*\*.  
Dipartimento di Nefro-Urologia Ospedale Provinciale di Camposampiero (PD)\* - Divisione di Nefrologia e Dialisi, Ospedale Regionale, Treviso\*\*

### **ALLEGATO 3. Il Questionario**

F / M

ETA' DIALITICA (espressa in mesi) -----

ETA' ANAGRAFICA -----

ATTIVITA' LAVORATIVA -----

INIZIALI DEL NOME E COGNOME -----

PESO -----

ALTEZZA-----

Le chiedo, gentilmente di leggere con attenzione le affermazioni appartenenti ai seguenti 21 gruppi.

Per ogni gruppo, scelga quella che meglio descrive come Lei si è sentito in queste **due ultime settimane**.

Se all'interno di un singolo gruppo, più affermazioni descrivono il suo modo di sentirsi, Lei scelga l'affermazione a cui corrisponde il numero più alto.

Scelga sempre e soltanto un'affermazione a gruppo, anche alle voci "sonno" e "appetito".

Non ci sono risposte giuste o sbagliate e non deve soffermarsi troppo, poiché spesso la prima risposta è la più accurata.

# **BDI-II**

## **1.Tristezza**

0. Non mi sento triste
  1. Mi sento triste per la maggior parte del tempo
  2. Mi sento sempre triste
  3. Mi sento così triste o infelice da non poterlo sopportare
- 

## **2.Pessimismo**

0. Non sono scoraggiato riguardo al mio futuro
  1. Mi sento più scoraggiato riguardo al mio futuro rispetto al solito
  2. Non mi aspetto nulla di buono per me
  3. Sento che il mio futuro è senza speranza e che continuerà a peggiorare
- 

## **3.Fallimento**

0. Non mi sento un fallito
  1. Ho fallito più di quanto avrei dovuto
  2. Se ripenso alla mia vita riesco a vedere solo una serie di fallimenti
  3. Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona
- 

## **4.Perdita di piacere**

0. Traggo lo stesso piacere di sempre dalle cose che faccio
  1. Non traggo più piacere dalle cose come un tempo
  2. Traggo molto poco piacere dalle cose che di solito mi divertivano
  3. Non riesco a trarre alcun piacere dalle cose che una volta mi piacevano
- 

## **5.Senso di colpa**

0. Non mi sento particolarmente in colpa
  1. Mi sento in colpa per molte cose che ho fatto o che avrei dovuto fare
  2. Mi sento molto spesso in colpa
  3. Mi sento sempre in colpa
- 

## **6.Sentimenti di punizione**

0. Non mi sento come se stessi subendo una punizione
  1. Sento che potrei essere punito
  2. Mi aspetto di essere punito
  3. Mi sento come se stessi subendo una punizione
- 

## **7.Autostima**

0. Considero me stesso come ho sempre fatto
  1. Credo meno in me stesso
  2. Sono deluso di me stesso
  3. Mi detesto
- 

## **8.Autocritica**

0. Non mi critico né mi biasimo più del solito
  1. Mi critico più spesso del solito
  2. Mi critico per tutte le mie colpe
  3. Mi biasimo per ogni cosa brutta che mi accade
- 

## **9.Suicidio**

0. Non ho alcun pensiero suicida
  1. Ho pensieri suicidi ma non li realizzerai
  2. Sento che starei meglio se morissi
  3. Se mi si presentasse l'occasione, non esiterei ad uccidermi
- 

## **10.Pianto**

0. Non piango più del solito
1. Piango più del solito
2. Piango per ogni minima cosa

3. Ho spesso voglia di piangere ma non riesco
- 

### **11.Agitazione**

0. Non mi sento più agitato o teso del solito
  1. Mi sento più agitato o teso del solito
  2. Sono così nervoso o agitato al punto che mi è difficile stare fermo
  3. Sono così agitato o teso che devo continuare a muovermi o fare qualcosa
- 

### **12.Perdita di interessi**

0. Non ho perso interesse verso le altre persone o verso le attività
  1. Sono meno interessato agli altri o alle cose rispetto a prima
  2. Ho perso la maggior parte dell'interesse verso le altre persone o cose
  3. Mi risulta difficile interessarmi a qualsiasi cosa
- 

### **13.Indecisione**

0. Prendo decisioni come sempre
  1. Trovo più difficoltà del solito nel prendere decisioni
  2. Ho molte più difficoltà nel prendere decisioni rispetto al solito
  3. Non riesco a prendere nessuna decisione
- 

### **14.Senso di inutilità**

0. Non mi sento inutile
  1. Non mi sento valido e utile come un tempo
  2. Mi sento più inutile delle altre persone
  3. Mi sento completamente inutile su qualsiasi cosa
- 

### **15.Perdita di energia**

0. Ho la stessa energia di sempre
  1. Ho meno energia del solito
  2. Non ho energia sufficiente per fare la maggior parte delle cose
  3. Ho così poca energia che non riesco a fare nulla
-

## **16.Sonno**

- 0. Non ho notato alcun cambiamento nel mio modo di dormire
  - 1a. Dormo un po' più del solito
  - 1b. Dormo un po' meno del solito
  - 2a. Dormo molto più del solito
  - 2b. Dormo molto meno del solito
  - 3a. Dormo quasi tutto il giorno
  - 3b. Mi sveglio 1-2 ore prima e non riesco a riaddormentarmi
- 

## **17.Irritabilità**

- 1. Non sono più irritabile del solito
  - 2. Sono più irritabile del solito
  - 3. Sono molto più irritabile del solito
  - 4. Sono sempre più irritabile
- 

## **18.Appetito**

- 0. Non ho notato alcun cambiamento nel mio appetito
  - 1a. Il mio appetito è un po' diminuito rispetto al solito
  - 1b. Il mio appetito è un po' aumentato rispetto al solito
  - 2a. Il mio appetito è molto diminuito rispetto al solito
  - 2b. Il mio appetito è molto aumentato rispetto al solito
  - 3a. Non ho per niente appetito
  - 3b. Mangerei in qualsiasi momento
- 

## **19.Concentrazione**

- 1. Riesco a concentrarmi come sempre

2. Non riesco a concentrarmi come al solito
  3. Trovo difficile concentrarmi per molto tempo
  4. Non riesco a contrarmi su nulla
- 

## **20.Fatica**

0. Non sono più stanco o affaticato del solito
  1. Mi stanco e mi affatico più facilmente del solito
  2. Sono così stanco e affaticato che non riesco a fare molte delle cose che facevo prima
  3. Sono talmente stanco e affaticato che non riesco più a fare nessuna delle cose che facevo prima
- 

## **21.Sesso**

0. Non ho notato alcun cambiamento recente nel mio interesse verso il sesso
  1. Sono meno interessato al sesso rispetto a prima
  2. Ora sono molto meno interessato al sesso
  3. Ho completamente perso l'interesse verso il sesso
- 

Qui di seguito, sono riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi.

Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta il numero che indica come Lei si SENTE ADESSO, CIOE' IN QUESTO MOMENTO.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate.

Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere meglio i suoi attuali stati d'animo.

# QUESTIONARIO S.T.A.I.

## FORMA Y-1

1= per nulla 2= un po' 3= abbastanza 4= moltissimo

1.Mi sento calmo	1	2	3	4
2.Mi sento sicuro	1	2	3	4
3.Sono teso	1	2	3	4
4.Mi sento sotto pressione	1	2	3	4
5.Mi sento tranquillo	1	2	3	4
6.Mi sento turbato	1	2	3	4
7.Sono attualmente preoccupato per possibili disgrazie	1	2	3	4
8.Mi sento soddisfatto	1	2	3	4
9.Mi sento intimorito	1	2	3	4
10.Mi sento a mio agio	1	2	3	4
11.Mi sento sicuro di me	1	2	3	4
12. Mi sento nervoso	1	2	3	4
13.Sono agitato	1	2	3	4
14. Mi sento indeciso	1	2	3	4
15. Sono rilassato	1	2	3	4
16. Mi sento contento	1	2	3	4
17. Sono preoccupato	1	2	3	4
18. Mi sento confuso	1	2	3	4
19. Mi sento disteso	1	2	3	4
20. Mi sento bene	1	2	3	4

Qui di seguito, sono riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi.

Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta il numero che indica come Lei si SENTE ABITUALMENTE.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate.

Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere meglio come lei si sente abitualmente.

## **QUESTIONARIO S.T.A.I.**

### **FORMA Y-2**

1= per nulla   2= un po'   3= abbastanza   4= moltissimo

1.Mi sento bene	1	2	3	4
2.Mi sento teso e irrequieto	1	2	3	4
3.Sono soddisfatto di me stesso	1	2	3	4
4.Vorrei poter essere felice come sembrano gli altri	1	2	3	4
5.Mi sento un fallito	1	2	3	4
6.Mi sento riposato	1	2	3	4
7.Io sono calmo, tranquillo e padrone di me	1	2	3	4
8.Sento che le difficoltà si accumulano tanto da non poterle superare	1	2	3	4
9.Mi preoccupo troppo di cose che in realtà non hanno importanza	1	2	3	4
10.Sono felice	1	2	3	4
11.Mi vengono pensieri negativi	1	2	3	4
12.Manco di fiducia in me stesso	1	2	3	4
13.Mi sento sicuro	1	2	3	4
14.Prendo decisioni facilmente	1	2	3	4
15.Mi sento inadeguato	1	2	3	4
16.Sono contento	1	2	3	4
17.Pensieri di scarsa importanza mi passano per la mente e mi infastidiscono	1	2	3	4
18.Vivo le delusioni con tanta partecipazione da non poter togliermele dalla mente	1	2	3	4
19.Sono una persona costante	1	2	3	4
20.Divento teso e turbato quando penso alle mie attuali preoccupazioni	1	2	3	4

1. SOFFRE ABITUALMENTE DI DOLORE DIFFUSO AGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI?

- SI
- NO

Se si, indichi con un numero l'intensità dei suoi dolori, dove 1 corrisponde al minor grado di dolore e 10 corrisponde al peggior dolore possibile

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

2. QUANTO DOLORE AVVERTE DURANTE LA VENIPUNTURA DELLA F.A.V.?

Indichi con un numero l'intensità del dolore, dove 1 corrisponde al minor grado di dolore e 10 corrisponde al peggior dolore possibile

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3. SOFFRE ABITUALMENTE DI PRURITO DIFFUSO?

- SI
- NO

Se si, indichi con un numero l'intensità del suo prurito, dove 1 corrisponde al minor grado di prurito e 10 corrisponde al peggior prurito possibile

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

4. SOFFRE DI INSONNIA?

- SI
- NO

Se si, indichi con un numero da 1 a 10 quanto compromette la sua qualità di vita questo sintomo, dove 1 significa che non incide sulla qualità di vita e 10 indica che incide molto negativamente

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

5. E' IN SOVRAPPESO O IN STATO DI OBESITA'?

- SI
- NO

Se si, indichi sulla scala numerica quanto ritiene che il suo stato sia causato da una scorretta o eccessiva alimentazione, dove 1 corrisponde ad una dieta corretta e 10 corrisponde ad una dieta totalmente scorretta.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

6. PROVA ANSIA O TIMORE QUANDO DEVE SOTTOPORSI AD ESAMI STRUMENTALI INVASIVI O PICCOLA CHIRURGIA (creazione di F.A.V. inserimento di cateteri venosi centrali, ecc.)?

- SI
- NO

Se si, indichi sulla scala numerica quanto sono presenti ansia o paura, in relazioni ad esami e piccoli interventi, dove 1 corrisponde ad una lievissima paura e ansia e 10 corrisponde al massimo grado di paura ed ansia immaginabili

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

7. SOFFRE MOLTO LE RESTRIZIONI IDRICHE E ALIMENTARI CHE LA SUA PATOLOGIA COMPORTA?

- SI
- NO

Se si, mi indichi quanto trova difficile sottoporsi alle restrizioni richieste, dove 1 significa che lo trova lievemente difficile e 10 significa che lo trova insopportabile

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

8. LEI SI SENTE ABITUALMENTE AFFATICATO?

- SI
- NO

Se si, potrebbe indicarmi quanto si sente abitualmente affaticato, considerando che 1 corrisponde ad un lieve stato di affaticamento e 10 è il massimo senso di affaticamento mai provato.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

**ALLEGATO 4. Profilo Professionale, Codice Deontologico,  
Normativa vigente.**

**Decreto 14 settembre 1994, n. 739**  
(Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995, n. 6)  
**Regolamento concernente l'individuazione della figura  
e del relativo profilo professionale dell'infermiere  
Il ministro della Sanita'**

**Visto** l'articolo 6, comma 3, del Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", nel testo modificato dal Dlgs 7 dicembre 1993, n. 517;

**Ritenuto** che, in ottemperanza alle precitate disposizioni, spetta al ministro della Sanità di individuare con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili, relativamente alle aree del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione;

**Ritenuto** di individuare con singoli provvedimenti le figure professionali;

**Ritenuto** di individuare la figura dell'infermiere;

**Ritenuto** di prevedere e disciplinare la formazione complementare;

**Visto** il parere del Consiglio superiore di sanità, espresso nella seduta del 22 aprile 1994;

**Ritenuto** che, in considerazione della priorità attribuita dal piano sanitario nazionale alla tutela della salute degli anziani, sia opportuno prevedere espressamente la figura dell'infermiere geriatrico addetto all'area geriatrica anziché quella dell'infermiere addetto al controllo delle infezioni ospedaliere, la cui casistica assume minor rilievo;

**Udito** il parere del Consiglio di Stato espresso nell'adunanza generale del 4 luglio 1994;

**Vista** la nota, in data 13 settembre 1994, con cui lo schema di regolamento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, al presidente del Consiglio dei ministri;

**Adotta il seguente regolamento:**

## **Articolo 1**

**1** - E' individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

**2** - L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

**3** - L'infermiere:

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero professionale.

**4** - L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

**5** - La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

- a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
- b) pediatria: infermiere pediatrico;
- c) salute mentale- psichiatria: infermiere psichiatrico;
- d) geriatria: infermiere geriatrico;
- e) area critica: infermiere di area critica.

**6** - In relazione a motivate esigenze emergenti dal Servizio sanitario nazionale, potranno essere individuate, con decreto del ministero della Sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica.

**7** - Il percorso formativo viene definito con decreto del ministero della Sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce

titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recede in presenza di mutate condizioni di fatto.

## **Articolo 2**

1 - Il diploma universitario di infermiere, conseguito ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione, previa iscrizione al relativo Albo professionale.

## **Articolo 3**

1 - Con decreto del ministro della Sanità di concerto con il ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica sono individuati i diplomi e gli attestati, conseguiti in base al precedente ordinamento, che sono equipollenti al diploma universitario di cui all'articolo 2 ai fini dell'esercizio della relativa attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici.

## **Il Codice deontologico dell'Infermiere**

**Approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009**

### ***Articolo 1***

L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.

### ***Articolo 2***

L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

### ***Articolo 3***

La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

### ***Articolo 4***

L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona.

### ***Articolo 5***

Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.

### ***Articolo 7***

L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.

### **Articolo 9**

L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere.

### **Articolo 11**

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati.

### **Articolo 12**

L'infermiere riconosce il valore della ricerca, della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito.

### **Articolo 13**

L'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

### **Articolo 20**

L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

### **Articolo 34**

L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

### **Disposizioni finali**

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice sono vincolanti; la loro inosservanza è sanzionata dal Collegio professionale.

I Collegi professionali si rendono garanti della qualificazione dei professionisti e della competenza da loro acquisita e sviluppata.

## **Legge 26 febbraio 1999, n. 42**

### **Disposizioni in materia di professioni sanitarie**

pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 50 del 2 marzo 1999

---

#### **Art. 1.**

*(Definizione delle professioni sanitarie)*

1. **La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".**

2. **Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni. Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione *post-base* nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.**

## Legge 10 agosto 2000, n. 251

### **"Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"**

(Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 6 settembre 2000)

Art. 1.

*(Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica)*

**1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.**

3. Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:

**b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.**

## **ALLEGATO 5. Consenso Informato**

Settimo Torinese, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

SIGNOR/RA \_\_\_\_\_

### CONSENSO INFORMATO

Con la presente accetto di essere sottoposto ad una seduta di comunicazione ipnotica dall'infermiera Luisa Napoli.

Sono stato informato che lo stato di coscienza si può modificare attraverso una comunicazione ipnotica, ma è anche una condizione naturale della mente sperimentabile in modo spontaneo in più occasioni durante la giornata.

Attivando questa modificazione posso aumentare la mia capacità di autocontrollo emotivo e amplificare le possibilità di controllo della mia mente sul mio corpo producendo effetti fisici reali e vantaggiosi per me, quali il rilassamento muscolare, il respiro tranquillo, la capacità di ridurre il dolore.

Sono altresì stato informato che il tutto si realizza grazie alla potenza della mia capacità di creare immagini mentali, suggerite dalla voce e dai gesti dell'operatore.

Ho compreso che è anche possibile un'amplificazione delle reazioni emotive.

Dichiaro di non essere in terapia psichiatrica con la diagnosi di psicosi e che non esistono altre situazioni che controindichino l'utilizzo di questa metodica.

Ho compreso bene che tutto quanto si verifica durante la comunicazione ipnotica è frutto della mia capacità di immaginare solo se la mia mente da' il consenso alla realizzazione della suggestione e che pertanto in questo stato modificato di coscienza non possono essere realizzate manipolazioni della mia mente, che tutto quanto si realizza avviene solo se è compreso in un contratto terapeutico con l'operatore e che non è possibile in alcun modo attraverso la comunicazione ipnotica costringere il soggetto a realizzare atti contrari all'istinto di conservazione, lesivi per la propria integrità fisica, psicologica, o contrari alle proprie convinzioni, ai propri principi etici e morali.

In fede \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 6. Scheda Comunicazione Ipnotica S.C.I.

**SCI** (scheda comunicazione ipnotica)

N° _____
data _____
_____

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Impiego \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

### Metodo di induzione

- Non verbale
- Rilassamento
- Compiti
- Focalizzazione dell'att. e ratifica imm. - apri e chiudi gli occhi
- Focalizzazione dell'attenzione verso l'esterno - fissa un punto
- Focalizzazione dell'attenzione verso l'interno - respiro
- Stimoli alternati destra / sinistra \_\_\_\_\_

### Modificazioni a livello fisico e a livello di coscienza

<input type="checkbox"/> Sudorazione / calore	<input type="checkbox"/> Senso di benessere
<input type="checkbox"/> Rallentamento / inerzia	<input type="checkbox"/> Distacco dalla realtà
<input type="checkbox"/> Riduzione tono muscolare	<input type="checkbox"/> Campo attenzione ristretto
<input type="checkbox"/> Modificazione F.C.	<input type="checkbox"/> Distorsione temporale
<input type="checkbox"/> Modificazione del respiro	<input type="checkbox"/> Dissociazione
<input type="checkbox"/> Sguardo espressione tipici	<input type="checkbox"/> Percezioni modificate
<input type="checkbox"/> Movimenti oculari	<input type="checkbox"/> Emozioni amplificate
<input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Deglutizione	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Testa reclinata	<input type="checkbox"/>

## *Abilità e fenomeni*

<input type="checkbox"/> <i>Peso e inerzia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Rivificazione</i>
<input type="checkbox"/> <i>Catalessi braccio palpebre</i>	<input type="checkbox"/> <i>Calma controllo emozioni</i>
<input type="checkbox"/> <i>Levitazione</i>	<input type="checkbox"/> <i>Aumento prestazioni f. e m.</i>
<input type="checkbox"/> <i>Amnesia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Recupero ricordi</i>
<input type="checkbox"/> <i>Allucinazione</i>	<input type="checkbox"/> <i>Recupero rapido risorse</i>
<input type="checkbox"/> <i>Distorsione temporale</i>	<input type="checkbox"/> <i>Concentrazione selettiva</i>
<input type="checkbox"/> <i>Analgesia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Indursi sonno fisiologico</i>
<input type="checkbox"/> <i>Regressione</i>	<input type="checkbox"/> <i>Rilassamento muscolare</i>
<input type="checkbox"/> <i>Rilassamento muscolatura liscia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Controllo F.C. F.R. e temperatura corporea</i>
<input type="checkbox"/> <i>Riduzione sanguinamento</i>	<input type="checkbox"/> <i>Riduzione spasmi</i>

## *Tipo di ipnosi*

- Ipnosi rilassamento*
- Ipnosi vigile*
- Sonno ipnotico*
- Sonnambulismo*

## *Obiettivo concordato*

---

## *Osservazioni*

---

---

---

## **INDICE**

PREMESSA.....	pag. 1
INTRODUZIONE.....	pag. 3
Capitolo Primo. CONTESTO OPERATIVO.....	pag. 7
Capitolo Secondo. PROGETTO .....	pag.10
2.1 Fasi e Tempi.....	pag.10
2.2 Ricerca bibliografica e revisione della letteratura.....	pag.11
2.3 Scelta degli strumenti di indagine.....	pag.13
2.4 Metodologia di indagine.....	pag.21
2.5 Fase pratica di comunicazione ipnotica.....	pag.31
Capitolo Terzo. RISULTATI .....	pag.38
Capitolo Quarto. CONCLUSIONI.....	pag.42
BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA.....	pag.43
ALLEGATI.....	pag.44
1.Diagramma di Gantt.....	pag.44
2.Elenco titoli articoli ricerca bibliografica su banche dati.....	pag.45
3.Questionario.....	pag.47
4.Profilo Professionale, Codice Deontologico, Normativa.....	pag.58
5.Consenso Informato.....	pag.65
6.S.C.I. Scheda Comunicazione Ipnotica.....	pag.66

## **Ringraziamenti**

*La mia gratitudine va principalmente ai pazienti del centro dialisi di Settimo T.se che hanno avuto fiducia in me e si sono resi disponibili affinché il Progetto si realizzasse, permettendomi di sperimentare con loro una nuova modalità di cura*

---

*Ringrazio la Dott.ssa Laura Papi, relatore della mia tesi, per aver appoggiato il mio Progetto e avermi permesso di esprimere, attraverso il mio elaborato, non solo un'esperienza professionale, ma anche un pezzetto di me*

---

*Ringrazio i docenti del C.I.I.C.S. per gli insegnamenti ricevuti durante le loro lezioni*

---

*La mia gratitudine va, inoltre, a Bice Properzi, per la sua grande disponibilità ed il sostegno elargito con professionalità e dolcezza*