

**ISTITUTO FRANCO GRANONE
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE
C.I.I.C.S.**

**Corso Base di
“Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica”**

**L’ipnosi nelle procedure mediche che richiedono
analgesedazione: il progetto formativo dell’Azienda
Provinciale per i Servizi Sanitari**

RELATORE

Dr. Rocco Iannini

CANDIDATO

Dott. Giovanni Pedrotti

Torino, 12/12/2020

INDICE

Introduzione	p.	3
1. L'ipnosi	p.	6
1.1 L'ipnosi nelle procedure che richiedono analgesedazione	p.	6
1.2 L'ipnosi negli stati d'ansia	p.	10
2. La formazione continua dei professionisti in ambito sanitario	p.	11
2.1 ECM:tipologie formative	p.	12
3. Progetto di formazione per la diffusione delle tecniche ipnotiche in APSS di Trento	p.	21
3.1 La costruzione del progetto formativo	p.	22
4. Sintesi e conclusioni	p.	27
5. Bibliografia	p.	30

1. Introduzione

Sentii parlare per la prima volta di ipnosi durante la specializzazione in Anestesia e Rianimazione. Nelle lezioni di Terapia del Dolore il professore ci spiegò che alcuni anni prima, cioè alla fine degli anni 80, all'ospedale di Verona furono portati a termine alcuni interventi cardiocirurgici dove al posto della tradizionale anestesia generale furono utilizzate tecniche di ipnosi. La cosa mi incuriosì molto tanto da chiedere ripetutamente anche nelle lezioni successive un approfondimento, purtroppo i programmi ministeriali non consentivano di dedicare spazio ai “fuori programma” e dopo qualche altro cenno non venne approfondito l'argomento. Ero all'inizio della mia carriera di anestesista ed iniziavo a comprendere i meccanismi fisiopatologici di percezione e conduzione del dolore, facevo fatica a capire come l'ipnosi potesse in qualche modo “inserirsi” modificando o meglio, modulando, la trasmissione dell'impulso dolorifico. Una cosa però avevo capito cioè che il dolore non poteva essere considerato come qualsiasi altro sintomo, il dolore doveva essere qualcosa di molto complesso che, coinvolgendo un gran numero

di strutture nervose anche a livello del sistema nervoso centrale, poteva essere influenzato da diversi fattori non ultimi la condizione psicologica e il contesto nel quale si generava la sensazione dolorosa. Nel 1979 la “International Association for the Study of Pain” diede la seguente definizione di dolore: *“è un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a un danno tissutale potenziale o in atto”*.

L'ipnosi rimaneva un argomento per il quale nutrivo grande interesse ma essendomi occupato, negli anni successivi, di Terapia Intensiva misi da parte l'argomento ipnosi per molto tempo. Mi interessai nuovamente all'ipnosi un paio d'anni fa quando un collega cardiologo mi parlò dell'ipnosi come tecnica alternativa all'analgesia farmacologica nelle procedure cardiologiche interventistiche. Immaginali immediatamente che l'ipnosi avrebbe potuto garantire dei benefici sia per la possibilità di portare a termine alcune procedure mediche, non molto dolorose ma poco confortevoli per il paziente, senza la necessità di somministrare farmaci sedativi, sia per la possibilità di “risparmiare” la presenza dell'anestesista durante le procedure invasive, non solo cardiologiche ma di diverse altre specialità.

2. L'IPNOSI

Per ipnosi si intende uno stato di coscienza modificata in grado 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 tra questi e colui che ha indotto l'ipnosi. Esistono numerose altre definizioni di ipnosi ma questa definisce chiaramente che non si tratta di uno stato di sonno come qualcuno potrebbe erroneamente credere ma di un particolare stato di coscienza in cui il soggetto è vigile, mantiene la capacità di interagire con l'ambiente e con altri individui ma l'ambiente assume per lui una dimensione particolare e diversa da quella reale in grado di realizzare il monoidesimo plastico.

1.1 L'ipnosi nelle procedure che richiedono analgesedazione.

Le esperienze di ipnosi nel controllo del dolore risalgono all'antichità, l'utilizzo dell'analgesia ipnotica ha da sempre attirato l'attenzione dei medici quando non esistevano ancora le possibilità dell'anestesia farmacologica. Si ritiene che l'uso dell'ipnosi per il trattamento delle malattie abbia origine assai remota e che essa sia la più antica forma di

psicoterapia conosciuta: patrimonio comune di molte culture primitive, ha avuto da sempre larghissima diffusione, sia come pratica mistico-religiosa sia come vero e proprio procedimento curativo. Molti reperti archeologici, ritrovati in tombe o in templi, testimoniano la conoscenza di numerosi fenomeni ipnotici utilizzati a fini divinatori o terapeutici, indotti consapevolmente o inconsapevolmente con tecniche non troppo dissimili da quelle impiegate nelle moderne forme di psicoterapia. Indicazioni sull'uso dell'ipnosi nell'antica Cina risalgono al 20° secolo a.C., epoca in cui Wang Tai, considerato il fondatore della medicina cinese, insegnava ai suoi seguaci una tecnica terapeutica che poteva indurre fenomeni non comuni e si fondava sulla pratica del passaggio delle mani al di sopra del corpo degli individui che venivano sottoposti alla cura. Nella medicina induista, all'incirca nel 1500 a.C., vengono descritte procedure terapeutiche basate su rituali che iniziavano con canti e danze accompagnati dal suono di tamburi e di campane, alternati con la musica di strumenti a corda e flauti di bambù. Successivamente, i partecipanti cominciavano a danzare con passi leggeri, in un movimento continuo di rotazione, mormorando parole dal significato mistico, fino a raggiungere quello che attualmente sarebbe descritto come uno stato di trance.

Nell'antica civiltà egizia l'ipnosi era conosciuta e utilizzata sia come strumento terapeutico, sia come procedimento finalizzato a ottenere l'anestesia per interventi chirurgici. Un papiro egiziano, risalente al 3° secolo a.C., costituisce probabilmente la prima documentazione completa di un'induzione ipnotica simile nella sua metodica a quelle seguite dalla ipnosi moderna: esso descrive il metodo impiegato da un faraone per ipnotizzare un giovane suddito, tramite la fissazione dello sguardo su una fonte di luce, soffermandosi anche sul resoconto di quello che il ragazzo afferma di avere visto e udito mentre era nella condizione di trance. Non è chiaro, in questo caso, se la trance fosse stata usata come terapia o allo scopo di ottenere chiaroveggenza. Secondo quanto descritto nel Vecchio Testamento, anche gli ebrei conoscevano e impiegavano i fenomeni ipnotici e pure in questo caso appare lecito supporre che la trance avesse una duplice funzione. Alcuni profeti se ne servivano per fare profezie, mentre in altre evenienze era possibile ottenere guarigioni toccando leggermente con le mani la parte malata o, semplicemente, con lo sguardo. A prescindere dalle modalità utilizzate per ottenere la trance, la capacità di alcuni individui di sottoporsi a tagli e punture oppure di irrigidire il proprio corpo per

lunghi periodi di tempo fa supporre la presenza di fenomeni di analgesia ipnotica e di catalessia sviluppati nel corso di una trance sonnambulica.

Vi è ormai dimostrazione che l'effetto analgesico dell'ipnosi non è riconducibile all'effetto placebo, alla paura (non è un'analgesia da stress o ansia) o alla suggestione, non dipende dalle endorfine e quindi non è reversibile con antagonisti degli oppioidi e non dipende da modulazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, ma è un effetto specifico. Secondo tale teoria lo stato ipnotico determina delle modificazioni nelle strutture di controllo cognitive, per cui i processi cognitivi dell'ipnotizzato non sono più disponibili alla coscienza ordinaria. In sintesi, è attualmente accettato che l'ipnosi svolga il suo ruolo nel controllo del dolore attraverso eventi aspecifici quali la defocalizzazione dell'attenzione, la riduzione dell'ansia associata, il noto effetto placebo che può assumere un notevole peso se esiste un'ottima sintonia medico-paziente ed infine il decondizionamento. L'ipnosi interverrebbe modulando i sistemi sensoriali afferenti sopprimendo anche alcuni riflessi segmentari locali. L'ipnosi si è dimostrata capace di alleviare sia la componente sensoriale discriminativa dell'esperienza dolorosa, sia la componente affettiva. In soggetti altamente ipnotizzabili è stato osservato un maggior effetto sulla componente motivazionale affettiva dell'esperienza stessa. La

separazione tra le due componenti potrebbe essere responsabile della attivazione di fenomeni riflessi conseguenti al dolore quali un aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, della frequenza respiratoria, della sudorazione, ecc... E' stato dimostrato che l'analgesia ipnotica non dipende da sistemi neuromorali, come quelli modulati dalle endorfine e non è influenzata dalla somministrazione di antagonisti degli oppioidi. Altrettanto valido sembra l'utilizzo delle tecniche ipnotiche per la partoanalgesia. L'ipnosi è utilizzata in diverse realtà per il trattamento del dolore postoperatorio, per agevolare procedure diagnostiche o terapeutiche dolorose, in particolare nei bambini; per il dolore iatrogeno, per il dolore da parto, il dolore odontoiatrico, il dolore da ustioni, per il dolore cronico non oncologico ad esempio lombalgia, fibromialgia, sindrome dell'arto fantasma, cefalee croniche primarie, per il dolore oncologico e i disturbi associati. Nel 1994 l'Associazione Internazionale per lo studio del dolore definisce il dolore come esperienza mentale. Sempre lo stesso anno la quarta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders introduceva all'interno dei disturbi somatiformi la categoria Pain Disorders, dove la valutazione psicologica non serve a distinguere un dolore organico da uno psicogeno, ma ad analizzare come i fattori psicologici interferiscono

con l'espressione del dolore e l'effetto del dolore sul benessere del paziente.

1.2 L'ipnosi negli stati d'ansia

L'ipnosi si presta in maniera particolarmente efficace a curare tutta una serie di sofferenze psichiche, fra cui i disturbi d'ansia. Il suo effetto positivo sulla riduzione degli stati d'ansia è stato dimostrato da numerosi studi. La tecnica si basa sull'induzione di uno stato di rilassamento fisico e mentale del paziente, il quale genera uno stato più ricettivo verso gli stimoli provenienti dal subconscio. Tale stato può essere ottenuto per esempio invitando la persona a concentrare i propri pensieri su un oggetto specifico (monoideismo plastico). Attraverso l'ipnosi si creano i presupposti per poter accedere con maggior facilità alle risorse interne della persona, risorse in grado di produrre effetti benefici, o anche solo permettere alla persona di vedere i problemi in maniera diversa e più costruttiva. Il terapeuta, dunque, non ordina dall'esterno al soggetto ciò che deve fare o credere, bensì lo aiuta nella ricerca delle sue risorse interne che possono servirgli per stare meglio. Lo stato ipnotico non è un sonno profondo o uno stato di incoscienza completa: si tratta piuttosto di una sorta di dormiveglia in cui le difese razionali agiscono con meno efficacia. (Da Milton Erickson.)

2. La formazione continua dei professionisti in ambito sanitario

In Italia il sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) è stato sostenuto dalle grandi riforme della sanità e delle professioni sanitarie, a partire dal DLgs 502/1992 integrato dal DLgs 229/1999, che hanno condotto ad una maggiore attenzione alla qualità delle cure e dei servizi. Con la Conferenza Stato-Regioni del 2001 e con l'avvio del programma nazionale di ECM nel 2002, è stato introdotto l'obbligo della formazione continua per i professionisti sanitari, che hanno quindi sia l'obbligo sia il diritto di accedere alla formazione continua per il mantenimento e l'aggiornamento di competenze, conoscenze e abilità cliniche, tecniche e manageriali, attraverso l'acquisizione di crediti ECM. Ogni professionista deve conseguire 50 crediti annuali (150 nel triennio); i crediti indicano la quantità di impegno (in termini di tempo) che il professionista impiega per il suo apprendimento o per l'insegnamento (un credito corrisponde circa ad un'ora di lavoro). L'obiettivo del programma ECM è quello di creare un sistema integrato a livello nazionale, regionale e provinciale che condivide regole comuni in modo da garantire omogeneità su tutto il territorio nazionale. La gestione nazionale del programma ECM fa capo all'**Age.na.s.** che lo governa attraverso una Commissione Nazionale. I

corsi di formazione ECM sono organizzati da provider pubblici o privati, accreditati secondo standard definiti (Conferenza Stato-Regioni, 2017).

I rapidissimi cambiamenti che avvengono nel campo delle conoscenze biomediche e nell'ambito dell'evoluzione tecnologica ed organizzativa impongono ai professionisti un continuo aggiornamento delle proprie conoscenze, delle abilità tecniche, di quelle relazionali e dei comportamenti, con l'obiettivo di garantire una maggiore efficacia e sicurezza all'assistenza prestata al paziente.

2.1 *ECM: tipologie formative*

Attualmente, il sistema ECM prevede diverse tipologie di corsi formativi, ciascuna con un proprio sistema di accreditamento (Age.n.a.s, n.d.b):

- Formazione residenziale (RES);
- Formazione sul campo (FSC);
- Formazione a distanza (FAD);
- Formazione blended e altre forme.

Formazione residenziale

La formazione residenziale prevede corsi di didattica frontale erogati in sedi dedicate, con un numero di partecipanti non superiore a duecento.

In tali corsi possono essere previste anche sessioni interattive rivolte ad un numero limitato di partecipanti, come ad esempio il role playing, le simulazioni, le esercitazioni e i lavori in piccoli gruppi. Comprende inoltre convegni, congressi, simposi e conferenze, dove il numero dei partecipanti è invece più elevato (oltre duecento); al loro interno possono essere organizzati ad esempio workshop e seminari su specifiche tematiche e con un numero di partecipanti inferiore a cento. Anche la videoconferenza è considerata una attività formativa residenziale; viene trasmessa in sedi diverse in simultanea e non prevede forme di interattività (Age.na.s., n.d.b, n.d.c).

Il simposio a differenza del congresso ha un argomento più specifico e un numero minore di partecipanti. Il seminario è rivolto a persone che hanno già esperienza sull'argomento (ad esempio per raggiungere un consenso su una procedura). Il workshop di solito coinvolge un gruppo di professionisti che ha una funzione specifica da svolgere (ad esempio l'individuazione delle competenze del medico di medicina generale con particolare interesse in cure palliative, esempio tratto da un'esperienza di stage).

Formazione sul campo

Prevista dalla Commissione Nazionale ECM sin dal 2003, la formazione sul campo prevede un maggior coinvolgimento attivo dei partecipanti e un maggior orientamento verso lo sviluppo delle competenze e gli esiti sui pazienti. Si svolge direttamente nei contesti lavorativi che includono non solo la pratica clinica, ma anche una sfera storica, sociale e culturale. La formazione sul campo è orientata non solo alla soddisfazione dei bisogni di sviluppo professionale del singolo professionista, ma anche a quelli dell'organizzazione e dei servizi del contesto lavorativo (Williams, 2010; Zannini, 2015), al miglioramento dei processi assistenziali, favorendo l'apprendimento di competenze professionali e di comportamenti organizzativi (Age.na.s., n.d.c; Zannini, 2015).

Williams (2010) evidenzia due tipologie di eventi formativi per l'apprendimento work-based: corsi orientati a fornire ai partecipanti le competenze per eseguire il proprio lavoro in un'area specifica e corsi focalizzati sul processo di apprendimento e sulla creatività, che conducono ad un cambiamento nella pratica.

Esistono quindi diverse modalità più o meno formali di formazione sul campo, il sistema ECM italiano prevede tre tipologie, di seguito

esplicitate: il training, i gruppi di miglioramento e l'attività di ricerca (Age.na.s., n.d. b).

a. Training individualizzato

Il training individualizzato prevede attività seguite da un formatore tutor, svolte generalmente durante tirocini, training, periodi di affiancamento e inserimento. È programmato in contesti lavorativi qualificati e risponde a obiettivi specifici: mantenimento o acquisizione di nuove conoscenze, abilità e comportamenti, ad esempio per l'uso di strumenti e tecnologie (Age.na.s., n.d. b, n.d.c).

b. Gruppi di miglioramento

In questa categoria sono comprese diverse tipologie: gruppi di lavoro/studio/miglioramento, circoli di lettura di articoli scientifici, comitati aziendali permanenti (ad esempio il comitato etico), commissioni di studio, comunità di pratica, audit clinico e/o assistenziale e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA).

I gruppi di miglioramento prevedono l'interazione tra pari, generalmente in gruppi multiprofessionali e multidisciplinari, organizzati all'interno del contesto lavorativo. Intervengono sui processi di lavoro, sulle situazioni o sulle procedure, presidiando

l'intero percorso del cambiamento; prevedono la ricerca di documentazione, la discussione in gruppo, l'analisi di casi, la redazione e presentazione di elaborati e procedure (Age.na.s., n.d.b).

I gruppi di lavoro/studio/miglioramento sono finalizzati al miglioramento continuo della qualità, dei processi clinico-assistenziali, gestionali, o organizzativi, al conseguimento di un accreditamento o di una certificazione (Age.na.s., n.d.b).

Le comunità di pratica sono state introdotte alla fine degli anni Ottanta; rappresentano un gruppo di professionisti che non necessariamente lavora assieme nel quotidiano, un gruppo di pari dove non esistono gerarchie, dove si collabora e si interagisce condividendo obiettivi lavorativi e formativi, interessi, problemi, informazioni, consigli e soluzioni (Ranmuthugata et al., 2011; Zannini, 2015). Le comunità di pratica coinvolgono tre dimensioni: l'impresa comune, le interazioni e la condivisione. Lo scopo è di facilitare l'apprendimento, scambiare informazioni, migliorare la conoscenza e la pratica, promuovere la standardizzazione della pratica e trovare idee innovative (Ranmuthugata et al., 2011; Barry et al., 2017). Attraverso la comunità di pratica si genera un processo sociale di apprendimento che proviene dall'esperienza e dalle pratiche

riflessive. Di seguito si elencano alcune attività possibili: analisi dell'agire professionale (produzione di mappe del lavoro), riflessioni sulla pratica professionale (diari di bordo), piani di azione e di miglioramento, creazione di strumenti e documenti e condivisione dei lavori (pubblicazioni) (Zannini, 2015).

Un'altra tipologia compresa nei gruppi di miglioramento è l'audit clinico e/o assistenziale in cui si attua una valutazione sistematica e standardizzata dei processi adottati o degli esiti clinici ottenuti. Si inizia con l'identificazione dei problemi, dei pazienti da campionare, dei dati da raccogliere; si procede con l'analisi dei dati raccolti confrontandoli con standard di riferimento concordati, definendo quindi le eventuali strategie da adottare per il miglioramento della qualità dell'assistenza (Age.na.s., n.d.b, n.d.c).

Anche i PDTA sono compresi in questa categoria. Sono percorsi assistenziali integrati e multiprofessionali che vedono l'applicazione pratica delle linee guida in un determinato contesto sanitario, con lo scopo di migliorare la pratica, gli aspetti organizzativi e gestionali (Age.na.s., n.d.b, n.d.c).

c. Attività di ricerca

Sono considerate formazione sul campo anche la partecipazione ad attività e studi di ricerca programmati da provider accreditati (Age.na.s., n.d.b)

Formazione a distanza

Con formazione a distanza si intendono attività formative nelle quale il docente e i discenti (o gruppo di discenti) sono separati: l'attività di formazione raggiunge il partecipante nel luogo dove si trova, in genere senza vincoli spazio/temporali. Sono previste le seguenti tipologie (Age.na.s., n.d.b, n.d.c):

- a. **FAD** con strumenti informatici/cartacei: fornisce materiale didattico durevole e ripetibile attraverso l'uso di computer, CD-ROM, DVD, pen-drive, software o attraverso materiale cartaceo predisposto dal provider; non prevede la presenza di un tutor.
- b. **e-learning**: predispone materiale didattico durevole e ripetibile attraverso piattaforme tecnologiche con connessione internet, intranet, etc; può prevedere momenti di collaborazione tra i discenti e di interazione con i docenti e i tutor.
- c. **FAD sincrona**: consiste nella partecipazione in diretta a sessioni formative attraverso internet (aule virtuali, webinar); prevede degli orari stabiliti e la possibilità di interazione.

Formazione blended e altre forme

La formazione blended prevede una forma mista con momenti formativi in presenza e a distanza. Si possono alternare ad esempio lezioni frontali in aule reali, studio a distanza con gli strumenti FAD, tutorship di rete, libri e dispense cartacee (Age.na.s., n.d.b; n.d.c).

Altre forme accreditabili sono infine le attività di docenza nei vari eventi residenziali o di formazione a distanza sincrona; la preparazione del materiale per attività di formazione a distanza o di e-learning, le attività di

tutor nel training individualizzato, in eventi residenziali o a distanza

(Age.na.s., n.d.b).

3. Progetto di formazione per la diffusione delle tecniche ipnotiche in APSS di Trento

Per favorire la diffusione delle tecniche ipnotiche nelle procedure che richiedono analgesia l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento (APSS) ha inserito il progetto in uno dei 3 Piani della formazione adottati all'interno di APSS con delibera del Direttore Generale; più precisamente è inserito nel Piano per lo sviluppo di competenze specialistiche, manageriali e trasversali. In questo piano confluiscono tutte le attività che provengono dalle aree del servizio ospedaliero, del servizio territoriale, oppure dai Dipartimenti, dal Consiglio di Direzione, dai Comitati aziendali, dai Dipartimenti amministrativi. Il titolo del Piano vuole richiamare le tematiche e i contenuti che saranno trattate all'interno delle singole iniziative formative: in particolare "specialistico" si riferisce alle competenze strettamente legate allo sviluppo di competenze clinico assistenziali, "manageriali" rappresentano per lo più lo sviluppo di competenze di leadership, problem solving, decision making che riguardano

soprattutto i ruoli di direzione e di coordinamento, e infine “trasversale” si riferisce a tematiche che coinvolgono tutti i professionisti dell’Azienda (es. rischio clinico, bioetica, percorsi sulla qualità). L’analisi dei bisogni avviene per lo più attraverso lo strumento della consulenza formativa di cui il Servizio si è dotato dal 2018. Attraverso questa modalità è stata presentata al Servizio formazione aziendale la richiesta di formazione per supportare la realizzazione del progetto presentato in questo lavoro di tesi.

3.1 La costruzione del progetto formativo

Per favorire la buona riuscita del lavoro è stato strutturato un progetto di formazione che in relazione all’analisi del fabbisogno e in considerazione degli obiettivi generali individuati intende avvalersi di metodologie e tecniche formative diverse ed attente ad accompagnare il percorso di apprendimento del professionista adulto anche in relazione all’attuale situazione pandemica che impone una rivisitazione importante delle tradizionali e consuete modalità di risposta ad un fabbisogno di formazione.

Le fasi di gestione del progetto formativo possono essere sinteticamente rappresentate come segue:

- analisi del fabbisogno condotta all'interno dell'unità organizzativa interessata (in questa fase, che si svolge nel contesto lavorativo ad opera del professionista, avviene l'identificazione del fabbisogno e la valutazione dell'eventuale congruenza);
- definizione del progetto di formazione è, questa, una fase molto delicata poiché comprende la stesura del progetto, la definizione degli obiettivi generali e nonché le ricadute formative attese; in questa fase vengono inoltre definite le fasi e tappe di lavoro e le diverse tipologie formative
- attivazione dell'iter per l'accreditamento istituzionale coerentemente alle indicazioni fornite dalla Commissione provinciale per la formazione continua;
- realizzazione del progetto
- realizzazione del progetto;
- valutazione di impatto.

Ruoli previsti

Il tutor ha un ruolo attivo nell'organizzazione del progetto, è un facilitatore nei processi di apprendimento, favorisce la rielaborazione e l'integrazione tra teoria e prassi; essendo spesso un professionista interno all'U.O. condivide le dinamiche e problematiche, consentendo la realizzazione di una formazione più contestualizzata. Il tutor è dunque un collega che aiuta i colleghi ad apprendere, promuove diverse conoscenze attivando processi di riflessione critica, favorisce scambi e collaborazioni, crea le condizioni per un apprendimento cooperativo.

Il docente esperto interviene per approfondire alcuni aspetti particolari.

I partecipanti rappresentano il target dei destinatari a cui è rivolto il progetto.

Percorso di formazione: l'ipnosi nelle procedure mediche che richiedono analgesedazione

1. Erogazione su piattaforma Moodle APSS all'indirizzo <http://fed.apss.tn.it/>
2. Sessione di addestramento /
3. partecipazione a webinar

PREMESSA

Per ipnosi si intende uno stato di coscienza modificata in grado di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permetta di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi tra questi e colui che ha indotto l'ipnosi. L'effetto dell'ipnosi nel controllo del dolore è noto da tempo. Gli studi degli ultimi cinquant'anni, dimostrano che l'ipnosi è in grado di controllare diverse sintomatologie dolorose, sia sperimentalmente (dolore ischemico, da pressione, da freddo, da caldo, da stimolazione elettrica), che clinicamente. L'ipnosi si è dimostrata capace di alleviare sia la componente sensoriale discriminativa dell'esperienza dolorosa, sia la componente affettiva, l'esperienza psicologica del dolore, contenendo stati di ansia, di depressione o di stress. Paura e ansia, sensazione di impotenza e aspettative negative possono tutte essere ridotte con l'ipnosi. Diverse sono le realtà in cui viene utilizzata l'ipnosi in particolare nel trattamento del dolore postoperatorio, per agevolare procedure diagnostiche o terapeutiche dolorose, in particolare nei bambini; nel dolore da parto, nel dolore odontoiatrico, nel dolore da ustioni, nel dolore cronico come la lombalgia, la fibromialgia, la sindrome dell'arto fantasma, le cefalee croniche primarie, nel dolore oncologico e i disturbi associati. APSS ha deciso di favorire la diffusione delle tecniche ipnotiche nella pratica clinica con un corso teorico pratico della durata di circa 30 ore. Obiettivo del corso è l'acquisizione delle competenze comunicative per migliorare la compliance del paziente, attraverso la riduzione dell'ansia e della percezione del dolore nelle procedure mediche.

DESTINATARI

Medici e infermieri di reparti e servizi dell'APSS che quotidianamente si trovano a dover gestire situazioni di ansia e dolore difficilmente controllabili con le comuni tecniche di analgesedazione.

<p>MODALITÀ DI ISCRIZIONE Invito nominale La partecipazione è a titolo gratuito.</p> <p>ORECREDITI ECM:</p> <p>OBIETTIVO DOSSIER FORMATIVO: tecnico-professionale/di processo/di sistema</p>	<p>MODALITÀ DI FRUIZIONE DEL CORSO FAD Sarà possibile connettersi alla piattaforma all'indirizzo http://fed.apss.tn.it/</p> <p>RILASCIO ATTESTATO Il rilascio dell'attestato è subordinato alla partecipazione dell'intera durata dell'evento e al superamento della prova finale di apprendimento.</p>	<p>INFORMAZIONI SULL'EVENTO Servizio Formazione</p>
---	--	--

IN CORSO DI RILASCIO IL PATROCINIO



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

Programma

Il corso **Fad** (sia modalità **asincrona** che **sincrona**) è articolato in argomenti e moduli

Durata:

Presentazione del corso

- Modulo 1: il linguaggio ipnotico, inquadramento teorico ed esercitazioni pratiche
- Modulo 2: struttura base e modello della tecnica, esercitazioni pratiche
- Video tutorial: casi clinici
- Modulo 3: attuazione di diverse tecniche ipnotiche nelle situazioni di stress associato alla procedura, inquadramento teorico ed esercitazioni pratiche
- Modulo 4: feedback dell'esperienza del primo periodo, rimandi per il miglioramento e adeguamento ai diversi contesti di cura
-
- Valutazione ECM di fine percorso FAD
-
- Area Gradimento e attestato di completamento

Metodo didattico

Il percorso di autoformazione richiede la visualizzazione obbligatoria di tutti

Sessione formativa di training individuale

La sessione pratica si realizza durante almeno 5 sedute in affiancamento ad un operatore esperto e prevede :
esecuzione guidata di induzione di uno stato di ipnosi;

Indicazioni generali sull'organizzazione: si accede a questa seconda parte dopo aver completato la Fad, scaricando l'attestato di completamento.

La durata media di ogni singola seduta è di ore 2

La sessione pratica sarà programmata al termine della fruizione della FAD asincrona

Verrà predisposta check list per la parte pratica per poter certificare l'acquisizione della skill

Previsto foglio firma nominale

Sessione Webinar – incontro con gli esperti –

Confronto diretto discenti ed esperti durante l'esperienza

Esperti

Interni ed esterni ad Apsa

RESPONSABILI SCIENTIFICI Giovanni Pedrotti Massimiliano Maines	SERVIZIO FORMAZIONE Dirigente: Cristina Moletta Coordinatore di segreteria: Elisa Zanon
---	--

4. *Sintesi e conclusioni*

L'ipnosi può essere definita come uno stato di coscienza modificata in grado 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 tra questi e colui che ha indotto l'ipnosi. Poiché l'ipnosi non è uno stato di sonno, come qualcuno potrebbe erroneamente credere, ma un particolare stato di coscienza in cui il soggetto è vigile, mantiene la capacità di interagire con l'ambiente e con altri individui, e l'ambiente assume per lui una dimensione particolare e diversa da quella reale, fin dall'antichità si è utilizzata l'ipnosi per rendere più sopportabili e meno dolorose molte pratiche mediche. L'anestesia ipnotica è quella che ha attirato maggiormente l'attenzione dei medici, essendo stata utilizzata per scopi pratici quando non esistevano ancora le possibilità di quella farmacologica. Sono numerose le testimonianze di veri e propri interventi chirurgici portati a termine con l'utilizzo delle tecniche ipnotiche in sostituzione dell'anestesia farmacologica. Numerosi studi hanno dimostrato che la soppressione della sensazione dolorosa è reale e possibile perché l'ipnosi interverrebbe modulando i sistemi sensoriali afferenti sopprimendo anche alcuni riflessi segmentari locali. L'ipnosi

venne progressivamente abbandonata quando si resero disponibili i moderni farmaci sedativi che permisero di applicare l'analgosedazione alle procedure mediche con minimi effetti indesiderati. In realtà la condizione di ipnosi consente al paziente di estraniarsi dall'ambiente pur mantenendosi in uno stato di coscienza tale da garantire un buon grado di collaborazione con l'operatore, indispensabile per portare a termine in modo corretto determinate procedure. Un altro indubbio vantaggio è rappresentato dall'autonomia con la quale ogni singolo specialista sarebbe in grado di portare a termine le procedure mediche se fosse in grado di applicare le tecniche ipnotiche in sostituzione dell'anestesia farmacologica, pratica che richiede obbligatoriamente la presenza della figura dell'anestesista per tutta la durata della procedura.

Le esperienze di diversi specialisti e le evidenze riguardo le reali possibilità offerte dalle tecniche ipnotiche hanno spinto alcuni professionisti a proporre al Servizio Formazione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento (APSS) un corso di ipnosi. L'intento è quello di introdurre l'ipnosi nella normale pratica clinica consentendo la diffusione delle tecniche ipnotiche in affiancamento e progressivamente in sostituzione delle tecniche anestesologiche farmacologiche. La Direzione Strategica ha accolto

questa richiesta inserendo il progetto formativo nel Piano della formazione.

5. BIBLIOGRAFIA

Granone F., *Trattato di ipnosi*, UTET Torino 1989.

The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis, ed. E.L. Rossi, New York, Irvington, 1980 (trad. it. L'ipnosi in medicina, in id., Opere, 4° vol., Roma, Astrolabio, 1984).

International Association for Study of Pain, *PAIN*, Washington 2005
USA

Age.Na.S., *Manuale Nazionale di Accredimento per l'erogazione di eventi ECM*, Roma 2017