



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2025

**APPROCCIO INTEGRATO ALLA DIAGNOSTICA CARDIACA:
L'IPNOSI CLINICA NELL'ASSISTENZA
ALL'ECOCARDIOGRAMMA TRANSESOFAGEO**

Candidato

Elena Maria Raviol

Relatore

Dott.ssa Milena Muro

Correlatore

Dott. Luca Bacino

Sommario

1. Abstract.....	4
2. Introduzione.....	5
3. L'ecocardiogramma transesofageo in ambito ambulatoriale.....	6
3.1. Aspetti generali	6
3.2. Ruolo dell'infermiere nell'ecocardiogramma transesofageo	7
4. Ipnosi e comunicazione ipnotica.....	7
4.1. Definizioni e principi generali	7
4.2. Cenni storici	8
4.3. Principi e tecniche della comunicazione ipnotica in ambito sanitario.....	10
4.3.1. Principi fondamentali della comunicazione ipnotica	10
4.3.2. Tecniche principali.....	10
4.4. Applicabilità nel contesto sanitario.....	11
4.4.1. La figura dell'infermiere in ambito ambulatoriale.....	11
4.4.2. Comunicazione ipnotica nel contesto dell'ecocardiogramma transesofageo.....	12
4.4.3. Vantaggi documentati	14
4.5. Formazione e responsabilità	14
5. Materiali e metodi	15
5.1. Ricerca bibliografica	15
5.2. Contesto operativo	15
5.3. Partecipanti	16
5.4. Intervento	16
5.5. Procedura diagnostica.....	18
5.6. Variabili raccolte	18
6. Risultati	18
6.1. Premessa sui partecipanti.....	18
6.2. Caratteristiche del campione.....	19
6.3. Procedura con ipnosi	22
6.4. Risultati oggettivi	22
6.5. Risultati soggettivi.....	23
6.6. Report di un caso di comunicazione ipnotica	23
7. Discussione	25

7.1. Commenti al caso clinico	26
8. Limiti del progetto	26
9. Allegati.....	28
9.1. Allegato A.....	28
9.2. Allegato B.....	29
9.3. Allegato C	30
9.4. Allegato D	31
10. Bibliografia.....	32

1. Abstract

Introduzione. L'ecocardiogramma transesofageo è una procedura diagnostica fondamentale nella valutazione delle patologie cardiache, ma non priva di criticità. Spesso i pazienti manifestano ansia e disagio, rendendo necessaria la sedazione farmacologica, con possibili effetti collaterali e prolungamento dei tempi di recupero. In questo contesto, la comunicazione ipnotica emerge come un'opportunità innovativa per migliorare l'esperienza del paziente e ridurre il ricorso ai sedativi.

Obiettivi. La tesi si propone di valutare la possibilità di integrare l'ipnosi clinica nell'assistenza al paziente sottoposto ad ecocardiogramma transesofageo in un contesto ambulatoriale universitario, dove attualmente l'unico strumento di supporto è rappresentato dalla sedazione farmacologica.

Metodologia. In un ristretto campione di pazienti l'ecocardiogramma transesofageo è stato condotto con l'ausilio della comunicazione ipnotica per tutta la durata della procedura. Per ciascun paziente sono stati raccolti dati relativi a tempi di induzione, parametri vitali, utilizzo di farmaci sedativi e percezione soggettiva dell'esperienza, valutata tramite feedback diretto post-procedura.

Risultati. Sono stati considerati sei pazienti, con età media di 69,2 anni; l'induzione ipnotica ha richiesto mediamente meno di quattro minuti. L'esperienza ha mostrato una riduzione significativa dell'impiego di midazolam, con due procedure condotte senza alcun ricorso alla sedazione. Non è stato mai necessario l'uso di flumazenil (Anexate). Tutti i pazienti hanno espresso gradimento per la tecnica, riferendo rilassamento e percezione di minore durata dell'esame. Anche i medici hanno espresso parere favorevole, evidenziando un miglioramento nella compliance e nello svolgimento della procedura.

Conclusioni. L'ipnosi clinica si è dimostrata un valido strumento di supporto nell'assistenza all'ecocardiogramma transesofageo, apprezzata sia dai pazienti sia dai professionisti. La riduzione dell'ansia, il miglioramento del comfort e il minor utilizzo di sedativi aprono prospettive interessanti per un approccio infermieristico integrato, centrato sulla persona e orientato alla sicurezza.

2. Introduzione

L'ecocardiogramma transesofageo (ETE) è una procedura diagnostica di fondamentale importanza nella valutazione di patologie cardiache complesse, come endocarditi, embolie sistemiche, trombi atriali e difetti settali. Sebbene sia considerato sicuro ed efficace, la sua natura semi-invasiva ed il coinvolgimento diretto del paziente nella deglutizione e nel mantenimento della posizione rendono l'esame potenzialmente fonte di disagio fisico e psicologico (Eren, 2015). In particolare, l'ansia anticipatoria è una risposta frequente, che può interferire con l'esecuzione della procedura ed influenzare negativamente l'esperienza globale del paziente. Tradizionalmente, per aumentare la tollerabilità dell'indagine, vengono impiegati anestetici locali e sedazione farmacologica. Tuttavia, questi approcci possono non essere adatti a tutti i pazienti, in particolare in ambito ambulatoriale, dove tempi di recupero rapidi e l'assenza di complicanze farmacologiche sono fondamentali (Umit, 2015).

Negli ultimi anni, il crescente interesse per approcci non farmacologici in ambito sanitario ha portato ad esplorare l'efficacia di strumenti comunicativi avanzati, come la comunicazione ipnotica, nel migliorare il comfort e la collaborazione del paziente durante procedure invasive.

Questo elaborato si propone di approfondire, dal punto di vista infermieristico, l'impiego della comunicazione ipnotica nella preparazione e nell'assistenza al paziente sottoposto ad ETE, mettendo in luce i presupposti teorici, le tecniche utilizzabili in ambito clinico e gli effetti osservabili sul piano emotivo e comportamentale del paziente. In particolare, si intende:

1. Promuovere la conoscenza di un approccio comunicativo già sperimentato con risultati positivi in alcuni contesti ospedalieri
2. Evidenziare i benefici potenziali dell'utilizzo della comunicazione ipnotica durante l'ETE in termini di riduzione dell'ansia, miglioramento della compliance del paziente e possibile riduzione dell'uso di farmaci sedativi
3. Analizzare l'effetto dell'introduzione di questo approccio comunicativo anche sul team di lavoro, con particolare riferimento alla percezione dei professionisti coinvolti (medici, infermieri) in termini di miglioramento del clima relazionale, facilitazione del gesto tecnico ed aumento della cooperazione interdisciplinare
4. Proporre un'applicazione pratica della tecnica in un contesto clinico in cui essa non è ancora utilizzata, con l'intento di aprire la strada a future integrazioni nella prassi assistenziale infermieristica

3. L'ecocardiogramma transesofageo in ambito ambulatoriale

3.1. Aspetti generali

L'ecocardiogramma transesofageo è una procedura diagnostica avanzata che utilizza gli ultrasuoni per ottenere immagini ad alta risoluzione delle strutture cardiache. A differenza dell'ecocardiogramma transtoracico, l'ETE prevede l'inserimento di una sonda ecografica flessibile dotata di trasduttore a livello esofageo; da questa posizione, più vicina al cuore e priva di interferenze ossee o polmonari, è possibile ottenere una visione più nitida delle valvole, dell'atrio sinistro, dell'aorta e di eventuali masse o trombi intracardiaci (ASE American Society of Echocardiography, 2013). La durata media dell'esame è di 15-30 minuti circa, anche in relazione al grado di collaborazione del paziente.

In ambito ambulatoriale, la procedura è solitamente eseguita in una sala attrezzata, da un'équipe composta da medico cardiologo, infermiere e, talvolta, anestesista in caso di sedazione profonda. Il paziente viene preparato mediante anestesia locale del cavo orale e del faringe e sedazione leggera (ASE American Society of Echocardiography, 2013).

Pur essendo generalmente sicuro, l'ETE è una procedura che può generare complicanze minori e transitorie come dolore faringeo, nausea, sensazione di corpo estraneo in gola e disfonia (Nishimura, 2014). In una piccola percentuale di casi, possono manifestarsi complicanze più serie; tra queste le più rilevanti sono il trauma esofageo con rischio di perforazione, emorragie o lesioni delle mucose. Sebbene rare (incidenza stimata < 0,01%), queste complicanze possono richiedere un intervento medico urgente. In pazienti con preesistenti patologie esofagee, come varici, stenosi, diverticoli di Zenker o pregressa chirurgia dell'esofago, il rischio è aumentato e l'esecuzione dell'esame va attentamente valutata.

Complicanze respiratorie come broncospasmo, ipossia, aspirazione e laringospasmo possono verificarsi, in particolare, in soggetti con comorbidità respiratorie o ridotto stato di coscienza. Anche le reazioni alla sedazione cosciente (ipotensione, bradicardia, depressione respiratoria) devono essere attentamente monitorate dal personale infermieristico e medico durante e dopo l'esame (Marcucci & Quadranti, 2018).

3.2. Ruolo dell'infermiere nell'ecocardiogramma transesofageo

Il ruolo dell'infermiere durante l'ETE è cruciale per garantire la sicurezza del paziente, la qualità dell'esame e la gestione del comfort psicologico. Nel dettaglio si possono individuare tre momenti di specificità infermieristica:

- A. Preparazione del paziente:
 - ✓ Informazione pre-esame: in collaborazione con il cardiologo spiegare la procedura, i rischi ed i benefici
 - ✓ Verifica del digiuno (almeno 6 ore)
 - ✓ Anamnesi per allergie, difficoltà di deglutizione o patologie esofagee
 - ✓ Posizionamento del paziente sul lettino in decubito laterale sinistro
- B. Supporto durante l'esame:
 - ✓ Somministrazione e monitoraggio della sedazione cosciente (in collaborazione con il medico)
 - ✓ Monitoraggio dei parametri vitali: saturazione ossigeno, traccia ECG
 - ✓ Supporto alle gestione delle secrezioni, assistenza durante l'introduzione della sonda
 - ✓ Controllo e gestione della sicurezza (aspirazione, pronto intervento in caso di riflesso vagale, nausea, vomito, broncospasmo)
- C. Assistenza post-esame:
 - ✓ Monitoraggio post-sedazione fino al recupero
 - ✓ Sorveglianza del rischio di complicanze (emorragie, aspirazione, dolore toracico)
 - ✓ Educazione al paziente sulle precauzioni post-esame (non mangiare fino al completo recupero della deglutizione)

4. Ipnosi e comunicazione ipnotica

4.1. Definizioni e principi generali

L'**ipnosi** è una coscienza particolare, fisiologica, dinamica, durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali e somato-viscerali, per

l'instaurarsi di un monoideismo plastico^a ed una relazione privilegiata operatore-soggetto.

La **comunicazione ipnotica** è una modalità di comunicazione terapeutica che si ispira ai principi dell'ipnosi clinica, in cui il linguaggio viene utilizzato in modo strategico per orientare l'attenzione, favorire il rilassamento e stimolare le risorse interne dell'individuo. Si tratta di usare il linguaggio in modo suggestivo, rispettoso e flessibile, con l'obiettivo di ridurre l'ansia, il dolore percepito e la resistenza alle cure (Mosconi & Ranzini, 2015).

Alcuni principi fondamentali della comunicazione ipnotica includono:

- L'uso di un linguaggio positivo (“Può iniziare a rilassarsi...”)
- La valorizzazione della soggettività del paziente
- L'impiego di metafore e visualizzazioni immaginative
- La modulazione del tono e del ritmo della voce per indurre calma e fiducia
- osservazione empatica e linguaggio non verbale sintonizzato sul paziente.

4.2. Cenni storici

L'ipnosi ha origini remote, con testimonianze risalenti al popolo egizio ed agli antichi Cinesi, Ebrei, Tibetani e Persiani, quando sciamani, stregoni e guaritori erano soliti usare tecniche ipnotiche a scopo divinatorio (Bramwell, 1903).

La storia dell'ipnosi in Occidente iniziò nel XVIII secolo durante l'epoca dell'Illuminismo; contestualmente la medicina abbandonò la concezione che sintomi di patologie fisiche o psichiche fossero dovute all'insinuarsi di spiriti maligni nell'anima ed assunse un fondamento scientifico-biologico.

In questo contesto, Franz Mesmer (1779), medico tedesco, introdusse l'ipnosi come strumento terapeutico delle patologie comportamentali. Egli teorizzò il “magnetismo animale”, sostenendo l'esistenza di un fluido universale in grado di influenzare la salute fisica e psichica; in tal modo contribuì a focalizzare l'interesse scientifico sull'effetto della mente nel processo di cura (Pintar & Lynn, 2008).

^a Monoideismo plastico: è la focalizzazione su una sola idea. Esso diviene plastico quando la sua rappresentazione si attua in esperienza fenomenica verificabile.

Tra i detrattori del magnetismo spiccò il portoghese abate Faria (1776 – 1819), fondatore delle prime tecniche ipnotiche, il quale evidenziò l'esistenza di differenze tra gli individui nella suggestionabilità e nella capacità di entrare in ipnosi.

Alle idee di Faria, nel 1842, si riallacciò il chirurgo scozzese James Braid che introdusse per primo il termine ipnotismo definendolo “stato particolare del sistema nervoso, determinato da manovre artificiali”. Per primo descrisse un metodo di induzione dell'ipnosi che non prevedeva alcun passaggio di fluido tra ipnotista e soggetto (ad esempio, la fissazione di un punto luminoso); i fatti prodotti con l'ipnotismo sono da attribuirsi ad un turbamento cagionato al sistema nervoso attraverso la concentrazione dello sguardo, il riposo assoluto del corpo e la fissità dell'attenzione (Braid, 1843). In conclusione gli effetti dell'ipnotismo non sono dovuti né alla personalità né alla volontà dell'ipnotizzatore e tutto dipende dallo stato psicofisico dell'ipnotizzato (Granone, 1989).

Allo sviluppo dell'ipnosi come la conosciamo oggi ha contribuito, tra gli altri, lo psichiatra statunitense Milton H. Erickson; egli l'ha descritta come un processo naturale e spontaneo centrato sull'individuo e sulla valorizzazione delle sue risorse inconscie, accessibile attraverso una comunicazione non direttiva e basata su metafore, linguaggio indiretto e tecniche suggestive (Erickson, Rossi, & Rossi, 1981).

In Italia la comunicazione ipnotica ha avuto sviluppi significativi grazie al lavoro del medico neurologo Franco Granone (1922 – 2010), fondatore della Società Italiana di Ipnosi. Pioniere dell'ipnosi clinica, Granone ha contribuito a integrare la suggestione ipnotica nell'ambito medico-scientifico, proponendo un modello neuropsicofisiologico dell'ipnosi. A lui va riconosciuto il merito di aver delineato, nel corso degli anni, le differenze fra trance ed ipnosi ed aver formalizzato il concetto di “ipnosi vigile”, ovvero uno stato di trance ipnotica molto leggero nel quale le suggestioni possono esercitare effetti curativi e ristrutturanti.

Negli ultimi decenni, grazie ad una crescente evidenza neuroscientifica e clinica, la comunicazione ipnotica è stata integrata nei contesti sanitari come supporto alla relazione di cura. Studi recenti ne confermano l'efficacia nella riduzione del dolore, dell'ansia e nella promozione del benessere nei pazienti sottoposti a procedure invasive o potenzialmente stressanti (Faymonville, Laureys, & Maquet, 2000).

4.3. Principi e tecniche della comunicazione ipnotica in ambito sanitario

La comunicazione ipnotica si fonda sull'idea che il linguaggio può modificare l'esperienza soggettiva della persona, attivando risposte neurofisiologiche utili alla gestione del dolore, dell'ansia e della percezione corporea. In ambito sanitario, rappresenta uno strumento efficace per creare una relazione di fiducia, ridurre la reattività emotiva e favorire la cooperazione del paziente durante interventi e procedure, anche complesse o invasive (Tabata, 2025).

4.3.1. Principi fondamentali della comunicazione ipnotica

I principali pilastri teorici della comunicazione ipnotica derivano dall'ipnosi ericksoniana, e possono essere così riassunti:

- Stato di coscienza naturale: lo stato ipnotico è considerato una condizione fisiologica e spontanea, simile a quella che sperimentiamo durante la lettura o la guida automatica. Non si tratta di un'alterazione patologica della coscienza, ma di una focalizzazione selettiva dell'attenzione (Erickson, 1978).
- Centralità del paziente: la comunicazione ipnotica valorizza le risorse interiori del soggetto, rispettando il suo ritmo, linguaggio e vissuto. L'operatore non impone, ma accompagna.
- Uso strategico del linguaggio: attraverso la forma e il contenuto del discorso, l'operatore può indurre rilassamento, distrazione, ristrutturazione percettiva e maggiore tolleranza allo stress.
- Empatia e alleanza: il tono di voce, la prosodia, il ritmo e l'ascolto attivo sono strumenti fondamentali per creare un clima relazionale sicuro e collaborativo.

4.3.2. Tecniche principali

Nel concreto, l'infermiere può utilizzare tecniche semplici ma efficaci di comunicazione ipnotica, adattabili anche nei tempi brevi della pratica ambulatoriale. Tra le più utilizzate:

- ✓ Ricalco e guida (pacing and leading): l'operatore inizia descrivendo ciò che il paziente sta realmente vivendo ("Sta respirando lentamente... sente la poltrona sotto di sé...") per poi introdurre elementi suggestivi ("...e può iniziare a rilassarsi sempre più...").

- ✓ Uso di linguaggio permissivo: si utilizzano forme verbali non direttive, come “può”, “quando sarà pronto”, per stimolare una risposta non forzata ma facilitata.
- ✓ Metafore e storie terapeutiche: racconti, immagini o analogie possono aiutare il paziente a ristrutturare la percezione di un evento (“Alcune persone immaginano di trovarsi in un luogo sicuro e piacevole, mentre il corpo fa quello che deve fare...”).
- ✓ Focalizzazione sull’esperienza positiva: si orienta l’attenzione su aspetti di calma, respiro, sensazioni corporee piacevoli, distraendo il paziente da stimoli disturbanti.
- ✓ Ancoraggi positivi: si può richiamare un ricordo o un’immagine di benessere, da collegare a un gesto, per facilitare il rilassamento durante tutta la procedura.

4.4. Applicabilità nel contesto sanitario

Le tecniche di comunicazione ipnotica si sono dimostrate efficaci in vari ambiti clinici: in sala operatoria (ipnosedazione), nelle cure palliative, nella gestione del dolore acuto, ma anche nei contesti ambulatoriali, dove la rapidità dell’intervento può essere bilanciata da una comunicazione mirata.

4.4.1. La figura dell’infermiere in ambito ambulatoriale

Il contesto ambulatoriale è caratterizzato da tempi ristretti, frequente turn-over dei pazienti e procedure che, pur essendo spesso di routine, possono suscitare preoccupazione, ansia o disagio. La comunicazione ipnotica può essere utilizzata in molte situazioni: durante prelievi, medicazioni, inserimento di accessi venosi, ma anche durante l’esecuzione di esami diagnostici potenzialmente stressanti, L’infermiere può, con pochi strumenti verbali e paraverbali, ridurre la reattività emotiva e migliorare la collaborazione del paziente.

Per esempio, frasi come:

“Mentre si concentra sul ritmo del suo respiro, può immaginare un posto in cui si sente calmo e protetto...”

“È del tutto normale sentire una certa tensione all’inizio, e proprio mentre la nota, può anche accorgersi che può lasciarla andare poco a poco...”

inducono uno stato di attenzione focalizzata compatibile con la piena vigilanza e la cooperazione. Questo stato permette al paziente di distogliere

l'attenzione da stimoli fastidiosi e di attivare risorse personali di regolazione e adattamento.

Oltre agli effetti diretti sul paziente, questa forma di comunicazione permette di valorizzare la dimensione relazionale dell'assistenza infermieristica, favorendo un clima di fiducia, umanizzazione delle cure e riduzione dello stress anche per l'operatore stesso.

4.4.2. Comunicazione ipnotica nel contesto dell'ecocardiogramma transesofageo

Come già accennato, nello specifico setting dell'ETE, gli elementi che possono compromettere la riuscita dell'esame ed aumentare il rischio di complicanze sono l'ansia del paziente, il riflesso faringeo e la percezione di invasività.

In questo contesto, la comunicazione ipnotica rappresenta uno strumento concreto e pratico per migliorare l'esperienza del paziente e facilitare l'esecuzione dell'esame da parte del team sanitario. Essa non sostituisce la sedazione farmacologica (quando prevista), ma può ridurre il bisogno di ansiolitici, migliorare la compliance del paziente e limitare le complicanze dovute a movimenti improvvisi, nausea, disagio o opposizione attiva (Montis, 2019).

I professionisti formati nelle tecniche base di comunicazione ipnotica possono fare la differenza tra una procedura vissuta con ansia e una affrontata con tranquillità.

1. Preinduzione

La fase iniziale è dedicata all'accoglienza del paziente, alla creazione di un clima di fiducia ed alla costruzione dell'alleanza terapeutica. Attraverso il linguaggio verbale e non verbale il professionista si pone in ascolto partecipe, mostrando empatia e rispetto. Tutto questo contribuisce a ridurre lo stato di attivazione, abbassare la critica e a promuovere una condizione di sicurezza percepita.

2. Induzione

Attraverso varie modalità e tecniche, adeguate all'operatore ed al soggetto, si innesca una destabilizzazione della coscienza ordinaria per ottenere una

condizione particolare ma fisiologica e la realizzazione di un monoideismo plastico. Si può ottenere una riduzione o modificazione degli stimoli esterni, una riduzione progressiva della consapevolezza ed uno stato di crescente rilassamento. L'operatore può cogliere alcuni dei segni dello stato ipnotico:

- sguardo fisso: fissità, sfocatura, diminuzione del riflesso di ammiccamento
- dilatazione pupillare
- flutter palpebrale: alcuni soggetti sviluppano un inconsapevole flutter delle palpebre
- ammiccamento
- lacrimazione
- deglutizione: inizialmente aumenta, in un secondo tempo rallenta, talvolta viene a mancare
- rallentamento della respirazione: il respiro rallenta, diventa più profondo, tende a diventare più addominale
- sudorazione: può aumentare la sudorazione delle mani
- rilassamento muscolare come: appiattamento dei muscoli facciali, perdita di simmetria, rilassamento mandibolare, reclinazione della testa, abbassamento delle spalle, extra-rotazione degli arti.
- immobilità del corpo: diminuzione dell'attività volontaria, aumentata inerzia motoria, diminuita risposta agli stimoli
- movimenti oculari rapidi: a occhi chiusi, quando visualizzano immagini spontanee, quando si chiede di visualizzare, movimenti simili alla fase del sonno REM.

3. Corpo

Rappresenta la fase centrale dell'induzione ipnotica, nella quale si consolidano la focalizzazione attentiva, la dissociazione dal contesto esterno e l'attivazione di risorse interne utili ad affrontare la procedura. Nel contesto dell'ETE, tale fase coincide con il momento più delicato per il paziente: l'inserimento e la permanenza della sonda esofagea. Durante questa fase l'operatore utilizza suggestioni mirate a trasformare le sensazioni fisiche spiacevoli in percezioni più tollerabili, sfruttando la plasticità del monoideismo e la potenza delle immagini mentali. Le suggestioni vengono costruite partendo dalle sensazioni corporee realmente presenti (es: il contatto con la sonda, la salivazione, la sensazione di corpo estraneo) per poi ridefinirle simbolicamente o trasformarle tramite metafore sensoriali.

4. Deinduzione

Al termine della procedura il soggetto viene progressivamente riportato alla coscienza ordinaria, guidandolo nel riorientamento temporo-spaziale e potenziando i risultati ottenuti nel “corpo”.

4.4.3. Vantaggi documentati

L'uso della comunicazione ipnotica in ambito procedurale ha mostrato, in vari studi, benefici come:

- riduzione del battito cardiaco e della pressione arteriosa pre-esame (Faymonville, Laureys, & Maquet, 2000),
- minore necessità di sedazione,
- miglior collaborazione e accettazione dell'esame (Schnur, 2008),
- maggiore soddisfazione percepita da parte del paziente (Dogan, 2016).

4.5. Formazione e responsabilità

L'utilizzo efficace della comunicazione ipnotica richiede una formazione mirata, che comprenda sia i fondamenti teorici dell'ipnosi clinica, sia l'apprendimento di tecniche pratiche applicabili in ambito sanitario. In Italia, tali competenze possono essere acquisite attraverso corsi ECM specifici o programmi formativi accreditati.

L'integrazione della comunicazione ipnotica nei percorsi di formazione infermieristica viene sempre più riconosciuta come uno strumento efficace per promuovere il benessere del paziente e sostenere il ruolo dell'infermiere come professionista della relazione.

È importante sottolineare che l'impiego della comunicazione ipnotica, pur non configurandosi come intervento terapeutico in senso stretto, deve essere esercitato nel rispetto dei limiti professionali e delle linee guida organizzative, garantendo sempre il consenso informato, la sicurezza e il benessere del paziente.

5. Materiali e metodi

5.1. Ricerca bibliografica

La ricerca bibliografica è stata condotta nel mese di maggio 2025 utilizzando l'accesso gratuito fornito dall'Università degli Studi di Torino. Le banche dati scientifiche di riferimento per l'ambito sanitario e psicologico utilizzate per questa ricerca sono PubMed, CINAHL, Embase, PsycInfo e Google Scholar.

La ricerca è stata svolta inizialmente tramite termini liberi per poi venire affinata con i termini Mesh. Le parole chiave utilizzate, selezionate in base alla pertinenza con l'argomento di tesi, includevano termini in italiano e in inglese quali: "ecocardiogramma transesofageo", "ipnosi", "comunicazione ipnotica", "Erickson", "Granone", "transesophageal echocardiography", "hypnosis", "hypnotic communication".

Sono stati inclusi nella revisione articoli scientifici pubblicati in lingua italiana e inglese, nonché manuali e testi specialistici di comprovata autorevolezza, purché pertinenti al tema della tesi. La selezione ha privilegiato fonti recenti e rilevanti ai fini teorici e pratici dell'elaborato. Sono stati esclusi articoli non scientifici, opinioni non referenziate o documenti privi di validazione accademica.

La ricerca si è svolta secondo un approccio qualitativo e narrativo, con l'obiettivo di integrare conoscenze relative sia alla comunicazione ipnotica in ambito sanitario, sia alla procedura dell'ecocardiogramma transesofageo, al fine di costruire un quadro teorico coerente e aggiornato.

5.2. Contesto operativo

Il progetto è stato condotto nel mio contesto lavorativo, ovvero l'ambulatorio di Cardiologia dell'Ospedale Molinette, nel periodo compreso tra giugno 2025 e settembre 2025. Il servizio di Ecocardiografia, in precedenza a carico dell'Ambulatorio di Cardiologia, dal 2023 è gestito dalla Struttura Semplice di Ecocardiografia Avanzata, in locali differenti; l'Ambulatorio di Cardiologia si è occupato invece di scompenso cardiaco avanzato, visite aritmologiche, test ergometrici ed indagini Holter.

Da giugno 2025 è in atto una riorganizzazione interna, per cui parte del servizio di Ecocardiografia è tornato ad essere gestito dall'Ambulatorio di Cardiologia.

Nel corso dell'anno 2024, sono stati eseguiti circa 1372 ETE ambulatoriali, con una media mensile di 114 esami. Questa elevata incidenza, unita alla necessità di garantire al paziente un'esperienza tollerabile e priva di complicanze farmacologiche, ha motivato la ricerca di strategie complementari alla sedazione tradizionale per la gestione dell'ansia procedurale.

5.3. Partecipanti

Ho selezionato in maniera opportunistica pazienti adulti (età ≥ 18 anni) candidati all'esecuzione di ETE ambulatoriale, secondo le indicazioni cliniche previste dalle linee guida. Sono stati inclusi solo pazienti in grado di comprendere e comunicare efficacemente in lingua italiana, senza alterazioni cognitive, neurologiche o psichiatriche evidenti. Sono stati esclusi pazienti con stato di coscienza alterato, in terapia psichiatrica attiva o che richiedevano preventivamente sedazione profonda.

Il reclutamento è avvenuto previa spiegazione delle modalità operative e ottenimento del consenso informato.

5.4. Intervento

Poiché la comunicazione ipnotica non è ancora parte della routine clinica dell'ambulatorio, non è stato applicato un vero e proprio protocollo ipnotico. Tuttavia, è stato possibile testare in via esplorativa alcune tecniche di comunicazione ipnotica conversazionale, attraverso brevi interazioni guidate focalizzate sulla ristrutturazione linguistica del sintomo (es. ansia/paura), l'induzione di immagini rassicuranti, e l'orientamento dell'attenzione. La comunicazione ipnotica, sempre intesa come attività complementare alle altre tecniche normalmente in uso, è stata applicata da un operatore sanitario in via di formazione (Corso di formazione in ipnosi clinica e comunicazione ipnotica, Istituto Franco Granone CIICS, 2025) che coincide con l'autore della presente tesi.

La comunicazione ipnotica ha seguito un modello concettuale che ho maturato partecipando al Corso sopra citato:

1. Accoglienza: ho accolto i partecipanti alla sperimentazione nella sala di Ecocardiografia; una adeguata accoglienza determina l'instaurarsi di un rapporto unico e privilegiato. Per creare un rapporto di fiducia ho preventivamente raccolto informazioni mediche e personali dei

- partecipanti, che potessero aiutarmi ad ottenere risposte sempre affermative; es: “Ti chiami nome cognome?”; “Sei nato a città?”; “E’ la prima volta che affronti questa procedura?” (se dalla cartella non emergono altre esperienze), oppure “Hai già affrontato questo esame in precedenza?” (se risulta abbia già eseguito l’indagine); “Possiamo darci del tu?” (di solito danno il consenso)
2. Contratto terapeutico: ho cercato di accogliere i loro bisogni e definire un obiettivo condiviso e motivato, es: “Hai bisogno di fare un buon esame per cui è necessaria la tua collaborazione”; “Posso aiutarti ad affrontare questa procedura con maggiore tranquillità e serenità insegnandoti una tecnica molto efficace ma anche molto semplice”; “Questa esperienza sarà diversa dalle altre volte”.
 3. Indicazioni motivate: tramite ordini semplici ho fatto eseguire ciò che ho indicato, in maniera concorde con l’obiettivo; es: “Chiudi gli occhi per concentrarti meglio su quanto ti spiego”; “Assumi una posizione comoda sul lettino e chiudi gli occhi, sarà più facile seguire la mia voce”
 4. Descrizione: per aumentare la fiducia ho descritto quello di cui mi sono accorta facendo affermazioni inconfutabili, utilizzando i miei sensi (ciò che ho visto, percepito, ascoltato), es: “Porta la tua attenzione alla bocca... puoi iniziare a concentrarti sulle labbra... vedo che le tue labbra sono chiuse, immobili, *si muovono...*”
 5. Ricalco: ho rimarcato sensazioni di cui la persona inequivocabilmente si accorge, la sua esperienza sensoriale, es: “Puoi percepire la lingua che riposa e si adatta spontaneamente all’interno della bocca E puoi notare la temperatura della saliva E puoi cogliere la differenza tra l’umidità all’interno della bocca e la temperatura dell’ambiente esterno”
 6. Suggestione e ratifica: ho suggerito esperienze possibili di modifiche percettive del corpo che possono essere ratificate, es: “... e mentre l’aria esce puoi accorgerti di come i muscoli del collo diventano sempre più morbidi, i muscoli intorno alla bocca si ammorbidiscono e la mascella si alleggerisce”; “quando sentirai la muscolatura rilassata me lo puoi far sapere sollevando un dito”; “... e mentre sei in questo stato di tranquillità nessun rumore, nessun suono diverso e particolare potranno disturbarti perché la tua mente sa cosa è importante e cosa no”; schiocco delle dita (ratifica)
 7. Monoideismo plastico: ho orientato la focalizzazione dell’energia mentale su un’unica immagine che servisse a riprodurre uno stato analgesico della bocca e del faringe (es: freddo del gelato/granita); “quando sentirai la freschezza del gelato sciogliersi in bocca puoi farmi un cenno con le dita”. Durante l’esame ho continuato con rinforzi, es:

- “Proprio come quando si gusta lentamente il gelato, puoi lasciare che il tempo scorra tranquillo, ad ogni respiro sei più calmo”
8. Ri-orientamento: terminato l’esame e rimossa la sonda, ho verificato la presenza nel “qui e ora”, es: “Ora puoi lasciar andare l’immagine del gelato. Con un respiro profondo puoi riaprire gli occhi e sentirti perfettamente presente”.

5.5. Procedura diagnostica

L’ecocardiogramma transesofageo è stato eseguito secondo le procedure standard dell’Unità Operativa. Tutti gli esami sono stati condotti da cardiologi esperti, con l’assistenza di personale infermieristico e monitoraggio dei parametri vitali. L’operatore esecutore dell’esame era distinto da quello che applicava la comunicazione ipnotica, in modo da evitare interferenze operative.

5.6. Variabili raccolte

Sono stati raccolti i seguenti dati:

- Livello di ansia percepita prima e durante l’esame (scala VAS da 0 a 10) mediante questionario paziente - allegato A
- Disagio riferito durante la procedura (scala VAS da 0 a 10) ed efficacia del supporto comunicativo (scala Likert da 1 a 5) – allegato B
- Rilevazione dei parametri vitali, necessità di sedazione farmacologica ed eventuali interruzioni della procedura mediante apposita scheda raccolta datai - allegato C.
- Osservazioni soggettive riportate dal paziente al termine dell’esame mediante intervista semi-strutturata - allegato B.
- Osservazioni soggettive riportate dall’operatore al termine dell’esame mediante intervista semi-strutturata - allegato D.

6. Risultati

6.1. Premessa sui partecipanti

Per motivi organizzativi e logistici subentrati dopo l’avvio del progetto, inerenti la riorganizzazione delle attività ambulatoriali e l’impiego del personale medico dedicato al servizio di ecocardiografia, non è stato possibile realizzare

il disegno originale. A fronte di 11 pazienti cui è stata proposta la partecipazione alla sperimentazione, solo 5 di essi hanno accettato e costituiscono il campione del presente lavoro (fig. 1).

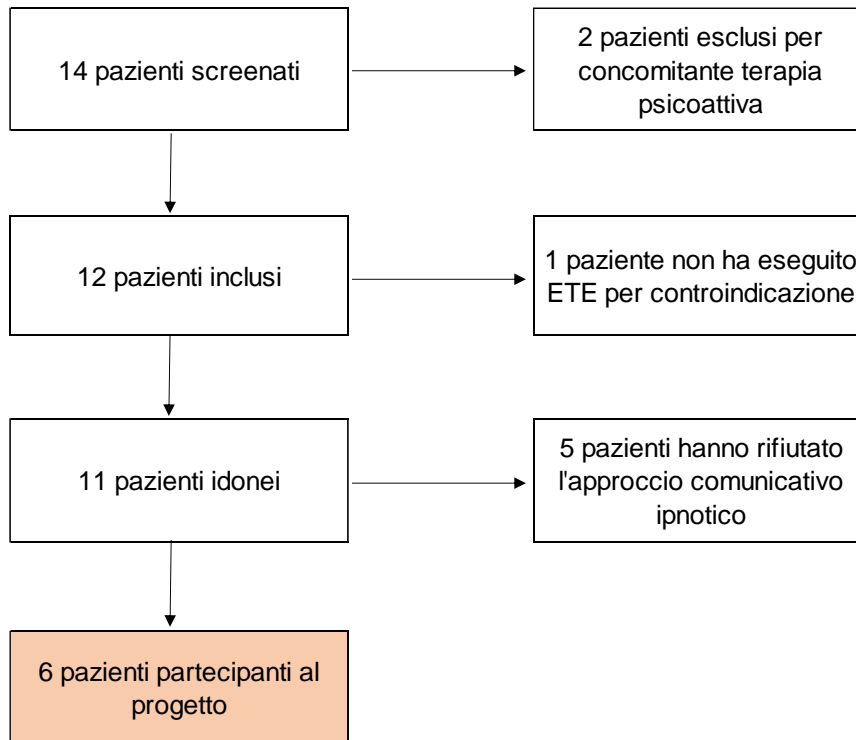


Fig. 1 – Selezione del campione

Pur rappresentando un campione limitato, i dati raccolti consentono alcune considerazioni preliminari sull'utilizzo della comunicazione ipnotica durante l'esecuzione dell'ETE

6.2. Caratteristiche del campione

Il campione era composto da 4 uomini e 2 donne, con età media di 69,2 anni (range 46-83). Due pazienti soffrivano di cardiopatia valvolare, e l'ETE rappresentava un esame fondamentale per definire la strategia correttiva; due pazienti presentavano una aritmia cardiaca ipercinetica (fibrillazione atriale) da sottoporre a procedura ablativa transcateretere; un paziente con febbre persistente da un mese necessitava di escludere una endocardite acuta; un

paziente era in valutazione per impianto di dispositivo di assistenza ventricolare.

Uno solo dei sei pazienti aveva già eseguito un ETE in precedenza, conservando un vissuto prevalentemente negativo dell'esperienza; un altro soggetto aveva sentito parlare della procedura da un familiare rilevandone un vissuto negativo; infine, gli altri quattro pazienti non avevano informazioni relative a questo esame. Il livello di ansia valutato tramite scala VAS prima dell'esame era pertanto moderato-alto (media di 8,7).

Nessuno dei sei pazienti aveva mai avuto precedenti esperienze con l'ipnosi e, a differenza di quanto sopra esposto circa l'ETE, nessuno ne aveva mai sentito parlare. Tutti si sono comunque dimostrati disponibili e collaborativi sin dalla fase di induzione.

Per quanto riguarda il titolo di studio, tre pazienti possedevano un diploma di scuola superiore, due erano laureati e uno aveva completato solo la scuola dell'obbligo.

I dati fin qui esposti sono riassunti nella tabella sottostante.

paziente	età	sexso	Titolo di studio	Ansia pre (VAS)	Esperienza ETE	Esperienza ipnosi	Sedazione farmacologica
L. F.	80	M	Diploma	9	No	No	Si
D. G.	83	M	Diploma	8	No	No	Si
S. R.	64	F	Laurea	9	No	No	Si
G. T.	82	M	-	10	Si	No	No
A. D.	60	F	Laurea	9	No	No	Si
C. M.	46	M	Diploma	7	No	No	No

Tab. 1 – Caratteristiche del campione

6.3. Procedura con ipnosi

In tutti i casi, l'induzione ipnotica è stata eseguita immediatamente prima dell'inizio della procedura diagnostica, con l'obiettivo di ridurre il livello di ansia e facilitare la collaborazione del paziente. È stata utilizzata una tecnica di focalizzazione esterna, attraverso la concentrazione visiva su un punto fisso o, in alternativa, con un'attenzione guidata verso le sensazioni nella cavità orale (ad esempio, la percezione della lingua, della diversa temperatura o della salivazione).

La durata media dell'induzione è stata di poco meno di 4 minuti, sufficiente a raggiungere uno stato di rilassamento e concentrazione compatibile con l'inizio dell'esame. In tutti i pazienti è stata osservata ottima collaborazione, con risposte positive agli stimoli verbali ed adeguato mantenimento dello stato di rilassamento durante l'esecuzione dell'ETE.

La principale difficoltà riscontrata ha riguardato l'ambiente di lavoro, non sempre favorevole ad una completa neutralità sensoriale: la presenza di continui rumori ambientali, luci e passaggi di personale sanitario, ha in alcuni casi interferito con la fase iniziale dell'induzione, richiedendo un maggior tempo per la realizzazione dello stato ipnotico. Nonostante ciò la procedura è risultata sempre eseguibile senza interruzioni e con una sensibile riduzione dell'impiego di farmaci sedativi (mediamente per un ETE si utilizzano dai 3 a i 5 mg di midazolam).

6.4. Risultati oggettivi

I principali risultati sono esposti nella tabella sottostante.

paziente	Durata procedura (min.)	Sedazione farmacologica	Disagio durante ETE	Complicanze	Stabilità parametri vitali
L. F.	20	Si (1 mg)	6	No	Si
D. G.	23	Si (1 mg)	4	No	Si
S. R.	12	Si (1 mg)	5	No	Si
G. T.	19	no	3	No	Si
A. D.	15	Si (1 mg)	3	No	Si
C. M.	22	no	2	No	Si

Tab. 2 – Risultati oggettivi

6.5. Risultati soggettivi

I risultati soggettivi sono stati ricavati da brevi interviste semi-strutturate realizzate al termine dell'esame con i pazienti e con l'equipe medica coinvolta nelle procedure diagnostiche. È stato inoltre chiesto al Cardiologo responsabile dell'ETE un breve commento scritto rispetto all'approccio comunicativo ipnotico.

Tutti i pazienti coinvolti hanno riferito un'esperienza positiva legata all'utilizzo della comunicazione ipnotica come supporto durante l'esecuzione dell'ETE. In particolare è stato evidenziato un sostanziale beneficio nella gestione dell'ansia già a partire dai minuti precedenti l'esame. La fase di induzione ipnotica è stata percepita come un momento di tranquillità e concentrazione che ha permesso ai pazienti di affrontare la procedura con maggiore serenità rispetto alle aspettative iniziali. Tale condizione è stata percepita anche dal personale medico, che ha apprezzato una collaborazione più globale dei pazienti (es: deglutire, mantenere la posizione...).

Anche la tolleranza della procedura è stata giudicata favorevolmente. Nessuno dei pazienti ha riportato sensazione di disagio rilevante o difficoltà durante l'introduzione della sonda, manovra che peraltro è risultata agevole al primo tentativo in tutto il campione. Alcuni hanno sottolineato come la comunicazione continua e rassicurante durante la procedura abbia contribuito a mantenere una condizione di calma e sicurezza. Riguardo tale aspetto, il personale medico ha apprezzato una migliore qualità dell'esame in termini di stabilità delle immagini ecografiche, velocità dell'esecuzione dell'esame e riduzione delle interruzioni.

Un aspetto particolarmente apprezzato da tutti i partecipanti è stato quello di non aver dovuto assumere il farmaco antagonista del midazolam (flumazenil) in quanto l'utilizzo dell'ipnosi ha evitato o minimizzato la necessità di sedazione farmacologica. Di conseguenza, il personale sanitario ha rilevato una ripresa post-procedura molto più rapida, con pieno recupero dello stato di vigilanza ed assenza degli effetti collaterali talvolta associati ai sedativi come sonnolenza prolungata, disorientamento o nausea.

Infine, tutti i pazienti si sono dichiarati soddisfatti dell'approccio comunicativo ipnotico.

6.6. Report di un caso di comunicazione ipnotica

Il sig. G. T. si è presentato in ambulatorio di Cardiologia per eseguire un secondo ETE in previsione di un imminente intervento cardiocirurgico di sostituzione valvolare; i Cardiologi avevano rimarcato al sig. G.T. l'importanza della sua

collaborazione affinché l'acquisizione delle immagini fosse di ottima qualità poiché si sarebbe definita l'indicazione all'intervento. Per tale motivo il paziente è giunto all'esame con un carico emotivo elevato, anche in relazione ad un precedente esame transesofageo di cui conservava un ricordo molto sgradevole.

Si è dimostrato da subito incuriosito dalla proposta di utilizzare il supporto della comunicazione ipnotica, anche in virtù del fatto che non ne aveva mai sentito parlare.

Ho accolto il paziente cercando di comprendere i suoi bisogni per stabilire insieme l'obiettivo: gli ostacoli prevalenti erano l'ansia relativa alle proprie capacità collaborative durante l'ETE e il fastidio faringeo secondario all'introduzione della sonda, momento di maggior crisi durante l'esame eseguito in precedenza. Per rafforzare la fiducia ho in precedenza raccolto informazioni affinché le mie domande preliminari ottenessero sempre una risposta affermativa.

Con il paziente sdraiato in decubito laterale sinistro e con gli occhi chiusi per maggiore concentrazione, ho utilizzato la tecnica di focalizzazione dell'attenzione verso l'interno, portando l'attenzione del paziente dapprima sulle proprie labbra e successivamente sullo spazio interno della bocca e sulla lingua. Senza particolare difficoltà ha raggiunto uno stato di piacevole e profondo benessere esteriorizzando i segni tipici dell'alterazione psico-fisica: flutter, deglutizione, modificazione dell'espressione e del respiro.

Nella fase di ricalco ho notato un progressivo ulteriore rilassamento del sig. G.T., tanto che il suo braccio destro, inizialmente disteso sul fianco, è lentamente scivolato sull'addome appoggiandosi sul lettino.

Le immagini che ho suggerito per creare il monoideismo plastico sono state dapprima indirizzate a raggiungere un rilassamento dei muscoli del collo per ottenere la migliore postura per l'introduzione della sonda; per tale scopo la metafora utilizzata è stata quella di immaginare i propri muscoli morbidi come il burro sciolto al sole. La ratifica è stata effettuata flettendo la testa del paziente il più possibile sul torace senza trovare opposizione.

Successivamente l'obiettivo è stata l'analgesia del cavo orale che ho realizzato tramite la suggestione del freddo intenso che si sperimenta gustando una granita; proprio come quando si mangia una granita il freddo si espande pian piano lungo la gola lasciando un velo di ghiaccio sottile che anestetizza e facilita lo scivolamento della sonda. La ratifica è stata la facilità con cui la sonda è stata introdotta in esofago senza alcuna reazione da parte del paziente.

L'esame si è svolto senza intoppi; addirittura la proiezione transgastrica, notoriamente mal tollerata dalla maggior parte dei pazienti, non ha in questo caso generato particolare fastidio e non ha richiesto la somministrazione di farmaci.

Dopo l'estrazione della sonda il paziente ha mantenuto lo stato di rilassamento fino alla de-induzione.

7. Discussione

Nel campione osservato, composto da quattro pazienti sottoposti ad ETE con supporto della comunicazione ipnotica, l'età media era di 77 anni. Questo dato merita attenzione, poiché la popolazione anziana rappresenta una categoria particolarmente delicata per la gestione della procedura: l'impiego di farmaci sedativi/anestetici in età avanzata è infatti associato a un aumento del rischio di complicanze cardiorespiratorie e cognitive post-procedurali.

In questo contesto, l'esperienza raccolta mostra che l'utilizzo della comunicazione ipnotica ha consentito di ridurre significativamente, ed annullare in un caso, la necessità di farmaci anestetici. Tutti i pazienti hanno completato l'esame senza complicanze, mantenendo una buona collaborazione e tolleranza della sonda. Dal punto di vista dei parametri vitali, si è osservata una stabilità emodinamica e respiratoria per tutta la durata della procedura, senza episodi di desaturazione o variazioni pressorie degne di nota.

Sul piano della percezione soggettiva, i pazienti hanno riportato un livello di disagio contenuto, con commenti che evidenziavano sensazioni di tranquillità, rilassamento e un vissuto di "tempo breve", coerente con quanto riportato in letteratura sull'effetto ipnotico di modificare la percezione temporale. Tali osservazioni trovano conferma in studi precedenti (Umit, 2015) (Faymonville, Laureys, & Maquet, 2000), che dimostrano come l'ipnosi riduca l'ansia pre-procedurale, migliori la compliance e possa rappresentare un valido sostegno alternativo o complementare alla sedazione farmacologica.

Un elemento rilevante emerso è la preservazione dello stato di vigilanza e orientamento durante tutta la procedura: i pazienti hanno mantenuto un buon livello di coscienza e cooperazione, condizione che favorisce una gestione più sicura dell'esame e una pronta ripresa al termine. Questo aspetto appare particolarmente significativo in una popolazione anziana, nella quale la riduzione dell'impiego farmacologico rappresenta un obiettivo clinico importante.

In sintesi, i dati oggettivi raccolti, pur limitati dal ridotto numero di osservazioni, suggeriscono che la comunicazione ipnotica possa favorire una migliore tolleranza dell'ETE, riducendo la necessità di farmaci sedativi e mantenendo stabili i parametri fisiologici. Ciò rende questa tecnica un'opzione promettente soprattutto nei pazienti anziani o fragili, in cui la minimizzazione del rischio anestesologico rappresenta un vantaggio clinico rilevante.

7.1. Commenti al caso clinico

Questo è stato il caso meglio riuscito tra quelli eseguiti perché il paziente è davvero riuscito ad affrontare l'esame in maniera meno traumatica rispetto al suo atteso; nell'intervista ha dichiarato "Avevo paura, lo ammetto. Poi, seguendo la voce che mi guidava, mi sono accorto che l'ansia spariva e riuscivo ad affrontare tutto con serenità".

La manovra di introduzione della sonda, il suo maggior cruccio, è diventata un'esperienza nuova e diversa: "Il sondino non mi dava quasi alcun disturbo, perché ero concentrato su ciò che ascoltavo. È come se la mente avesse spostato l'attenzione altrove."

Al momento di congedarsi il sig. G. T. ha ringraziato tutti dicendo "Mi sono sentito accompagnato e mai solo. C'era una grande attenzione verso di me, e questo mi ha fatto sentire al sicuro". Questa è stata la mia più grande soddisfazione nell'iniziale approccio all'utilizzo della comunicazione ipnotica!

Anche dal punto di vista dei medici coinvolti, questo esame è stato innovativo in quanto la totale tranquillità del paziente ha permesso loro di concludere una procedura complessa in tempi inferiori allo standard e senza dover ricorrere a farmaci. Questo il commento del Cardiologo responsabile dell'esame: "Sono rimasto sinceramente colpito: il paziente ha effettuato l'ecocardiogramma transesofageo con una calma sorprendente, senza l'utilizzo di farmaci. La collaborazione è stata ottimale e l'esame si è svolto con estrema fluidità. Non mi aspettavo che la sola comunicazione ipnotica potesse avere un impatto così evidente sulla tolleranza alla procedura".

8. Limiti del progetto

Il limite più importante del progetto è il numero ridotto di pazienti arruolati; a mio avviso sono entrati in gioco tre fattori principali:

1. criticità organizzative legate alla ristrutturazione del servizio di ecocardiografia: quando il progetto è stato approvato (aprile 2025) il servizio di ecocardiografia era stato nuovamente attivato presso l'Unità Operativa di Cardiologia, dopo un periodo di circa un anno durante il quale tale attività era stata interamente gestita dalla Struttura Semplice di Ecocardiografia Avanzata. Tuttavia, già a fine luglio 2025 la Direzione ha deciso di sospendere per il periodo estivo l'utilizzo degli ambulatori della Cardiologia Universitaria per il servizio di Ecocardiografia causa riassegnazione del personale medico
2. la non sistematica applicazione della comunicazione ipnotica, che al momento non rientra nella pratica clinica routinaria dell'ambulatorio. Ciò ha reso complessa l'identificazione di casi compatibili con l'applicazione del metodo all'interno di un contesto clinico operativo. Attualmente nessun infermiere risulta ufficialmente formato in ipnosi clinica e comunicazione ipnotica.
3. ridotta collaborazione di parte del personale medico. In alcuni casi, infatti, è stato riscontrato un atteggiamento di scetticismo nei confronti dell'approccio proposto, legato sia a una resistenza al cambiamento delle pratiche consolidate sia a una limitata conoscenza delle potenzialità della comunicazione ipnotica in ambito sanitario. Tale resistenza si è tradotta in una partecipazione discontinua che ha inciso sulla possibilità di sperimentare il nuovo approccio comunicativo su un numero maggiore di pazienti.

9. Allegati

9.1. Allegato A

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

(prima della procedura)

Data esame _____

Gentile Signor/a, Le chiediamo di rispondere ad alcune semplici domande inerenti la sua esperienza di oggi presso il nostro servizio. La sua collaborazione ci permetterà di raccogliere preziose informazioni ed utili suggerimenti per valutare e monitorare i nostri servizi, al fine di rispondere in modo sempre più efficace alle esigenze di tutti gli utenti.

DATI ANAGRAFICI			
NOME e COGNOME _____		GENERE _____	
DATA DI NASCITA _____		SCOLARITA' _____	
PREGRESSE ESPERIENZE CON:	IPNOSI	SI	NO
	TRANSESOFAGEO	SI	NO

Le chiediamo di valutare il suo grado di ansia/preoccupazione prima dell'esecuzione della procedura

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NESSUNA
ANSIA

TANISSIMA
ANSIA

9.2. Allegato B

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

(dopo la procedura)

NOME e COGNOME _____

Le chiediamo di valutare il suo grado di <u>ansia/preoccupazione</u> durante l'esecuzione della procedura										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NESSUNA ANSIA					TANTISSIMA ANSIA					

Le chiediamo di valutare il suo grado di <u>dolore</u> durante l'esecuzione della procedura										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NESSUNA ANSIA					TANTISSIMA ANSIA					

Ritiene che il <u>supporto comunicativo</u> dato dal personale durante la procedura le sia stato d'aiuto?				
PER NIENTE	POCO	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO

Quanto tempo, secondo lei, è durata la procedura? _____ min.

INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA

1. Può descrivere brevemente l'esperienza vissuta?

2. Ha percepito l'esame come più tollerabile rispetto alle aspettative?

3. Ha avuto la sensazione che il tempo dell'esame scorresse più lentamente, più velocemente, o in modo normale?

4. Rifarebbe un esame con lo stesso tipo di supporto ipnotico?

9.3. Allegato C

SCHEDA CLINICA (a cura del sanitario)

NOME e COGNOME _____

Rilevazione parametri vitali

	Prima della procedura	Dopo la procedura
FC	_____	_____
SpO2	_____	_____
PAO	_____	_____

Il paziente ha terminato la procedura?

 SI NO

Farmaci utilizzati

Quantitativo

Midazolam	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____ mg
Anexate	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____ mg
Ossigeno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____ l/min

Complicanze

 SI NO

Operatore _____

9.4. Allegato D

QUESTIONARIO PER IL PERSONALE SANITARIO PARTECIPANTE

NOME e COGNOME _____

INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA

1. Aveva già esperienza con l'ipnosi o la comunicazione ipnotica in ambito clinico?

2. Qual è stata la sua reazione iniziale all'idea di usarla durante una ETE?

3. Ha notato differenze nella collaborazione del paziente rispetto alla procedura tradizionale?

4. Com'è stato l'andamento dell'esame dal punto di vista tecnico?

5. Ci sono stati vantaggi in termini di gestione del paziente (posizionamento, tempi, ecc.)?

6. Pensa che l'assenza di midazolam /anexate abbia influenzato positivamente la procedura?

7. Ha osservato differenze nella fase di recupero post-esame?

8. Qual è il suo giudizio complessivo sull'esperienza?

9. Ritiene utile o replicabile l'integrazione della comunicazione ipnotica nella pratica clinica quotidiana?

10. Bibliografia

- ASE American Society of Echocardiography. (2013). Guidelines for performing transesophageal echocardiographic examination. *Journal of the American Society of Echocardiography*, 26(9), 921–964. doi:10.1016/j.echo.2013.07.009
- Braid, J. (1843). *Neurypnology: Or the rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism*. London: John Churchill.
- Bramwell, J. M. (1903). *Hypnotism: Its History, Practice and Theory*. London: George P. Putnam's Sons.
- Dogan, H. (2016). Feasibility and clinical benefit of cognitive behavioral intervention for preparing patients for transesophageal echocardiography. *Journal of Psychosomatic Research*, 85, 32-38.
- Eren, G. e. (2015). Hypnosis for sedation in transesophageal echocardiography: A comparison with midazolam. *Heart Lung and Circulation*, 24(1), 27-32.
- Erickson, M. H. (1978). *Le nuove vie dell'ipnosi. Induzione della trance, ricerca sperimentale, tecniche di psicoterapia, a cura di Jay Haley*. Roma: Astrolabio.
- Erickson, M. H., Rossi, S., & Rossi, E. (1981). *Le realtà dell'ipnosi: l'induzione ipnotica e le forme della suggestione indiretta (trad. It. Di G. Siani)*. Astrolabio.
- Faymonville, M. E., Laureys, S., & Maquet, P. (2000). Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Journal of Physiology*, 94(6), 463-469. doi:10.1016/S0928-4257(00)01086-5
- Granone, F. (1989). *Trattato di ipnosi*. Torino: UTET.
- Hahn, R. T. (2013). Guidelines for performing a comprehensive transesophageal echocardiographic examination: Recommendations from the American Society of Echocardiogr.
- Marcucci, C., & Quadranti, G. (2018). Ecocardiografia transesofagea: aspetti clinici e di sicurezza infermieristica. 71(3), . *Professioni Infermieristiche*, 71(3), 149–156.
- Montis, E. (2019). Ipnosi e riduzione dell'ansia nella TEE in pazienti con cardiopatie congenite. *Giornale Italiano di Cardiologia*, 20(8), 620–624.
- Mosconi, A., & Ranzini, L. (2015). *La comunicazione ipnotica nella relazione d'aiuto: Tecniche di base per il contesto sanitario*. Franco Angeli.
- Nishimura, R. A. (2014). 2014 AHA/ACC Guideline for the management of patients with valvular heart disease. *Circulation*, 129(23), e521–e643. doi:10.1161/CIR.0000000000000031
- Pintar, J., & Lynn, S. J. (2008). *Hypnosis: A Brief History*. Wiley-Blackwell.

Schnur, J. B. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: A meta-analysis. *Contemporary Hypnosis*, 25(3-4), 114-128.

Tabata, K. (2025). Hypnosis as a non pharmacological intervention for invasive medical procedures: A systematic review and meta analysis. *International Archives of Allergy and Immunology*, 186(4), 330-344.

Umit, H. e. (2015). Hypnosis to facilitate transesophageal echocardiography tolerance: The I-SLEPT study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(2), 119-126.