



**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA  
E COMUNICAZIONE IPNOTICA  
Anno 2025**

**COMUNICAZIONE IPNOTICA E MEDICINA NARRATIVA  
COME STRUMENTI PER L'ANESTESIA SPINALE**

**Candidata  
Dr.ssa Chiara Santacroce**

**Relatore  
Dr.ssa Donatella Croce**

# Indice

Introduzione.....	3
La medicina narrativa.....	4
Ipnosi clinica.....	6
Integrazione tra medicina narrativa e ipnosi clinica.....	8
Materiali e metodi.....	9
Risultati.....	19
Discussione e conclusioni.....	21
Bibliografia.....	23

# Introduzione

L'obiettivo del lavoro è valutare l'efficacia dell'utilizzo di comunicazione ipnotica e medicina narrativa nell'immediato pre- e post-operatorio, in particolare durante l'esecuzione di una anestesia lombare.

Nell'interazione con gli operatori sanitari il livello di ansia dei pazienti è quasi sempre molto alto e tale sentire si accentua nel contesto della sala operatoria, dove il paziente non è solo nudo fisicamente, ma anche spesso in balia di emozioni che ne possono minare l'equilibrio psicologico.

E' quindi di fondamentale importanza l'interazione con il personale sanitario ed è qui che comunicazione ipnotica e medicina narrativa possono dimostrarsi procedure significativamente efficaci per condurre il malato a fidarsi delle cure ricevute, e a viverle in una condizione di maggiore serenità. E' possibile in questo modo controllare con maggiore efficacia sia il dolore, sia il livello di ansia pre- e post-operatoria.

L'unione delle due tecniche di comunicazione ha permesso ai pazienti di affrontare le procedure con serenità.

Il lavoro si è svolto nelle Sale Operatorie dell'Ospedale Molinette di Torino, nell'ambito dell'attività professionale presso la S.C. Anestesia e Rianimazione 2 .

# La medicina narrativa

*Come un'onda  
Ho vacillato di nuovo sull'orlo del baratro  
vedendo la mia stessa paura  
riflessa nei loro sguardi.  
Ci siamo prese per mano  
e insieme abbiamo guardato.  
Sul fondo abbiamo ritrovato  
brandelli di vita negate  
con i loro sogni e desideri nascosti.  
Abbiamo pianto, gioito e camminato insieme  
fino a diventare un'unica onda  
che lenta si infrange e rinasce senza fine.  
16 aprile 2008 Nella*

“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non una semplice assenza di malattia o infermità”. Questa definizione, formalizzata dalla Costituzione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1946, può essere considerata alla base di tutti i diritti fondamentali dell’uomo.

Definire la Medicina Narrativa non è cosa facile. Si tratta di una modalità di approccio al paziente non tecnicistico e più umano, basato sull’ascolto delle storie e dei vissuti personali, che devono essere integrati per costruire un completo quadro del paziente. Con la Medicina Narrativa si considera la narrazione dei pazienti come un importante elemento per capire meglio i pazienti e formulare diagnosi più accurate.

Rita Charon, fondatrice della Medicina Narrativa, afferma che “la medicina narrativa fortifica la pratica clinica con la competenza narrativa per riconoscere, assorbire, metabolizzare, interpretare ed essere sensibilizzati dalle storie della malattia: aiuta medici, infermieri, operatori sociali e terapeuti a migliorare l’efficacia di cura attraverso lo sviluppo delle capacità di attenzione e di riflessione” (Charon, 2019).

Il termine Medicina Narrativa o *Narrative Based Medicine* fu coniato da Rita Charon nel 1995 e tale disciplina nasce proprio allo scopo di colmare le carenze della Medicina Basata sull’Evidenza (*Evidence Based Medicine*) prendendo in considerazione per la cura gli aspetti personali del paziente. La Medicina Narrativa non è quindi una nuova medicina, ma è una “medicina rafforzata”.

Negli anni '80 due psichiatri antropologi della Harvard Medical School, Arthur Kleinmann e Byron Good, evidenziarono la distinzione fra *disease* (malattia in senso biomedico) e *illness* (esperienza soggettiva che la persona ha dello stesso male) (Kleinmann et al., 1978; Kleinmann, 1988). La Medicina Narrativa ha l'obiettivo di affrontare congiuntamente *disease* e *illness*.

Gabriel Garcia Marquez diceva che "la vita non è quella che si è vissuta, ma quella che si ricorda e come la si ricorda per raccontarla".

La Medicina Narrativa quindi ha lo scopo di potenziare la pratica clinica attraverso la capacità di narrare l'esperienza emotiva e la storia di vita del malato, che si accompagnano alla sua malattia.

La Medicina Narrativa come disciplina nasce negli Stati Uniti verso la fine degli anni '90 e viene introdotta in Italia nel 2014 in occasione del Consensus Conference "Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative" organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità. In questa occasione, è stata definita in questo modo:

*"Con il termine di Medicina Narrativa (mutuato dall'inglese Narrative Medicine) si intende una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato (storia di cura)".*

Esempio di una storia di cura:

*Da poco in Terapia Intensiva è stato ricoverato un paziente che per motivi di insufficienza respiratoria ha richiesto una tracheostomia urgente, forse non più reversibile. La condizione di urgenza non ha permesso una ampia spiegazione al paziente, Il giorno seguente l'abbiamo trovato con gli occhi sbarrati e, a gesti, chiedeva una spiegazione dell'accaduto. Era veramente disperato, anche perché era un flautista di professione, cosa che ci era nota dai suoi precedenti racconti. Una parte della mattinata è stata quindi dedicata a spiegargli cosa era capitato, raccontandogli la verità, dandogli la mano e guardandolo negli occhi. Il paziente si è parzialmente rasserenato ma, non riuscendo più a ricattare la sua attenzione e quindi la sua partecipazione, gli si è proposto di utilizzare un telefono con cuffie per poter ascoltare musica. Si è visto rinascere la luce nei suoi occhi: questa possibilità lo ha di nuovo "ricatturato" alla vita. Aveva anche raccontato di essere un forte lettore, così, il giorno seguente, gli è stato portato un giornale da leggere. Quando ha visto il giornale, si è subito seduto sul letto e, a gesti, ha fatto capire che eravamo entrati nel suo cuore e che era finalmente in sintonia con l'équipe terapeutica, disposto a curarsi e a partecipare insieme alle cure. Questa, come tante altre, è stata una bellissima esperienza, anche nella sua tragicità. È chiaro che entrare in quella stanza visitandolo e dicendo "tutto bene" sarebbe stato più facile e più veloce, ma credo che il rapporto che si è creato sia vitale per la sua guarigione e, soprattutto, per il suo non sentirsi solo. Il condividere un problema crea un legame, e quindi riduce la solitudine. Ovviamente è molto più difficile da gestire e segue l'operatore anche al di fuori dalla Terapia Intensiva.*

# Ipnosi clinica

*Di fronte ai progressi compiuti dall'anestesia può sembrare anacronistico e inopportuno ricorrere ad un mezzo che richiede tempo a disposizione, una certa esperienza e una tecnica di non rapido apprendimento, oltre a particolare suggestibilità di apparato, costituzionali. Tuttavia quando si nota l'eccezionale serenità che si riesce ad avere negli ipnotizzati, anche nell'imminenza dell'atto operatorio; quando si constata come la stessa emostasi, il vomito post operatorio, la cicatrizzazione delle ferite, la loro medicazione si avvantaggino della trance ipnotica, sicché è possibile ad ogni medicazione indurre stati di immobilità catalettica, di analgesia e di amnesia, senza introdurre alcun tossico nell'organismo; si comprende come l'ipnotismo possa essere un valido ausilio nelle mani del chirurgo e dell'anestesista; sia che lo praticano loro, sia che si servano di un ipnotista. Riteniamo pertanto utile l'ipnosi nella pre-anestesia e nella post-anestesia sempre quando si voglia interferire sull'elemento psichico del dolore che tanta parte ha in esso.*

*Perché non vi è solo il dolore ma anche la paura di esso a esacerbarlo.*

Trattato di ipnosi Franco Granone. Pagina 571

L'ipnosi è una tecnica psicologica che permette di raggiungere uno stato modificato di coscienza, diverso da quello della veglia ordinaria, ma che non equivale al sonno. In ambito clinico, l'ipnosi viene utilizzata come strumento terapeutico per aiutare i pazienti a gestire problemi come l'ansia, il dolore cronico, i disturbi psicosomatici, alcune dipendenze e anche per supportare percorsi di psicoterapia. Si parla in questo caso di ipnosi clinica, proprio per distinguerla da forme spettacolarizzate o popolari che spesso generano confusione.

Durante una seduta, il paziente viene guidato da un professionista (generalmente uno psicologo o un medico adeguatamente formato) verso uno stato di rilassamento profondo e di concentrazione interiore. Si intende come monoideismo plastico la capacità di focalizzarsi su una sola idea e trasformarla in esperienza fisica. Qualsiasi immagine o sensazione può essere utile per un'ideazione plastica e quindi per un monoideismo plastico (quando la sua rappresentazione si attiva). Si crea quindi un rapporto profondo, relazione qui ed ora, fra operatore e soggetto. In questa condizione, chiamata trance ipnotica, è possibile accedere più facilmente a emozioni, ricordi e dinamiche interiori, che in uno stato di coscienza ordinaria rimarrebbero inaccessibili.

Contrariamente a quanto si crede, la persona ipnotizzata non perde il controllo, non dorme, né diventa uno "strumento" in mano al terapeuta. Al contrario, mantiene un certo grado di consapevolezza e partecipazione attiva. È per questo che l'ipnosi clinica è sempre fondata su un rapporto di fiducia tra paziente e terapeuta.

### Etica dell'ipnosi clinica

Dal punto di vista etico, l'utilizzo dell'ipnosi richiede particolare attenzione. Si tratta di una tecnica potente, in grado di modificare profondamente la psiche umana. Per questo è fondamentale che venga praticata solo da professionisti qualificati, che agiscano nel rispetto della persona, della sua libertà interiore e della sua dignità.

Il paziente deve essere pienamente consapevole del tipo di tecnica utilizzata, degli obiettivi, dei possibili benefici e dei limiti. Non devono mai esserci coercizione, manipolazione o promesse illusorie di "guarigione rapida".

### Inquadramento normativo

In Italia, l'ipnosi clinica non è una disciplina autonoma, ma uno strumento all'interno della pratica sanitaria. Di conseguenza, può essere praticata soltanto da professionisti sanitari iscritti ai relativi albi (in particolare medici e psicologi) e che abbiano ricevuto una formazione specifica.

Il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani vieta l'utilizzo dell'ipnosi in contesti che non siano strettamente professionali e terapeutici, e richiede una formazione documentabile e un'informazione corretta al paziente.

In ambito europeo non esiste una normativa unica sull'ipnosi, ma ogni Paese stabilisce regole diverse. Tuttavia, gli orientamenti internazionali tendono a promuovere un utilizzo responsabile, professionale ed eticamente fondato della tecnica ipnotica, specialmente in ambito clinico.

# Integrazione tra medicina narrativa e ipnosi clinica

Negli ultimi decenni, la medicina ha visto un crescente interesse per approcci che integrano la dimensione tecnica con quella umana del prendersi cura. In questo contesto si collocano due strumenti molto potenti e complementari: l'ipnosi clinica e la medicina narrativa. Entrambi valorizzano l'ascolto profondo del paziente, la sua storia soggettiva, la relazione terapeutica e il potenziale della mente nel processo di guarigione.

L'intervento chirurgico rappresenta sempre, al di là delle sue intrinseche finalità terapeutiche, un atto di aggressione nei confronti del paziente. Questi vive l'esperienza chirurgica come un'invasione violenta del proprio universo corporeo.

Il ruolo tradizionalmente paternalistico del medico, fino a pochi decenni fa non induceva a tenere in considerazione il vissuto psichico del paziente, che veniva valutato e considerato solo come soggetto da sottoporre ad una procedura chirurgica. Gli unici fattori ad essere presi in considerazione erano quelli fisici, e le stesse procedure diagnostiche venivano eseguite sulla base di un semplice criterio di necessità e imprescindibilità, con scarsa o nessuna attenzione al loro potenziale, talvolta notevole, di aggressività e algogenicità.

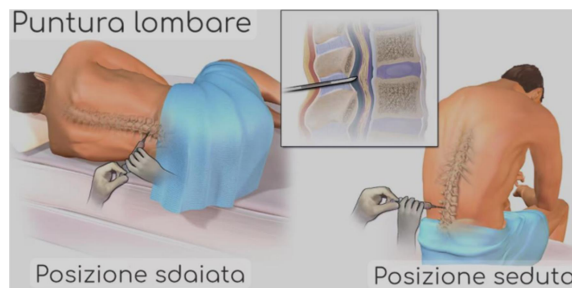
Con la trasformazione del rapporto medico-paziente verso modalità meno paternalistiche e di natura più contrattuale, il disagio procurato al paziente è posto più al centro dell'attenzione. In particolare, si considera maggiormente il vissuto personale e psicologico del paziente nell'evenienza chirurgica, proprio attraverso le modalità della medicina narrativa.

Di conseguenza, si è dato più spazio alla fase pre-chirurgica, e, in particolare, al momento della visita anestesiologicala, che è uno spazio di vera relazione che ben si presta a porre le basi per un ingresso in sala operatoria più tranquillo, sia per il medico che per il paziente.

Durante la visita anestesiologicala, oltre a fornire informazioni e spiegazioni cliniche, è possibile introdurre il paziente alla dinamica ipnotica, spiegando in cosa consiste un rilassamento guidato, cercando di capire con il dialogo che tipo di persona si ha di fronte e, tramite la medicina narrativa, raccogliendo i racconti sui suoi pregressi clinici e quindi acquisendo le informazioni necessarie per un buon contratto terapeutico. Indubbiamente, in condizioni logistiche ottimali si potrebbe in tale fase già addestrare il soggetto a pratiche di rilassamento, da richiamare e potenziare poi in sala operatoria. La normale gestione della routine ospedaliera, però, raramente consente questo lusso relazionale, e, pertanto, più realisticamente nel corso della visita anestesiologicala è possibile fornire maggiori informazioni al paziente.

# Materiali e metodi

I pazienti che giungono in sala operatoria per sottoporsi ad un intervento che richieda un'anestesia lombare sono in uno stato psicologico complesso: alla normale paura data dalla sala operatoria si somma infatti quella di dover subire un'iniezione nella schiena cui consegue la perdita temporanea della sensibilità degli arti inferiori.



*Figura 1 – Possibili posizioni in cui effettuare la puntura lombare*

Nel periodo Marzo 2025 - Giugno 2025 sono stati analizzati due gruppi di pazienti: quelli con i quali è stato possibile interagire nel pre-operatorio e ai quali è stata spiegata la tecnica applicata; il secondo gruppo costituito da pazienti ai quali non è stata fornita nessuna informazione pregressa.

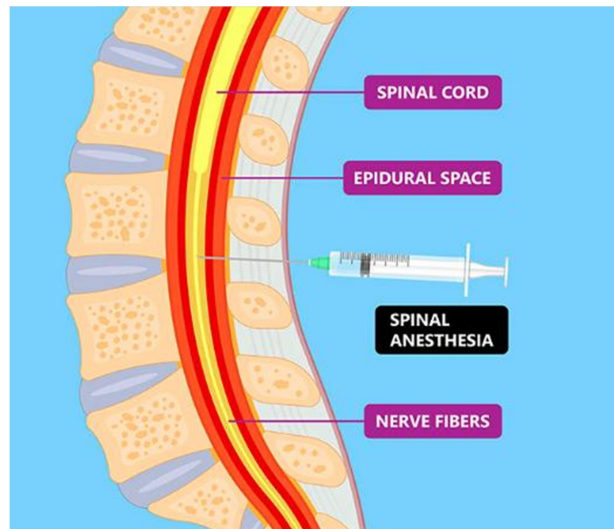
In totale sono stati reclutati 10 pazienti: 5 donne e 5 uomini

Per creare un clima di empatia positiva ai pazienti del primo gruppo è stata fornita l'informazione che, con il loro aiuto, si sarebbe applicata "una tecnica di rilassamento con cui sperimentare un profondo benessere e modificare la sensazione data dalla puntura lombare"

Le procedure interessate dallo studio includono solo una chirurgia "minore" (ernioplastiche inguinali). Si tratta di uno studio prettamente osservazionale (che non ha quindi richiesto la preventiva autorizzazione del comitato di bioetica), e i dati dei pazienti sono stati trattati in modo anonimo.

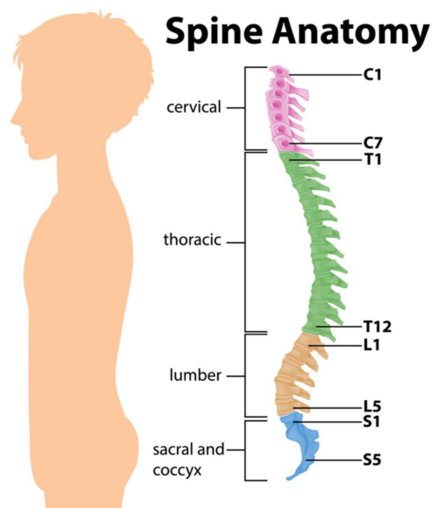
Tutti i pazienti vengono accolti in pre-sala da un infermiere e subito dopo l'anestesista si presenta. Con tutti si cerca di entrare in contatto per capirne lo stato d'animo e le eventuali preoccupazioni. Non è sempre facile: il grande rumore e il viavai presenti in sala operatoria non aiutano nello stabilire un rapporto tranquillo. A tutti viene rispiegata la possibilità di utilizzare una tecnica di rilassamento particolare, che permetterà di vivere al meglio l'esperienza. Alcuni sono più interessati rispetto ad altri che si dichiarano molto scettici. Si è notato come le persone con una cultura superiore siano più resistenti ad affidarsi.

L'anestesia spinale, anche detta anestesia subaracnoidea, è un tipo di anestesia locoregionale, che consiste nell'iniezione di un anestetico all'interno del liquido cefalorachidiano.



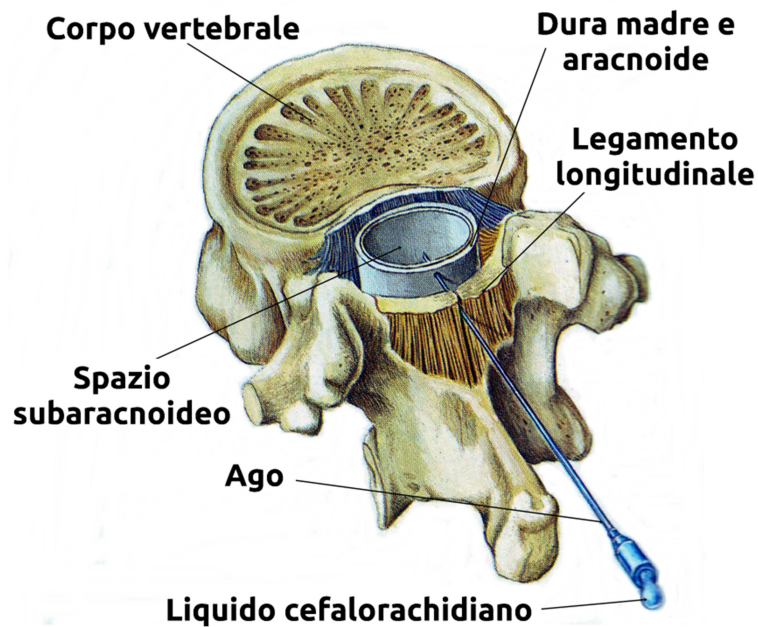
*Figura 2 – Schema di anestesia spinale*

L'iniezione di solito viene praticata nella regione lombare, nello spazio tra la seconda e la terza vertebra lombare.



*Figura 3 – Colonna vertebrale*

La tecnica standard prevede la disinfezione della cute seguita da una iniezione di anestetico locale (es. lidocaina 2%) che permette di "intorpidire" la pelle alleviando così il dolore dato dall'inserzione dell'ago da spinale nella cute.



*Figura 4 – Schema di inserimento dell'ago da spinale nello spazio subaracnoideo*

Dopo qualche minuto si può quindi procedere alla vera e propria puntura con l'ago da spinale.



*Figura 5 – Agbi da spinale*

Inoltre, in condizioni routinarie, si utilizza la sedo-analgesia procedurale (SAP), che consiste nell'uso di farmaci ipnotici e/o analgesici per consentire l'esecuzione delle procedure in modo efficace, mentre il paziente è attentamente monitorato per potenziali effetti avversi. La SAP preserva la pervietà delle vie aeree e la ventilazione spontanea del paziente nonostante un livello ridotto di coscienza. Ciò nonostante, anche se adeguatamente eseguita, può aumentare il rischio di morbilità e mortalità in aggiunta alla procedura diagnostico terapeutica stessa.

Obiettivo è quindi l'utilizzo della tecnica ipnotica e comunicativa. Si fa focalizzare l'attenzione del paziente tramite una comunicazione diretta: "le chiedo di...", e positiva: "so che lei potrà fare...". In questo modo è possibile ottenere quindi una prima fase di rilassamento muscolare e avviare una buona collaborazione con il paziente.

Inoltre, le stesse tecniche utilizzate hanno lo scopo di evitare l'utilizzo della SAP, garantendo uno stato emotivo positivo durante il corso della procedura, e riducendo quindi i rischi ad essa connessi.

La tecnica utilizzata per accompagnare l'esecuzione della spinale prende avvio con la spiegazione al paziente di cosa si andrà a fare.

L'anestesista si posiziona davanti al paziente chiedendogli di focalizzare l'attenzione su quanto gli viene spiegato. Si stipula in questo modo il contratto terapeutico, creando un rapporto di fiducia col paziente che conferma il suo accordo alla procedura.

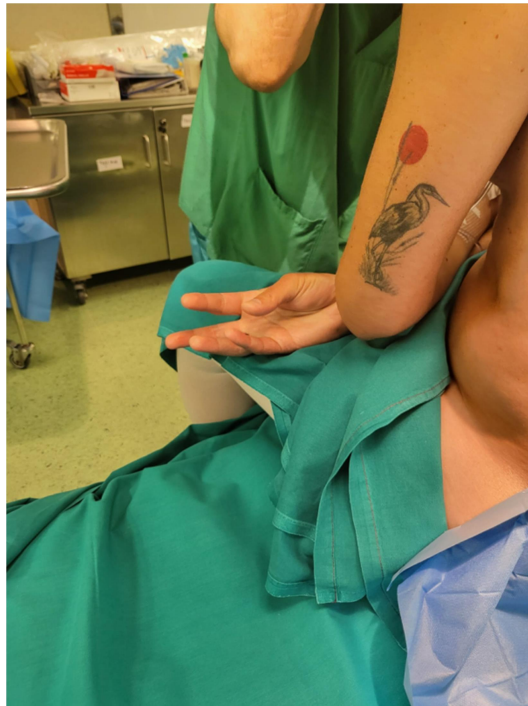
"Le chiedo di chiudere gli occhi, così sarà più facile seguire il ritmo del suo respiro; di posizionarsi in modo comodo e di seguire le mie parole che l'aiuteranno nel rilassamento. Provi ad immaginare un posto in cui si sente bene e le piace stare. Si concentri su questo pensiero positivo. È d'accordo?"

Poi l'operatore descrive la situazione al paziente: "Vedo che i suoi occhi si chiudono, ascolto il suo respiro che è diventato più ritmico, anche lei può accorgersi della differenza. Ora che lei è più rilassato le chiedo di eseguire lo specifico movimento delle dita che abbiamo concordato prima".

Viene quindi richiesto al paziente di toccare con il pollice in sequenza le altre dita: indice, medio, anulare, mignolo, e poi tornare indietro con sequenza invertita, proseguendo l'esercizio per tutta la durata della procedura anestesilogica. A questo punto si ratifica ciò che si osserva: "Vedo che lei è molto ben rilassato, vedo che sta eseguendo l'esercizio proposto con le mani, molto bene, molto bravo".



*Figura 6 – Esercizio con le dita della mano*



*Figura 7 – Prosecuzione dell'esercizio con la mano*

L'anestesista quindi ricalca la buona esecuzione dell'esercizio, mentre si posiziona alle spalle del paziente. Procede quindi alla disinfezione dell'area interessata, sempre parlando col paziente e ribadendo la

corretta esecuzione dell'esercizio con la mano. "Mi accorgo che lei è bravissimo e sta eseguendo l'esercizio con competenza e precisione".



*Figura 8- Disinfezione della cute.*

L'operatore procede quindi all'esecuzione dell'anestesia locale, segnalando al paziente che il liquido iniettato potrà dare una sensazione particolare. Viene eseguito un massaggio sulla cute per fare assorbire l'anestetico.



*Figura 9 – Anestesia locale*

Si procede quindi alla creazione del campo sterile chiedendo al paziente di incurvare la schiena per iniziare la procedura anestesiológica con l'inserimento di un introduttore.



*Figura 10 –Inserimento dell'introduttore.*

Successivamente, all'interno dell'introdottoressi viene fatto scorrere il sottilissimo ago da spinale.

“Lei potrebbe sentire delle piccole scosse agli arti inferiori, nulla di preoccupante, è tutto normale, ma più rimane concentrato sulle dita della sua mano, più queste sensazioni le sembreranno lontane e insignificanti”.



*Figura 11 – Introduzione dell'ago spinale*

L'anestesista constata che l'ago, dopo la perdita di resistenza della dura madre, sia penetrato nel corretto spazio subaracnoideo, verificando la fuoriuscita del liquor.



*Figura 12 – Verifica del buon posizionamento dell'ago nello spazio peridurale.*

All'ago da spinale si collega una siringa per l'introduzione del farmaco anestetico nello spazio subaracnoideo.



*Figura 13 – Introduzione dell'anestetico*

Successivamente si procede all'estrazione di ago e introduttore, e si fa distendere il paziente, che sospende l'esercizio con la mano, incoraggiandolo a fare un respiro profondo, ad aprire gli occhi e a riorientarsi. Viene informato poi, che da questo momento sentirà formicolii agli arti inferiori, che perderanno transitoriamente capacità motoria e sensitiva.

L'operatore, spostandosi al fianco del paziente, si complimenta per la buona esecuzione dell'esercizio, chiede riscontro delle sensazioni provate, se si è sentito dolore, lasciando spazio al paziente per esprimersi e raccontare liberamente il suo vissuto fino a quel momento.

L'anestesista rassicura sul fatto che durante la procedura chirurgica il paziente avrà solo sensazioni tattili (sentirà toccare la cute), senza provare sensazioni sgradevoli e che l'operatore sarà sempre vicino a lui per tutto il tempo dell'intervento.

Si preferisce che il paziente sia presente durante l'intervento, ma la tempistica del riorientamento viene deciso a seconda dei casi e dei pazienti. Alcune sensazioni successive sono più facilmente spiegabili in un paziente presente, tranquillo e riorientato.

La procedura chirurgica prosegue quindi e si conclude secondo la prassi ordinaria, senza necessità di somministrare al paziente ulteriori farmaci endovena.

## Risultati

La sperimentazione condotta ha preso in considerazione 10 casi di anestesie spinali finalizzate ad interventi chirurgici di ernia inguinale, selezionando casualmente 5 donne e 5 uomini.

Fondamentale è stato l'avvio di un rapporto nel corso delle visite anestesilogiche preoperatorie, durante le quali vengono spiegate tutte le sensazioni che si possono avvertire durante la procedura e viene descritto l'aspetto della sala operatoria (fredda, molto rumorosa, con la presenza di suoni inusuali e di molte persone...). Si è notato che i pazienti ai quali è stato possibile fornire tali informazioni hanno più di frequente accettato l'utilizzo della tecnica di rilassamento proposta, che avrebbe potuto diminuire le loro sensazioni fastidiose.

L'analisi dei diversi casi clinici considerati è stata effettuata suddividendoli per classi di età e di sesso.

I tre uomini più anziani (tra i 65 e gli 80 anni): Aldo, Giovanni e Lorenzo, non erano stati visitati dall'anestesista ipnotista prima dell'intervento, ma si sono comunque sentiti accolti e hanno partecipato volontariamente e con successo alla nuova esperienza. Il loro principale timore era di non riuscire a rimanere fermi nella scomoda posizione necessaria (seduti sul lettino e piegati in avanti), che è stato superato con il contributo dell'infermiere che li ha tenuti abbracciati per tutta la durata della procedura. Tale azione, svolta in complicità con l'anestesista, accompagnata da un ulteriore ricalco da parte sua sulla buona esecuzione dei compiti assegnati al paziente, ha permesso la riuscita del rilassamento necessario. I tre pazienti non hanno sentito alcuna sensazione spiacevole e, non avendo avuto necessità di alcun farmaco endovena, non si sono sentiti confusi al termine della procedura.

Quattro pazienti donne (Ada, Anna, Gloria e Rosa), età circa tra i 50 e i 60 anni, si sono prestate volentieri alla nuova esperienza; hanno eseguito tutti gli esercizi proposti senza manifestare dubbi, si sono affidate all'anestesista. Nel corso della procedura non hanno avuto sensazioni sgradevoli, nemmeno durante la puntura effettuata per la somministrazione dell'anestetico locale. Alla fine della procedura tutte le quattro pazienti hanno apprezzato l'assenza di dolori e hanno mantenuto un atteggiamento sereno e tranquillo durante tutto l'intervento. L'anestesista, comunque, è rimasta sempre accanto a loro, disponibile a rispondere alle domande. Non è stato somministrato alcun farmaco tranquillante endovenoso. Tutte le quattro pazienti erano state visitate dall'anestesista ipnotista nel preoperatorio,

La paziente Rosaria, circa 40 anni, che non era stata visitata in precedenza ed alla quale non era quindi stata descritta la procedura proposta, non ha voluto in nessun modo partecipare, dicendo che non credeva in nessun tipo di rilassamento e che era perfettamente in grado di controllarsi da sola. Non si è insistito ulteriormente, ma l'anestesia spinale per lei è risultata molto più fastidiosa e, vista l'agitazione post-iniezione, è stato necessario la somministrazione di farmaci endovena.

Gli ultimi due pazienti (Francesco, 35 anni e Attilio, 25 anni), sono i più giovani tra i casi studiati. Entrambi non avevano avuto il colloquio esplicativo con l'anestesista ipnotista in occasione della visita preoperatoria.

Francesco si è dimostrato comunque interessato alla procedura e ha partecipato volentieri, con buoni risultati. Attilio, invece, è entrato in sala operatoria molto spaventato e per nulla collaborante, per cui si è deciso di cambiare procedura, eseguendo una spinale da disteso. Lo stare in posizione distesa ha migliorato la sua ansia e gli ha permesso quindi di accettare di partecipare ad una forma di rilassamento un po' diversa ma che ha permesso di raggiungere un buon risultato antalgico.

## Discussione e conclusioni

Le considerazioni che seguono sono derivanti non solo dalla esigua casistica presentata, ma tengono conto di un'esperienza professionale più che trentennale dell'anestesista ipnotista, che applica da tempo tecniche di rilassamento ispirate alla medicina narrativa e riconducibili, seppure in modo non formalizzato, alla comunicazione ipnotica.

La prima considerazione riguarda l'importanza della preparazione dei pazienti in occasione della visita preoperatoria, che sarebbe ottimale fosse condotta dallo stesso professionista che successivamente il paziente incontra in sala operatoria. Dato che, per motivi organizzativi, ciò è quasi impossibile, sarebbe opportuno che tutti gli anestesisti seguissero lo stesso schema di colloquio, descrivendo la procedura anestesiológica che può essere svolta in sala operatoria. Infatti, si è notato come tutti i pazienti preparati adeguatamente affrontino le procedure con minore ansia e migliore disponibilità alle tecniche di rilassamento proposte.

Dal punto di vista delle caratteristiche dei singoli pazienti, si è notato come i pazienti più anziani siano più disponibili, mentre tale atteggiamento si riduce nei pazienti più giovani. Anche dal punto di vista del genere, le donne presentano maggiori ansie, anche se l'opportuna preparazione delle pazienti può comunque controbilanciare tale tendenza.

Le persone più giovani, indipendentemente dal genere, presentano una maggiore difficoltà al controllo dell'ansia e ad affidarsi all'anestesista.

Ulteriore considerazione va effettuata relativamente al livello culturale dei pazienti: i più istruiti spesso sono più diffidenti nei confronti di tecniche di rilassamento, anche senza mai citare la comunicazione ipnotica come tecnica utilizzata. La necessità di ottenere risposte alle proprie domande, ai dubbi ed alle paure, determina una minore capacità di affidarsi alla tecnica proposta ed all'operatore.

Si è visto che per i pazienti che presentano uno stato di agitazione importante (ad esempio il caso di Attilio), può essere utile modificare la posizione di esecuzione dell'anestesia spinale, dalla posizione seduta a quella distesa sul fianco. In questa posizione, il paziente raggiunge più facilmente il rilassamento necessario. Ovviamente, anche in questa posizione, il paziente può comunque percorrere tutti i passaggi previsti nella procedura proposta, garantendone l'efficacia. In presenza di pazienti

particolarmente agitati sovente basta una buona parola, delle spiegazioni e l'ascolto del paziente per capire i motivi delle sue ansie.

Ulteriore considerazione è da porsi sull'importanza del ruolo degli infermieri dell'equipe anestesologica ("nurse di anestesia") che condividendo gli obiettivi con l'anestesista e disponendo di una corretta formazione, costituiscono un tassello fondamentale per la buona riuscita della procedura. Analogamente, anche il personale di sala può contribuire a creare un clima positivo di accoglienza nei confronti del paziente, che è fondamentale per una buona comunicazione.

Quanto descritto fino ad ora, si scontra spesso con la realtà ospedaliera, in cui il tempo e la velocità sono più importanti del conforto del paziente. Se si visitano dai 12 ai 24 malati per mattinata, difficilmente sarà possibile stabilire un buon rapporto di fiducia. Se il ritmo in sala operatoria è cadenzato da "più interventi si riescono ad eseguire meglio è", è impedito l'instaurarsi di un buon rapporto con il paziente.

L'esperienza personale dimostra come il personale infermieristico appaia sempre entusiasta e ciò facilita moltissimo l'esecuzione delle tecniche descritte.

In conclusione, il saper parlare ai pazienti sia prima dell'intervento, sia durante, sia dopo, è il metodo migliore per ottenere il loro coinvolgimento. Attraverso tale coinvolgimento è possibile stipulare il patto terapeutico con il paziente, che si fida del medico. Anzi, si affida alle sue cure.

La medicina narrativa, con il saper ascoltare l'altro e il saperlo coinvolgere nelle procedure svolte è fondamentale. Con l'ipnosi si aggiunge un altro tassello, con il quale è possibile ridurre la rigidità muscolare, la tensione, l'ansia e quindi semplificare le procedure.



# Bibliografia

- Adachi T., Fujino H., Nakae A., Mashimo T., Sasaki J. – 2014 - A meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems: a comparison between hypnosis, standard care, and other psychological interventions. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 62(1):1–28.
- American Psychiatric Association – 2022 - *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association Publishing.
- American Society of Anesthesiologists. – 2002 - Practice guidelines for sedation and analgesia by nonanesthesiologists. *Anesthesiology* 96(4):1004-1017
- American Society of Anesthesiologists. – 2024 - Continuum of depth of sedation: definition of general anesthesia and levels of sedation/analgesia. Reperibile al sito <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedation-analgesia>. Ultima consultazione in data 20/08/2025.
- Bandler R., Grinder J. – 1983 - *Ipnosi e trasformazione. La programmazione neurolinguistica e la struttura dell'ipnosi*. Casa Editrice Astrolabio
- Benedetti F. – 2013 - Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. *Physiol Rev* 93:1207–1246.
- Benedetti F., Carlino E., Piedimonte A. – 2016 - Increasing uncertainty in CNS clinical trials: the role of placebo, nocebo, and Hawthorne effects. *Lancet Neurol* 15(7):736-747.
- Borgna E. – 1996 – L'arte della medicina nella letteratura. – in: *L'arte medica tra comunicazione, relazione, tecnica e organizzazione*. – Scriptorium
- Borgna E. – 2015 – *Parlarsi. La comunicazione perduta*. – Einaudi
- Callahan D. – 1998 – *La medicina impossibile*. – Baldini & Castoldi
- Casiglia E. – 2015 - *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*, CLEUP Padova
- Cavedale E. – 2015 – *Nursing e medicina narrativa in Terapia Intensiva: una revisione di letteratura*. – Tesi di Laurea Università di Padova
- Charon R. – 1995 – Literature and medicine contribution to clinical practice. – *Ann Intern Med* 22(8):599-606
- Charon R. – 2001 – Narrative medicine. A model for empathy, reflexion, profession and trust. – *American Medical Association JAMA* 286
- Charon R. – 2019 – *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*. – Raffaello Cortina Editore

- Crucitti M. – 2024 – *Implementazione delle tecniche di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica a supporto della sedo-analgesia peri-procedurale per indagini procedure di radiologia interventistica: esperienza preliminare* – Tesi Corso di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica CIICS
- De Benedittis G. – 2008 - E' possibile misurare e monitorare la profondità della trance? Uno studio controllato con analisi bispettrale. In: De Benedittis G., Del Castello E., Valerio C. (eds.) *Dall'ipnosi ericksoniana alle neuroscienze. L'ipnosi tra scienza, cultura e tecnica terapeutica*. Franco Angeli. pp. 17–25.
- De Lise M. – 2024 – *Gestione dell'ansia del paziente nel percorso pre-operatorio* – Tesi Corso di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica CIICS
- Di Francesco N. – 2016 – *Prime esperienze sull'uso dell'ipnosi durante anestesia lombare* – Tesi Corso di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica CIICS
- Ebert T.J. – 2005 - Sympathetic and hemodynamic effects of moderate and deep sedation with propofol in humans, *Anesthesiology* 103(1):20–24
- Elkins G.R., Barabasz A.F., Council J.R., Spiegel D. – 2015 - Advancing research and practice: the revised APA division 30 definition of hypnosis. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 63:1-9.
- Engel G. – 1977 – The need for a medical model, a challenge for biomedicine. – *Science* 196
- Granone F. – 1989 - *Trattato di ipnosi* UTET
- Green S.M., Krauss B. – 2002 - Procedural sedation terminology: moving beyond 'conscious sedation'. *Ann Emerg Med* 39:433.
- Green S.M., Roback M.G., Krauss B.S., Miner J.R., Schneider S., Kivela P.D., Nelson L.S., Chumpitazi C.E., Fisher J.D., Gesek D., Jackson B., Kamat P., Kowalenko T., Lewis B., Papo M., Phillips D., Ruff S., Runde D., Tobin T., Vafaie N., Vargo J.2nd, Walser E., Yealy D.M., O'Connor R.E. – 2019 - Unscheduled Procedural Sedation: A Multidisciplinary Consensus Practice Guideline. *Ann Emerg Med*. 73(5):e51-e65.
- Hinkelbein J, Lamperti M, Akesson J, Santos J, Costa J, De Robertis E, Longrois D, Novak-Jankovic V, Petrini F, Struys M.R.F, Veyckemans F, Fuchs-Buder T, Fitzgerald R. – 2018 - European Society of Anaesthesiology and European Board of Anaesthesiology guidelines for procedural sedation and analgesia in adults. *Eur J Anaesthesiol* 35:6–24
- Lapenta A.M., Somma M., Tirone G., Tosello M., Casiglia E., Rossi A.M. – 2006 - *Ipnosi sperimentale e clinica*. Ed. Artistica Bassano
- Ling L., Yang T.X., Lee S.W.K. – 2022 - Effect of Anaesthesia Depth on Postoperative Delirium and Postoperative Cognitive Dysfunction in High-Risk Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*. 14(10):e30120.

- Kendrick C., Sliwinski J., Yu Y., Johnson A., Fisher W., Kekecs Z., Elkins G. – 2016 - Hypnosis For Acute Procedural Pain: A Critical Review, *Int J Clin Exp Hypn.* 64(1):75–115.
- Kleinmann A., Eisemberg L., Good B. – 1978 – Culture, illness and care: clinical lesson from anthropologic and cross cultural research. – *Ann. Intern. Med*
- Kleinmann A. – 1988 – *The illness narratives: suffering, healing and the human condition.* – Basic Books
- Larghero E., Lombardi Ricci M. – 2018 – *La medicina narrativa. I presupposti, le applicazioni, le prospettive.* – EFFATA' Editrice
- Larghero E., Zeppegno G. (eds) – 2015 – *Dalla parte della vita. Fondamenti e percorsi bioetici.* EFFATA' Editrice
- Larghero E., Zeppegno G. (eds) – 2017 – *Dalla parte della vita. Società complessa e fragilità. La prospettiva della bioetica.* EFFATA' Editrice
- Masini V. – 2005 – *Medicina narrativa. Comunicazione empatica ed interazione dinamica nella relazione medico-paziente.* – Franco Angeli
- Mastronardi V. – 2002 - *Le strategie della comunicazione umana* Franco Angeli
- Mellin-Olsen J., Staender S., Whitaker D.K., Smith A.F. – 2010 - The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol.* 27(7):592-7.
- Metzner J., Posner K., Lam M., Domino K. – 2011 - Closed claims' analysis. *Best practice & research. Clinical anaesthesiology.* 25:263-76
- Mishler E. – 1984 – *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews.* – Norwood
- Mistraletti G-, Gristina G., Mascarin S., Iacobone E., Giubbilo I., Bonfanti S., Fiocca F., Fullin G., Fuselli E., Bocci M.G., Mazzon D., Giusti G.D., Galazzi A., Negro A., De Iaco F., Gandolfo E., Lamiani G., Del Negro S., Monti L., Salvago F., Di Leo S., Gribaudi M.N., Piccinni M. – 2020 - *Come comunicare con i familiari in condizioni di completo isolamento.* - SIAARTI Aniarti SICP SIMEU
- Pessina A. – 2007 – *Curare e prendersi cura: le due facce dell'arte medica.*
- Polvani S., Cerati M., Cenci C., Reale L., Alastra V., Palla I., Testa M., Pelagalli M., Trentanove F., Taruscio D., Gentile A.E., Drigo E., Mezzetti A., Rossini I., Mistraletti G. – 2020 - *R-Esistere: le storie dietro ai numeri. Una preview con vissuto.intensiva.it* – SIMeN
- Polvani S., Sarti A. (eds) – 2013 – *Medicina narrativa in Terapia Intensiva. Storie di malattia e di cura* – Franco Angeli
- Raja S.N., Carr D.B., Cohen M., Finnerup N.B., Flor H., Gibson S., Keefe F.J., Mogil J.S., Ringkamp M., Sluka K.A., Song X.J., Stevens B., Sullivan M.D., Tutelman P.R., Ushida T., Vader K. – 2020 - The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 161(9):1976-1982.

- Remen R.N. – 1996 – *Kitchen table wisdom: stories that heal.* – Riverhead Books
- Ripamonti C.A. – 2015 – *Manuale di psicologia della salute. Prospettive cliniche, dinamiche e relazionali* – Il Mulino
- Sanguineti J.J. – 2003 – *Introduzione alla gnoseologia.* – Le Monnier
- Scaglione M., Battaglia A., Di Donna P., Peyracchia M., Bolzan B., Mazzucchi P., Muro M., Caponi D. – 2019 - Hypnotic communication for periprocedural analgesia during transcatheter ablation of atrial fibrillation, *IJC Heart & Vasculature* 24:100405
- Tusini S. – 2006 – *La ricerca come relazione. L'intervista nelle scienze sociali.* – Franco Angeli
- Valentine K.E., Milling L.S., Clark L.J., Moriarty C.L. – 2019 – The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: a meta-analysis. *Int J Clin Exp Hypn.* 67(3):336-363.
- Valerio C., Mammini C. – 2009 - *L'evoluzione clinica dell'ipnosi.* Franco Angeli Editore
- Wobst A.H.K – 2007 - Hypnosis and surgery: past, present, and future. *Anesth. Analg.* 104(5):1199–1208