

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

**Corso di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica**  
**Anno 2024**

**APPLICAZIONI INFERMIERISTICHE**  
**DELL'IPNOSI CLINICA NEI SETTING DI**  
**EMERGENZA-URGENZA**

**Relatrice**

Dott.ssa Milena Muro

**Candidata**

Melissa Ciancarella

**Correlatore**

Dott. Maicol Carvello

## INDICE

<b>PREMESSA.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>3</b>
<b>IL DOLORE.....</b>	<b>5</b>
<b>IL PRONTO SOCCORSO.....</b>	<b>7</b>
<b>COMUNICAZIONE IN PRONTO SOCCORSO.....</b>	<b>12</b>
<b>FASI DELL'IPNOSI.....</b>	<b>13</b>
<b>IL CASO DI PAOLA.....</b>	<b>14</b>
<b>IL CASO DI ANNA.....</b>	<b>15</b>
<b>IL CASO DI ELEONORA.....</b>	<b>16</b>
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>18</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>19</b>

## **PREMESSA**

Durante il mio percorso lavorativo in Pronto soccorso presso l’Ospedale “Santa Maria delle croci” di Ravenna, ho avuto modo di avvicinarmi all’ipnosi attraverso un corso formativo sulla comunicazione ipnotica tenuto dal dottor Maicol Carvello rivolto medici e infermieri di PS: da quel momento è nata in me l’idea di approfondire la conoscenza della pratica ipnotica e frequentare il Corso CIICS a Torino per migliorare l’approccio comunicativo con l’utenza e applicare l’ipnosi per gestire le problematiche più comuni come ansia, stress e il dolore.

Mi sono chiesta, in che modo, in un contesto caotico come quello del pronto soccorso, potessero essere applicate queste pratiche, la risposta è sempre; anche se a volte è difficile mantenere il focus.

Obiettivo di questo percorso è quello di affinare la tecnica per far sì che l’approccio comunicativo insegnato dal CIICS possa diventare un’abitudine, qualcosa di spontaneo.

## INTRODUZIONE

### **Inquadramento concettuale**

In considerazione dell'eterogeneo panorama che coinvolge la dimensione clinica dell'ipnosi e delle varie interpretazioni che la comunità scientifica e professionale attribuisce ai vari concetti, si riportano a seguire - con finalità di inquadramento concettuale – le principali concettualizzazioni per come espresse dall'Istituto Franco Granone in occasione del Gruppo di Lavoro dei Didatti riunitosi nel mese di dicembre 2023.

#### *Ipnosi.*

L'ipnosi è definibile come uno stato di coscienza particolare, durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali e somato-viscerali, per l'instaurarsi di un monoideismo plastico auto o etero-indotto e un rapporto privilegiato operatore↔soggetto. Tale particolare condizione psicofisica eminentemente dinamica e non statica, chiamata ipnosi, è caratterizzata da una prevalenza delle funzioni rappresentativo emotive su quelle critico intellettive, da fenomeni di ideoplasia controllata e condizioni di parziale dissociazione psichica. L'ipnosi vera c'è quando nella coscienza compare la dinamica del monoideismo auto etero-indotto più o meno plastico. In un setting strutturato l'ipnosi è ciò che si realizza in conseguenza dell'atto induttivo verbale o non verbale.

#### *Trance.*

La trance è una forma modificata di coscienza egoica, caratterizzata da un aumento dell'assorbimento nell'esperienza interna mentre, parallelamente si modifica la percezione dell'ambiente esterno, dello spazio e del tempo e l'interazione con essi, che può dare adito a stati mistici, estatici, creativi, artistici, secondo le capacità costituzionali e culturali proprie del soggetto. Quando compaiono in questo stato di

trance fenomeni di ideoplasia auto o eteroindotti, orientati e deliberatamente accettati dal soggetto, è più opportuno parlare di trance ipnotica o semplicemente di ipnosi.

### *Ipnatismo.*

L'ipnotismo è la possibilità d'indurre in un soggetto una particolare condizione psicofisica, che permette d'influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso per mezzo del rapporto interpersonale stabilitosi fra questi e l'ipnotista. Rimane opportuno intendere per ipnotismo una procedura e per ipnosi una condizione. Non bisogna confondere il metodo induttivo con la condizione raggiunta, etichettando quest'ultima in modo diverso quando diverse siano le metodiche impiegate per eliciarla.

### *Ipnologo (o Ipnotista) e ipnositerapia*

L'Istituto Franco Granone CIICS definisce: - Ipnologo (già ipnotista): studioso esperto di ipnosi - Ipnologo clinico: colui che utilizza l'ipnosi nel proprio ambito di competenza - Ipnositerapeuta: chi utilizza l'ipnosi nella terapia. L'utilizzo dell'ipnosi nella psicoterapia strutturata è riservato per legge esclusivamente agli iscritti a idoneo Albo. Si intende per ipnositerapia l'utilizzo creativo di potenzialità inconse, in accordo con le intenzioni e i bisogni del soggetto, al fine di autorealizzazioni psichiche e somatoviscerali, sfruttando le capacità intrinseche proporzionali alle possibilità costituzionali del soggetto.

### *Meccanismo d'azione dell'ipnosi*

Il meccanismo d'azione dell'ipnosi ha i suoi fondamenti nella interdipendenza psichica, somatica, viscerale e ambientale. Le possibilità della condizione ipnotica sono tutte fondate sull'unità psicosomatica. Con la comunicazione ipnotica si suggerisce un'idea, che si risolve in rappresentazione e la rappresentazione in sensazioni esperite. Quello che occorre sono: - rappresentazioni adatte allo scopo - costellazioni neurali, innate o acquisite, che mettano in moto particolari funzioni complesse e determinate - circuiti interni che consentano un flusso continuo da e verso il cervello di messaggi variamente

codificati Perché ciò possa avvenire è necessario che la rappresentazione abbia una forza iconica tale da produrre un monoideismo plastico. Il monoideismo è la focalizzazione su una sola idea, esso diviene plastico quando la sua rappresentazione si attua, secondo il suo contenuto, in esperienza fenomenica.

## **IL DOLORE**

Il dolore è presente in circa il 60% dei pazienti che si rivolgono al pronto soccorso, per circa il 50% di loro, il dolore è il loro capo reclamo, inoltre, è spesso aggravato da procedure mediche e/o diagnostiche. Il posizionamento di un catetere vescicale, l'esecuzione di esami ematici o l'emogas arterioso, rappresentano per il paziente fonte di timore. Numerosi pazienti riferiscono di avere difficoltà nel sottoporsi alle procedure a causa di un'esperienza già vissuta molto negativa, ed è qui che il meccanismo della comunicazione ipnotica può intervenire modificando l'esperienza del soggetto. Alcune frasi come: “stavolta eseguiremo la procedura in modo diverso” “stavolta utilizzeremo un presidio migliore” possono predisporre il paziente ad una maggiore collaborazione e, addirittura, al cambiamento dell'esperienza in positivo. Anche la mancata o non corretta informazione dell'iter diagnostico e delle procedure, può produrre discomfort del paziente. Cinquantadue pazienti di sesso femminile sono state sottoposte a una breve induzione ipnotica preoperatoria o una breve discussione di uguale durata. E' stata trovata una correlazione significativa tra ansia e conoscenza percepita delle procedure, meno della metà delle pazienti era soddisfatta della propria conoscenza della procedura operatoria, anche dopo aver discusso il caso con chirurgo e anestesista. I risultati suggeriscono che l'ipnosi preoperatoria può fornire un modo rapido ed efficace per ridurre l'ansia e la necessità di anestesia per la chirurgia ginecologica daycase (3). L'ipnosi può dunque aumentare l'efficacia degli agenti

farmacologici, riducendo la quantità di farmaci antidolorifici necessari. Può facilitare la somministrazione e il comfort durante le iniezioni iniziali di anestetico locale e in una piccola percentuale di casi, con soggetti altamente ipnotizzabili, può sostituire gli agenti farmacologici se controindicati (2).

Un'altra procedura oggettivamente dolorosa praticata in pronto soccorso consiste nella riduzione della lussazione di spalla, fenomeno comune, motivo della consultazione in pronto soccorso. E' stato eseguito uno studio di 44 pz: il gruppo ipnotico e il gruppo di abituale assistenza, lo studio mira al confronto del consumo di analgesici equivalenti alla morfina durante la manovra di riduzione della lussazione di spalla con e senza ipnosi, obiettivo dello studio è quello di migliorare la gestione del dolore in DEA con l'ipnosi, diminuire gli effetti avversi correlati agli analgesici e ridurre il tempo in DEA riducendo il tempo di monitoraggio post-riduzione (4).

Seppur il pronto soccorso dovrebbe essere utilizzato per gestione e risoluzione di problematiche acute, ci si trova a gestire molto spesso anche il dolore cronico.

Il dolore cronico esercita un enorme peso personale ed economico e, secondo alcuni studi, colpisce più del 30% delle persone in tutto il mondo. A differenza del dolore acuto, che ha valore di sopravvivenza, il dolore cronico potrebbe essere meglio considerato una malattia, con implicazioni terapeutiche (ad esempio, essere attivi nonostante il dolore) e psicologiche (ad esempio, l'accettazione del dolore e l'ottimismo come obiettivi). Gli studi clinici e le linee guida raccomandano in genere un approccio terapeutico personalizzato, multimodale e interdisciplinare, che potrebbe includere farmacoterapia, psicoterapia, trattamenti integrativi e procedure invasive (5).

Patologie che rientrano nel dolore cronico risulta il dolore lombare, frequente motivo di accesso in Pronto Soccorso;

cento veterani affetti da lombalgia cronica hanno partecipato a uno studio randomizzato con disegno a 4 gruppi.

I gruppi erano:

1. Un intervento di formazione sull'autoipnosi di 8 sessioni
2. Un intervento di formazione sull'autoipnosi con registrazione
3. Un intervento di formazione sull'autoipnosi di 2 sessioni con registrazioni e brevi telefonate di promemoria settimanali
4. Un intervento di controllo attivo (biofeedback) di otto sessioni.

I risultati di tutti e 4 i gruppi hanno riportato miglioramenti significativi prima e dopo il trattamento nell'intensità del dolore, nell'interferenza del dolore e nella qualità del sonno. Oltre la metà dei partecipanti che hanno ricevuto l'ipnosi hanno riportato riduzioni clinicamente significative (>30%) dell'intensità del dolore e hanno mantenuto questi benefici per almeno 6 mesi dopo il trattamento. Né l'ipnotizzabilità né la quantità di pratica domiciliare era associate in modo significativo all'esito del trattamento. Le conclusioni di fatti dimostrano come 2 sessioni di allenamento di autoipnosi con registrazione audio per la pratica a casa possono essere efficaci quanto 8 sessioni di trattamento ipnotico. (6)

## **IL PRONTO SOCCORSO**

Il pronto soccorso è il punto di prima accoglienza del malato e va da sé anche dei familiari, compito dell'infermiere di Pronto soccorso è quello di individuare la

problematica del paziente e assegnare un codice di priorità attraverso la procedura di triage. Il processo termina con l'attribuzione del codice colore e con la definizione, per ciascun paziente, della risposta organizzativa più adeguata (area di destinazione, accesso diretto, sala di attesa). Inoltre, in base al codice colore attribuito, è necessario rivalutare il paziente costantemente e rispettando i tempi previsti dalla normativa.

A tutto questo va aggiunto il fatto che, oltre a rispettare i protocolli previsti e validati, essi vanno messi in pratica con un substrato ben strutturato di competenza empatica tale da garantire una presa in carico adeguata. Ciò si comprende se si fa riferimento all'ormai conosciutissimo aspetto del sovraffollamento dei locali dell'accettazione del Pronto Soccorso, dove la carica emotiva di apprensione e preoccupazione del paziente e dei suoi familiari o accompagnatori si riversa con impatto notevole sull'infermiere di Triage, Inoltre, i lunghi tempi di attesa, mettono di fronte l'operatore non solo al trattamento del dolore in fase di valutazione in triage e/o in sala di attesa (attraverso la somministrazione di farmaci già in fase di valutazione in triage, secondo protocollo) ma anche alla gestione dello stress degli stessi utenti che si sentono "abbandonati" in sala d'aspetto.

## **STRUTTURA DEL PRONTO SOCCORSO**

### **TRIAGE**

Il triage consiste in una valutazione della condizione clinica-assistenziale dei pazienti e del loro rischio evolutivo, ed esita con l'attribuzione di una priorità di trattamento che si esprime attraverso una scala di codici colore o numerici. Questa attività, per il Pronto Soccorso, risulta essere un'attività assistenziale fondamentale.

Sulla base di una esperienza di almeno 6 mesi (eventuale periodo di prova escluso) e dopo aver frequentato un corso di formazione teorico e gli affiancamenti sul campo, l'infermiere di Pronto Soccorso può svolgere questa delicata e complessa funzione, in quanto le competenze previste per svolgere il triage sono sia di tipo tecnico/assistenziale da un lato, sia relazionali. È inoltre richiesta un'elevata conoscenza dell'organizzazione sia interna del Pronto Soccorso sia dell'intera azienda ospedaliera, in quanto il paziente può essere destinato in alcuni casi direttamente all'attenzione del reparto specialistico (in questo caso, è necessario sapere in quali casi è possibile l'invio diretto e le modalità di invio in reparto).

L'approccio ad un paziente che giunge in Triage deve essere basato su un intervento metodologico che si sviluppa in più fasi:

1. valutazione sulla porta
2. raccolta dati/anamnesi
3. breve esame fisico mirato
4. rilevazione parametri vitali.

Il processo termina con l'attribuzione del codice colore e con la definizione, per ciascun paziente, della risposta organizzativa più adeguata (area di destinazione, accesso diretto, sala di attesa). Inoltre, in base al codice colore attribuito, è necessario rivalutare il paziente costantemente e rispettando i tempi previsti dalla normativa.

A tutto questo va aggiunto il fatto che, oltre a rispettare i protocolli previsti e validati, essi vanno messi in pratica con un substrato ben strutturato di competenza empatica tale da garantire una presa in carico adeguata. Ciò si comprende se si fa riferimento all'ormai conosciutissimo aspetto del sovraffollamento dei locali dell'accettazione del Pronto Soccorso, dove la carica emotiva di apprensione e preoccupazione del paziente e dei suoi familiari o accompagnatori si riversa con impatto notevole sull'infermiere di Triage. Per questo motivo, la gestione dell'attesa ha un peso spesso maggiore che non la presa in carico iniziale con la definizione della priorità di accesso alle cure.

## **AREA CODICI MINORI**

Uno dei primi contesti nei quali l'infermiere si trova a prestare assistenza in Pronto Soccorso è quello dell'area deputata alla valutazione dei codici minori (bianchi/verdi e blu. In questo ambito, il lavoro viene principalmente svolto nelle diverse sale visita, dove assieme al medico si eseguono tutti gli interventi assistenziali necessari.

Una delle capacità fondamentali che viene richiesta in questo contesto è l'abilità di organizzare il lavoro in modo ordinato, in quanto talvolta si arrivano ad avere in carico anche 20 pazienti, magari dislocati in diverse aree ospedaliere perché destinati a consulenze specialistiche o all'esecuzione di esami radiologici. È dunque di fondamentale importanza anche l'**interfaccia con l'operatore di supporto** e, qualora presente, con la squadra di trasporti interni, in modo da avere sempre chiara l'esatta ubicazione del paziente, sia in termini geografici sia in termini di percorso di Pronto Soccorso.

## **AREA CODICI BLU E ARANCIO**

Area a cui sono destinati i codici blu che prevedono un percorso di media/ alta complessità assistenziale.

## **AREA CODICI ROSSI**

Un ulteriore ambito di assistenza in Pronto Soccorso viene svolto in Area Rossa, ovvero dove viene assistito in acuto il paziente critico, il quale richiede dunque un intervento repentino in emergenza e garantendo una stretta osservazione continua sino al ripristino di una condizione stabile, seppur alle volte comunque nella gravità. In questo contesto, cui si arriva solitamente dopo aver già operato in quelli precedenti,

l'attività richiede elevate competenze tecniche e organizzative, in quanto è necessario in poco tempo comprendere le priorità assistenziali del paziente e intervenire con tempestività. In questo, è necessario anche un'elevata capacità di lavoro in team, in quanto in quest'area si opera a stretto contatto non solo col medico di Pronto Soccorso, ma anche con una serie di specialisti che dipendono dalla problematica del paziente: anestesista, chirurgo, neurologo, neurochirurgo, cardiologo, cardiocirurgo, ecc. In questo contesto, inoltre, è necessario sempre tenere a mente che mentre si assiste un paziente critico, in carico se ne hanno altri, che vanno dunque tenuti a mente ridefinendo continuamente le priorità organizzativo-assistenziali dell'area. Inoltre, spesso in quest'area una competenza prevista è anche quella della **preparazione del paziente per la sala operatoria** (es. chirurgica, emodinamica, cardiocirurgica, ecc.), in quanto spesso il paziente vi viene accompagnato direttamente dal Pronto Soccorso, senza passare quindi per il reparto di destinazione.

## COMUNICAZIONE EFFICACE IN PRONTO SOCCORSO

Il pronto soccorso rappresenta il punto di prima accoglienza per il malato e per i familiari, l'infermiere di triage è la figura che più di tutte viene a contatto con l'utenza. Accogliere, valutare i pazienti e fornire informazioni ai familiari, richiede capacità comunicative di spessore, soprattutto in situazioni di iper afflusso, nelle quali i pazienti si trovano di fronte a dilatati periodi di attesa.

Salutare il paziente, rivolgersi a lui per nome e cognome, mantenere il contatto visivo (un semplice: "l'ho vista, adesso arrivo da lei", può avere un effetto rassicurante)

L'ascolto attivo e l'utilizzo di un linguaggio che il paziente è in grado di comprendere, rappresentano azioni che gettano i presupposti per instaurare un buon rapporto di fiducia infermiere- paziente. Considerare la **competenza comunicativa** come un proprio dovere professionale, dunque, cambia il volto professionale stesso degli infermieri, perché cambia il loro atteggiamento nei confronti dei pazienti. La comunicazione dà alla persona un senso di sicurezza rinforzando la sua percezione di non essere sola. Una comunicazione inadeguata, d'altro canto, può provocare frustrazione, collera, depressione e senso di isolamento.

## **FASI DELL'IPNOSI**

- Aumentare la fiducia del paziente, individuare il canale comunicativo (visivo, cenestesico, uditivo) preferenziale della persona
- Stipulare un Contratto: il contratto rappresenta un accordo tra l'ipnotista e il paziente: "oggi sperimenterai qualcosa di nuovo per controllare meglio la situazione"
- Indicazione motivata: si fornisce un'indicazione motivata al paziente: "adesso puoi chiudere gli occhi così sarà più facile per te ascoltare il suono della mia voce"
- Osservare e descrivere: descrivere al paziente ciò di cui ci accorgiamo, verità assolute  
"e mentre sei seduto" "e hai le mani appoggiate sulle tue cosce"
- Ricalco: ricalco il fenomeno per amplificarlo e ciò che dico al paziente "puoi accorgerti che con gli occhi chiusi tutto cambia"
- Suggestione: fornisco un'immagine che si trasforma in esperienza fisica (monodeismo)  
"le palpebre si fanno così pesanti da chiudersi e non rialzarsi più"
- Ratifica: rappresenta la realizzazione della suggestione e rendo il soggetto consapevole del cambiamento che ha realizzato e lo sfido per provare la tenuta della suggestione:  
"E gli occhi si fanno così pesanti che sarà difficile per te riaprirli"
- Ancoraggio: si fornisce un'ancora, un gesto attraverso il quale il paziente può rivivere l'esperienza.

- Riorientamento e Verifica e racconto.

## **ESPOSIZIONE DEI CASI**

### Il caso di Paola

Paola 54 anni giunge in PS per lesioni da ustione di III grado agli arti inferiori provocati da acqua bollente, la paziente appare chiaramente sofferente, viene somministrato del paracetamolo e si procede alla procedura di medicazione delle ustioni, osservo la paziente, le chiedo se è disposta a sottoporsi a una tecnica diversa per gestire e controllare nel migliore dei modi la sensazione di bruciore durante la medicazione, Paola accetta. La invito a chiudere gli occhi per ascoltare meglio la mia voce ma la paziente evidentemente sofferente decide di tenerli aperti, rispetto la decisione e descrivo

“Vedo che hai deciso di mantenerli aperti, molto bene”

“E mentre tieni gli occhi ben aperti, puoi immaginare di trovarti vicino ad un corso d’acqua” proseguo restando vaga nel suggerire l’immagine

“io non so come potrebbe essere per te questo corso dacqua.. ma quando lo hai immaginato me lo dici”

Paola dice: “ce l’ho” “la fontana di casa mia”

“Molto bene” rispondo

Invito Paola ad immergere i piedi nell’acqua, inizialmente le dita successivamente caviglia e ginocchia e, mentre le verso della soluzione fisiologica sulle gambe, decido di inserire una suggestione:

“e man mano che immergi le gambe nell’acqua potrai il fresco e proverai una sensazione di sollievo, lo senti”

Paola risponde “sì”

La medicazione procede con successo, Paola mi riferisce che, nonostante la sensazione di bruciore insopportabile iniziale, ha avvertito sollievo nel momento in cui le ho fornito la suggestione e mi ringrazia. L’obiettivo in questo caso è stato quello di rafforzare la sensazione di beneficio provata quando la zona ustionata veniva a contatto con acqua fresca suggerendo un’immagine piacevole che in questo caso è stata rappresentata dalla fontana.

Il caso di Anna

Anna, 18 anni, giunge in Ps per un attacco di panico, non è il primo episodio, ma questa volta fatica a risolversi, la pz si presenta in stato di pianto, tachipnoica e descrive una sensazione di peso sul torace che le impedisce di respirare correttamente, accolgo ciò che mi dice e glielo restituisco,

- “mi stai dicendo che avverti un peso sul petto che ti impedisce di respirare”?

- “sì”

- Osservo la paziente e descrivo cosa vedo, descrivo il torace che si alza e si abbassa molto velocemente

“e mentre il tuo torace si alza e si abbassa velocemente, tu puoi decidere di controllarlo per far sì che il respiro possa rallentare, così che l’aria possa essere accolta correttamente dai polmoni”

Decido di sfruttare la metafora della carrucola, dopo essermi accertata che la paziente sapesse cosa fosse. Passaggio non scontato come spiegato nel corso CIICS.

Invito la pz ad immaginare una corda tra le sue mani connessa ad una carrucola alla cui estremità è presente qualcosa di molto pesante poggiato sul petto.

“E quando l’hai immaginata, mi fai un cenno con il capo”

Anna esegue un cenno con il capo

Capisco che posso andare avanti e, dopo la ratifica, proseguo, invitando la paziente a tirare indietro la corda che potrà liberare il torace da questo peso

“E mentre lentamente tiri su la corda, ti accorgerai di come il torace sarà libero di espandersi correttamente”

Anna esegue il gesto con la mano e il respiro si fa più regolare

Le chiedo a questo punto di praticare un nodo alla corda, così che il peso possa restare sospeso in aria e non più quindi appoggiato sul suo petto.

Anna segue le mie indicazioni, il respiro si regolarizza, è finalmente eupnoica.

Il caso di Eleonora

Eleonora, 75 Anni, giunge in PS per caduta accidentale con conseguente frattura dello sterno, anemia e lieve dispnea, si predispone il ricovero in Medicina di Urgenza, ma quando arriva il momento, la paziente si rifiuta categoricamente di andare.

Il primo pensiero da parte mia è quello della paura del ricovero, ma invece di giungere a rapide conclusioni decido di avvicinarmi alla paziente.

Mi reco da Eleonora, mi presento, e sfrutto lo “yes set”,  
” lei è la signora eleonora?”

“oggi è caduta?”

“non vuole andare ricoverata, giusto”?

Eleonora mi regala 3 “si”

“come mai non vuole andare?”

La pz mi spiega di essere preoccupata per il marito in fase iniziale di demenza senile e che sente di dover tornare a casa per occuparsi di lui. Risulta chiaro che il rifiuto del ricovero non era dovuto alla paura della degenza bensì a cause esterne.

Accolgo ciò che mi sta dicendo e glielo rimando con le stesse parole:

“Eleonora lei mi sta dicendo che non vuole ricoverarsi perché è preoccupata per suo marito “

La pz annuisce.

“Ed è proprio perché lei ha necessità di tornare a casa da suo marito che noi la ricoveriamo, per rimetterla in sesto e renderla in grado di occuparsi di lui nel modo migliore”

Eleonora mi tocca la mano:

“Va bene, mi ricovero”

## **CONCLUSIONI**

L'attività frenetica del pronto soccorso a volte sottrae tempo ad una comunicazione efficace, ma la comunicazione "rappresenta tempo di cura" e in quanto tale merita la stessa attenzione di una qualsiasi procedura infermieristica. L'infermiere assiste, cura e si prende cura dell'assistito in maniera globale e ogni tipologia di pratica clinica, se efficace, risulta utile allo scopo. Padroneggiare la comunicazione ipnotica rappresenta uno strumento ulteriore per l'esercizio della professione.

## BIBLIOGRAFIA

Casiglia E, Croce D, Facco E, Foppiani E, Granone P, Iannini R, Lapenta AM, Miroglio G, Muro M, Scaglione M, Somma M. Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS, Montegrotto T. (Padova), 2-3 dicembre 2023

2 Mary Jo Peebles-Kleiger, *THE USE OF HYPNOSIS IN EMERGENCY MEDICINE, Emergency Medicine Clinics of North America, Volume 18, Issue 2, 2000, Pages 327-338, ISSN 0733-8627*

3 Goldmann L, Ogg TW, Levey AB, Hypnosis ad daycase anaesthesia. A study to reduce pre-operative anxiety and intra-operative anaesthetic requirements. *Anaesthesia*. 1988 Jun; 43(6): 466-9. Doi: 10.1111/j.1365-2044.1988.tb06633.x. PMID: 3136676

4 Tinelli M, Guler N, Goetz C, Aim P, Marchionni S, Ouamara N, Cipolat L, Demarquet M, Seris E, Moreau A, Durand G, Douplat M, Lavignon JP, Hingray C, Abensur Vuillaume L. Study protocol: hypnosis versus standard care for shoulder dislocation reduction in the emergency department - a multicentre, randomised, controlled study protocol. *BMJ Open*. 2022 Dec 7;12(12):e062278. doi: 10.1136/bmjopen-2022-062278. PMID: 36600368; PMCID: PMC9730355.

5 Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021 May 29;397(10289):2082-2097. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00393-7. PMID: 34062143.

6 Luchesi GLS, da Silva AKF, Amaral OHB, de Paula VCG, Jassi FJ. Effects of osteopathic manipulative treatment associated with pain education and clinical hypnosis in individuals with chronic low back pain: study protocol for a randomized sham-controlled clinical trial. *Trials*. 2022 Dec 30;23(1):1066. doi: 10.1186/s13063-022-07040-y. PMID: 36581902; PMCID: PMC9801526.

<https://www.nurse24.it/infermiere/infermiere-comunicazione-paziente.html>

[\*https://www.nurse24.it/infermiere/professione/infermiere-di-pronto-soccorso-chi-e-e-cosa-fa.html\*](https://www.nurse24.it/infermiere/professione/infermiere-di-pronto-soccorso-chi-e-e-cosa-fa.html)