



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

“SII IL TUO CAMBIAMENTO”

**Gestione di Ansia e Dolore preoperatorio e postoperatorio, in chirurgia
oncologica**

RELATORE

Dott. Rocco Iannini

CANDIDATO

CPSI Chiara Cusimano

CORRELATORE

Dott.ssa Daniela Nicolosi

Sommario

PREMESSA	3
INTRODUZIONE	4
L' ASSISTENZA INFERMIERISTICA.....	6
L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE	
ONCOLOGICO	8
ANSIA e DOLORE	11
PROTOCOLLI INTERNI DI GESTIONE.....	14
LA COMUNICAZIONE IPNOTICA	17
FASI DEL PROCESSO DI IPNOSI.....	18
LA COMUNICAZIONE IPNOTICA NELLA PRATICA	
INFERMIERISTICA.....	20
LA COMUNICAZIONE IPNOTICA NELLA GESTIONE DI	
ANSIA E DOLORE.....	21
PROGETTO AZIENDALE.....	22
OBIETTIVO	27
MATERIALI E METODI.....	28
SETTING	28
ESPERIENZE DI COMUNICAZIONE IPNOTICA.....	29
RISULTATI.....	35
CONCLUSIONI.....	35
ABSTRACT.....	36
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	37
ALLEGATI.....	38

PREMESSA

Sono trascorsi alcuni anni dalla prima volta in cui ho sentito parlare di Ipnosi, circa otto, ma nonostante la curiosità insinuatasi già allora e le letture intraprese nel corso del tempo, la mancanza di adeguata conoscenza e un pizzico di diffidenza sull'argomento, mi hanno portato man mano ad accantonare completamente qualsiasi tipologia di approfondimento, fino ad oggi.

A riaccendere l'interesse per l'Ipnosi e la Comunicazione Ipnotica è stata la condivisione, da parte di colleghi che hanno intrapreso da tempo questo percorso di crescita professionale, delle esperienze vissute e dell'impatto positivo che la pratica ha avuto sui singoli pazienti.

Man mano che ascoltavo i racconti ricchi di entusiasmo, una parte di me ha iniziato a riconoscere, in ciò che mi veniva narrata come comunicazione ipnotica, le basi di un'educazione mediante la quale la mia famiglia mi ha cresciuto, da quando ho memoria. Il potere della mente, inteso come l'influenza che i propri pensieri possono avere sul corso degli eventi della propria vita, sul raggiungimento degli obiettivi e sulla "cura" di anima e corpo, è sempre stato all'apice degli insegnamenti, ed è così che la semplice curiosità nei confronti dell'argomento, è diventato bisogno personale di saperne di più.

Ho deciso per questo motivo di partecipare al corso di formazione "Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica", che si è rivelato inaspettatamente, prima di tutto un ottimo spunto di intensa e talvolta faticosa crescita personale, oltre che professionale, arricchendo la mia assistenza alla persona, migliorandola notevolmente, acquisendo un metodo che mi permette di offrire ai pazienti un sostegno più profondo e completo, e soprattutto di renderli autonomi nel proseguire questa straordinaria esperienza.

INTRODUZIONE

Ho conseguito la laurea in scienze infermieristiche a marzo del 2012. Dopo alcuni anni di intensa gavetta, in realtà lavorative organizzate per lo più con modelli assistenziali per compiti, sono approdata in quella che è stata fin da subito la mia “isola felice”, l'IRCCS di Candiolo, un mondo completamente differente da ciò che avevo vissuto fino a quel momento, sia a livello professionale che personale. È da qui che ho iniziato realmente a comprendere concretamente l'importanza della visione della persona nella sua globalità.

Da più di otto anni lavoro all'interno della divisione di chirurgia oncologica, attualmente suddivisa in due grandi reparti, chirurgia ovest e chirurgia est, all'interno dei quali sono state organizzate le varie specialità.

La chirurgia OVEST, reparto all'interno del quale presto servizio, comprende:

1. Urologia
2. Senologia/Chirurgia Plastica
3. Ginecologia
4. Otorinolaringoiatria
5. Dermochirurgia
6. Radiologia Interventistica

L'assistenza chirurgica perioperatoria può essere riassunta in 3 fasi:

Fase preoperatoria, che inizia con l'accoglienza in reparto della persona assistita e termina con il trasferimento in sala operatoria: comprende le misure assistenziali che permettono alla persona di affrontare l'evento chirurgico nelle migliori condizioni fisiche e psicologiche.

Fase intraoperatoria, che comprende l'ingresso in sala operatoria.

Fase post operatoria, che riguarda il rientro in reparto: include il monitoraggio dei parametri vitali e delle possibili complicanze, la

riattivazione dell'autonomia della persona nelle ADL¹, il riadattamento alla nuova situazione, l'educazione della persona all'autogestione delle eventuali limitazioni funzionali.

Le esperienze personali e gli approfondimenti che tratterò riguarderanno le fasi pre e post operatoria di alcuni interventi chirurgici programmati.

La scelta dell'argomento della tesi è stata una conseguenza quasi ovvia, volta ad identificare i bisogni maggiormente espressi dai pazienti: la grande multidisciplinarietà dei reparti, ci mette ogni giorno di fronte ad un ampio bacino di utenti con svariate esigenze, anche molto diverse tra loro; accogliamo quotidianamente una media di 15 pazienti che effettueranno l'intervento chirurgico in giornata, emotivamente carichi di tensione, paura, ansia, nei confronti della riuscita dell'intervento, dell'anestesia, di ciò che dovranno affrontare i primissimi giorni post chirurgici, disperazione per i cambiamenti fisici che avverranno sui loro corpi o più semplicemente angosciati dall'infausta diagnosi di patologia neoplastica ricevuta, paura del dolore. Nella maggior parte dei casi è un mix di tutti questi, e di mille altri pensieri, per questo motivo è fondamentale che abbiano al loro fianco professionisti non solo teoricamente e tecnicamente competenti, ma anche emotivamente di supporto, che non si dimentichino che la relazione e la comunicazione fanno parte del processo di cura e non dovrebbero mai essere trascurati.

Nonostante la piena consapevolezza di ciò che dovrebbe essere l'assistenza, talvolta, la caotica routine quotidiana e la possibilità di incorrere in burnout per le pressioni emotive alle quali siamo sottoposti, rischiano di prendere il sopravvento; mai avrei immaginato che l'Ipnosi e la Comunicazione Ipnotica

¹Activities of Daily Living, attività di vita quotidiana che l'individuo compie per sopravvivere.

potessero essere ottimi strumenti da inserire all'interno della relazione d'aiuto, in grado di supportare le persone assistite e indirettamente anche me stessa.

L' ASSISTENZA INFERMIERISTICA

È Florence Nightingale², intorno alla metà del 1800, ad aprire la strada allo sviluppo progressivo del sistema sanitario e ad avere un ruolo fondamentale nella storia dell'assistenza infermieristica, introducendo miglioramenti che contribuiscono in modo decisivo al benessere del paziente, mettendolo sempre al primo posto.

Ad oggi l'Assistenza Infermieristica viene regolata dal DM 739/94 e dalla legge 251/2000 che definiscono il profilo professionale dell'infermiere, le aree di responsabilità e gli ambiti di competenza, quest'ultime in continua evoluzione, in risposta ai vari cambiamenti che si verificano nelle diverse realtà socio-assistenziali.

“L' infermiere è il professionista sanitario³ che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. L' assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria”⁴

Ci troviamo dunque di fronte ad un'assistenza di tipo olistico, un approccio integrato alla cura che abbraccia l'intero spettro delle esigenze sanitarie, sociali e quotidiane, che non si limita all'esecuzione di una serie di compiti più o meno complessi, ma assiste e si prende cura dell'assistito in maniera globale, instaurando con esso una relazione di fiducia. Attraverso l'impiego di principi, teorie e metodi della disciplina, è volta a promuovere salute e benessere, compensare e sostenere l'autonomia, responsabilizzare nel prevenire e affrontare la malattia, facilitare la guarigione ed alleviare le sofferenze, in tutte le fasi della vita. Si realizza nel prendersi cura in modo attivo dei singoli, delle

²Infermiera britannica, nata il 12 maggio del 1820, nota come “la signora della lanterna”, considerata la fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna, in quanto fu la prima ad applicare il metodo scientifico attraverso l'utilizzo della statistica.

³ Il termine “operatore sanitario” viene sostituito con il termine “professionista sanitario” con la legge n.42 del 1999

⁴DM 739/94 Comma 1 e 2

famiglie e delle comunità, nel loro contesto e nell'ambiente di riferimento, attraverso la relazione, l'impiego del giudizio clinico, la pianificazione, l'attuazione di interventi coerenti dal punto di vista scientifico, etico, culturale e la relativa valutazione.

Esiste un vero e proprio processo di Nursing sulla quale ogni professionista fa affidamento, rappresenta l'approccio mentale ed operativo che caratterizza il lavoro dell'infermiere, utilizzato per unificare gli standard assistenziali ma anche flessibilità per rendere l'assistenza più specifica possibile.

Si tratta di un processo circolare, le cui fasi sono concatenate tra loro:



Alla base del processo troviamo la metodologia utilizzata nel “problemsolving”⁵, processo logico e sistematico per risolvere i problemi.

Ogni professionista si avvale di una serie ben definita di azioni, per raggiungere gli obiettivi dell’assistenza infermieristica, mantenere o consentire alla persona di recuperare il proprio benessere e qualità di vita.

L’ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE ONCOLOGICO

L’infermiere che lavora in ambito oncologico può esercitare in ambienti diversi:

- Ospedale
- Hospice
- Centri di riabilitazione
- Assistenza domiciliare
- Cure palliative

L’area oncologica si presenta come una delle più vaste, il cancro non è una singola malattia con una singola causa, bensì un insieme di patologie distinte con differenti cause, manifestazioni, terapie e prognosi, coinvolge dunque tutte le specializzazioni del nursing, e l’assistenza, inoltre, interessa un’ampia fascia di età; l’infermiere oncologico è una figura molto delicata, in grado di integrare la pratica scientifica con quella umana ed empatica, analizza i bisogni assistenziali dei pazienti, pianifica e ne coordina la loro attuazione.

Le terapie utilizzate nel trattamento del cancro sono varie, dalla radioterapia, alla chemioterapia, al trattamento chirurgico.

La chirurgia, in base al quadro clinico, può essere indicata come metodo principale di trattamento, oppure avere scopo diagnostico, profilattico, palliativo o ricostruttivo. La base dell’assistenza chirurgica al paziente oncologico, non si discosta dall’assistenza in chirurgia generale (Figura 1), a fare la differenza è la possibilità che i vari trattamenti vengano combinati tra

⁵Approccio volto allo sviluppo di strategie per risolvere i problemi. I problemi sono reali ed evidenziati dalla raccolta dati.

loro, per esempio radioterapia e chemioterapia neoadiuvanti⁶, che possono contribuire all'insorgenza di specifiche complicanze postoperatorie quali infezioni, difficoltà di cicatrizzazione della ferita chirurgica, fistolizzazione, alterata funzionalità renale e polmonare e lo sviluppo di trombosi venose profonde. Una corretta e approfondita valutazione preoperatoria può influenzare positivamente il decorso di ogni singolo paziente.

Oltre al quadro puramente teorico/scientifico, grande rilievo hanno lo stato emotivo e algico della persona, spesso ansiosa nei confronti della diagnosi, della procedura, dei possibili esiti, e con algie importanti correlate alla patologia nel preoperatorio e all'intervento chirurgico nel postoperatorio.

⁶ Una terapia si definisce neoadiuvante quando viene somministrata prima del trattamento chirurgico, permettendo di ridurre il volume della massa tumorale e di facilitarne l'asportazione, a favore di interventi chirurgici più conservativi.

Figura 1

TAVOLA 16.1 Esempi di attività infermieristiche perioperatorie	
<p>ISBN 88-408-1189-3</p> <p>Organizzazione dell'assistenza infermieristica preoperatoria Capitolo 16 367</p> <p>Fase preoperatoria</p> <p>Esami prericovero</p> <ol style="list-style-type: none">1. Iniziare l'accertamento preoperatorio preliminare.2. Iniziare un'educazione appropriata ai bisogni del paziente.3. Coinvolgere la famiglia nell'intervista.4. Verificare la completezza degli esami preoperatori.5. Accertare il bisogno postoperatorio di assistenza e trasporto del paziente. <p>Ricovero nel centro di chirurgia o nel reparto</p> <ol style="list-style-type: none">1. Completare l'accertamento preoperatorio.2. Accertare il rischio di complicanze postoperatorie.3. Riferire referti non attesi e qualsiasi deviazione dalla norma.4. Verificare che il consenso operatorio sia stato firmato.5. Coordinare l'educazione del paziente con tutta l'équipe infermieristica.6. Rinforzare l'educazione già impartita.7. Spiegare le fasi del periodo perioperatorio e le attese.8. Rispondere alle domande del paziente e della famiglia.9. Sviluppare un piano di assistenza. <p>Area di attesa</p> <ol style="list-style-type: none">1. Accertare lo stato del paziente.2. Rivedere la documentazione.3. Identificare il paziente.4. Verificare il sito chirurgico.5. Predisporre una via infusiva endovenosa.6. Somministrare eventuali farmaci prescritti.7. Assicurare il comfort del paziente.8. Garantire il sostegno psicologico.9. Comunicare lo stato emotivo del paziente ad altri sanitari membri dell'équipe sanitaria. <p>Fase intraoperatoria</p> <p>Mantenimento della sicurezza</p> <ol style="list-style-type: none">1. Posizionare il paziente:<ol style="list-style-type: none">a) Allineamento funzionale.b) Esposizione del sito chirurgico.c) Mantenimento della posizione durante la procedura.2. Applicare la piastra dell'elettrobisturi al paziente.3. Garantire supporto fisico.4. Assicurare che i conteggi di garze, aghi e strumenti siano corretti.5. Mantenere un ambiente asettico e controllato.6. Gestire efficacemente le risorse umane. <p>Monitoraggio fisiologico</p> <ol style="list-style-type: none">1. Calcolare gli effetti sul paziente di eccessive perdite o introduzioni di liquidi.2. Distinguere dati cardiopolmonari normali da quelli anomali.3. Riferire variazioni nel paziente di polso, respiro, temperatura, pressione arteriosa.	<p>Supporto psicologico (prima dell'induzione e se il paziente è cosciente)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Fornire supporto emotivo al paziente.2. Stare vicino o mantenere il contatto con il paziente durante le procedure e l'induzione.3. Continuare ad accertare lo stato emotivo del paziente. <p>Fase postoperatoria</p> <p>Trasferimento del paziente all'unità di cure postanestesiologiche</p> <ol style="list-style-type: none">1. Comunicare informazioni intraoperatorie:<ol style="list-style-type: none">a) Identificare il paziente attraverso il nome.b) Stabilire il tipo di chirurgia eseguito.c) Identificare il tipo di anestetico usato.d) Riferire la risposta del paziente alla procedura chirurgica e all'anestesia.e) Descrivere i fattori intraoperatori (per esempio, inserimento di drenaggi o cateteri, somministrazione di sangue, agenti analgesici, o altri farmaci durante l'intervento, verificarsi di eventi inattesi).f) Descrivere le limitazioni fisiche.g) Riportare il livello di coscienza preoperatorio del paziente.h) Comunicare eventuali attrezzature necessarie. <p>Accertamento postoperatorio nell'area di recupero</p> <ol style="list-style-type: none">1. Determinare la risposta immediata del paziente all'intervento chirurgico.2. Monitorare lo stato fisiologico del paziente.3. Mantenere la sicurezza del paziente (vie aeree, circolazione, prevenzione delle lesioni).4. Somministrare farmaci, liquidi, e componenti del sangue, su prescrizione.5. Offrire liquidi <i>per os</i> ai pazienti ambulatoriali, se permesso.6. Accertare se il paziente è pronto per essere trasferito in una struttura extra-ospedaliera o a domicilio. <p>Reparto chirurgico</p> <ol style="list-style-type: none">1. Garantire un assiduo monitoraggio delle risposte fisiche e psicologiche del paziente all'intervento chirurgico.2. Educare il paziente nel primo periodo di recupero.3. Assistere il paziente nel recupero e nella preparazione della dimissione a domicilio.4. Determinare lo stato psicologico del paziente.5. Assistere con una dimissione pianificata. <p>Domicilio o clinica</p> <ol style="list-style-type: none">1. Garantire una assistenza di controllo durante le visite in ambulatorio, in clinica o attraverso contatti telefonici.2. Rinforzare l'educazione precedentemente fornita e rispondere a domande del paziente e della famiglia sulla chirurgia e i controlli.3. Accertare la risposta del paziente alla chirurgia e all'anestesia e gli effetti sull'immagine e la fisiologia del corpo.4. Determinare le percezioni della chirurgia e dei suoi esiti da parte della famiglia.

ANSIA e DOLORE

- ANSIA

L'ansia viene definita come un'emozione spiacevole caratterizzata da sensazioni di tensione, minaccia, preoccupazione e cambiamenti a livello fisiologico come risposta psicologica ad uno stress, determinabile all'interno del nostro contesto come preoccupazione per la malattia, l'ospedalizzazione, l'anestesia e l'intervento chirurgico, o l'ignoto; si differenzia dalla paura poiché quest'ultima è una reazione emotiva ad un pericolo reale ed immediato, mentre l'ansia è una reazione emotiva ad una minaccia futura percepita⁷. L'American Psychiatric Association (1994) descrive l'ansia come l'anticipazione apprensiva di un pericolo o di un evento negativo futuro, accompagnata da sentimenti di disforia o da sintomi fisici di tensione, "indispensabile al corretto funzionamento del nostro organismo in risposta agli stimoli esterni ed interni e, se presente in modo adeguato, consente un adattamento funzionale alle richieste ambientali" (Pancheri & Bressa, 1990). Ansia e stress, come sopraccitato, sono dunque connesse tra loro, numerosi studi infatti definiscono l'ansia come "una manifestazione patologica allo stress" e il ricovero ospedaliero abbinato alla necessità di affrontare un intervento chirurgico, rappresenta una grande fonte di stress a livello fisico, emotivo, sociale e psicologico. La prevalenza dell'ansia preoperatoria varia ampiamente, dall'11 all'80% tra i pazienti adulti, influenzata da numerosi fattori classificabili in socio-demografici, psicosociali, riguardanti l'informazione preventiva sul processo chirurgico-anestesiológico ed eventuali precedenti esperienze chirurgiche.

Numerosi studi hanno dimostrato che un livello aumentato di ansia preoperatoria è correlato a conseguenze negative, sia psicologiche che somatiche, influisce sull'anestesia, rendendo necessario l'utilizzo di quantità maggiori di farmaci, sulle cure e sul trattamento post operatorio, oltre che sul processo di guarigione post procedurale. Ciò avviene poiché l'organismo umano è un complesso sistema in cui mente e corpo sono profondamente interconnessi, influenzandosi tra loro.

⁷American Psychiatric Association: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. 5a ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013

- DOLORE

Il dolore è un meccanismo di difesa che l'organismo utilizza per indicare la presenza di una minaccia, interna o esterna al corpo stesso. Lo scopo di questi stimoli, inviati al sistema nervoso, è quello di far in modo che la persona, una volta allertata, risponda alla minaccia ed eviti la comparsa di danni maggiori.

Il dolore è un'esperienza soggettiva e individuale, risultato di una complessa interazione tra lo stimolo puramente sensoriale (stimolo doloroso) che una volta generato viene modulato, ridotto o amplificato, a vari livelli, dal sistema nervoso prima di essere percepito e fattori legati alla persona (ambientali, culturali, religiosi, affettivi, genetici); può mutare in intensità, durata, qualità e può assumere svariati meccanismi e significati pato-fisiologici. È chiaro dunque quanto sia complesso definire il concetto di dolore in modo conciso, preciso ed efficace. L'Association for the Study of Pain (IASP)⁸ definisce il dolore come "Un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata, o simile a quella associata, a un danno tissutale reale o potenziale"⁹, frutto di numerose modifiche e rivalutazioni della definizione originariamente adottata dal consiglio IASP, dai professionisti sanitari, dai ricercatori nel campo del dolore e da diverse organizzazioni professionali, governative e non governative, tra cui l'Organizzazione mondiale della sanità, dal 1979 per circa 40 anni. Gli importanti progressi degli ultimi anni riguardanti la nostra comprensione del dolore, hanno portato dunque alla suddetta nuova definizione di dolore insieme alle note accompagnatorie, anch'esse aggiornate:

- Il dolore è sempre un'esperienza personale, influenzata in diversa misura da fattori biologici, psicologici e sociali.
- Dolore e nocicezione¹⁰ sono fenomeni diversi. Il dolore può non essere dedotto unicamente dall'attività dei neuroni sensoriali.
- Attraverso le esperienze di vita, gli individui apprendono il concetto di dolore.
- Il resoconto di un'esperienza come dolore da parte di una persona dovrebbe essere rispettato.¹¹

⁸ Associazione professionale, internazionale dedicata allo studio e alla gestione del dolore, fondata nel 1973 da un gruppo di clinici e scienziati. Nel 1974 l'IASP viene formalmente costituita come organizzazione

⁹ Definizione rivista della task force IASP, 2020

¹⁰ L'insieme di meccanismi che trasmettono lo stimolo dall'area periferica al sistema nervoso centrale, in cui viene tradotto in esperienza sensoriale.

- Sebbene il dolore svolga solitamente una funzione adattiva, può avere effetti negativi sulla funzionalità e sul benessere sociale e psicologico.
- La descrizione verbale è solo uno dei tanti comportamenti utilizzati per esprimere il dolore; l'incapacità di comunicare non esclude la possibilità che un essere umano o un animale non umano provi dolore.

Il dolore può essere classificato in acuto, persistente o cronico secondo alcune caratteristiche:

- Il Dolore Acuto è un dolore di breve durata, è un dolore in cui è ben evidente il rapporto causa-effetto rispetto all'eziopatogenesi che lo determina; questa tipologia di dolore si esaurisce quando cessa l'applicazione dello stimolo o si ripara il danno che l'ha prodotto.
- Il Dolore Persistente è dovuto alla permanenza o alla ricorrenza dello stimolo algico
- Il Dolore Cronico persiste o recidiva per un periodo superiore ai 3 mesi, talvolta persiste oltre 1 mese dopo la guarigione dalla patologia scatenante diventando esso stesso "malattia" o si associa ad una lesione che non guarisce. Le cause possono essere malattie croniche come le neoplasie e il diabete, lesioni tissutali come la rottura dei legamenti, patologie come la fibromialgia e la cefalea cronica.

Il dolore oncologico è uno dei più comuni sintomi con la quale i pazienti vengono a contatto in particolar modo nelle fasi avanzate di malattia, ha una percentuale di insorgenza tra il 70-90% in caso di malattia metastatica o terminale, ma è frequente anche nel 30-50% dei pazienti oncologici in fase iniziale di malattia. L'origine del dolore può avere numerose cause e manifestazioni, ad esempio per compressione o irritazione da parte della massa tumorale e/o di lesioni metastatiche di organi e apparati direttamente coinvolti o a carico di tessuti vicini, per infiltrazione di strutture nervose e muscoli, a causa di ulcere della cute o delle mucose; in altri casi può essere indotto dal trattamento terapeutico effettuato, come la radioterapia, la chemioterapia o il trattamento chirurgico.

Come per le altre tipologie di dolore, anch'esso può essere distinto in acuto o cronico in base all'insorgenza, improvvisa o da riacutizzazione di un dolore

¹¹La Dichiarazione di Montréal, un documento elaborato durante il Primo Summit Internazionale sul Dolore del 3 settembre 2010, afferma che "L'accesso alla gestione del dolore è un diritto umano fondamentale".

cronico preesistente, o continuativa a causa della malattia o come esito di un trattamento.

L'intensità del dolore inoltre non è necessariamente correlata alla gravità della malattia, infatti tumori di piccole dimensioni possono dare origine ad un dolore maggiore rispetto a tumori più estesi e gravi.

L'impatto che il dolore oncologico può avere sulla qualità di vita del paziente è importante e assolutamente da non sottovalutare, si inserisce in un contesto di per se già complesso sia per il paziente che per i familiari, e convivere anche con la sofferenza rende il percorso di cura sicuramente più difficile per il paziente, che può sentirsi provato sia fisicamente che emotivamente, al punto da influire negativamente sugli esiti del trattamento e sulla qualità della vita della persona.

PROTOCOLLI INTERNI DI GESTIONE

Il protocollo operativo per la gestione del dolore post chirurgico e da procedura diagnostico-terapeutica dell'istituto IRCCS di Candiolo, aggiornato al 29 febbraio 2024, ha come scopo quello di uniformare le terapie per il controllo del dolore e sensibilizzare il personale ad un trattamento omogeneo, limitare la sofferenza del paziente, facilitare la mobilitazione post procedurale, il recupero dello stato funzionale pregresso e implementare il livello di soddisfazione complessivo. (Figura 2)

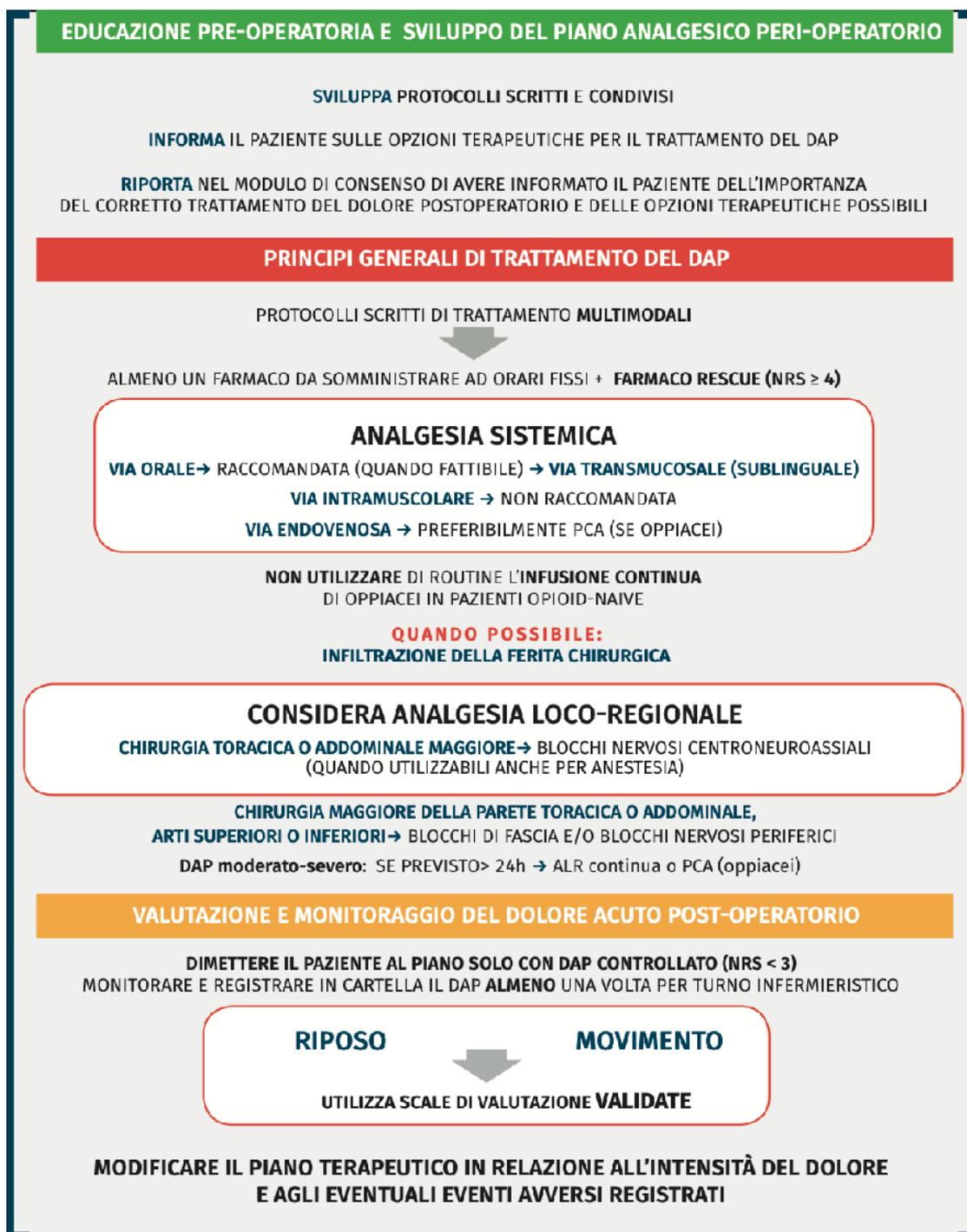
La normativa pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – Serie Generale – n. 149 del 29-06-2000, accordo tra il Ministero della Sanità, le Regioni e le province autonome, emana le linee guida per la realizzazione dell'**Ospedale senza Dolore**, ed è proprio a queste linee guida che il protocollo d'istituto fa riferimento. La misurazione del dolore deve essere effettuata all'accoglienza del paziente in reparto, in linea di massima tra le 2 e le 3 volte al giorno ed ogni qual volta il paziente lamenti dolore, mediante l'utilizzo della **Numerical Rating Scale - NRS (Downie, 1978; Grossi, 1983)**; Si tratta di una scala numerica unidimensionale quantitativa di valutazione del dolore a 11 punti; la scala prevede che l'operatore chieda al malato di selezionare il numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore, da 0 a 10, in quel preciso momento.

A prescindere dall'intensità prevista del dolore acuto post-operatorio il protocollo prevede:

- Almeno un farmaco da somministrare ad orari fissi e un farmaco di riserva da somministrare in caso di dolore scarsamente controllato (NRS >3)
- Se non controindicato, utilizzare paracetamolo e/o FANS
- Quando possibile utilizzare la via di somministrazione orale rispetto alla parenterale.
- Non utilizzare di routine l'infusione continua di oppiacei per via parenterale in pazienti opioid – naive.
- Evitare la somministrazione di farmaci per via intradermica o intramuscolare.

Il protocollo operativo per la gestione dell'ansia presenta invece l'approccio farmacologico, con l'utilizzo in prima linea di benzodiazepine (la durata non superiore alle 8-12 settimane) e in seconda linea con l'aggiunta di "selective serotonin re-uptake inhibitors, e il trattamento non farmacologico mediante supporto psicologico, incontri di auto-muto aiuto e tecniche di rilassamento.

Figura 2



LA COMUNICAZIONE IPNOTICA

^“Non si può non comunicare”, qualsiasi comportamento – parole , silenzi, attività o inattività – ha valore di messaggio e influenza gli altri interlocutori che non possono non rispondere a queste comunicazioni.^12

L'Ipnosi è una pratica molto antica, nel corso dei secoli è stata spesso associata alla magia, alle arti divine o diaboliche, motivo per cui la storia della sua evoluzione alterna momenti di maggior successo a periodi di grande declino, fino ad arrivare alla moderna concezione di Ipnosi come “condizione naturale in grado di verificarsi spontaneamente in diversi momenti della vita quotidiana e che può essere indotta nel pieno rispetto delle esigenze e delle capacità della persona.”¹³ È un fenomeno naturale con concrete basi neurobiologiche.

Franco Granone (1911 – 2000) scienziato, neuropsichiatra, docente e ricercatore, fondatore del Centro Italiano Ipnosi Clinico Sperimentale (CIICS) nel 1979, ha sviluppato per buona parte della sua vita, capillari attività di ricerca sull'Ipnosi; la sua filosofia si fonda su tre assiomi: **ipnosi, ipnotismo e monoideismo**.

La Comunicazione Ipnotica è una tecnica di comunicazione che applica consapevolmente i meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente, guidando il paziente nella percezione di se e dell'esperienza che sta vivendo. Si avvale dell'azione che le parole hanno a livello neurofisiologico, del loro potere per creare immagini mentali che riverberano nel corpo modificandolo e della relazione di fiducia (chiamata “Rapport”) che via via si instaura tra operatore e paziente. Il linguaggio verbale e la comunicazione non verbale hanno una grande influenza sia in senso negativo sia in senso positivo, motivo per il quale è fondamentale che gli operatori utilizzino in maniera consapevole frasi e gesti che sono determinanti nella gestione del percorso di cura del paziente.¹⁴

¹² I Assioma della comunicazione

¹³ Milton Hyland Erickson

¹⁴ A.S.I.E.C.I.

“**L’ipnosi** è una coscienza particolare, durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali e somato-viscerali, per l’instaurarsi di un monodeismo plastico auto od 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-emoive 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 o 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. L’ipnosi è un modo di essere dell’organismo, che si instaura ogni qual volta intervengano particolari stimoli emozionali e senso-motori.”¹⁵

L’ipnotismo è la possibilità di indurre in un soggetto una particolare condizione psicofisica, la procedura che conduce alla condizione di Ipnosi.

“Il **Monoideismo** è la focalizzazione su una sola idea. Esso diviene plastico¹⁶quando la sua rappresentazione si attua in esperienza fenomenica verificabile e ratificabile.”

FASI DEL PROCESSO DI IPNOSI

PREINDUZIONE: fase fondamentale per stabilire una relazione con il paziente, ridurre la critica e instaurare un rapporto di fiducia. Di questa fase fanno parte

- **L’Accoglienza** mediante l’ascolto privo di giudizio, in quanto, la realtà della persona è vera anche se per l’uditore può non esserlo, individuando: il suo canale comunicativo preferenziale, che può essere visivo, uditivo o cenestesico (ricalcare il canale sensoriale preferenziale permette di vivere l’esperienza in modo più completa) e i suoi bisogni.
- Il **Contratto**, che può essere implicito o esplicito, ma chiaro e ben definito, focalizzato sui bisogni individuati (“Oggi sperimenterai qualcosa di nuovo e diverso per controllare meglio questa sensazione”)

¹⁵ Atti del gruppo di lavoro dei didatti CIICS

¹⁶Casiglia E., Finatti F., Tikhonoff V., Stabile MR, Mitolo M., Gasparotti F., Albertini A., Lamenta AM, Venneri A. **Granone’splasticmonoideismdemonstrated by functionalmagneticresonanceimaging (fMRI)**

INDUZIONE: consiste nell'insieme delle tecniche volte al cambiamento dello stato di coscienza, riducendo o modificando gli stimolo esterni, al fine di far realizzare e gestire il monoideismo plastico. Lo scopo è quello di ottenere un cambiamento tangibile sul piano psicosomatico mediante

- **Indicazioni** motivate, in linea con l'obiettivo (“Mettiti sedut* sulla sedia perché così sarai più comoda” – “Chiudi gli occhi perché così potrai ascoltare meglio le mie parole”)
- **Descrizione** di quello di cui io mi accorgo osservando il paziente e l'ambiente circostante (“vedo che il tuo petto si sta alzando e abbassando..”, “ha detto che..”, “sento che..”)
- **Ricalco** dicendo quello di cui il paziente si accorge (“può accorgersi che l'aria entra ed esce dalle tue narici”)

CORPO: realizzazione del progetto terapeutico, dando suggestioni d'organo o apparato a seconda del bisogno identificato attraverso

- La **Suggestione**, che deve suggerire il cambiamento mediante un linguaggio
 - a Abilmente Vago: l'operatore esprime un concetto generico che il paziente può autonomamente approfondire;
 - b Concreto: la suggestione deve essere facilmente attuabile;
 - c Piacevole, con immagini positive;
 - d Evocativo/Emozionale/Limbico;
 - e Mirato: l'obiettivo deve essere chiaro, focalizzato su un monoideismo alla volta;
 - f Fluido: tutto ciò dovrebbe essere espresso con un linguaggio quanto più possibile connesso e rispettoso dei tempi del paziente.

Metafora¹⁷: la metafora è utilizzata in campo terapeutico per diversi scopi, il più importante è quello di stimolare nel soggetto quel cambiamento che si ritiene opportuno promuovere (nella retorica è considerata una similitudine in cui una parola viene usata al posto di un'altra per attribuirle significati diversi). Deriva dal greco *meta*, che significa “sopra”, e *phorein*, che significa “trasportare o portare da un posto all'altro”, dunque porta oltre, trasporta il significato da un campo semantico ad un altro, donando sensi diversi alla medesima

¹⁷ GIARDININIERI PRINCIPESSE PORCOSPINI Consuelo C. Casula

realtà. La sua funzione consiste pertanto nell'evocare nuove realtà e nel creare nuove presenze tramite la concretizzazione dei suoi significati, ridecrive e reinterpreta la realtà con categorie non fondate sulla logica ma sull'immaginazione, stimola pensieri, evoca sentimenti ed emozioni grazie alla compresenza di logica e immaginazione. La metafora contiene due livelli interconnessi e interagenti: il primo livello è quello del racconto, il contenuto della storia serve ad inserire episodi che hanno la funzione di fornire esperienze positive e di ristrutturare esperienze negative o di proporre nuove riflessioni; il secondo livello, più profondo, composto dai significati impliciti e nascosti della storia, che inviano messaggi all'inconscio attraverso l'uso consapevole del linguaggio inerentemente ipnotico, ricco di simboli evocativi, di messaggi di rinforzo dell'Io, di ristrutturazioni e ingiunzioni di cambiamento.

- La **Ratifica**, che evidenzia, sia all'operatore che al paziente, il cambiamento avvenuto, visibile e concreto.

ESDUZIONE: riportare la persona indotta allo stato di coscienza ordinario, collegando un simbolo neurofisiologico all'esperienza (definita **Ancora**), ad esempio l'unione tra indice e pollice di una mano, utile al soggetto come strumento per poter rivivere autonomamente lo stato di Ipnosi ogni qualvolta ne senta la necessità.

CODA: la persona riorientata presenta ancora dei residui dello stato ipnotico, momento in cui la persona risulta maggiormente facilitata a rientrare in ipnosi. Può essere il momento migliore per verificare l'autoipnosi attraverso l'utilizzo dell'ancoraggio.

RACCONTO: un feed-back diretto riguardo l'esperienza vissuta è molto utile per comprendere il vissuto della persona durante l'ipnosi, perfezionare e accrescere la propria esperienza personale di Ipnologo.

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA NELLA PRATICA INFERMIERISTICA

Il processo di nursing è una serie di fasi ed azioni pianificate, alla base del quale troviamo la metodologia utilizzata nel "problemsolving", un processo logico e sistematico mirato al raggiungimento degli obiettivi dell'assistenza

infermieristica, al mantenimento o al recupero del benessere e della qualità di vita.

Secondo quanto sancito dal DM 739/94 "...L' assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, **relazionale**, educativa". La sfera relazionale e comunicativa, costituita da incontri, scambi, e confronti che l'infermiere intrattiene con la persona assistita, ha dunque un ruolo fondamentale per instaurare una buona relazione terapeutica e richiama la vera essenza della professione infermieristica e del processo di Nursing, che va dalla presa in carico, alla valutazione, pianificazione, attuazione e verifica dell'intervento assistenziale, ponendo come obiettivo principale la salute del paziente nella sua totalità e non solo come cura della malattia; migliorando la relazione terapeutica, grazie ad un' efficace comunicazione, migliora sia l'attività lavorativa dell'operatore, che la compliance del malato al trattamento, riduce il disagio emotivo e incrementa l'efficacia della cura.

"Utilizzare la comunicazione ipnotica durante l'assistenza nelle procedure invasive e non invasive, rientra tra gli strumenti che gli infermieri possono utilizzare per portare l'individuo a vivere l'esperienza di cura in modo originale e appropriato alla ricerca di un maggior benessere psico – fisico"¹⁸.

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA NELLA GESTIONE DI ANSIA E DOLORE

La realizzazione del monoideismo plastico produce veri e propri fenomeni fisici e psichici con modificazioni sensoriali e neurovegetative che permettono un aumento del controllo delle funzioni fisiche e psichiche. Numerose tecniche e studi di neuroimaging hanno dimostrato come l'ipnosi permetta di modificare l'attività di determinate aree inconse del cervello aumentando la soglia del dolore, generando cambiamenti emodinamici, e come sia in grado di favorire processi di guarigione fisici e psicologici, interrompendo il circolo vizioso causato dallo stress.

I risultati ottenuti con l'ipnosi tendono inoltre ad essere stabili nel tempo grazie al fatto che i pazienti non si limitano a sottoporsi ad un trattamento, ma apprendono l'autoipnosi che gli permette di ottenere strategie attive di gestione del sintomo che possono metter in atto nel momento del bisogno.

¹⁸ A.S.I.E.C.I.

PROGETTO AZIENDALE

La ricerca di nuove strategie per migliorare la qualità dell'assistenza ha portato alla nascita del progetto aziendale di "implementazione delle tecniche di comunicazione ipnotica nell'assistenza al paziente oncologico" con l'obiettivo di valutarne l'efficacia, come tecnica complementare, alle attuali procedure, nella gestione di ansia e dolore.

Il gruppo di lavoro è composto da otto infermiere, provenienti da servizi differenti dell'istituto di Candiolo: Ambulatori Generali, Ambulatorio di Gastroenterologia, Day Hospital, Oncologia Medica, Chirurgia Oncologica Multispecialistica. La partecipazione al progetto di professionisti appartenenti a più servizi, ci permette di coinvolgere il paziente lungo tutto il suo percorso di cura, favorendo una buona continuità assistenziale nonché la sua autodeterminazione.

Per completezza riporto qui di seguito il "Progetto Aziendale" così come è stato consegnato alla Direzione Sanitaria dell'IRCCS di Candiolo che lo ha approvato il 12 febbraio 2024.

**“PROGETTO DI IMPLEMENTAZIONE DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE
IPNOTICA NELL’ASSISTENZA AL PAZIENTE ONCOLOGICO”
presso F.P.O IRCCS Istituto di Candiolo.**

Partecipanti: Beatrice Grangetto (CPSI Chirurgia oncologica), Chiara Cusimano (CPSI Chirurgia oncologica), Emanuela Filannino (CPSI Day hospital onco-ematologico), Francesca Fasano (CPSI Endoscopia digestiva), Francesca Fidone (CPSI Ambulatori generali), Giulia Marietta (CPSI Oncologia medica), Nicola Daniele (Coordinatore Area di chirurgia oncologica e pre-ricoveri), Patrizia Torrisi (Coordinatore endoscopia digestiva e ambulatori generali), Rossella Natale (CPSI Radiologia/radioterapia).

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni le modalità di presa in carico dei pazienti sono cambiate: la malattia non è più l’obiettivo prioritario degli interventi sanitari ma il focus si concentra soprattutto sulla persona nel suo complesso, considerata da ogni prospettiva.

La “qualità di vita” è diventata uno delle aspirazioni principali nella presa in carico dei pazienti e, fortunatamente, siamo sempre più impegnati a studiare ed elaborare strategie efficaci per sostenere questo proposito, ponendo l’attenzione sul “prendersi cura”, oltre che curare.

In questo contesto e con queste premesse si inserisce il Progetto di Implementazione delle tecniche di Comunicazione Ipnotica presso il nostro Istituto, dando ai pazienti che lo desiderano la possibilità di utilizzare questa tecnica come strumento di empowerment nella gestione dell’ansia e del dolore da procedure diagnostico-terapeutiche.

La Comunicazione Ipnotica è una tecnica comunicativa che applica consapevolmente i meccanismi neurolinguistici, il linguaggio e gli schemi comportamentali per creare immagini mentali e modificare le percezioni corporee distaccandole dalla realtà organica e modificando temporaneamente lo stato di coscienza.

La capacità di entrare in stato di ipnosi è una competenza biologica e psicologica innata degli esseri umani: esprime la capacità dell’immaginazione, è la manifestazione plastica della rappresentazione mentale, un dinamismo psicosomatico di particolare partecipazione mente-corpo attraverso il quale il soggetto riesce a influire sulle proprie condizioni e percezioni psichiche e fisiche. L’aspetto che caratterizza tale dinamismo è il monoideismo plastico ovvero “un’attenzione focalizzata in una sola idea che diviene tanto vivida da essere plasticamente creata anche a livello fisico.” (Cit. Prof. Franco Granone -CIICS)

Le ricerche degli ultimi anni hanno dimostrato la realtà del fenomeno ipnotico e hanno permesso di mappare, grazie alle tecniche di neuroimaging, quali aree del cervello si attivano durante l’induzione dello stato ipnotico: sono incluse la corteccia occipitale, coinvolta nel processo di visualizzazione, indispensabile per indurre la trance e per mantenerne l’intensità; il Talamo, la corteccia cingolata anteriore, la corteccia prefrontale dorsolaterale, quella parietale inferiore e il precuneo, per il coinvolgimento di funzioni quali la coscienza del sé e la capacità di immaginazione.

(Cit. Prof. Edoardo Casiglia)

Oggi intendiamo l’ipnosi come una speciale condizione psicologica/ neurofisiologica nella quale la persona è sempre cosciente e mantiene le proprie capacità di autodeterminazione (libero arbitrio).

Inoltre, tutto ciò avviene creando una particolare relazione di fiducia tra la persona ed il professionista esperto in Comunicazione Ipnotica, il quale accoglie ed individua il bisogno definendo un obiettivo da raggiungere attraverso una strategia concordata con la persona stessa. Durante lo stato ipnotico è possibile attingere a risorse e sperimentare capacità insite nell’individuo ancora non riconosciute o sviluppate.

È possibile migliorare la capacità di controllo degli stimoli, modificandone la percezione, vivendo un'esperienza migliore nel contesto terapeutico.

Guidare il soggetto alla scoperta delle sue capacità di controllo e modifica delle percezioni, significa quindi ottimizzare le condizioni del vissuto, moderare lo stato di ansia e la gestione del dolore.

Le induzioni ipnotiche rapide-tecniche che permettono di indurre in pochi minuti uno stato di profondo rilassamento e controllo del dolore sono usate ormai da tempo in ambito sanitario sia ambulatorialmente (ambulatori odontoiatrici/chirurgici, piccoli interventi, esami del tratto gastroenterico, travaglio di parto, etc.), sia in sala operatoria e permettono ai pazienti di accedere e utilizzare al meglio le proprie risorse in modo da affrontare il percorso diagnostico terapeutico con maggiore serenità e tranquillità.

I professionisti agiscono in modo da contribuire alla creazione di quella condizione di fiducia che permette di realizzare il cambiamento, consapevoli che essa dipende in uguale misura dalla volontà di entrambi gli attori coinvolti.

OBIETTIVI

Il progetto ha la finalità di applicare la Comunicazione Ipnotica come tecnica complementare e valutarne l'efficacia nei seguenti contesti: Chirurgia oncologica, Oncologia medica, Radiologia/radioterapia, Endoscopia digestiva e Ambulatori generali, Day hospital onco-ematologico.

In particolare si andrà ad indagare su:

- Gestione della sintomatologia ansiosa;
- Gestione della sintomatologia dolorosa;
- Impatto sull'utilizzo di farmaci sedativi e/o analgesici;
- Qualità dell'esperienza di cura percepita dalla persona assistita.
- Fornire un utile strumento di autocontrollo alla persona assistita durante procedure più o meno invasive, aumentando la sua capacità di gestire la situazione (empowerment), di vivere un'esperienza diversa e migliore nella quale diventa protagonista del proprio percorso di cura;
- Rendere autonomi attraverso l'uso dell'autoipnosi;
- Valutazione attuabilità e l'impatto del progetto nei vari contesti di cura.

TIPOLOGIA PAZIENTI ARRUOLATI

La comunicazione ipnotica può essere rivolta a tutti i pazienti, nei diversi ambiti clinici, ad esclusione di coloro che presentano un deficit cognitivo.

LE FASI DEL PROGETTO

Il progetto nasce dalla volontà di implementare la qualità dell'assistenza infermieristica attraverso l'utilizzo della comunicazione ipnotica come tecnica complementare.

Il gruppo di lavoro è composto da un infermiere che ha già completato il "corso di formazione in ipnosi clinica e comunicazione ipnotica", mentre le altre figure infermieristiche inizieranno il percorso formativo nell'anno in corso.

I servizi coinvolti saranno:

Chirurgia Oncologica, Oncologia Medica, Radiologia/Radioterapia, Endoscopia digestiva e Ambulatori generali e Day Hospital Onco-Ematologico.

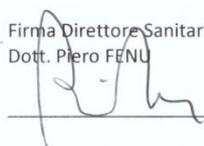
In ogni servizio verranno eseguite le normali procedure assistenziali durante le quali la persona assistita potrà sperimentare uno stato di coscienza grazie al quale sarà potrà verificare un cambiamento del vissuto dell'esperienza. La raccolta dei dati sarà eseguita attraverso una scheda generica con la possibilità di essere adattata alle diverse realtà.

MONITORAGGIO

I dati relativi ai risultati dell'implementazione della Comunicazione Ipnotica saranno raccolti e presentati all'Azienda oltre che riportati nelle tesi di fine corso dei vari collaboratori.

Candiolo, 12 febbraio 2024

Firma Direttore Sanitario di FPO
Dott. Piero FENU



FONDAZIONE DEL PIEMONTE PER L'ONCOLOGIA
Direttore Sanitario
Dott. Piero Fenu

CONTESTO AZIENDALE

L'IRCCS di Candiolo (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) si occupa del percorso della persona con patologia oncologica dalla diagnosi al follow up. Vengono eseguiti ogni giorno procedure ed interventi che necessitano di elevate competenze infermieristiche, per la gestione sia della sintomatologia dolorosa sia dell'ansia. Questo ha stimolato la volontà di incrementare la qualità dell'assistenza attraverso la Comunicazione Ipnotica come tecnica complementare a tutte le procedure già presenti.

METODI E MATERIALI

La Comunicazione Ipnotica viene integrata alle attuali procedure aziendali in vigore per l'esecuzione di terapie, esami ed interventi diagnostici o chirurgici – in qualità di tecnica complementare - durante tutto il percorso della persona assistita. L'ipnologo clinico nella fase di accettazione del paziente, attraverso un colloquio finalizzato all'individuazione del bisogno assistenziale, propone l'esperienza della Comunicazione Ipnotica, applicata secondo la formazione dell'Istituto Franco Granone CIICS (Centro Italiano Ipnosi Clinica Sperimentale). La persona assistita è messa pertanto in condizione di decidere se avvalersene.

Al termine della procedura a ogni paziente viene chiesto:

- 1) il racconto della sua esperienza vissuta;
- 2) la compilazione di un questionario contiene domande rivolte a indagare¹⁹;
 - I. il dolore provato durante l'esame con la scala di valutazione NRS, già in utilizzo presso la nostra azienda;
 - II. la qualità del supporto comunicativo attraverso la scala Likert²⁰;

¹⁹ La scheda di raccolta dati in uso in questo studio è stata elaborata con la collaborazione della Cardiologia Interventistica dell'Ospedale Cardinal Massaia di Asti.

²⁰La Scala Likert è una tecnica psicometrica di misurazione dell'atteggiamento inventata dallo psicologo Rensis Likert. Si tratta di una scala multi-item. E' un metodo utilizzato dai ricercatori per valutare le opinioni e gli atteggiamenti delle persone in analisi.

- III. la percezione della durata della procedura in minuti;
- IV. il grado di ansia/preoccupazione provato prima e durante l'esame attraverso una scala numerica da 0 a 10. Scala VAS-A²¹;

A seconda del setting operativo – non tutti gli interventi assistenziali lo prevedono – può essere compilata da parte del professionista un'ulteriore scheda di raccolta dati contenente:

- I. parametri vitali;
- II. quantità e tipologia di anestetico locale somministrato
- III. valutazione della compliance del paziente.

Il professionista in base al contesto in cui opera e alle esigenze assistenziali del paziente determina quali parti della scheda sopracitata compilare e quali non sono pertinenti o valutabili, adattandola alle esigenze professionali specifiche.

OBIETTIVO

L'obiettivo di questo elaborato è quello di valutare l'efficacia delle tecniche di Comunicazione Ipnotica nel paziente sottoposto a intervento chirurgico programmato, all'interno del reparto di chirurgia oncologica, con l'intento di:

- gestire lo stato di ansia e paura;
- avere maggior controllo sul dolore;
- far vivere alla persona un'esperienza nuova e diversa, rendendola autonoma consentendogli di vivere un vissuto post-operatorio migliore

²¹“Validation of visualanalogue scale for anxiety (VAS-A) in preanesthesiaevaluation” di E Facco, E Stellini, C Bacci, G Manani, C Pavan, F Cavallin, G Zanette(2013)

MATERIALI E METODI

La Comunicazione Ipnotica è stata proposta al paziente, come tecnica di rilassamento, gestione e controllo dell'esperienza che stanno vivendo, all'ingresso in reparto, il giorno dell'intervento chirurgico, durante il momento dedicato all'accettazione infermieristica.

Ho volutamente deciso di non impormi limiti focalizzandomi su un singolo intervento chirurgico, dandomi la possibilità di sperimentare il più possibile in contesti differenti.

Per la valutazione dell'ansia preoperatoria ho utilizzato la scala di valutazione VAS-A mentre per la valutazione del dolore la scala NRS (Numeric Rating Scale) utilizzata in tutto l'istituto.

Personalmente ho preferito non consegnare alcun questionario cartaceo al paziente, prediligendo il colloquio unicamente verbale, riportando successivamente i dati raccolti con il supporto delle scale di valutazione sopracitate.

SETTING

Il progetto, come già anticipato, è stato svolto all'interno del reparto multi specialistico di chirurgia oncologica dell'istituto IRCCS di Candiolo.

Il paziente accede in reparto il giorno stesso in cui è programmato l'intervento chirurgico, tendenzialmente senza la possibilità di essere accompagnato da parenti o amici a causa delle restrizioni Covid ancora in uso presso l'istituto, viene accolto dal personale sanitario in turno e accompagnato nella propria stanza di degenza per iniziare il suo percorso di cura mediante l'accettazione infermieristica.

Tendenzialmente la gestione della sala operatoria giornaliera viene gestita mediante la collaborazione di 2 infermieri per l'elevato numero di ingressi e spesso il primo contatto che ha la persona è con il personale OSS; in questa particolare circostanza è stata dunque fondamentale la collaborazione dei colleghi che mi hanno supportata individuando in alcuni pazienti la necessità di maggiore supporto emotivo, comunicandomelo.

Al termine dell'intervento chirurgico, il paziente rientra in reparto, direttamente dalla sala operatoria, dopo un periodo di osservazione di alcune

ore in sala risveglio o dopo aver trascorso la notte in Rianimazione. In questa seconda fase del percorso di degenza ho focalizzato l'attenzione del progetto sulla gestione del dolore.

ESPERIENZE DI COMUNICAZIONE IPNOTICA

L'accoglienza del paziente avviene all'interno della camera di degenza (luogo protetto) e consiste in un colloquio che dà il via al processo di nursing mediante l'accertamento infermieristico, con una raccolta dati volta ad identificare il paziente, il suo stato di salute, i suoi problemi reali o potenziali e alla raccolta di documentazione necessaria per l'intervento chirurgico; è proprio in questo momento del percorso di cura che ho messo maggiormente in atto le conoscenze di Comunicazione Ipnotica acquisite durante il corso di formazione, con la finalità di creare un rapporto relazionale di qualità, basato sulla fiducia, sulla collaborazione e sul miglior stato di benessere possibile.

Dopo essermi presentata, accolgo la persona raccontandole in modo semplice in cosa consiste l'accettazione e la preparazione all'intervento chirurgico, offrendole la possibilità di scegliere liberamente come affrontare questo momento che vivremo insieme ("Si accomodi dove preferisce...", "Può accomodarsi sulla sedia o sul letto, dove è più comoda..."); questo momento mi è molto utile per osservare e ascoltare attentamente, alla ricerca di particolari utili all'identificazione dei bisogni e per individuare il canale comunicativo preferenziale.

Il passo successivo comprende la compilazione della check-list preoperatoria, e quasi automaticamente si crea un "campo affermativo", in quanto la persona risponde "Sì" alla maggior parte delle mie domande (Lei è il/la Signor*.. Ha con se le calze antitrombo.. Ha con se i consensi informati.. Eseguirà l'intervento di..). Nel frattempo identifico il bisogno, chiedo "Come si sente?", incentivando la persona a descrivermi le proprie emozioni e stimolo il desiderio di "vivere" l'esperienza dell'intervento chirurgico come "nuova e diversa, attraverso una tecnica che posso insegnarle" (**Contratto Terapeutico**).

" Per farlo può trovare la posizione a lei più comoda e chiudere gli occhi così le sarà più facile ascoltare la mia voce", accetto l'eventuale scelta di mantenere

gli occhi aperti, sottolineando il fatto che sarà perfettamente in grado di focalizzare la sua attenzione ad occhi aperti. (**Ordine Motivato**).

- Occhi chiusi: “Ed ora che è comodamente sdraiat*, con la testa morbidamente appoggiata sul cuscino e le palpebre piacevolmente adagiate sugli occhi, le chiedo di focalizzare la sua attenzione sul suo respiro, sull’aria che entra dalle sue narici ed esce dalla bocca” (**Descrizione**, dico quello di cui mi accorgo utilizzando i miei sensi), “e mentre continua ad inspirare ed espirare lentamente, profondamente e piacevolmente, può rendersi conto di come ad ogni respiro tutti i muscoli del suo corpo si rilassano, iniziando dai piedi, diventano piacevolmente pesanti e rilassati, tanto che le punte potrebbero piegarsi delicatamente e piacevolmente su un lato... poi il rilassamento sale verso le gambe, ora verso il tronco, le braccia, e infine il collo e la testa (**Passi**) così profondamente e piacevolmente adagiati che potrà percepire il loro peso sul materasso” (**Ricalco**) “come quando a fine giornata si distende sul divano abbandonando tutte le fatiche della giornata e si lascia trasportare in un profondo stato di rilassamento”(Suggestione e **Ratifica** sollevando delicatamente un braccio); “molto bene”.

“E mentre tutto il suo corpo è completamente rilassato, la sua mente può immaginare un luogo all’interno del quale si sente al sicuro e felice. Quando ha trovato il suo posto, le chiedo di alzare l’indice della mano destra (o della sinistra, in base alla mia posizione); molto bene, bravissim*, in questo luogo può percepire i colori, i profumi, i suoni, tutto ciò che la circonda le dà un’intensa e piacevole sensazione di benessere, nulla di ciò che la circonda la disturba”(Nuova Suggestione e **Ratifica**). “Molto bene, e ogni volta che vorrà sperimentare nuovamente questa sua abilità, le basterà unire pollice e indice della mano destra per tornare in questo stato di profondo e piacevole di benessere.” (**Ancoraggio**) “E sarà molto curiosa di riuscire da sol* usando quel gesto, tra poco, quando vorrà riaprire gli occhi, a rivivere questa abilità.” (**Riorientare**) “Bene ,sono curiosa di vedere quanto è abile, faccia il suo gesto e si accorgerà che è facilissimo.” (**Verifica Autoipnosi**)

- Occhi aperti: “Ora che è comodamente sedut*/sdraiat*, e sente il peso del suo corpo sulla sedia/con la testa morbidamente appoggiata sul

cuscinò, porti la sua attenzione su un punto di fronte a lei, un'attenzione profonda, intensa, tanto intensa che può notare come tutto il resto intorno a lei passa in secondo piano, potrebbe diventare sfuocato e le sue palpebre cominciano a sbattere, diventano piacevolmente pesanti, e quando vuole, quando ne sente il bisogno, può rilassare i suoi occhi, così profondamente e meravigliosamente, tanto da concedere alle sue palpebre di chiudersi. Fintanto che i suoi occhi rimarranno rilassati, non vorrà aprirli. Più si rilassano, più può percepire che le palpebre sono piacevolmente pesanti, come se fossero due sipari, chiusi, che alla fine di uno spettacolo, concedono agli attori di rilassarsi. Così pesanti che desidera continuare a tenerle abbassate, e in effetti, ora che è rilassat*, se prova ad aprire gli occhi, le sue palpebre potrebbero opporre resistenza e i suoi occhi rimangono chiusi. Provi, anche solo un poco a sollevare le palpebre pesanti piacevolmente adagiate sugli occhi. Molto bene, bravissim*, si rilassi ora, li tenga tranquillamente chiusi. E mentre assapora la sensazione piacevole di questo rilassamento, con lo stesso controllo che ha avuto fino ad ora, la sua mente può immaginare un luogo all'interno del quale si sente al sicuro e felice. Quando ha trovato il suo posto, le chiedo di alzare l'indice della mano destra (o della sinistra, in base alla mia posizione); molto bene, bravissim*, in questo luogo può percepire i colori, i profumi, i suoni, tutto ciò che la circonda le dà un'intensa e piacevole sensazione di benessere, nulla di ciò che la circonda la disturba. Molto bene, e ogni volta che vorrà sperimentare nuovamente questa sua abilità, le basterà unire pollice e indice della mano destra per tornare in questo stato di profondo e piacevole di benessere. E sarà molto curiosa di riuscire da sol* usando quel gesto, tra poco, quando vorrà riaprire gli occhi, a rivivere questa abilità. Bene ,sono curiosa di vedere quanto è abile, faccia il suo gesto e si accorgerà che è facilissimo.”

Queste due tecniche, molto standardizzate, quasi imparate a memoria in modo molto scolastico per facilitare i miei approcci iniziali alla Comunicazione Ipnotica, non sono risultate sempre efficaci, hanno dato buoni risultati su persone con un livello di ansia da 1 a 5 sulla scala VAS-A e su chi non è riuscito a descrivermi nel dettaglio le sensazioni che stava provando in quel preciso istante; su valori di ansia >5 e nella gestione post operatoria del dolore ho dovuto modificare l'approccio per poter essere di supporto al paziente. Ho dovuto focalizzare, io per prima, l'attenzione sulle sensazioni espresse, portando la persona a descriverle anche e soprattutto attraverso l'utilizzo di

metafore, creando, ogni volta, una tecnica unica e individuale per ogni paziente, personalizzandola in base alle sue esigenze, esperienze e sensazioni:

- Gestione dell'Ansia: “Mi sento come se fossi in mezzo ad un temporale, il cielo è pieno di nuvole nere, ci sono lampi, tuoni e mi sento triste perché ho paura di non uscire da questa situazione”. “Quindi mi sta dicendo che la preoccupazione che lei sente la fa stare male perché si trova in un luogo buio, piove molto forte, il cielo è scuro, ci sono lampi e tuoni, i muscoli del suo corpo sono tesi, ha paura di non uscire da questa situazione, forse perché sta per affrontare una cosa nuova come l'intervento chirurgico, ma lei invece sa come affrontare un temporale, sa che come inizia, finisce, per questo le chiedo di focalizzare la sua attenzione sul ritmo della pioggia che cade al suolo. Potrebbe essere un ritmo molto veloce ed intenso e mentre lo immagina può rendersi conto che ad ogni suo respiro, la pioggia potrà cadere sempre più lentamente; ogni volta che inspira ed espira le gocce di pioggia rallentano insieme al suo respiro, fino a sparire, molto bene, bravissim*, e quando non ci saranno più gocce di pioggia, anche il cielo inizierà a schiarirsi, lasciando passare un bellissimo raggio di sole, e il suo respiro sarà calmo e rilassato; molto bene, vedo che il suo respiro sta rallentando, il suo torace si alza e si abbassa lentamente, rilassandosi piacevolmente, e insieme ad esso anche tutti i muscoli del suo corpo, come quando il tepore della propria casa la accoglie al suo rientro durante una giornata invernale. Ed ora visto che è stat* molto brav*, con lo stesso controllo che ha avuto fino ad ora...” (Suggestione del luogo sicuro e ancoraggio).
- Gestione del Dolore: le metafore più utilizzate dai pazienti per descrivere il dolore provato sono state “...è un bruciore, come se ci fosse un fuco”, “è come se avessi un ago piantato qui sul fianco”, “...mi sento come se avessi un peso addosso”, “...ho i crampi alla pancia, come se ci fosse qualcosa che mi stringe.” Come nella tecnica sopra descritta, inizio descrivendo e rimarcando esattamente ciò che mi descrive la persona che ho davanti, guidandola alla ricerca di suggestioni volte ad attenuare la sintomatologia dolorosa. 1)“Il fuoco può essere ridotto a piccole fiammelle o addirittura domato, in che modo lei cercherebbe spegnerlo?” - “potrei fare come fanno i pompieri, quando buttano quella schiuma sul fuoco, e lui si spegne” –“molto

bene, bravissim*, dunque ad ogni suo respiro, può immaginare la schiuma che copre le fiamme affievolendole, poco alla volta, e se riesce ad immaginarlo, allo stesso modo affievolisce anche il dolore”; 2) “Il dolore è come un ago, e l’ago per non creare più dolore, deve essere estratto, lentamente, o magari con un movimento deciso, come preferisce, scelga lei il modo migliore, ed allo stesso modo, quando l’ago non sarà più profondamente piantato nel suo fianco, anche il dolore sarà alleviato.” 3) “Si sente come se avesse un peso addosso, ok, e se dovesse descriverlo come un oggetto, cosa sarebbe?”, “sarebbe una borsa pensante, piena di pietre, qui sul petto (le pazienti operate di ricostruzione mammaria con l’inserimento di espansori o protesi riferiscono molto frequentemente questa tipologia di dolore simile ad un peso sul torace)” - “e una borsa piena e pesante in che modo può alleggerirsi?” - “potrei togliere tutto quello che c’è dentro” - “molto bene, ogni pietra che toglierà, la borsa sarà sempre più leggera e allo stesso modo, se può immaginarlo, si alleggerirà il dolore”. 4) “La stretta con cosa la identifica?” - “è come se ci fosse una mano che stringe forte” - “ok, e come può aprirsi questa mano?” - “potrei aprire le dita una per una, con le mie mani” - “molto molto bene, dunque ogni volta che espiri, un dito si apre, permettendo ai muscoli di rilassarsi e di sentirti più legger*”.

Vorrei condividere l’esperienza vissuta con Francesca e Maria. Francesca ha 45 anni, è in attesa di un intervento di ricostruzione mammaria bilaterale, Maria invece ha 67 anni ed eseguirà una mastectomia. Sono in stanza insieme, chiacchierano e condividono tra loro le preoccupazioni del momento. Quando entro in stanza, Maria sta rassicurando Francesca, così mi permetto di chiederle quale fossero le sue preoccupazioni. Francesca mi racconta che è una ragazza molto dinamica, tutte le mattine prima di andare a lavoro, fa una passeggiata di un ora con i suoi due cani e che nel weekend le piace fare lunghe camminate in montagna. Ha paura che per molto tempo, dopo l’intervento, non potrà fare le cose che le piacciono, “non riesco a stare ferma per molto tempo”. Le propongo a questo punto la tecnica di Comunicazione Ipnotica per imparare un modo nuovo per gestire al meglio le sue preoccupazioni; accetta volentieri, decide di accomodarsi sulla sedia che ha accanto e di tenere gli occhi aperti. Non forzo alcuna delle sue decisioni, mi assicuro solo che sia in una posizione comoda e le comunico che se ne sentirà il bisogno potrà cambiare postura. “E mentre è comodamente seduta sulla

sedia e può sentire il peso del suo corpo su di essa, il peso e la temperatura delle sue mani appoggiate sulle ginocchia, le chiedo di focalizzare la sua attenzione su un punto all'altezza delle sue sopracciglia, un'attenzione profonda, intensa, tanto intensa che può notare come tutto il resto intorno a lei passa in secondo piano, potrebbe diventare sfuocato e le sue palpebre cominciano a sbattere, diventano piacevolmente pesanti, e quando vuole, quando ne sente il bisogno, può rilassare i suoi occhi, così profondamente e meravigliosamente, tanto da concedere alle sue palpebre di chiudersi. Fintanto che i suoi occhi rimarranno chiusi, non vorrà aprirli. Più i suoi occhi rimangono chiusi, più si rilassano, più può percepire che le palpebre sono piacevolmente pesanti, come capita alla fine della giornata, i muscoli si rilassano e permettono alla mente di rivivere tutti i momenti piacevoli vissuti.” Francesca rilassa visibilmente le spalle, e appoggia la schiena alla sedia, rimasta fino a quel momento rigida e distanziata. Nel frattempo noto Maria con la coda dell'occhio, qualcosa attira la mia attenzione, mi volto verso di lei e noto con piacere che è seduta sul suo letto e ha chiuso gli occhi. Riporto la mia attenzione su Francesca, “E mentre assapora la sensazione piacevole di questo rilassamento, con lo stesso controllo che ha avuto fino ad ora, la sua mente può immaginare uno dei bellissimi sentieri di montagna che ha percorso durante le sue passeggiate (Ratifico chiedendole di alzare un dito nel momento in cui avrà scelto il paesaggio più bello); molto bene, percepisce i suoni piacevoli e gioiosi che la circondano, i colori, potrebbe esserci il sole e lei potrebbe essere in compagnia dei suoi cani. Conosce quel percorso, sa che ci sono delle piccole difficoltà e regole da seguire durante il cammino, ma lei è felice, percepisce un profondo benessere e potrà vivere allo stesso modo il decorso post operatorio, un passettino piacevole alla volta, fino a raggiungere un bellissimo punto panoramico.” Francesca annuisce, a questo punto le propongo l'ancoraggio, per poter rivivere questa esperienza ogni volta che vorrà unendo pollice e indice della mano sinistra e la rioriento. Verifico immediatamente l'autoipnosi, Francesca è abilissima, e al termine mi racconta con il sorriso tutto ciò che ha immaginato. Anche Maria sorride, dicendomi di essersi piacevolmente rilassata anche lei, di essere più serena. Mi ringraziano entrambe.

RISULTATI

Ho praticato la Comunicazione Ipnnotica in modo completo su circa 20 pazienti, 15 pazienti per gestire lo stato di ansia (10 donne e 5 uomini) e 5 per la gestione del dolore (4 donne e 1 uomo).

Nello stato di ansia 2 persone hanno interrotto a metà la Comunicazione Ipnnotica confidando di non sentirsi a proprio agio, in 4 non hanno raggiunto lo stato di Trance Ipnnotica, ma hanno riferito comunque un leggero miglioramento dello stato di ansia. Le restanti 9 persone hanno portato a termine tutto il processo di Ipnnotica, riducendo nettamente lo stato di ansia e aumentando la compliance pre e post operatoria.

Per ciò che riguarda la gestione del dolore, la Comunicazione Ipnnotica è stata di supporto al trattamento farmacologico di prima scelta, il paracetamolo. In tutti e 5 i casi non è stato necessario somministrare la terapia antidolorifica al bisogno.

CONCLUSIONI

La quotidianità caotica del reparto e la mia attuale inesperienza hanno notevolmente limitato la possibilità di esercitare al meglio e liberamente la Comunicazione Ipnnotica, nonostante ciò, da i dati raccolti emerge quanto possa fare la differenza all'interno di un complesso percorso di cura.

Nel contesto infermieristico preso in considerazione, la chirurgia oncologica dell'IRCCS di Candiolo, la comunicazione ipnotica è stata una risorsa preziosa, in quanto ha aumentato la compliance dei pazienti trattati, ha ridotto l'ansia e la percezione del dolore, talvolta senza nemmeno intraprendere per intero la "mappa della comunicazione"; l'uso consapevole delle parole e più semplicemente, il tempo dedicato alla persona, hanno rafforzato notevolmente il legame terapeutico favorendo la fiducia e migliorando l'esperienza ospedaliera perché il paziente si sente attore protagonista del proprio percorso di cura e non un semplice spettatore che passivamente subisce i vari trattamenti. La mia strada verso l'esperienza è ancora molto lunga, ho ancora moltissime cose da imparare ma è stato gratificante ed emozionante poter essere quel valore aggiunto che ogni paziente si augura di incontrare.

ABSTRACT

Lo scopo di questo elaborato di tesi, e dello studio ad essa allegato, è stato quello di valutare l'efficacia della Comunicazione Ipnotica come tecnica complementare alle attuali procedure, nella gestione di ansia e dolore, all'interno del contesto dell'IRCCS di Candiolo e più precisamente, all'interno del reparto di chirurgia oncologica. Dopo aver individuato i bisogni principali dei pazienti in attesa di effettuare l'intervento chirurgico, ho ritenuto necessario sottolineare l'importanza della sfera relazionale e comunicativa tra l'infermiere e la persona assistita, per poter instaurare una buona relazione terapeutica volta a migliorare sia la compliance del malato al trattamento, riducendo il disagio emotivo e incrementando l'efficacia della cura, sia l'attività lavorativa dell'operatore.

Partendo da questi presupposti, mediante la ricerca di evidenze scientifiche e la messa in pratica delle tecniche di comunicazione ipnotica in prima persona, sono giunta alla conclusione che, nel contesto della chirurgia oncologica, la C.I. possa migliorare significativamente gli esiti clinici riducendo i livelli di ansia preoperatoria, migliorando l'accettazione e la gestione del dolore, riducendo il consumo di analgesici e i tempi di recupero.

The purpose of this thesis, and the accompanying study, was to evaluate the effectiveness of hypnotic communication as a complementary technique to current procedures in management of anxiety and pain within the context of IRCCS of Candiolo, specifically within the oncological surgery department. After identifying the primary needs of patients awaiting surgery, I found it necessary to emphasize the importance of the relational and communicative aspects between the nurse and the patient, in order to establish a good therapeutic relationship aimed at improving both the patient's compliance with the treatment, reducing emotional distress and increasing the effectiveness of care, as well as enhancing the healthcare provider's work.

Based on these premises, through the search for scientific evidence and the personal application of hypnotic communication techniques, I concluded that, in the context of oncological surgery, Hypnotic Communication (HC) can significantly improve clinical outcomes by reducing preoperative anxiety levels, improving pain acceptance and management, decreasing the need for analgesics, and shortening recovery times.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology J Natl Compr Canc Netw. 2019 Aug 1;17(8):977-1007. doi: 10.6004/jnccn.2019.0038.

Anxiety and endocrine responses to surgery: paradoxical effects of preoperative relaxation training

Giardinieri principesse porcospini Consuelo C. Casula

Granone F., Trattato di ipnosi, Torino, Utet, 1989.

Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal 2017 Apr;158 Suppl 1(Suppl 1):S11-S18.

Measures of preoperative anxiety Anaesthesiol Intensive Ther 2019;51(1):64-69.

Ministero della Salute, I principi della legge, sito internet

Ministero della Salute, Non più soli nel dolore, 2013

Psychosom Med. 1992 May-Jun;54(3):275-87. doi: 10.1097/00006842-199205000-00004.

Technology-Based Music Interventions to Reduce Anxiety and Pain Among Patients Undergoing Surgery or Procedures: Systematic Review of the Literature

The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises; . 2020 Sep 1;161(9):1976-1982

Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza, Edoardo Casiglia, cleup, 2015

<https://asieci.it/cms/comunicazione-ipnotica/>

<https://www.iasp-pain.org/>

www.nurse24.it

ALLEGATI

La scheda di raccolta dati in uso in questo studio è stata elaborata con la collaborazione della Cardiologia Interventistica dell'Ospedale Cardinal Massaia di Asti.

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
ID
Anni
Genere

DA COMPILARE PRIMA DELLA PROCEDURA										
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										TANTISSIMA ANSIA

DA COMPILARE DOPO LA PROCEDURA										
Le chiediamo di valutare il suo grado di dolore provato durante l'esecuzione della procedura										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NESSUN DOLORE										DOLORE INSOPPORTABILE

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

Le chiediamo di valutare la percezione dell'esperienza vissuta durante la procedura										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PESSIMA					PIACEVOLE					

Le chiediamo di descrivere l'esperienza vissuta										
.....										
.....										
.....										
.....										
Ritiene che il supporto comunicativo 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?										
..... minuti.										

data.....

La ringraziamo per la sua collaborazione.