



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

**Anno 2024**

**Analgesedazione ipnotica in un setting chirurgico di day service  
Esperienza personale**

**Candidato**

Dott Corrado Rispoli

**Relatore**

Dott Rocco Iannini

**Co-relatore**

Dott Enzo Venini

## Ringraziamenti

*a Rocco*

*per aver trasformato l'ipnosi da una parola a qualcosa di "tangibile" pratico e ripetibile, un vero esempio di plasticità*

*a Enzo*

*per averci accettato, accolto ed aiutato in questo percorso in maniera veramente paterna*

*a Marco*

*per avermi "costretto" a chiudere il cerchio con questa tesi*

*a Vincenzo*

*per l'apertura mentale (e la pazienza) mostrata verso una cosa così nuova e potente per aver cancellato la sua "punturina" dopo 40 anni di professione*

*alle ragazze e ragazzi tutti del gruppo*

*per avermi fatto tornare alla spensieratezza e alla gioia dei tempi del Liceo*

## Sommario

Premessa

Prefazione

Breve storia dell'ipnosi

Definizione

L'ipnosi per il dolore

Scopo della tesi e *setting*

Materiali e metodi

Risultati

Conclusioni

## Premessa:

Premesso che questo lavoro è una “tesi” di un corso di un istituto prestigioso e che esistono delle regole formali nella stesura di una tesi: un relatore , un co-relatore e un candidato si assumono l’onere e l’onore di quello che scrivono, come d’abitudine in una pubblicazione scientifica. Qui però, ho preferito, a differenza delle abituali tesi, utilizzare la prima persona piuttosto che l’impersonale o il classico “noi” universitario. L’ipnosi è qualcosa di intimo e personale e perché questa avvenga infatti uno dei cardini è il *Rapporto* speciale fra due soggetti. Quindi mio caro lettore, mentre leggi questa tesi, vorrei che tu la “ascoltassi” come se fossi io a leggertela e mentre le parole scorrono vorrei che le immaginassi suono e che i concetti li vedessi come parte di me.

## Prefazione

Durante il corso di Ipnosi e gli studi ad esso associati, mi sono imbattuto in un interessantissimo articolo della rivista *Anaesthesia* riguardo l'ipnosi: "Comfortably numb"<sup>1</sup>...già...come l'album dei Pink Floyd.

Più precisamente, l'articolo era un editoriale di commento all'incredibile articolo di Facco e Casiglia<sup>2</sup> in cui si riportava un intervento chirurgico effettuato con la sola ipnosi (*Hypnosis as sole anaesthetic method*) senza ricorrere ad alcuna ulteriore tecnica di analgesia locale o sistemica. Come ben precisato nell'articolo, l'intervento era di chirurgia "minore" (la rimozione di una neoformazione cutanea) tuttavia gli autori dell'editoriale precisavano in maniera forte che fra le cose <<*weird*>> (che si può tradurre come strambo, strano) l'ipnosi oramai ha guadagnato un suo ruolo importante fra le pratiche mediche. Sempre nello stesso articolo in maniera particolarmente pragmatica gli autori recitavano così: non tutti gli anestesisti conoscono in realtà come funziona a livello molecolare ogni farmaco che utilizzano eppure li utilizzano senza remore perché ne conoscono il risultato. Quindi, concludono gli autori, se anche non riusciamo a comprendere e a conoscere tutti gli aspetti dell'ipnosi, forse fra le tante branche "nuove" e "non-convenzionali", quella a cui ci dobbiamo avvicinare è proprio questa.

L'articolo ha avuto molte citazioni e un grandissimo impatto su di me. Questo mi ha portato a lavorare a qualcosa di scientifico, ma per la prima volta in maniera *nuova*. Non con il classico metodo scientifico ma con una mente molto più aperta a qualcosa di diverso e di molto *UMANO*.

---

<sup>1</sup> Pullman M, Andrzejowski J. Comfortably numb. *Anaesthesia*. 2013 Sep;68(9):896-8. doi: 10.1111/anae.12346. Epub 2013 Jul 12.

<sup>2</sup> Facco E, Pasquali S, Zanette G, Casiglia E. Hypnosis as sole anaesthesia for skin tumour removal in a patient with multiple chemical sensitivity. *Anaesthesia*. 2013 Sep;68(9):961-5.

Ho quindi pensato di portare tutte le rivoluzioni che questo corso ha creato in me all'interno di un setting ospedaliero (che di umano ha tremendamente poco).

## Breve storia dell'ipnosi:

L'ipnosi ha origini antiche e si mescola a pratiche magiche, religiose, sciamaniche e di stregoneria, tutte accomunate dall'attenzione verso il mondo spirituale e le capacità mentali. Gli antichi indù, fachiri e sciamani erano in grado di ridurre o eliminare la percezione del dolore e del calore attraverso riti che, probabilmente, comportavano autoipnosi. È plausibile che anche nei racconti antichi di miracoli e guarigioni ci fossero elementi ipnotici. Secondo alcuni i nativi americani utilizzavano, oltre ai funghi allucinogeni, la trance ipnotica indotta da suoni ripetuti con fini analgesici.

Nel XVIII secolo, Franz Anton Mesmer, medico svizzero, iniziò a parlare di "magnetismo animale" e di come l'applicazione di magneti potesse generare modifiche al corpo, creò all'uopo anche una macchina per rilevarlo; tuttavia una commissione scientifica nel 1784 definì il mesmerismo come un effetto che oggi definiremmo placebo. Successivamente, nel 1841, James Braid approfondì gli aspetti psicologici del fenomeno, ponendo le basi per lo studio scientifico dell'ipnosi moderna. A Parigi, Charcot osservò casi di catalessi e insensibilità nei soggetti ipnotizzati, liquidando l'ipnosi come una forma di nevrosi sperimentale, indotta in persone isteriche. Anche Freud inizialmente la utilizzò, dopo il suo periodo in Francia da Charcot, ma la abbandonò in seguito poiché non realizzabile in tutti i soggetti (all'epoca si effettuava solo ipnosi fortemente direttiva e si ricercava esclusivamente una trance molto profonda).

La storia dell'ipnosi fra settecento e ottocento ne ha fortemente condizionato la percezione: il concetto di magnetismo animale e l'idea dell'isteria sperimentale l'hanno marchiata negativamente, creando pregiudizi e scoraggiandone lo studio e l'uso clinico. Si aggiunge poi, a peggiorare la situazione, l'ipnosi da spettacolo del XX secolo associata a truffatori, maghi e mentalisti che millantavano poteri di suggestione. Questi atteggiamenti hanno

ulteriormente alimentato pregiudizi, screditando una tecnica che poi si scoprirà terapeutica e valida.

Nel XX secolo, nonostante lo scetticismo, l'ipnosi ha avuto una notevole evoluzione, diventando una tecnica terapeutica scientificamente riconosciuta. Il medico americano Milton Erickson, riconosciuto come il più grande esperto di ipnosi del secolo, ne ha contribuito alla corretta definizione in ambito clinico. Colpito da poliomielite a 17 anni, Erickson sviluppò interesse per l'ipnosi studiando le sensazioni del proprio corpo durante la malattia. Fondò l'*American Journal for Clinical Hypnosis* e introdusse le tecniche indirette di ipnosi, oggi note come ipnosi ericksoniana.

In Italia, l'ipnosi moderna fu sviluppata a partire dagli anni '50 da Franco Granone, neurologo e fondatore del primo Centro Italiano di Ipnosi Clinica Sperimentale. Erickson e Granone concordavano sul fatto che la tecnica ipnotica dovesse essere personalizzata in base alle esigenze del paziente, piuttosto che seguire rigidi schemi dottrinali. Questo approccio, pur più impegnativo, risultava il più efficace.

Nel 1949 fu fondata negli USA la prima società scientifica sull'ipnosi e nel 1958, l'*American Medical Association* riconobbe l'ipnosi come metodo legittimo in medicina.

Da allora, l'ipnosi ha continuato a svilupparsi, con oltre 16.000 pubblicazioni scientifiche<sup>3</sup> a sostegno della sua efficacia terapeutica con utilizzi che spaziano dall'analgesia alla psichiatria passando per neurologia ed endocrinologia.

Questa sintesi storica spiega ampiamente l'origine della diffidenza verso l'ipnosi, spesso associata a concetti oscuri o parapsicologici. Il termine "ipnosi", introdotto sempre da Braid nel XIX secolo, significa "sonno" e si riferiva alla

---

<sup>3</sup> Dati pubmed sulla query Hypnosis: accesso Ottobre 2024

catalessi, ma oggi sappiamo che l'ipnosi non ha nulla a che fare con il sonno; anzi è uniformemente riconosciuta come uno stato particolare di coscienza. Altri termini storici, come "trance", sopravvivono nel discorso comune ma risultano ormai inadeguati. L'ipnosi è una componente della fisiologia della mente e della comunicazione quotidiana.

Secondo Erickson, l'ipnosi è sempre una forma di *autoipnosi*, una potenzialità dell'immaginazione che consente di influenzare le condizioni fisiche e psichiche del soggetto solo indotta e "aiutata" da un operatore. È fondamentale una buona relazione tra operatore e paziente, affinché l'attenzione e l'immaginazione siano orientate verso obiettivi terapeutici. L'ipnosi è una forma di comunicazione, verbale e non verbale, che non ha nulla a che fare con il sonno.

Le applicazioni cliniche dell'ipnosi sono ampie, includendo psicoterapia, sedazione per interventi chirurgici, procedure invasive e terapia del dolore. In chirurgia, l'ipnosi può ridurre l'ansia e la percezione del dolore, permettendo interventi in anestesia locale "pura". È particolarmente utile nei campi in cui la componente dolore è potenziata dall'imbarazzo, dalla paura e dalla storia di un vissuto precedente negativo. L'ipnosi può eliminare l'ansia, ridurre il fastidio dell'anestesia locale e stabilizzare il sistema cardiocircolatorio, inoltre riduce i movimenti involontari che il paziente compie e che quindi possono infastidire l'operatore.

In conclusione, l'ipnosi è oggi una tecnica riconosciuta, efficace e priva dei pregiudizi del passato. Le sue applicazioni terapeutiche consentono interventi psicoterapeutici rapidi e promettenti nel trattamento di vari disturbi e nella sedazione medica.

Tuttavia la diffusione esplosiva, sia nelle pubblicazioni che negli usi dell'ipnosi, apporta comunque a una frammentazione enorme dell'ipnosi

stessa. Diverse teorie, diversi gruppi di ricercatori e diverse società scientifiche riconoscono l'ipnosi in maniera diversa; anche la stessa definizione di Ipnosi non è univoca all'interno del solo territorio italiano, figuriamoci nel mondo dove le influenze sociali e culturali sono ancora più ampie e varie.

L'ultima pietra miliare di questa breve storia dell'ipnosi va a ritrovarsi nel recente atto effettuato nel 2023 in Italia da un gruppo di esperti di Ipnosi che fa capo al Centro Italiano di Ipnosi Clinica Sperimentale (CIICS) fondato da Granone a Torino e cioè la stesura di un vero e proprio manifesto scientifico<sup>4</sup>. In queste "linee guida" si vanno a chiarire le definizioni dell'ipnosi, dell'ipnotismo e delle loro fasi e le codifica una volta per tutte in maniera scientifica, allontanandola quindi, da un aspetto a volte troppo narrativo. Se la classica ipnosi Ericksoniana va bene negli ambiti psicoterapeutici, forse è meno applicabile negli ambiti di clinica pratica di tipo curativo per acuti, talvolta caotici e rumorosi. In questi ambiti la scuola *Granoniana* sta dimostrando la fattibilità dell'ipnosi anche in ambienti non consoni alla tipica seduta *Ericksoniana*.

---

<sup>4</sup> 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

## Definizione

Per la realizzazione dei casi e per la stesura di questa tesi, in linea quindi con quanto scritto nel manifesto del CIICS viene qui di seguito definita l'ipnosi secondo questo principio:

*<<l'ipnosi è una 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 dinamica e mai statica viene chiamata ipnosi ed è caratterizzata da una prevalenza delle funzioni rappresentativo emotive su quelle critico intellettive caratterizzata anche da fenomeni di ideoplasia controllata e condizioni di parziale dissociazione psichica>>.*

*<<L'ipnosi vera esiste quando nella coscienza compare il monoideismo plastico>>*

*<<In un setting strutturato l'ipnosi è ciò che si realizza in conseguenza dell'atto induttivo verbale o non verbale operato da un ipnologo>>.*

## L'ipnosi per il dolore

Esiste un ampio dibattito accademico sul fatto che l'ipnosi rappresenti "uno stato di coscienza distinto" o se sia uno stato normale, in cui "l'influenza sociale si combina con un insieme di abilità cognitive-comportamentali per aumentare la suggestionabilità"<sup>5</sup>. I grandi detrattori e scettici sull'argomento hanno sempre derubricato l'effetto dell'ipnosi come una forte suggestione.

I componenti fondamentali dell'ipnosi secondo tutte le *Scuole* sono generalmente descritti come comprendenti una "focalizzazione ristretta dell'attenzione, ridotta consapevolezza degli stimoli esterni, assorbimento nelle suggestioni ipnotiche, maggiore reattività alle suggestioni ipnotiche e, di solito, ma non sempre, un profondo rilassamento". Le suggestioni sono comunicazioni verbali e non verbali che possono essere utilizzate per influenzare percezioni, umore o comportamento<sup>6</sup>. In base al contesto, le suggestioni (monoideismi) possono concentrarsi sull'aumento delle sensazioni di sicurezza, rilassamento e comfort, contestualizzare l'esperienza *dolore* al raggiungimento di un obiettivo, così come sviluppare sensazioni di anestesia, come il torpore.

Il nodo però rimaneva sul funzionamento dell'ipnosi: è una forte suggestione (corticale), quindi il paziente sente ma non se ne cura, o il monoideismo in qualche maniera blocca perfino la percezione corticale ad un livello più basso? Come recentemente ben dimostrato da Casiglia<sup>7</sup> il monoideismo plastico dell'ipnosi non genera solo una suggestione ma riesce a "riverberare" fra

---

<sup>5</sup> Gamsa A. Hypnotic analgesia. In: Melzack R, Wall PD editor(s). Handbook of Pain Management: A Clinical Companion to Wall and Melzack's Textbook of Pain. Sydney: Churchill Livingstone, 2003:521-31

<sup>6</sup> Cyna AM, McAuliffe GL, Andrew MI. Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *British Journal of Anaesthesia* 2004;93(4):505-11

<sup>7</sup> Casiglia E, Finatti F, Tikhonoff V, Stabile MR, Mitolo M, Albertini F, Gasparotti F, Facco E, Lapenta AM, Gasparotti F, Venneri A. Mechanisms of hypnotic analgesia explained by functional magnetic resonance (fMRI). *Int J Clin Exp Hypn* 2020; 68: 1-15

psiche e soma a più livelli neuro-endocrino-recettoriali bloccando quindi il dolore a sede sotto corticale o sotto assiale dando ancora più supporto scientifico alle tecniche di anestesia ipnotica.

Insomma l'anestesia/analgesia ipnotica agisce a un livello ben maggiore del solo disinteresse verso il mondo esterno.

Sempre di più l'ipnosi sta rivelandosi efficace e talvolta sostitutiva dell'anestesia generale o della sedazione per alcune procedure; in un recente trial clinico randomizzato sul British Journal of Anaesthesia<sup>8</sup> i pazienti pediatrici allocati nel gruppo ipnosi subivano piccoli interventi senza nemmeno l'incannulamento di un accesso venoso. I risultati sono stati sorprendenti, nessun effetto collaterale, un minor tempo di ricovero, un minor tempo di permanenza in PACU (sala risvegli) e soprattutto nessun paziente del gruppo ipnosi è stato poi convertito ad anestesia generale per fallimento della stessa, mostrando quindi una solidità e riproducibilità della tecnica su 60 pazienti.

**La comunicazione ipnotica** è una tecnica che utilizza l'applicazione consapevole del linguaggio e dei meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente, per indurre nel paziente uno stato mentale naturale e diverso dagli stati di veglia e di sonno, offrendogli l'opportunità di sviluppare e incrementare le capacità di autoapprendimento e autodeterminazione.

---

<sup>8</sup> Sola C, Devigne J, Bringuier S, Pico J, Coruble L, Capdevila X, Captier G, Dadure C. Hypnosis as an alternative to general anaesthesia for paediatric superficial surgery: a randomised controlled trial. Br J Anaesth. 2023 Mar;130(3):314-321.

## Scopo della tesi e setting

Lo scopo di questa tesi è stato quello di implementare l'ipnosi clinica all'interno dell'azienda ospedaliera in cui lavoro in qualità di dirigente medico di Chirurgia generale. L'azienda (Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale dei Colli) in cui lavoro è strutturata in tre presidi ospedalieri distinti. Uno degli Ospedali (PO Cotugno) è un presidio dedicato prevalentemente alle malattie infettive e all'effettuazione di procedure chirurgiche in day service: PACC (Percorso Ambulatoriale Complesso e Coordinato) e Day Surgery. Tali procedure vengono effettuate in sala operatoria con o senza assistenza anestesiológica ma comunque con anestesia locale pura (infiltrazione dell'area effettuata dal chirurgo stesso) o con l'ausilio di una sedazione o un'analgo-sedazione da parte dell'anestesista (Propofol, benzodiazepine, oppioidi, etc). Per problematiche organizzative e l'endemica carenza di medici, non tutte le sedute hanno un anestesista presente e quindi i pazienti vengono arbitrariamente divisi fra quelli che verosimilmente non avranno necessità di supporto dell'anestesista e quelli invece che l'avranno. Ciò provoca naturalmente sia dei ritardi - le sedute con Anestesista sono in numero ridotto - sia disagio del paziente allorché le procedure che sono etichettate come effettuabili in anestesia locale pura si rivelano più complesse o i pazienti più intolleranti tanto da richiedere poi l'anestesista d'urgenza per completare la procedura. Gli interventi effettuati in anestesia locale talvolta portano un vissuto di spiacevolezza, associato prevalentemente al dolore che si prova nella prima fase mentre si effettua l'anestesia, ciò comporta un aumento della paura e una chiusura da parte del paziente che spesso provoca movimenti, segni sistemici di sofferenza e in ultimo una maggiore difficoltà chirurgica.

Le procedure che effettuiamo nell'ambito dell'Unità di Chirurgia generale di tale presidio sono:

- A. asportazione di lesioni superficiali (cute e sottocute)
- B. ernioplastiche inguinali, crurali, ombelicali ed epigastriche
- C. chirurgia proctologica (interventi su retto e ano)

L'implementazione dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica all'interno dell'azienda può migliorare il vissuto dei pazienti operati nel presidio Cotugno con una riduzione dell'ansia mediante tecniche ipnotiche e di comunicazioni ipnotica e una riduzione del disagio associato alle procedure con consensuale miglioramento del lavoro del Chirurgo<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Courtot L, Ferre F, Reina N, Marot V, Chiron P, Berard E, Cavaignac E. Patient Participation During Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Improves Comprehension, Satisfaction, and Functional Outcomes: A Simple Way to Improve Our Practices. *Orthop J Sports Med.* 2019 Apr 29;7(4):2325967119841089. doi: 10.1177/2325967119841089. PMID: 31065554;

## Materiali e metodi

Ho sottoposto i pazienti da trattare nell'ospedale Cotugno nel setting summenzionato di Day Surgery o PACC, a due metodiche:

- 1) Ipnosi finalizzata ad analgo-sedazione
- 2) Cambio radicale dei comportamenti di tutta l'équipe chirurgica e infermieristica secondo i dettami della comunicazione ipnotica.

### **Protocollo di ipnosi adottato:**

Il pre-talk è stato effettuato in sala di degenza concentrato prevalentemente sull'instaurare un miglior rapporto con il soggetto (a volte mai stato visto prima dal sottoscritto) e sull'anticipare ciò che sarebbe avvenuto in seguito. In questa fase è stato ottenuto il consenso verbale per questa metodica *particolare* di anestesia ed ho anche sottoposto i pazienti all'eye-roll test come predittore di inducibilità ipnotica. Quest'ultimo è stato utilizzato solo per individuare il livello di inducibilità dei pazienti ma non è stato utilizzato come screening, infatti a tutti i pazienti è stata proposta l'ipnosi.

I pazienti sono stati indotti in sala operatoria durante la preparazione e il monitoraggio dei parametri; ciò per non gravare a livello temporale sulla procedura. Infatti il monitoraggio e il posizionamento del paziente non coinvolgevano il chirurgo e pertanto mi mantenevano libero di parlare e "curare" il paziente. Le induzioni sono state adattate ai singoli pazienti sulla base del giudizio personale, ma prevalentemente sono state: induzione rapida di Elman modificata e eye-roll. Nella prima fase si è utilizzato il "posto sicuro" suggerendo prima una visualizzazione dello stesso su un maxischermo e poi l'ingresso in esso con un balzo. Una volta ottenuto quindi un buon rilassamento/sedazione del paziente si è iniziato il lavoro sull'analgesia. Qui ho

poi utilizzato la metafora del freddo che è stata “ratificata” grazie al freddo dell’antisettico che quindi aiuta anche i pazienti a individuare un’area specifica da rendere “insensibile” nel monoideismo. L’ipnosi è stata mantenuta con indicazioni verbali ad intervalli di alcuni minuti per mantenere il paziente in “trance” ipnotica e mantenere la sua attenzione sul monoideismo e sulla voce dell’ipnologo clinico.

### **Protocollo di comunicazione ipnotica adottato:**

Sebbene tutte le ipnosi siano state effettuate dal sottoscritto, le procedure chirurgiche sono state effettuate anche da altri operatori; il miglioramento della comunicazione secondo i principi della comunicazione ipnotica è stato effettuato quindi mediante l'informazione e la formazione di alcuni chirurghi che afferivano alle sedute operatorie presso tale presidio che venivano quindi addestrati ad una comunicazione "diversa".

La comunicazione ipnotica è stata introdotta già da febbraio 2024, ma è stata meglio codificata e internalizzata dai singoli operatori solo nel maggio 2024.

Di seguito elenco in maniera molto schematica e sicuramente riduttiva, gli elementi che sono stati cambiati nei comportamenti e nell’uso della parole:

- ▶ Maggiore centralizzazione sul paziente con “obbligo” degli operatori al chiamarli in maniera precisa per il loro **nome**.
- ▶ Riduzione o assoluta assenza dell'utilizzo di termini negativi come dolore, bruciore e l'utilizzo di termini associati a ipotetica paura (ago, bisturi, forbici, etc); nel caso in cui l'utilizzo di questi termini era necessario, come ad esempio quando si richiamano i singoli ferri allo strumentista, sono stati sostituiti da altri nomi che non avessero un vissuto di paura. Il bisturi, che in

azienda ha un manico verde, veniva chiamato appunto “verde”, le forbici sono state sostituite dalla parola “civetta”.

► Storicamente le anestesie condotte per infiltrazione erano accompagnate da un preavviso del dolore mediante parole, ad esempio: “punturina”, “bruciore”, “è il farmaco che brucia”; tutti questi sono stati sostituiti con parole che enfatizzano un cambiamento in positivo (sensazione diversa, sensazione di freddo, di torpore, l'anestesia genera una sensazione di distanza di quell'area che viene infiltrata, etc).

I risultati dello studio sono stati analizzati utilizzando i seguenti parametri:

- Il grado di soddisfazione dei pazienti: molto soddisfatto, soddisfatto, non soddisfatto, estremamente insoddisfatto
- Il grado di ansia dei pazienti
- Utilizzo di farmaci sedativi o analgesici da parte dell'anestesista
- Tempi

Per ottenere un maggior impatto dell'ipnosi sono state escluse da questa tesi tutte le procedure considerate minori, come ad esempio le asportazione di lesioni cutanee e sottocutanee, poiché considerate a bassissimo rischio di dolore e di fastidio per i pazienti e quindi verosimilmente con minore necessità di utilizzo di supporto ipnotico o farmacologico.

## Risultati

Dal maggio 2024 fino ad ottobre 2024 sono stati trattati dal sottoscritto 12 pazienti i cui dati sono riportati nella tabella (Tab 1). Per una maggiore codifica, i casi sono stati divisi in due gruppi in base al tipo di intervento: tutte le procedure sui tessuti anali e perianali sono state codificate come chirurgia proctologica, l'ernioplastica invece si riferisce sia alla correzione di un'ernia inguinale che crurale, ombelicale o epigastrica.

N	Sesso	età	Intervento	Ansia	RASS pre induzione
1	M	78	Ernioplastica	No	0
2	M	56	Ernioplastica	Si	1
3	M	56	Chirurgia Proctologica	Si (tremore)	2
4	F	34	Ernioplastica	Si	+1
5	M	50	Chirurgia Proctologica	No	0
6	M	38	Chirurgia Proctologica	Si	0
7	F	61	Chirurgia Proctologica	No	0
8	M	60	Chirurgia Proctologica	Si (tremore)	1
9	M	68	Ernioplastica	No	0
10	M	64	Ernioplastica	No	0
11	M	26	Chirurgia Proctologica	Si	1
12	M	22	Chirurgia Proctologica	Si	0

Tab 1. caratteristiche dei pazienti

I pazienti sono stati categorizzati in base all'ansia preoperatoria in tre classi auto-dichiarate: nessuna ansia, ansia senza manifestazioni somatiche, ansia con manifestazioni (tremore visibile, polilalia compulsiva, atteggiamenti

infantili). Per ulteriore classificazione dell'ansia/agitazione dei pazienti è stata usata anche la scala RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale), creata da un team multidisciplinare composto da medici, infermieri e farmacisti di terapia intensiva allo scopo di descrivere il livello di allerta o di agitazione per i pazienti ospedalizzati<sup>10</sup>; un punteggio di 0 indica un paziente vigile o in stato di sonno, valori positivi gradi sempre maggiori di ansia/agitazione fino all'aggressività (vedi Fig 1).

Punteggio	Definizione	Descrizione
+4	Combattivo	Chiaramente combattivo, violento, imminente pericolo per sé stesso o per lo staff
+3	Molto agitato	Aggressivo, rischio evidente di rimozione cateteri o tubi
+2	Agitato	Frequenti movimenti a finalistici, disadattamento alla ventilazione meccanica
+1	Irrequieto	Ansioso ma senza movimenti aggressivi e vigorosi
0	Sveglio e tranquillo	Comprende i periodi di sonno fisiologico
-1	Soporoso	Non completamente sveglio, apre gli occhi allo stimolo verbale, mantiene il contatto visivo > 10 secondi
-2	Lievemente sedato	Brevi risvegli allo stimolo verbale, contatto visivo < 10 secondi
-3	Moderatamente sedato	Movimenti o apertura degli occhi allo stimolo verbale (ma senza contatto visivo)
-4	Sedazione profonda	Non risposta allo stimolo verbale, movimenti o apertura occhi alla stimolazione fisica
-5	Non risvegliabile	Nessuna risposta alla stimolazione tattile/dolorosa

Fig 1: Scala di agitazione-sedazione RASS

<sup>10</sup> Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, Tesoro EP, Elswick RK. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002 Nov 15;166(10):1338-44. doi: 10.1164/rccm.2107138. PMID: 12421743.

	Ansia	Ritardo (min)	Soddisfazione	Farmaci somministrati	RASS pre-op	RASS intra-op	Note
1	No	0	Soddisfatto	/	0	0	
2	Si	3	Molto soddisfatto	/	0	-1	
3	Si (tremore)	7	Soddisfatto	/	2	0	Il tremore si è arrestato all'induzione
4	Si	0	Soddisfatto	Midazolam 2 mg	+1	0	Necessaria sedazione per dolore
5	No	0	Soddisfatto	/	0	0	
6	Si	0	Soddisfatto	/	0	0	
7	No	0	Soddisfatto	/	0	-1	
8	Si (tremore)	1	Molto soddisfatto	/	1	0	Il tremore si è arrestato all'induzione. Sudorazione massiva
9	No	0	Soddisfatto	Midazolam 3 mg	0	0	Procedura a maggiore complessità
10	No	0	Soddisfatto	Midazolam e Remifentanil	0	-1	Ernia non riducibile; Procedura a maggiore complessità
11	Si	2	Molto soddisfatto	/	1	0	
12	Si	0	Soddisfatto	/	0	0	

Tab 2. Risultati

Solo due pazienti hanno chiesto/richiesto l'utilizzo di sedativi suppletivi: uno per dolore, l'altro perché la procedura si è rivelata più lunga e complessa. Nessuna procedura è stata dichiarata come spiacevole dai pazienti (vedi tabella: Tab 2) e la RASS è discesa in quasi tutti i pazienti mostrando un impatto significativo dell'ipnosi su tale parametro (- 0.67 [t test]: Intervalli di Confidenza

al 95% da -0.25 a -1.08;  $p < 0.05$ ). Anche le manifestazioni associate all'ansia sono scomparse dopo l'induzione (dato non significativo statisticamente).

Il tempo riportato in tabella rappresenta la quantità di minuti in cui la sala è stata ferma (prima di iniziare l'intervento) per permettere il *completamento dell'ipnosi* che comunque, come da protocollo, è stata effettuato prevalentemente durante la fase del monitoraggio, preparazione e posizionamento sul tavolo e talvolta in maniera breve ha rallentato la procedura (totale di 13 minuti per 12 pazienti con una media di poco più di un minuto per paziente).

Le sedute operatorie in cui è stata effettuata l'ipnosi avevano anestesisti presenti in sala operatoria poiché i casi erano considerati fra quelli a maggiore complessità e in cui si riteneva più probabile il supporto dell'anestesista.

Altro dato non evidente dal punto di vista statistico ma percepito dagli operatori di sala è stato un ridotto consumo di farmaci anestetici locali e la scarsissima necessità di farmaci analgesici e ipnotici.

Inoltre, come risultato a latere vi è stato un maggior interesse alla stessa Ipnosi da parte degli operatori che si trovavano all'interno della sala operatoria.

## Conclusioni

L'ipnosi è una pratica sicura, non ha dimostrato in questa coorte di pazienti effetti collaterali, costi o problematiche organizzative. Il grado di soddisfazione dei pazienti, sebbene non confrontabile con un altro gruppo (controlli) è chiaramente soddisfacente e il tempo di *ottenimento dell'ipnosi* è stato quasi completamente effettuato durante il monitoraggio e altre procedure standard, solo una minima parte dei pazienti ha necessitato qualche minuto in più creando i minuti di "sforamento" in tabella (Tab 2) che appaiono comunque trascurabili e ampiamente compensati dalla soddisfazione del paziente. Altro dato interessante e meritevole di menzione è stato l'effetto dell'ipnosi sulle manifestazioni somatiche dell'ansia (tremori grossolani, disforia, etc); nel sottogruppo di pazienti che mostravano tali segni l'ipnosi ha portato alla loro scomparsa in tutti i casi. Nonostante questo dato sia su un esiguo numero di pazienti è di grande significato clinico poiché la gestione dell'ansia di grande intensità è molto complessa dal punto di vista farmacologico e spesso comporta l'utilizzo di forti dosi di farmaci ipnotici con rischio poi di effetti paradossali o depressione respiratoria.

I risultati sorprendenti dell'ipnosi per procedure chirurgiche sono in linea con quanto dimostrato dalla recente letteratura e stressano ancora la grande importanza che ha per il paziente e nei processi di cura<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Weston J, Hannah M, Downes J. Evaluating the benefits of a patient information video during the informed consent process. *Patient Educ Couns.* 1997 Mar;30(3):239-45. doi: 10.1016/s0738-3991(96)00968-8. PMID: 9104380.

Sebbene recenti articoli pongano in dubbio il suo ruolo nella meccanica del dolore come tecnica unica<sup>(12,13)</sup>, gli stessi autori confermano l'impatto che, a livello multimodale, l'ipnosi ha su ansia e soddisfazione del paziente soprattutto nei sottogruppi: paziente oncologico o affetto da dolore cronico.

In conclusione l'ipnosi clinica e la comunicazione ipnotica sono una materia in forte crescita nel mondo. La loro implementazione è al giorno d'oggi da considerarsi non più un *vezzo* per particolari ambiti professionali o personali, ma una possibilità da non perdere per le moderne aziende sanitarie soprattutto per il suo ruolo adiuvante nelle procedure invasive.

---

<sup>12</sup> Jones HG, Rizzo RRN, Pulling BW, Braithwaite FA, Grant AR, McAuley JH, Jensen MP, Moseley GL, Rees A, Stanton TR. Adjunctive use of hypnosis for clinical pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain Rep.* 2024 Sep 10;9(5):e1185. doi: 10.1097/PR9.0000000000001185. PMID: 39263007; PMCID: PMC11390056.

<sup>13</sup> Amraoui J, Pouliquen C, Fraisse J, Dubourdieu J, Rey Dit Guzer S, Leclerc G, de Forges H, Jarlier M, Gutowski M, Bleuse JP, Janiszewski C, Diaz J, Cuvillon P. Effects of a Hypnosis Session Before General Anesthesia on Postoperative Outcomes in Patients Who Underwent Minor Breast Cancer Surgery: The HYPNOSEIN Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2018 Aug 3;1(4):e181164. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.1164. PMID: 30646110; PMCID: PMC6324272.