



Max Damoli

RESPIRA • TRASFORMA

RESPIRAZIONE CIRCOLARE CONSAPEVOLE & METODO RESPIRO SKILLS

Sintesi critica delle evidenze scientifiche per professionisti della salute

Medici | Psichiatri | Psicoterapeuti | Fisioterapisti | Counselor | Coach

Aprile 2026

ABSTRACT E PREMESSA METODOLOGICA

Questo documento sintetizza le evidenze scientifiche peer-reviewed disponibili ad aprile 2026 sulla respirazione circolare consapevole (Circular/Conscious Connected Breathwork, CCB), integrandole con i principi e i risultati osservati dal Metodo Respiro SKILLS, sviluppato da Max Damoli e Licia Consoli a partire dal 1995.

Premessa editoriale doverosa: Il Grande Libro del Respiro (Damoli, Ed. L'Età dell'Acquario, 2022) è un testo di divulgazione esperienziale, non una revisione sistematica della letteratura scientifica. È scritto per un pubblico generale e fonda le sue affermazioni sull'esperienza trentennale dell'autore. È proprio per colmare questo gap che è nato questo documento: dimostrare scientificamente ciò che negli anni '90 si poteva soltanto ipotizzare e toccare con la mano dell'esperienza.

Parole chiave: *breathwork, respirazione circolare, CO₂, stati alternativi di coscienza (ASA), stati alterati di coscienza (ASC), HRV, salute mentale, apnea, PTSD, Metodo SKILLS, meta-tecnica, integrazione energetica*



1. Inquadramento: storia, definizioni e criteri di differenziazione

La respirazione circolare consapevole designa un insieme di pratiche in cui il respiro è continuo, senza pausa tra fine espirazione e inizio inspirazione. L'origine occidentale moderna risale agli anni '70, con Leonard Orr e il Rebirthing californiano, e a Stanislav Grof e l'Holotropic Breathwork. Da questi due filoni è derivata una ramificazione di tecniche, tra cui Vivation® (Leonard/Laut), Transformational Breath (Kravitz) e, in Italia, il Metodo Respiro SKILLS (Damioli/Consoli, dal 1995).

1.1 Cinque criteri scientifici di differenziazione tra tecniche

La letteratura scientifica contemporanea (MDPI 2025, Neuroscience & Biobehavioral Reviews 2024) distingue le tecniche di respirazione secondo cinque criteri fondamentali. Conoscerli è essenziale per interpretare correttamente gli studi e le loro applicazioni cliniche, evitando di sovrapporre evidenze prodotte su una tecnica a contesti di un'altra:

Criterio	Effetto differenziale
1. Velocità	Lenta (~5-6 atti/min) → attivazione parasimpatica e HRV massimale Rapida (circolare) → variazioni CO ₂ , possibili stati alternativi di coscienza
2. Continuità	Con pause → reset fisiologico tra i cicli Senza pause (circolare) → effetti cumulativi, assenza di reset
3. Controllo attenzione	Focalizzato (yoga, meditazione) → educazione dell'attenzione Ampio/passivo (SKILLS, HB) → accesso a contenuti inconsci e somatici
4. Effetto sul SNA	Calmante → dominanza parasimpatica (respirazione coerente) Attivante con inversione → simpatico poi parasimpatico profondo (intensivo)
5. Obiettivo	Regolazione quotidiana dello stress / performance cognitiva / esplorazione psicologica profonda / Stati di Coscienza Espansa

Nessuna tecnica è superiore in assoluto: ognuna ha il proprio contesto ottimale. La scelta dipende dall'obiettivo clinico, dal profilo del paziente e dal setting disponibile.

1.2 Le principali tecniche studiate in letteratura

- **Holotropic Breathwork (HB):** sessioni di 2-3 ore con musica evocativa, supervisione clinica e integrazione verbale. Tecnica più intensa, con iperventilazione marcata. La più studiata per trauma e PTSD.
- **Conscious-Connected Breathwork (CCB):** sessioni di 45-90 minuti, enfasi sulla continuità del ciclo respiratorio. Tecnica più studiata nei recenti trial (Havenith et al. 2025).
- **Respirazione Coerente:** ~5,5 atti/min, senza stati alterativi, con massimizzazione dell'HRV. La tecnica con la base di evidenza clinica più robusta e consolidata.
- **Wim Hof Method (WHM):** cicli di iper-ventilazione seguiti da ritenzione prolungata, abbinati a esposizione al freddo. Evidenza emergente su immunologia e resilienza.
- **Metodo Respiro SKILLS:** schema «nella pancia, circolare (senza pause), rilassato, con la bocca aperta». L'espirazione è passiva e non forzata. Utilizzato sia per sessioni complete di integrazione energetica, sia come meta-tecnica di supporto. La documentazione in letteratura peer-reviewed è ancora limitata rispetto alle tecniche sopra elencate; il corpus principale è costituito da osservazioni cliniche trentennali e da una casistica pubblicata non ancora sottoposta a trial randomizzati.



2. Meccanismi fisiologici principali

2.1 Il ruolo della CO₂ e dell'emodinamica cerebrale

L'iperventilazione deliberata riduce la pressione parziale di CO₂ (etCO₂) nell'aria espirata. L'ipocapnia che ne risulta produce vasocostrizione cerebrale per alcalosi respiratoria, alterando la perfusione di alcune regioni e gli stati di coscienza. Il meccanismo è ora documentato empiricamente.

Studio di riferimento: Havenith et al. (2025) — CO₂ e stati alternativi di coscienza

61 partecipanti (43 attivi, 18 controllo passivo) in sessioni di HB o CCB. La riduzione di etCO₂ è fortemente correlata all'insorgenza di ASA ($r = -0.46$; $p < 0.001$). Valori minimi ~16,6 mmHg vs 34,3 mmHg nei controlli. Miglioramenti nel benessere (WEMWBS) e riduzione dei sintomi depressivi (QIDS-SR) a 1 settimana. Riduzione di α -amilasi salivare post-sessione (marker di attivazione simpatica). Nota metodologica: il sotto-campione per la salute mentale è $n=25$ — risultati preliminari, da confermare su campioni più ampi.

Fonte: [Havenith et al. Communications Psychology \(Nature\) 2025](#) — DOI: [10.1038/s44271-025-00247-0](https://doi.org/10.1038/s44271-025-00247-0)

Nota sul Metodo SKILLS: profilo fisiologico distinto

Il Metodo Respiro SKILLS si distingue dai protocolli HB e CCB intensivi per la presenza di un'espirazione completamente passiva e rilassata — non forzata. Questa caratteristica produce una perdita di CO₂ significativamente ridotta rispetto ai protocolli dove anche l'espirazione è controllata. Il profilo risultante è *diverso* — non necessariamente migliore o peggiore — rispetto a HB e CCB: a seconda del contesto clinico, una perdita di CO₂ più contenuta può essere un vantaggio (accessibilità, sicurezza, uso quotidiano) o un limite (minore intensità dell'effetto terapeutico nelle sessioni di elaborazione profonda).

- Accessibile a un pubblico più ampio, incluse persone senza esperienza di breathwork
- Idoneo come meta-tecnica in contesti clinici e di performance, senza necessità di indurre stati alternativi di coscienza (ASA)
- Utilizzabile quotidianamente per ossigenare il sistema e regolare il SNA, anche in sessioni brevi (10-15 min)

Il Programmatore (l'intelligenza fisiologica del corpo) ha previsto che solo l'inspirazione richieda dispendio energetico muscolare attivo. L'espirazione è energeticamente gratuita: è il rilascio elastico passivo (merito del surfattante) di polmoni e gabbia toracica. Il Metodo SKILLS sfrutta consapevolmente questa asimmetria.



2.2 Sistema nervoso autonomo, vagale e HRV

La respirazione a bassa frequenza (~5-6 atti/min) massimizza l'aritmia sinusale respiratoria (RSA) e l'HRV, indicatori del tono parasimpatico. La stimolazione del nervo vago attraverso l'espiazione prolungata e rilassata attiva il sistema «rest and digest», modulando la risposta allo stress via asse HPA. Il breathwork ad alta ventilazione attiva inizialmente il SN simpatico con inversione verso stati di calma profonda nella fase di recupero (teoria polivagale di Porges, 1995).

Il diaframma è il nodo cruciale: è l'unico muscolo del corpo senza antagonista diretto. È regolato sia dal SNA sia dal SNC, ed è attraversato da aorta, vena cava e dotto toracico — influenzando direttamente circolazione, digestione e drenaggio linfatico. Nell'arco di una giornata muove quattro volte più sangue del cuore (Boccardi & Dissoni, 1982).

2.3 Neurobiologia: substrati cerebrali documentati con fMRI

Studio di riferimento: Kartar et al. (2025) — substrati neurobiologici con fMRI

Studio multi-modale (n=42) con arterial spin labelling (pcASL). Disegno: sessione di breathwork ad alta ventilazione con musica vs condizione di controllo. Risultati: ipoperfusione generalizzata per ipocapnia, ma con cluster di attivazione nell'opercolo sinistro/insula posteriore (interocezione respiratoria) e amigdala destra/ippocampo anteriore (elaborazione memorie emotive). L'intensità degli ASA è proporzionale all'attivazione simpatica cardiovascolare. I pattern sono analoghi a quelli osservati con psilocibina, suggerendo un meccanismo comune di accesso a contenuti emotivi profondi. Limite: disegno cross-sezionale, campione moderato.

Fonte: [Kartar et al. PLOS One 2025](#) — DOI: [10.1371/journal.pone.0329411](#)

La sezione «La scienza del respiro» del libro di Damioli (a cura di Angela D'Urso, ingegnere chimico, 2017, aggiornata 2022) anticipa questi risultati citando ricerche sul Locus Coeruleus, sull'Amigdala e sull'Ippocampo (De Cicco, Università di Pisa, 2010) e sul complesso di pre-Böttinger. Le neuroscienze del 2025 confermano scientificamente ciò che era stato ipotizzato in modo preliminare.

Nota terminologica: ASC o ASA?

La letteratura scientifica utilizza l'acronimo **ASC** (Altered States of Consciousness / Stati **Alterati** di Coscienza), mutuato dall'ambito delle ricerche farmacologiche sugli psichedelici. Il termine «altered» nasce in un contesto in cui lo stato mentale è prodotto da una sostanza esterna che modifica la neurochimica del soggetto.

Nel breathwork, e in particolare nel Metodo SKILLS, non interviene alcuna sostanza esogena: il meccanismo è puramente fisiologico (variazioni di CO₂, emodinamica cerebrale, attivazione vagale). Proponiamo pertanto la distinzione terminologica:

ASA — Stati Alternativi di Coscienza (Alternative States of Awareness)

Il termine **alternativo** descrive uno stato *diverso* dalla veglia ordinaria, raggiunto attraverso variabili endogene — ossigeno, CO₂, modulazione autonoma — senza alcuna distorsione indotta da sostanze. Questa distinzione ha rilevanza clinica (sicurezza, assenza di dipendenza e interazioni farmacologiche) e concettuale (la coscienza non è «compressa» da un agente esterno, ma *ampliata* attraverso i suoi stessi meccanismi fisiologici). L'adozione di questa terminologia è auspicabile nelle ricerche future.



3. Evidenze su salute mentale: meta-analisi e RCT

3.1 La meta-analisi primaria (Fincham et al., 2023)

Studio di riferimento: Fincham et al. (2023) — prima meta-analisi RCT su breathwork e salute mentale

12 RCT con 785 adulti (7 database, ricerca fino a feb. 2022). Outcome primario — stress soggettivo: Hedges $g = -0.35$ (IC 95%: $-0.55, -0.14$; $p = 0.0009$). Outcome secondari: ansia ($k=20, g = -0.32, p$ significativo) e depressione ($k=18, g = -0.40, p < 0.0001$). Profilo di effetti comparabile a CBT, mindfulness e meditazione. Nessun drop-out per effetti avversi gravi nelle tecniche lente. Limiti dichiarati dagli autori: eterogeneità metodologica tra studi, rischio di bias moderato in diversi RCT, impossibilità di blinding per la natura della pratica.

Fonte: [Fincham et al. Scientific Reports \(Nature\) 2023 — DOI: 10.1038/s41598-022-27247-y](https://doi.org/10.1038/s41598-022-27247-y)

3.2 RCT su High Ventilation Breathwork con ritenzione (Fincham et al., 2024)

Il più grande RCT in cieco sull'HVBR pubblicato al momento ($n=200, NCT06064474$), tecnica strutturalmente affine alla CCB. Protocollo: 3 settimane, 20 min/die. Confronto con placebo attivo (respirazione a 15 atti/min con breve ritenzione). Outcome primario: riduzione dell'ansia di tratto (STAI-T). Entrambi i gruppi mostrano miglioramenti significativi; la superiorità dell'HVBR rispetto al placebo attivo è statisticamente significativa ma di entità moderata, confermando che parte dell'effetto è attribuibile a fattori comuni (aspettativa, pratica respiratoria di qualsiasi tipo, setting).

Link: [Fincham et al. Scientific Reports 2024](#)

3.3 RCT sulla respirazione coerente (Fincham et al., 2023b) — il più grande RCT in assoluto

400 adulti (NCT05676658), respirazione coerente a $\sim 5,5$ atti/min vs placebo attivo a 12 atti/min, 10 min/die, 4 settimane. Miglioramento significativo nel tempo per entrambi i gruppi ($p < 0.001$), senza differenza statisticamente significativa tra i gruppi al post-intervento ($p = 0.09$). Il dato è metodologicamente importante: suggerisce che una parte rilevante del beneficio del breathwork è mediata da meccanismi non specifici (attenzione al respiro, riduzione attività, aspettativa positiva). Non invalida l'utilità clinica della pratica, ma impone cautela nelle affermazioni causali.

Link: [Fincham et al. Scientific Reports 2023b](#)



4. Campi applicativi: evidenze per area clinica

La sezione «Campi Applicativi» del libro documenta decine di anni di osservazioni cliniche della Scuola SKILLS, validate dal Comitato Scientifico interno (dott. Pietro Pariset — medicina d'emergenza; dott. Stefano Rosa — anestesista; dott.ssa Laura Rossetti — psicoterapeuta). Le osservazioni cliniche non pubblicate vanno trattate come ipotesi da verificare in studi controllati, non come evidenze autonome. Laddove esistono riferimenti bibliografici peer-reviewed, sono riportati con i relativi limiti metodologici.

4.1 Ansia e attacchi di panico

Il breathwork riduce l'ipertono simpatico, abbassa cortisolo e adrenalina, e aumenta il tono parasimpatico via stimolazione vagale. Una ricerca condotta a Chicago documenta come la respirazione specifica consenta all'amigdala di modulare la propria reattività, riducendo la generazione di segnali ormonali stressogeni. Il ciclo d'integrazione SKILLS (Attivazione → Elaborazione → Integrazione → Estasi) produce un'elaborazione progressiva delle tensioni emotive. Per i professionisti: il respiro può essere usato dal terapeuta per centrarsi e può agevolare il paziente nell'accesso emotivo prima del lavoro terapeutico.

- Garakani A. et al., Neurobiology of Anxiety Disorders, Mount Sinai J Med, 2006
- Cattani D., Scapellato P., Attacchi di panico e ansia acuta, Giunti OS, 2017

4.2 Asma

La letteratura documenta disfunzionalità croniche del diaframma nei pazienti asmatici e benefici sostanziali della respirazione diaframmatica. In oltre il 50% dei pazienti trattati con esercizi respiratori si raggiunge una riduzione del fabbisogno farmacologico (Thomas & Bruton, 2014). L'osservazione di Damioli («nessun asmatico che abbia respirato con SKILLS ha continuato a usare il broncodilatatore») è un dato clinico non pubblicato, coerente con la letteratura ma non verificato in trial controllati. Qualsiasi allenamento diaframmatico produce risultati significativi nell'asma, indipendentemente dalla specifica tecnica.

- Thomas M., Bruton A., Breathing Exercises for Asthma, Breathe 2014 — DOI: 10.1183/20734735.008414
- Livingstone J.L., Gillespie M., The Value of Breathing Exercises in Asthma, The Lancet, 1935
- Shaw B.S., Shaw I., Pulmonary Function and Abdominal/Thoracic Kinematics in Asthmatics, 2011

4.3 Dismenorrea

La respirazione diaframmatica riduce il tono simpatico, aumenta il flusso ematico pelvico e produce rilascio di endorfine, attenuando le contrazioni uterine spasmodiche. Uno studio RCT mostra riduzione della VAS dal dolore da 7 a 3 dopo una singola sessione di 30 minuti (Gurpreet K. et al., 2018). I dati disponibili sono promettenti ma basati su campioni ridotti; sono necessari studi di replica.



-
- Gurpreet K. et al., Effect of Exercises in Primary Dysmenorrhea, Indian J Physiotherapy, 2018
 - Pyo J.S. et al., Effect of Abdominal Breathing on Menstrual Pain, PNF and Movement, 2015
 - Abbaspour Z. et al., The Effect of Exercise on Primary Dysmenorrhea, J Research in Health Sciences, 2006

4.4 Insonnia

Il respiro diaframmatico lento aumenta l'HRV, riduce il cortisolo salivare e induce sincronizzazione cardio-respiratoria analoga al sonno non-REM. Inibisce l'iperattività dell'amigdala via recettori GABAergici della corteccia prefrontale. Le linee guida internazionali (Baglioni et al., 2017) includono le tecniche di rilassamento respiratorio tra gli interventi di prima linea nelle terapie cognitivo-comportamentali per l'insonnia, con evidenza di efficacia superiore ai farmaci ipnotici nel controllo delle recidive a lungo termine.

- Jerath R., Self-Regulation of Breathing as Primary Treatment for Anxiety, Appl Psychophysiol Biofeedback, 2015 — doi:10.1007/s10484-015-9279-8
- Chen Y. et al., Effectiveness of Diaphragmatic Breathing Relaxation Training, 2016
- Baglioni C. et al., European Guideline for the Diagnosis and Treatment of Insomnia, 2017 — doi:10.1111/jsr.12594

4.5 Dolore cronico

Il diaframma influenza l'intensità del dolore e ha un'associazione documentata con le emozioni (Bordoni et al., 2016). La respirazione profonda riduce il dolore postoperatorio in modo statisticamente significativo (studio Indiana University, n=56, Shea et al. 2002: riduzione media del dolore del 30% nel gruppo sperimentale vs controllo, $p < 0.05$). Il meccanismo principale è il rilascio di endorfine e la modulazione del SNA, con riduzione della componente ansiosa del dolore.

- Bordoni B., Marelli F., Bordoni G., A Review of Analgesic and Emotive Breathing, J Multidiscip Healthc 2016 — PMID: PMC4778783
- Shea R.A. et al., Pain Intensity and Postoperative Pulmonary Complications after Coronary Artery Bypass Graft Surgery, Heart&Lung 2002

4.6 Cardiopatie e pressione arteriosa

Uno studio olandese (Dixhoorn, citato da Hendricks 1995) su pazienti post-infarto: nel gruppo con training respiratorio diaframmatico nessun secondo episodio cardiaco vs 7/12 nel gruppo controllo nei 2 anni successivi. Nota metodologica: si tratta di uno studio osservazionale datato (anni '80), non di un RCT; i risultati sono indicativi ma non conclusivi e non sono stati replicati in trial controllati di dimensioni adeguate. La relazione tra respiro lento e riduzione pressoria è invece più solidamente documentata in letteratura (Fried, 1990; e successivi).



-
- Hendricks G., *Conscious Breathing*, Bantam NY 1995 (cita studio Dixhoorn — studio osservazionale)
 - Fried R., *The Breath Connection*, Plenum NY 1990

4.7 Sistema linfatico e disintossicazione

Il 70-75% delle tossine viene eliminato attraverso l'espiazione (Hendricks, 1995). La respirazione diaframmatica profonda crea variazioni di pressione intratoracica che facilitano il drenaggio linfatico — Shields (1992) documenta un aumento del flusso linfatico fino a 15 volte rispetto alla respirazione superficiale. Nota: i dati di Shields provengono da studi su modelli animali e misurazioni indirette; l'applicazione diretta all'uomo in vivo richiede ulteriori verifiche.

- Shields J., *Lymph, Lymph Glands and Homeostasis*, *Lymphology*, 1992, 25(4):147-153

4.8 Performance sportiva e prevenzione degli infortuni

Il respiro è meta-tecnica nel coaching sportivo: massimizza l'ossigenazione nei momenti topici (tra buche nel golf, prima del cancelletto di partenza nello sci, ai cambi campo nel tennis). Il concetto di «credito d'ossigeno» (respirare in anticipo rispetto alla fase di sforzo) è operativamente documentato dalla Scuola SKILLS in sci, golf, tennis, nuoto, ciclismo e sport motoristici.

Un'applicazione clinica strutturata del Metodo Respiro SKILLS in ambito sportivo è documentata nel volume di Aldo Ciprandi (osteopata, laureato in Scienze motorie, allenatore di pallavolo, docente FIPAV) in collaborazione con Max Damioli. Il libro affronta l'infortunio sportivo come fenomeno non puramente biomeccanico, integrando fisioterapia, osteopatia, psicologia, coaching, respiro e ipnosi.

Ciprandi A., Damioli M. (2024). *Mi sono fatto male. L'inconsapevole volontarietà dell'infortunio.* Youcanprint. [Acquista \(cartaceo/epub\)](#)

Riferimento coaching: [Giuseppe Vercelli, Vincere con la Mente, Ponte alle Grazie 2006](#)

4.9 Gravidanza e parto


La respirazione diaframmatica rilassata è coadiuvante durante la gravidanza e può ottimizzare lo sviluppo fetale (ossigenazione del sangue materno). Durante il travaglio, tecniche respiratorie specifiche (non il respiro circolare completo intensivo, ma il respiro imitativo del cane accaldato e l'espiazione controllata durante le contrazioni) riducono la percezione del dolore e migliorano il controllo della spinta. I riferimenti disponibili sono principalmente testi clinici e di ostetricia; mancano RCT specifici su questa applicazione.

- Leboyer F., *Per una nascita senza violenza*, Bompiani 2007
- VERNY T., WEINTRAUB P., *Le coccole dei nove mesi*, Bonomi 1996

4.10 Apnea ostruttiva del sonno e russamento

Un campo applicativo emergente, supportato da un RCT pubblicato sul BMJ. Il meccanismo è analogo al respiro circolare: il training continuo delle vie aeree superiori, del diaframma e della muscolatura faringea riduce la collassabilità delle vie aeree.



 **Studio di riferimento: Puhan et al. (2006) — Didgeridoo e apnea ostruttiva: RCT su BMJ**

RCT, Università di Zurigo (Horten Centre). N=25 adulti con sindrome da apnea ostruttiva moderata e russamento. 4 mesi di pratica di respirazione circolare tramite didgeridoo. Risultati: riduzione significativa della sonnolenza diurna (Epworth Sleepiness Scale, $p = 0.003$), riduzione dell'indice apnea-ipopnea (AHI, $p = 0.05$), miglioramento della qualità del sonno. I partner dei partecipanti nel gruppo attivo erano significativamente meno disturbati nel sonno ($p = 0.003$). Compliance eccellente: media di quasi 6 giorni/settimana. Limite: campione ridotto ($n=25$), necessità di replica su campioni più ampi.

Fonte: [Puhan MA et al. BMJ 2006;332:266-270 — DOI: 10.1136/bmj.38705.470590.55](#)

- Eley R., Gorman D. (2010). Didgeridoos, songs and boomerangs for asthma management. Health Promotion J Australia 21:39-44. PMID: 20406151 (respirazione circolare e asma in popolazioni indigene australiane; studio osservazionale)



5. Il Metodo Respiro SKILLS: caratteristiche distintive

5.1 Schema tecnico di base

Il Metodo Respiro SKILLS si fonda su tre indicazioni essenziali che sintetizzano decenni di affinamento della tecnica:

Le tre istruzioni fondanti del Metodo SKILLS

1) NELLA PANCIA — Il respiro parte dal diaframma (zona addominale bassa). Ciò ottimizza l'ossigenazione (il sangue si raccoglie nella parte bassa dei polmoni per gravità), stimola il SNA parasimpatico e massimizza il rapporto costo/beneficio muscolare. In seguito si aggiunge la fase toracica. La fase clavicolare non viene utilizzata.

2) CIRCOLARE — Senza pause tra inspirazione ed espirazione, e tra espirazione e inspirazione successiva. La circolarità non è simmetrica: l'inspirazione è attiva (gestita), l'espirazione è passiva (rilassata, ellittica). Questo profilo riduce significativamente la perdita di CO₂ rispetto ai protocolli dove anche l'espirazione è controllata.

3) RILASSATO — L'espirazione è energeticamente gratuita: nessun muscolo si contrae attivamente. Il torace e i polmoni «collassano» per ritorno elastico passivo. Questa è la caratteristica fisiologica più importante del metodo e il principale elemento di differenziazione dall'iperventilazione classica.

+ **Con la bocca aperta** (per i neofiti): riduce la resistenza al flusso aereo. Stimola i chakra basali energetici, radicando il respiro nel corpo.

5.2 Il concetto di Meta-Tecnica

SKILLS è acronimo di «abilità, attitudine, destrezza, capacità innata o acquisita nel tempo». La Scuola ha identificato tre meta-tecniche: l'ipnosi (uso funzionale del linguaggio), il Problem Solving Strategico e il Respiro. Una meta-tecnica ha la funzione del sale nell'acqua della pasta o dell'ossigeno per accendere una candela: non è né la pasta, né il sugo, né la luce o il calore — ma senza, è davvero difficile o impossibile. Il Respiro SKILLS lavora in sinergia con: fisioterapia, shiatzu, canto, ipnosi, coaching sportivo, psicoterapia, preparazione al parto.

5.3 Il ciclo d'integrazione

L'integrazione energetica è l'obiettivo primario di ogni sessione SKILLS — non un obiettivo terapeutico specifico. Gli effetti coadiuvanti (elaborazione di esperienze traumatiche) sono un benvenuto effetto collaterale, gestito fidandosi dell'Inconscio del cliente. Il ciclo si articola in 4 fasi:

- **ATTIVAZIONE** (primavera): prime sensazioni fisiche, il sistema si «accende»
- **ELABORAZIONE** (estate): intensificazione, momento di maggiore resistenza
- **INTEGRAZIONE** (autunno): scioglimento della congestione energetica, restituzione dell'energia trattenuta



- ESTASI (inverno): profondità, leggerezza, calma. Prepara il ciclo successivo

In una sessione autonoma: 3-5 cicli. In una sessione facilitata: fino a 7 cicli. Il Buffer Adjustment (risposta tamponante del pH ematico) — erroneamente identificato come tetania alcalosica — è un fenomeno fisiologico normale e gestibile, non una complicanza.

6. Confronto tra tecniche: profili fisiologici e applicativi

La tabella seguente sintetizza le caratteristiche principali delle tecniche più studiate. Ogni tecnica ha il proprio contesto ottimale: il confronto ha scopo orientativo, non gerarchico.

Tecnica	CO ₂ loss	ASC/ASA	Autonomia quotidiana	Supervisione	Contesto ottimale
Holotropic Breathwork (HB)	Alta	Intensa	No	Obbligatoria	Trauma, PTSD, integrazione profonda in setting clinico
CCB	Media-Alta	Moderata-Intensa	Parziale	Raccomandata	Integrazione emotiva, espansione della consapevolezza
Respirazione Coerente	Minima	Nessuna	Sì	No	Stress cronico, insonnia, HRV — evidenza clinica più robusta
Wim Hof Method	Alta + ritenzione	Moderata	Sì (parziale)	Raccomandata	Resilienza, tolleranza allo stress, risposta immunitaria
Pranayama yoga	Variabile	Variabile	Sì	No (per livelli base)	Educazione respiratoria, equilibrio energetico, pratica tradizionale
Metodo SKILLS	Ridotta	Da assente a moderata	Sì	Utile; non sempre necessaria	Meta-tecnica flessibile: ossigenazione quotidiana, performance, integrazione emotiva — meno documentato in letteratura rispetto a CCB e respirazione coerente



7. Limiti metodologici e note critiche

Limitazioni delle evidenze attuali — Onestà scientifica

1. **CAMPIONI RIDOTTI:** lo studio Havenith et al. (2025) analizza la salute mentale su n=25 partecipanti. Risultati preliminari, non conclusivi.
2. **BLINDING IMPOSSIBILE:** la natura del breathwork rende impossibile il cieco dei partecipanti. Il bias di aspettativa non è controllabile in modo ottimale, come dimostrato dallo studio Fincham 2023b in cui il placebo attivo produce effetti comparabili.
3. **ETEROGENEITÀ DELLE TECNICHE:** le meta-analisi aggregano tecniche molto diverse (lente, rapide, con ritenzione) che agiscono con meccanismi parzialmente distinti. Le evidenze prodotte su una tecnica non sono direttamente trasferibili ad un'altra.
4. **FOLLOW-UP BREVI:** la maggior parte degli studi valuta effetti entro 1-4 settimane. La durabilità nel tempo non è documentata.
5. **OSSERVAZIONI ANEDDOTICHE NON PUBBLICATE:** alcune affermazioni del libro di Damioli (asma, casi clinici) hanno valore esperienziale ma non scientifico formale. Vanno trattate come ipotesi da verificare in studi controllati, non come evidenze autonome.
6. **METODO SKILLS:** non esistono ad oggi RCT specifici sul Metodo Respiro SKILLS. Le evidenze applicabili provengono da studi su tecniche affini (CCB, respirazione coerente). Questa è la principale lacuna da colmare con ricerche future.
7. **POSSIBILE HYPE:** il breathwork è in un momento di grande interesse pubblico. Le meta-analisi raccomandano cautela per evitare una miscalibrazione tra entusiasmo e evidenza.

8. Controindicazioni cliniche e sicurezza

Controindicazioni assolute per il breathwork ad alta ventilazione (HB, CCB)

- Epilessia e storia di convulsioni (ipocapnia abbassa la soglia convulsiva)
- Cardiopatie gravi o non stabilizzate, aritmie ventricolari
- Gravidanza (per le tecniche intensive; non per il respiro diaframmatico lento)
- Aneurismi cerebrali o aortici
- Psicosi e schizofrenia in fase attiva
- Glaucoma ad angolo chiuso
- Diabete (preferire respiro nasale lento con attenzione all'espiazione)



Controindicazioni relative (valutazione caso per caso): BPCO e asma grave, ipotensione ortostatica, disturbi dissociativi. Il Buffer Adjustment (parestesie alle estremità, contratture muscolari transitorie) è fisiologicamente spiegabile, non pericoloso e autorisolutivo. Non è tetania alcalosica nel senso clinico del termine.

Il Metodo SKILLS per le sessioni intensive prevede sempre la presenza di un facilitatore formato. Per la pratica quotidiana non è richiesta supervisione.

9. Prospettive di ricerca e agenda futura

- RCT di maggiori dimensioni (n>200) con follow-up ≥ 12 mesi e confronto con farmacoterapia standard per MDD resistente
- Studi di neuroimaging longitudinali su neuroplasticità strutturale post-breathwork
- Standardizzazione dei protocolli di formazione per facilitatori con definizione di competenze certificate
- Studi su popolazioni cliniche specifiche: PTSD da trauma, dipendenze, pazienti oncologici, apnea ostruttiva moderata-grave
- Identificazione di biomarcatori predittivi di risposta (profilo HRV basale, reattività alla CO₂)
- RCT specifici sul Metodo Respiro SKILLS, per caratterizzare il profilo fisiologico dell'espiazione rilassata e la sua efficacia comparata rispetto a CCB e respirazione coerente

10. La Scuola SKILLS: contatti e risorse

La Scuola di Respiro SKILLS, fondata da Max Damioli e Licia Consoli nel 1995, ha formato decine di migliaia di persone in oltre 30 anni di attività.

Per professionisti della salute:

Il Respiro SKILLS può essere utilizzato dal terapeuta per centrarsi prima delle sedute e dai pazienti per aprirsi più rapidamente al lavoro terapeutico. Siamo disponibili a confronti clinici e collaborazioni di ricerca.

Sito: <https://maxdamioli.it>

Email: respiro@maxdamioli.it



Riferimenti bibliografici — Studi peer-reviewed citati

Studi primari (2023-2025)

- Havenith MN et al. (2025). Decreased CO₂ saturation during circular breathwork supports emergence of ASC. *Commun Psychol (Nature)* 3(1):59.
<https://www.nature.com/articles/s44271-025-00247-0>
- Kartar AA et al. (2025). Neurobiological substrates of ASC induced by high ventilation breathwork. *PLOS One* 20(8):e0329411.
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0329411>
- Fincham GW et al. (2023). Effect of breathwork on stress and mental health: meta-analysis of RCTs. *Sci Rep* 13, 432. <https://www.nature.com/articles/s41598-022-27247-y>
- Fincham GW et al. (2024). Effects of HVBR on mental health: RCT. *Sci Rep* 14, 15998.
<https://www.nature.com/articles/s41598-024-64254-7>
- Fincham GW et al. (2023b). Effect of coherent breathing on mental health: RCT. *Sci Rep* 13, 21436. <https://www.nature.com/articles/s41598-023-49279-8>
- Autori multipli (2025). Breathwork for Chronic Stress and Mental Health. *Healthcare (MDPI)* 13(3):127. <https://www.mdpi.com/2076-3271/13/3/127>

Studi sui campi applicativi

- Puhan MA et al. (2006). Didgeridoo playing as alternative treatment for obstructive sleep apnoea: RCT. *BMJ* 332:266. DOI:10.1136/bmj.38705.470590.55
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360393/>
- Thomas M., Bruton A. (2014). Breathing Exercises for Asthma. *Breathe* 10:312-322.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26306079/>
- Bordoni B. et al. (2016). A Review of Analgesic and Emotive Breathing. *J Multidiscip Healthc* 9:97-102. PMID: PMC4778783 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4778783/>
- Jerath R. (2015). Self-Regulation of Breathing as Primary Treatment for Anxiety.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869930/>
- Baglioni C. et al. (2017). European Insomnia Guideline. doi:10.1111/jsr.12594
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29048706/>
- Shields J. (1992). Lymph, Lymph Glands and Homeostasis. *Lymphology* 25(4):147-153.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1491065/>
- Eley R., Gorman D. (2010). Didgeridoos, songs and boomerangs for asthma management. *Health Promotion J Australia* 21:39-44. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20406151/>

Testi di riferimento esperienziale

- Damioli M. (2022). *Il Grande Libro del Respiro*. Ed. L'Età dell'Acquario / Lindau. [Divulgazione esperienziale — non revisione sistematica]
<https://www.amazon.it/grande-libro-del-respiro/dp/8833363635/>
- Ciprandi A., Damioli M. (2024). *Mi sono fatto male*. Youcanprint, 120 pp.
<https://store.youcanprint.it/mi-sono-fatto-male/b/8e8862d8-e675-5da6-a2bd-cc510d68d6e2>
- Dahlke R., Neumann A. *La straordinaria forza terapeutica del respiro*. Tecniche Nuove, Milano 2003. <https://maxdamioli.it>
- Swami Rama, Ballentine R., Hymes A. (1979). *Science of Breath*. Himalayan Intl Institute.
<https://maxdamioli.it>