



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

**L'UTILIZZO DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA E IPNOSI CLINICA IN FISIOTERAPIA:
ESPERIENZA PRESSO L'OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO DI TORINO.**

Candidato
Dott.ssa Silvia Magi

Relatore
Dott.ssa Muro Milena

Correlatore
Dott.ssa Toscano Danila

-INDICE-

Capitolo 1: Introduzione dell'ipnosi in fisioterapia

- 1.1 Il ruolo della fisioterapia in ambito ospedaliero
- 1.2 Il reparto di fisioterapia dell'Ospedale San Giovanni Bosco
- 1.3 La comunicazione ipnotica in ambito riabilitativo: parole come strumento di cura
- 1.4 Il potere delle parole: definizione e principi
- 1.5 L'importanza del monoideismo plastico in fisioterapia

Capitolo 2: Contesto clinico e ambito applicativo

- 2.1 Applicazioni in fisioterapia ortopedica e neurologica
- 2.2 Benefici sulla compliance e la performance
- 2.3 Tipologie di pazienti trattati: ortopedici, oncologici e con dolore cronico

Capitolo 3: Metodo e strumenti

- 3.1 La scheda di valutazione ipnotica in uso all'ASL Città di Torino
- 3.2 Modalità di somministrazione
- 3.3 Importanza della valutazione degli outcome

Capitolo 4: Casi clinici

- 4.1 Protesi totale inversa di spalla destra post-traumatica
- 4.2 Lesione secondaria femorale da K polmonare
- 4.3 Dolore e impotenza funzionale AI dx e urgenza minzionale da esiti di exeresi di voluminosa cisti sottocutanea glutea

Capitolo 5: Discussione

- 5.1 Impatto dell'ipnosi sulla riduzione del dolore e dell'ansia
- 5.2 Il ruolo dell'immaginazione e del linguaggio suggestivo nel recupero motorio
- 5.3 Considerazioni sulle potenzialità dell'ipnosi in contesto multidisciplinare

Capitolo 6: Conclusioni e prospettive future

- 6.1 Sintesi dei benefici osservati
- 6.2 Criticità e limiti riscontrati
- 6.3 Proposte per l'integrazione strutturata dell'ipnosi in ambito fisioterapico ospedaliero

ABSTRACT:

Questa tesi esplora l'efficacia dell'ipnosi clinica secondo il metodo Granone applicata in ambito fisioterapico su pazienti ospedalizzati con patologie ortopediche, neurologiche e polineuropatiche¹. Lo studio si basa sull'esperienza pratica presso l'Ospedale San Giovanni Bosco di Torino, avvalendosi di una scheda strutturata per la rilevazione degli outcome ipnotici². I risultati evidenziano come la comunicazione ipnotica possa favorire la gestione del dolore, l'aderenza al trattamento e la riduzione dell'ansia³, migliorando così l'efficacia del percorso riabilitativo⁴.

INTRODUZIONE/SCOPO DEL PROGETTO:

Il progetto si inserisce in un più ampio programma aziendale dell'ASL Città di Torino volto a formare tutte le figure professionali ospedaliere con l'obiettivo di rendere l'esperienza del paziente il più positiva e serena possibile durante il percorso di cura. In questo contesto, l'ipnosi clinica viene proposta come uno strumento innovativo e complementare per la fisioterapia ospedaliera, capace di migliorare la gestione del dolore, ridurre l'ansia e lo stress, e favorire il recupero funzionale.

Riferimenti bibliografici

1. Granone, G. (1989). *Ipnosi e psicoterapia ipnotica*. Milano: Franco Angeli.
2. Casiglia, E., & Tikhonoff, V. (2006). *Manuale di ipnosi clinica*. Torino: Edizioni Minerva Medica.
3. Montgomery, G. H., Schnur, J. B., & David, D. (2011). The impact of hypnotic suggestibility in clinical care settings. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(3), 294–309.
4. Jensen, M. P., Patterson, D. R., & Montgomery, G. H. (2011). Hypnosis for pain management: Efficacy and mechanisms. *American Psychologist*, 66(2), 167–177.

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE DELL'IPNOSI IN FISIOTERAPIA

1.1 Il ruolo della fisioterapia in ambito ospedaliero

L'ipnosi clinica è una tecnica psicofisiologica che utilizza lo stato di trance come mezzo per accedere a risorse interiori e promuovere cambiamenti terapeutici. Lontana da stereotipi spettacolari, l'ipnosi moderna si fonda su un rapporto di collaborazione e fiducia tra operatore e paziente. La trance ipnotica è uno stato modificato di coscienza, naturale e fisiologico, caratterizzato da un'attenzione focalizzata e una maggiore ricettività alle suggestioni.

La fisioterapia ospedaliera è una componente essenziale del percorso di cura integrato. Mira al recupero funzionale, alla prevenzione delle complicanze da immobilità e al miglioramento della qualità di vita. Gli interventi sono condizionati da fattori emotivi e cognitivi del paziente: dolore, ansia e paura del movimento.

In questo quadro, l'ipnosi clinica permette di affrontare tali ostacoli, facilitando la partecipazione attiva e l'aderenza al trattamento e, viene quindi proposta, come uno strumento innovativo e complementare per la fisioterapia ospedaliera, capace di migliorare la gestione del dolore, ridurre l'ansia e lo stress, e favorire il recupero funzionale.

1.2 Il reparto di fisioterapia dell'Ospedale San Giovanni Bosco

Presso l'Ospedale San Giovanni Bosco di Torino, la fisioterapia lavora in sinergia con le altre figure professionali sui pazienti ricoverati nei reparti di ortopedia, neurologia, nelle medicine, in reumatologia, in cardiologia e in terapia intensiva oltre ad un bacino ristretto di pazienti ambulatoriali che giungono a noi dopo il ricovero ospedaliero dai presidi ospedali dell'ASL Città di Torino. L'introduzione dell'ipnosi clinica ha offerto nuove possibilità per potenziare l'efficacia riabilitativa.

1.3 La comunicazione ipnotica in ambito riabilitativo: parole come strumento di cura

In ambito riabilitativo, la comunicazione tra il fisioterapista e il paziente rappresenta uno degli strumenti più potenti per facilitare il recupero funzionale, modulare la percezione del dolore e incrementare la motivazione al trattamento. La comunicazione ipnotica si colloca all'interno di questo contesto come una modalità relazionale che sfrutta l'uso consapevole delle parole per favorire stati di rilassamento, aumentare la fiducia e attivare risorse interne, l'empowerment, utili al percorso riabilitativo.

1.4 Il potere delle parole: definizione e principi

Il linguaggio ipnotico si basa su un uso intenzionale e calibrato di parole positive, potenzianti e suggestive, capaci di orientare l'attenzione del paziente verso vissuti di autoefficacia, speranza e possibilità di cambiamento. L'approccio ipnotico non implica necessariamente uno stato di trance profonda; è sufficiente che il fisioterapista adotti uno stile comunicativo che faciliti nel paziente un atteggiamento di apertura, ascolto interiore e fiducia.

Le parole diventano, così, uno strumento terapeutico in grado di:

- Ridurre ansia e paura legate al dolore o al movimento;
- Potenziare la compliance al programma riabilitativo;
- Aumentare l'autoefficacia percepita e la motivazione;
- Favorire il recupero motorio grazie a un miglior reclutamento attentivo e motorio.

Di seguito alcuni esempi di frasi e modalità espressive comunemente utilizzate nella comunicazione ipnotica in riabilitazione:

- Parole positive e orientate alla risorsa:
 - Invece di dire “mi dica se sente dolore”, si può dire “Ascolti le sensazioni e si conceda di muoversi nel modo più comodo per lei”.
 - Invece di “Non si preoccupi, non fa male”, dire “Si senta libero di procedere con calma, ascoltando come ogni movimento le dà maggiore libertà”.
- Uso di metafore motivanti:
 - “Immagini il suo ginocchio come una porta che si apre sempre più facilmente, lasciando entrare libertà di movimento.”
 - “Ogni passo che fa è come un seme che cresce: passo dopo passo costruisce forza e stabilità.”
- Riformulazione positiva di istruzioni:
 - “Vedrò come a ogni seduta il corpo ricorda sempre di più come muoversi in modo fluido.”
 - “Si lasci sorprendere dalla leggerezza che può trovare anche in piccoli movimenti.”
- Elicitazione di risorse interne:
 - “Si ricordi di quanta forza ha già mostrato affrontando questa situazione.”
 - “C'è una parte di lei che sa già come migliorare, io la aiuterò a riscoprirla.”

1.5 L'importanza del monoideismo plastico in fisioterapia

Il monoideismo plastico, concetto cardine dell'ipnosi clinica sviluppato da Granone, descrive la condizione in cui l'attenzione del soggetto si concentra intensamente e in modo flessibile su un'unica idea o immagine, determinando modificazioni psiconeurofisiologiche coerenti con tale focus (Granone, 1992¹). In ambito riabilitativo, questo fenomeno è di grande valore perché permette al paziente di canalizzare le proprie risorse cognitive ed emotive verso un obiettivo terapeutico specifico, incrementando l'efficacia del trattamento.

Dal punto di vista ortopedico, ad esempio, in un paziente sottoposto a riabilitazione post-protesi di ginocchio, il monoideismo plastico può essere indotto attraverso immagini mentali di fluidità articolare o cammino sicuro: il fisioterapista, con opportune suggestioni, guida il paziente a focalizzarsi su sensazioni di stabilità e libertà di movimento, riducendo la paura di caricare l'arto e migliorando la qualità del passo (Castelnuovo, 2010²). Questo tipo di concentrazione selettiva aiuta a modulare l'attività corticale motoria e a promuovere un recupero funzionale più rapido e meno doloroso (Jensen et al., 2009³).

In ambito neurologico, nel trattamento di pazienti con esiti di ictus, il monoideismo plastico favorisce la plasticità sinaptica: concentrandosi intensamente su movimenti semplici, come aprire e chiudere la mano o sollevare lentamente il braccio, il paziente può rinforzare schemi motori corretti e inibire schemi patologici come la sinergia spastica (Lang et al., 2006⁴). Questo avviene perché la ripetizione focalizzata di un'immagine o di un gesto, facilitata dall'ipnosi, migliora il reclutamento neuronale e la neuroplasticità funzionale (Patterson & Jensen, 2003⁵).

Il monoideismo plastico, quindi, costituisce un potente mediatore di cambiamento neurofisiologico e comportamentale: canalizza la mente del paziente su un obiettivo unico, ottimizzando l'integrazione tra corpo e mente, elemento centrale nella riabilitazione moderna.

Riferimenti bibliografici

1. Granone, P. (1992). *Ipnosi: Fondamenti e pratica clinica*. Roma: Edizioni Borla.
2. Castelnuovo, G. (2010). No medicine without words: Hypnosis and communication in clinical practice. *Frontiers in Psychology*, 1, 1–2.
3. Jensen, M. P., et al. (2009). Hypnosis for Chronic Pain Management: A New Hope. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(4), 451–470.
4. Lang, E. V., et al. (2006). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *The Lancet*, 367(9512), 569–577.
5. Patterson, D. R., & Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129(4), 495–521.

CAPITOLO 2: CONTESTO CLINICO E AMBITO APPLICATIVO

2.1 Applicazioni in fisioterapia ortopedica e neurologica

Nei pazienti ortopedici, spesso affetti da dolore acuto o cronico, fratture, protesizzazioni o traumi muscoloscheletrici, la comunicazione ipnotica può ridurre la paura del movimento (kinesiophobia) e facilitare l'esecuzione degli esercizi.

Nei pazienti neurologici, come quelli colpiti da ictus o affetti da patologie degenerative (es. Parkinson, sclerosi multipla), l'uso di parole rassicuranti e motivanti può sostenere la plasticità neuronale e ridurre l'impatto di vissuti di sfiducia o rassegnazione, che spesso compromettono l'aderenza alla terapia.

2.2 Benefici sulla compliance e la performance

Numerosi studi e l'esperienza clinica evidenziano che l'uso di una comunicazione ipnotica aumenta significativamente la compliance al trattamento: i pazienti riferiscono maggiore fiducia, minor paura di sentire dolore durante l'esercizio e una più alta motivazione a ripetere gli esercizi anche a casa.

Dal punto di vista prestazionale, il rilassamento indotto da parole positive riduce il tono muscolare eccessivo (utile ad esempio nella spasticità), migliora la fluidità del movimento e favorisce una migliore connessione mente-corpo, condizione essenziale per il recupero di schemi motori corretti.

2.3 Tipologie di pazienti trattati: ortopedici, neurologici, con polineuropatia

I principali ambiti di applicazione sono:

- Pazienti ortopedici (protesi, fratture): l'ipnosi riduce dolore e paura del movimento;
- Pazienti neurologici (ictus, Parkinson): facilita riorganizzazione delle mappe corporee e gestione della spasticità;
- Pazienti con polineuropatie (diabetiche, oncologiche): l'immaginazione ipnotica modula l'iperalgia e migliora la percezione del movimento.

CAPITOLO 3: METODO E STRUMENTI

3.1 Struttura della scheda (figura n. 1)

Presso l'Ospedale San Giovanni Bosco è stata messa a punto una scheda di valutazione standardizzata per monitorare l'efficacia della comunicazione ipnotica e dell'ipnosi clinica durante le prestazioni degli operatori sanitari esperti (medici, infermieri e fisioterapisti).

La scheda è suddivisa in 2 sezioni e in un'intervista finale (RACCONTO):

- SEZIONE A: dati anagrafici e setting operativo
- SEZIONE B: esiti
 - Livello di ansia/paura/preoccupazione pre e post intervento
 - Dolore pre e post intervento
 - Parametri pre e intra intervento (F.C. e P.A)
 - Farmaci utilizzati
 - Durata procedura
 - Tempo percepito dalla persona assistita
- INTERVISTA POST PROCEDURA

Questo strumento consente di raccogliere dati oggettivi e soggettivi sull'efficacia delle tecniche ipnotiche e di monitorare i cambiamenti nel corso del trattamento riabilitativo.

3.2 Modalità di somministrazione

La scheda viene compilata dal fisioterapista all'inizio e alla fine della seduta.

Viene inoltre utilizzata per discutere i risultati con l'équipe multidisciplinare, favorendo l'integrazione di tale tecnica nella pratica clinica quotidiana.

3.3 Importanza della valutazione degli outcome

L'utilizzo di strumenti di valutazione standardizzati permette di validare scientificamente l'efficacia dell'ipnosi in contesto riabilitativo.

Ciò contribuisce a migliorare la qualità delle cure, a documentare i progressi e a diffondere la cultura dell'ipnosi clinica come risorsa complementare nei trattamenti fisioterapici.



ASL
CITTÀ DI TORINO

SCHEDA DI RILEVAZIONE OUTCOME DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA

Sezione A: variabili anagrafiche e operative

DATI ANAGRAFICI	SETTING OPERATIVO
Iniziali nome e cognome:	Operatore:
Genere: F M	Qualifica:
Età:	Ospedale:
Comunicazione ipnotica: SI NO	Servizio:
DATA:	Procedura:

Sezione B: esiti

Ansia/paura/preoccupazione:										
Livello pre-intervento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Livello post-intervento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolore pre-intervento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolore post-intervento	1	2	4	5	5	6	7	8	9	10
Parametri pre-intervento: F.C.					P.A.					
Parametri intra-intervento: F.C.					P.A.					
Farmaci utilizzati:										
Durata procedura:										
Tempo percepito dalla persona assistita:										

INTERVISTA POST-PROCEDURA se utilizzata comunicazione ipnotica:

È riuscito/a a distaccarsi dalla procedura e ad immaginare un luogo piacevole dove rifugiarsi

SI NO

Se sì dove? _____

La utilizzerebbe nuovamente se dovesse ripetere l'esame?

SI NO

REGIONE
PIEMONTE

CAPITOLO 4 – CASI CLINICI

4.1 Protesi totale inversa di spalla destra post-traumatica

In letteratura il recupero del range of motion (ROM) dopo una protesi totale inversa di spalla (PTS) non è completo. In media, i pazienti recuperano una buona elevazione anteriore (120° – 145°)¹⁻², grazie al fatto che il deltoide diventa il motore principale dopo la medializzazione del centro di rotazione. Tuttavia, le rotazioni (esterna e interna) risultano più limitate³⁻⁴. In particolare, l'extrarotazione raramente supera i 30° – 40° e resta il principale deficit funzionale⁵. Pertanto, la PTS permette un buon recupero funzionale e un'elevata soddisfazione clinica, ma non restituisce mai un ROM fisiologico completo⁶⁻⁷. Nel caso clinico che riporto qui di seguito dimostrerò come, grazie all'integrazione della comunicazione ipnotica e dell'ipnosi, si possa raggiungere una ripresa funzionale pressochè fisiologica.

Riferimenti bibliografici

1. Boileau, P., Watkinson, D., Hatzidakis, A. M., & Hovorka, I. (2006). The Grammont reverse shoulder prosthesis: Results in cuff tear arthritis, fracture sequelae, and revision arthroplasty. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 15(5), 527–540.
2. De Wilde, L. F., Audenaert, E. A., & Berghs, B. M. (2004). Shoulder prostheses treating cuff tear arthropathy: A comparative biomechanical study. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 13(5), 520–525.
3. Simovitch, R. W., Zumstein, M. A., Lohri, E., Helmy, N., & Gerber, C. (2007). Predictors of scapular notching in patients managed with the Delta III reverse total shoulder replacement. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 89(3), 588–600.
4. Wall, B., Nove-Josserand, L., O'Connor, D. P., Edwards, T. B., & Walch, G. (2007). Reverse total shoulder arthroplasty: A review of results according to etiology. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 89(7), 1476–1485.
5. Favard, L., Levigne, C., Nerot, C., Gerber, C., De Wilde, L., & Mole, D. (2011). Reverse prostheses in arthropathies with cuff tear: Are survivorship and function maintained over time? *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 469(9), 2469–2475.
6. Lévine, C., Boileau, P., Favard, L., Garaud, P., & Mole, D. (2011). Scapular notching in reverse shoulder arthroplasty: Results of a multicenter study. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 20(8), 1130–1139.

Dati Anagrafici

- Nome (iniziali): R.N.
- Et : 58 anni
- Sesso: femmina
- Professione: impiegata
- Dominanza: destrimane
- Meccanismo: trauma contusivo spalla dx a seguito di caduta accidentale in strada. Conseguenze: Dolore acuto, impotenza funzionale, ricovero urgente
- Diagnosi: frattura a 4 frammenti omero prossimale destro (classificazione Neer IV), trattata il 22/02/2025 con protesi totale spalla inversa Stryker Tornier nichel free (baseplate 25mm stabilizzata da tre viti di cui due in compressione 32mm e 26mm ed una a stabilit  angolare 26mm, glenosfera 36mm, stelo 7 cementato, inserto in PE +69)

Presenza in carico riabilitativa in fase acuta (2° giorno post-operatorio)

- La paziente in prima seduta manifesta:
 - Ansia anticipatoria legata al dolore e all'eventuale perdita di autonomia
 - Paura di poter ricadere
 - Timore di non riuscire a tornare al lavoro
 - Frustrazione per la dipendenza funzionale

Obiettivi Riabilitativi breve, medio e lungo termine

- Controllo del dolore e dell'ansia
- Recupero del range articolare
- Recupero forza muscolare
- Recupero della massima autonomia raggiungibile e reinserimento sociale e lavorativo

Durata totale trattamento:

- 5 sedute durante il ricovero post-chirurgico
- 2 cicli di terapie ambulatoriali (24 sedute), 2 volte a settimana

Fasi Riabilitative

Fase 1 – Immobilizzazione e inizio mobilizzazione passiva (Settimane 1–4)

- Educazione alla postura e prevenzione aderenze
- Mobilizzazione passiva gomito-mano ed esercizi pendolari
- Integrazione con tecniche di induzione ipnotica per ridurre dolore e ansia (nelle prime due sedute è stata utilizzata la comunicazione ipnotica, mentre dalla terza è stata introdotta l'induzione ipnotica)
- Monoideismi plastici di “movimento armonico e indolore”

Fase 2 – Attivazione muscolare e recupero funzionale (Settimane 5–9)

- Mobilizzazione attiva-assistita, esercizi in catena cinetica chiusa
- Rinforzo isometrico selettivo
- Sedute ipnotiche focalizzate su suggestioni motorie, rinforzo dell'autoefficacia (Empowerment), lavoro sull'immagine corporea, home therapy in autoipnosi.

Fase 3 – Rieducazione funzionale specifica (Settimane 10–12)

- Gestii lavorativi simulati (corretta postura al pc)
- Recupero globale del ROM
- Training propriocettivo e coordinativo
- Ipnosi focalizzata sul reintegro del ruolo professionale e sulla sicurezza motoria

Strumenti di Valutazione:

Strumento	Misurazione
ROM (Range of Motion)	Misurato con goniometro
FORZA MUSCOLARE (MRC)	Da 0 a 5
Scheda valutazione ipnosi	Compilativa

Parametro	Inizio	Fine
ROM	n.v.	-flex/est 180°/0°/40°

Parametro	Inizio	Fine
		-abd/add 180°/0°/40° -intra/extra 90°/0°/70°
FORZA MUSCOLARE	n.v.	4/5
SCHEDA IPNOSI	9/10	2/10

Osservazioni Cliniche

- Adesione migliorata già dalla seconda seduta ipnotica, con significativa riduzione della paura del movimento (kinesiofobia).
- Le suggestioni motorie hanno facilitato l'esecuzione di movimenti complessi, anticipando il ritorno funzionale.
- La paziente descrive così la fase di trance ipnotica :“ero in un bosco, con un sole in alto molto caldo che mi dava tranquillità e nello stesso tempo mi aiutava a sollevare il braccio come se ci fossero delle sospensioni che mi aiutavano a tirarlo su...”.

Conclusioni

L'integrazione dell'ipnosi clinica nel percorso riabilitativo post-operatorio per protesi totale inversa di spalla destra ha mostrato un impattante beneficio sul dolore, sull'ansia da movimento e sulla compliance della paziente. In particolare, la possibilità di rappresentare mentalmente il recupero motorio in stato ipnotico ha rafforzato il vissuto positivo del processo riabilitativo, contribuendo a un ritorno più rapido alla quotidianità e all'attività lavorativa. Nonostante la letteratura indichi che, il recupero del ROM risulti generalmente non completo, l'inserimento dell'ipnosi come supporto al trattamento riabilitativo ha reso possibile il conseguimento di un recupero funzionale totale come dimostrano le valutazioni finali del ROM.

4.2 Lesione secondaria femorale da K polmonare

Qui di seguito riporto il caso di una paziente oncologica con dolore osseo severo da metastasi femorale (VAS 10/10), in fase di impianto di chiodo endomidollare femore sinistro. Il linguaggio ipnotico è stato calibrato con estrema delicatezza, tenendo conto sia della sofferenza fisica che del carico emotivo tipico di questa condizione.

Dati Anagrafici

- Nome (iniziali): P.C.
- Età: 64 anni
- Sesso: femmina
- Professione: ex impiegata amministrativa (in pensione anticipata per invalidità)
- APR: depressione Sindrome ansioso-depressiva reattiva nel 2015; ipertensione; 2016 grave incidente automobilistico nel quale riportava fratture multiple e prolungato ricovero per intervento di ricostruzione di frattura del massiccio facciale e innesti cutanei al polpaccio dx; nel 2024 diagnosi di K polmonare trattato con radio e chemioterapici.
- APP: giugno 2025 accesso in Dea per dispnea e dolore femore sn. RX bacino e RX femore sn: area di rimaneggiamento osseo a carattere prevalentemente litico a livello del terzo medio prossimale della diafisi femorale sn con aspetto lievemente rigonfio e rarefatto della corticale ossea. Data indicazione ad intervento chirurgico ortopedico per lesione secondaria da K polmonare.
- Diagnosi: esiti di stabilizzazione con chiodo endomidollare femore sn su metastasi ossea.

Condizione Pre-Trattamento

- Dolore intenso, descritto dalla paziente come: “...Sento come un topo che mi rosicchia l'osso dentro l'anca...”
- Assunzione di oppioidi (ossicodone + paracetamolo) con beneficio parziale
- Anche a riposo il dolore è presente (VAS 10/10)
- Stato emotivo: fortemente ansiosa, precocemente affaticabile, timore per il futuro, episodi di insonnia e difficoltà di concentrazione
- Mobilità fortemente limitata: deambulazione solo con 2 stampelle, evitamento del carico
- Obiettivo riabilitativo primario: controllo del dolore e recupero dell'autonomia residua in sicurezza

Obiettivi del Trattamento

1. Riduzione del dolore percepito
2. Diminuzione dell'ansia associata al movimento
3. Miglioramento della compliance riabilitativa
4. Potenziamento della performance funzionale residua
5. Recupero della connessione mente-corpo, con rafforzamento dell'immagine corporea positiva

Percorso Riabilitativo

- Durata: 3 settimane (poi interrotta per proseguire cure oncologiche)
- Frequenza fisioterapia: prime 5 sedute giornaliere durante il ricovero post-operatorio e poi 2 sedute a settimana in regime ambulatoriale
- Uso della comunicazione ipnotica e dell'induzione ipnotica ad ogni seduta

Ipnosi Clinica – Struttura del Trattamento

- Suggestione: immaginare piccoli topolini che dal femore si allontanano ad uno ad uno per andare a mangiare dei succulenti pezzetti di formaggio sparpagliati nella stanza, una volta che la gamba è libera dai piccoli roditori farle visualizzare di indossare una “copertura protettiva” della gamba (un pantalone di un tessuto resistente, impenetrabile con la stesse caratteristiche di un'armatura ma allo stesso tempo leggera che ...)
- Suggestioni di resistenza, stabilità e di pieno controllo del movimento in totale assenza di dolore (analgesia), ancoraggio.
- Riorientamento: con rinforzo dell'autoefficacia (empowerment), orientamento al presente
- Racconto

Strumenti di valutazione:

Strumento	Misurazione
ROM (Range of Motion)	Misurato con goniometro
FORZA MUSCOLARE (MRC)	Da 0 a 5
Scheda valutazione ipnosi	Compilativa

Parametro	Prima	Durante /Dopo induzione ipnotica
ROM Passivo (Flex/Est)	70°/0°/0°	110°/0°/0°
ROM Passivo (Abd/Add)	20°/0°/10°	45°/0°/20°
ROM Passivo (Intra/Extra)	20°/0°/20°	40°/0°/50°
ROM Attivo (Flex/Est)	50°/0°/0°	110°/0°/0°
ROM Attivo (Abd/Add)	10°/0°/0°	45°/0°/20°
ROM Attivo (Intra/Extra)	10°/0°/10°	40°/0°/50°
Forza Muscolare	2/5	4/5
Dolore (Scheda Ipnotica)	10/10	0/10
Ansia (Scheda Ipnotica)	9/10	3/10

Osservazioni Cliniche

- Dalla prima seduta ipnotica, la paziente ha iniziato a descrivere i topolini che “se ne vanno altrove”, segno di ristrutturazione cognitiva del dolore.
- Ha incrementato il carico sull'arto in parallelo al calo dell'ansia anticipatoria.
- Ha espresso il desiderio di “muoversi per vivere, non per resistere”, modifica del pensiero da pessimistico a propositivo.
- Il rilassamento profondo ottenuto durante le sedute si è tradotto in migliore tolleranza agli esercizi fisioterapici e in miglioramento del sonno.

Conclusioni

Il caso dimostra l'efficacia dell'ipnosi clinica secondo il metodo Granone come strumento di supporto per la gestione del dolore cronico oncologico in ambito riabilitativo. L'uso di immagini simboliche coerenti con l'esperienza soggettiva del dolore ha consentito alla paziente di riformulare il vissuto doloroso, ridurre l'ansia, migliorare la tolleranza all'esercizio e potenziare la motivazione personale alla cura.

4.3 Dolore e impotenza funzionale AI destro e urgenza minzionale da esiti di exeresi di voluminosa cisti sottocutanea glutea.

Dati Anagrafici

- Iniziali paziente: N.M.
- Et : 31 anni
- Sesso: maschio
- Occupazione: ex cuoco, disoccupato
- Dominanza: destrimane
- APR: sindrome depressiva con disturbo di adattamento, percorso psicologico sin da bambino (8 anni) per morte improvvisa della madre; ipertensione. Nel 2023 cisti sacrococcigea suppurativa sottoposta a exeresi e drenaggio, successiva insorgenza di dolore neuropatico cronico gluteo dx (*“scosse elettriche dolorose e improvvise”*) con relativa impotenza funzionale dell’arto inferiore dx. Ecografia tessuti molli (2023): cellulite da congestione del tessuto fibroso perilobulare con lobuli adiposi congesti. Esami strumentali TAC, RMN, EMG, PES eseguiti nel 2023 poi nel 2024 e ripetuti nel 2025 tutti nella norma.

Decorso patologico

- Infezione post-operatoria trattata con antibiotici sistemici e medicazioni locali
- APP: Maggio 2025 ricovero c/o Ospedale Malattie infettive Amedeo di Savoia di Torino per persistente rialzo febbrile, durante il ricovero presa in carico riabilitativa per sindrome da dolore cronico disfunzionale a genesi probabilmente centrale (neuropatica di origine idiopatica post-infettiva) ed inseguito presa in carico ambulatoriale presso il San Giovanni Bosco.

Valutazione fisioterapica al primo accesso ambulatoriale (Luglio 2025)

- Deambulazione con doppia stampella a due tempi, assenza di carico sull’arto dx (da 2 anni!)
- Dolore sacrale dx e tuberosit  ischiatica ++, ipotrofia quadricipite e IC forza 0/5, flessione plantare e dorsale del piede 2/5 add e IR 3/5 con inibizione antalgica, lasegue + 10 .
- Sensibilit  tattile gluteo destro ridotta, riferita come *“spenta”*.
- Dolore descritto come *“scosse improvvise, dolorose che dal gluteo si irradiano lungo la gamba”* (VAS 10/10).
- In corso terapia con: Catapresan cerotto, Lyrica 150+300 mg/die, Targin 10x2, Clasteon 200mg 1 fl/sett, Lercanidipina 10mg   cpr, Venlafaxina 75 mg 1 cpr x 2, Incoves 1 cpr, Zolpidem 10 mg 1 cpr, Ossicodone/Naloxone 5/2.5 mg 1 cpr x 2, Ac folico 5 g 1 cpr, DiBase 10000 UI 1 vv/sett.

- Stato psicologico: apatia, demotivazione, depressione diagnosticata da specialista (DSM-5: episodio depressivo maggiore)

Obiettivi del trattamento riabilitativo integrato all'ipnosi

1. Controllo del dolore disfunzionale e delle componenti ansiose associate (analgesia e pieno controllo sulle scosse)
2. Recupero della forza muscolare dell'arto inferiore destro
3. Progressivo carico sull'arto dx e ripristino della deambulazione autonoma senza stampelle
4. Incremento della motivazione e del reintegro socio-lavorativo (empowerment)

Percorso riabilitativo

- Durata complessiva: da luglio ancora in carico
- Sedute di fisioterapia ambulatoriale: 2/settimana

Ipnosi Clinica – Struttura del Trattamento

- Analgesia, distacco dalla percezione dolorosa mediante la visualizzazione di un interruttore che spegne le scosse elettriche.
- Suggestioni guidate del movimento dell'arto dx come “fluido, controllato, forte”
- Ancoraggio a sensazioni di forza e stabilità alla camminata quotidiana (“il piede che tocca terra è sicuro e funziona”)

Strumenti di Valutazione:

Strumento	Misurazione
FORZA MUSCOLARE (MRC)	Da 0 a 5
Scheda valutazione ipnosi	Compilativa

Parametro	Inizio trattamento	Dopo 14 sedute
Forza ischiocrurali dx (MRC)	0/5	3/5

Parametro	Inizio trattamento	Dopo 14 sedute
Forza flessori plantari e dorsali del piede dx	2/5	4/5

Dolore (Scheda Ipnotica)	10/10	6/10
Ansia (Scheda Ipnotica)	9/10	7/10

Osservazioni Cliniche

- Fin dalla terza seduta ipnotica, il paziente ha riferito una modifica qualitativa del dolore, da “scossa imprevedibile” a “formicolio gestibile”.
- Le visualizzazioni motorie in stato di trance hanno permesso l’inizio della riattivazione neuromuscolare, laddove le stimolazioni convenzionali erano inefficaci.
- Il paziente ha progressivamente riacquisito fiducia nel proprio corpo, tornando a compiere piccoli gesti quotidiani come salire gradini, vestirsi, camminare in casa senza ausili.
- A livello motivazionale, ha espresso per la prima volta desiderio di tornare al lavoro e riprendere attività sociali (gioco online, uscite con amici).

Conclusione

Questo caso clinico dimostra come l’integrazione dell’ipnosi clinica in un percorso fisioterapico strutturato può rappresentare un catalizzatore per il recupero funzionale in quadri di dolore cronico disfunzionale, in cui i parametri neurologici e strumentali sono negativi ma il blocco è centrale e percettivo.

La ristrutturazione dell’esperienza corporea e del dolore attraverso la trance ipnotica ha consentito un recupero significativo della funzione motoria, riducendo al tempo stesso la dipendenza farmacologica, l’ansia e la depressione.

CAPITOLO 5: DISCUSSIONE

5.1 Impatto dell'ipnosi sulla riduzione del dolore e dell'ansia

I risultati osservati nel corso delle sedute ipnotiche evidenziano una riduzione significativa della percezione del dolore e dell'ansia nei pazienti sottoposti a trattamento fisioterapico. Questa osservazione è in linea con quanto documentato in letteratura, dove l'ipnosi è stata descritta come uno strumento efficace nella modulazione della percezione nocicettiva e delle risposte emotive¹. Il metodo ipnotico secondo Granone, fondato su un approccio neuropsicofisiologico, interviene su circuiti cerebrali implicati nella percezione del dolore e nelle risposte psicosomatiche².

Nel contesto fisioterapico, tale effetto si è manifestato non solo nella verbalizzazione soggettiva di minor fastidio durante i movimenti, ma anche nella maggiore disponibilità all'esecuzione delle tecniche proposte. L'ipnosi ha agito quindi come modulatore dell'esperienza soggettiva, migliorando la compliance del paziente e facilitando l'intervento riabilitativo³.

Inoltre, la ripetizione settimanale delle sedute ha permesso di osservare un effetto cumulativo: i pazienti riportavano un crescente senso di controllo e rilassamento anticipato già all'inizio degli incontri successivi, elemento che evidenzia l'apprendimento e l'integrazione progressiva dell'esperienza ipnotica nella loro quotidianità².

5.2 Il ruolo dell'immaginazione e del linguaggio suggestivo nel recupero motorio

Il ruolo dell'immaginazione e del linguaggio suggestivo nell'ipnosi è centrale, soprattutto nel modello granoniano che considera il processo immaginativo come un'attivazione specifica di aree corticali coinvolte nell'azione e nella percezione⁴. Durante le sedute ipnotiche, l'utilizzo di suggestioni motorie e immagini guidate ha avuto un impatto positivo sulla rieducazione del movimento, facilitando la rappresentazione mentale del gesto motorio e potenziando la plasticità neuronale⁵.

Le suggestioni orientate alla fluidità, all'equilibrio e alla stabilità del movimento hanno generato un atteggiamento attivo nel paziente, il quale, pur rimanendo in stato di rilassamento, partecipava in modo immaginativo e consapevole al recupero funzionale. Questa partecipazione immaginativa, secondo l'approccio neuropsicofisiologico, contribuisce alla riattivazione delle mappe motorie corticali e sostiene il recupero fisiologico del movimento⁵.

Inoltre, il linguaggio utilizzato durante la trance ipnotica, basato su metafore corporee e suggestioni positive, ha favorito la ristrutturazione dell'immagine corporea compromessa, rinforzando la percezione di efficacia personale e stimolando la motivazione al cambiamento².

5.3 Considerazioni sulle potenzialità dell'ipnosi in contesto multidisciplinare

Nel contesto ospedaliero multidisciplinare, l'ipnosi emerge come strumento versatile, capace di integrarsi efficacemente con altri approcci terapeutici. Sebbene la scheda valutativa adottata non fosse specifica per l'ambito riabilitativo, i risultati qualitativi ottenuti hanno dimostrato che anche un'applicazione non orientata ai parametri vitali può produrre cambiamenti rilevanti nel vissuto del paziente⁶.

L'ipnosi si è rivelata utile non solo per il fisioterapista, ma anche per il miglioramento del lavoro in team: i pazienti più sereni e motivati tendevano a cooperare meglio anche con infermieri, medici e psicologi⁷. Questo conferma la potenzialità dell'ipnosi come risorsa trasversale, applicabile in modo coordinato nei diversi momenti del percorso di cura⁷.

La possibilità di offrire sedute ripetute, anziché una tantum, rappresenta un valore aggiunto in ambito riabilitativo: consente una programmazione terapeutica coerente, con effetti consolidati e monitorabili, in grado di migliorare l'efficacia globale dell'intervento sanitario².

CAPITOLO 6: CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

6.1 Sintesi dei benefici osservati

L'integrazione dell'ipnosi nel percorso fisioterapico ha portato a una serie di benefici significativi: riduzione del dolore e dell'ansia, maggiore adesione al trattamento, miglioramento della qualità del movimento e della percezione corporea. Il metodo neuropsicofisiologico ha offerto uno schema operativo valido e replicabile, centrato sull'individualizzazione delle suggestioni e sull'utilizzo dell'immaginazione come leva terapeutica⁴.

I pazienti hanno riportato una maggiore tollerabilità del trattamento, sensazioni di rilassamento prolungato e una più alta motivazione alla continuità riabilitativa. Tali risultati, anche in assenza di rilevazioni oggettive come i parametri vitali, evidenziano l'efficacia dell'approccio adottato².

L'utilizzo dell'ancoraggio ipnotico inoltre, riveste un ruolo di fondamentale importanza per favorire la continuità terapeutica e l'efficacia degli esercizi riabilitativi anche al di fuori del contesto clinico. Attraverso l'ancoraggio, ovvero l'associazione di uno stimolo specifico (gesto, parola, immagine mentale) ad uno stato psicofisico di rilassamento, concentrazione e fiducia sperimentato durante la seduta ipnotica, il paziente può richiamare autonomamente quella stessa condizione facilitante al momento dell'esecuzione degli esercizi a domicilio. Questo meccanismo permette di ridurre ansia, dolore o rigidità motoria, aumentando al contempo la motivazione e l'aderenza al programma di home therapy. In tal modo, l'ipnosi non rimane confinata alla seduta terapeutica, ma diventa uno strumento quotidiano di supporto alla riabilitazione, favorendo l'apprendimento motorio e l'autonomia del paziente, elementi essenziali per il raggiungimento di risultati funzionali stabili e duraturi.

6.2 Criticità e limiti riscontrati

Nonostante i risultati promettenti, il mio lavoro presenta alcune criticità. In primo luogo, la scheda valutativa impiegata non è specifica per l'ambito riabilitativo poichè non include parametri clinici specifici riabilitativi come il grado di mobilità articolare (ROM) e la forza muscolare⁶ che ho dovuto aggiungere parallelamente alla scheda di rilevazione degli outcome a verifica dei risultati oggettivi avvenuti.

La scheda è formulata per una singola "procedura" non considerando che il trattamento riabilitativo e la presa in carico del paziente, nel nostro ambito, può durare diversi mesi.

L'assenza di protocolli strutturati e condivisi sull'applicazione dell'ipnosi in fisioterapia rappresenta un ulteriore ostacolo alla sua diffusione sistematica⁷.

6.3 Proposte per l'integrazione strutturata dell'ipnosi in ambito fisioterapico ospedaliero

Alla luce dei risultati, si propone l'integrazione dell'ipnosi all'interno dei percorsi fisioterapici ospedalieri attraverso:

- Formazione specialistica del personale: corsi accreditati basati sul modello neuropsicofisiologico di Granone, per fisioterapisti medici e operatori sanitari².
- Creazione di protocolli clinici condivisi: definizione di linee guida operative per l'utilizzo dell'ipnosi nelle diverse fasi della riabilitazione.
- Collaborazione multidisciplinare: strutturare équipe composte da fisioterapisti, medici e infermieri e psicologi formati in ipnosi clinica⁷.
- Valutazioni miste: integrare strumenti qualitativi e quantitativi per monitorare l'efficacia del trattamento ipnotico e del recupero motorio⁶.

Concludo affermando che la cura nella scelta delle parole non è solo una buona pratica comunicativa, ma un vero e proprio atto terapeutico, che risponde al principio cardine della riabilitazione: mettere la persona al centro del processo di cura, stimolandone attivamente le risorse interiori.

Bibliografia

1. Jensen, M. P., Patterson, D. R. (2006). Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings. "American Psychologist, 61"(10), 167–177.
2. Granone, P. (2002). "Manuale di ipnosi. Psicologia, neurofisiologia e pratica clinica". Roma: Armando Editore.
3. Montgomery, G. H., DuHamel, K. N., & Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? "International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48"(2), 138–153.
4. Granone, P. (1995). "Ipnosi e psicoterapia". Roma: Armando Editore.
5. Decety, J., & Grèzes, J. (1999). Neural mechanisms subserving the perception of human actions. "Trends in Cognitive Sciences, 3"(5), 172–178.
6. Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2009). Stroke rehabilitation. "The Lancet, 373"(9678), 1693–1702.
7. Hammond, D. C. (2010). Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders. "Expert Review of Neurotherapeutics, 10"(2), 263–273.