



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

**“L'ipnosi e le sue applicazioni cliniche in ambito ambulatoriale di MMG  
e Pediatra di Libera scelta: un valida opportunità per l'infermiere nella  
relazione di cura”.**

**Candidato**

Ludovica Quey

**Relatore**

Dott. Massimo Somma

**Correlatore**

Dott.ssa Gabriella Amerio

*I comportamenti sono frutti di aspettative e speranze.  
Se immagini il tuo futuro grigio,  
la strada che prenderai ti porterà inevitabilmente al grigio.  
Ma se riesci a pensare, immaginare, sentire un futuro diverso,  
così intensamente da percepirlo come reale,  
allora potrai iniziare a pensare ed agire  
in modo tale da arrivare a crearlo, in maniera spontanea.*

**Franca Scarlaccini**

## INDICE

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>p. 3</b>
<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>p. 5</b>
<b>Capitolo 1: Cenni storici e definizione dell'ipnosi .....</b>	<b>p. 7</b>
◦ 1.1 Cenni storici sull'ipnosi .....	p. 7
◦ 1.2 Definizione di ipnosi .....	p. 9
<b>Capitolo 2: Meccanismi neurofisiologici e psicologici dell'ipnosi .....</b>	<b>p. 10</b>
◦ 2.1 Aspetti neurofisiologici dell'ipnosi .....	p. 10
◦ 2.2 Aspetti psicologici dell'ipnosi .....	p. 11
◦ 2.3 La trance: uno stato di coscienza dinamico .....	p. 12
◦ 2.4 Il monoideismo plastico: la mente focalizzata e creativa .....	p. 12
◦ 2.5 Avviare il cambiamento: l'induzione ipnotica nel modello del Prof. Franco Granone .....	p. 13
◦ 2.6 Autoipnosi e rilassamento guidato .....	p. 14
<b>Capitolo 3: Le applicazioni cliniche dell'ipnosi in ambito ambulatoriale (MMG e PLS) .....</b>	<b>p. 15</b>
◦ 3.1 In medicina generale .....	p. 15
◦ 3.2 In pediatria di libera scelta .....	p. 16
◦ 3.3 Vantaggi nel contesto ambulatoriale .....	p. 17
◦ 3.4 Limiti, criticità e considerazioni etiche .....	p. 17
◦ 3.5 L'ancoraggio: stabilizzare il benessere .....	p. 18
◦ 3.6 L'autoipnosi: continuità della cura e autonomia del paziente .....	p. 20
◦ 3.7 Studi ed esperienze sull'ipnosi infermieristica in ambito ambulatoriale ...	p. 20
<b>Capitolo 4: Il ruolo dell'infermiere nell'ipnosi clinica e nella relazione di cura .....</b>	<b>p. 22</b>
◦ 4.1 Inquadramento normativo e deontologico .....	p. 22
◦ 4.2 Competenze e formazione infermieristica .....	p. 22
◦ 4.3 Prospettive future .....	p. 22
<b>Capitolo 5: Le parole che curano e le parole che uccidono: la comunicazione ipnotica nel processo di cura infermieristico .....</b>	<b>p. 24</b>
◦ 5.1 La comunicazione come atto clinico .....	p. 24
◦ 5.2 L'insegnamento dell'ASIECI (Associazione Scientifica Infermieri Esperti in	

- Comunicazione Ipnotica): parole che curano e parole che uccidono .....p. 24
- 5.3 L'infermiere e la comunicazione ipnotica .....p. 26
- 5.4 Il processo di induzione – l'ipnotrenino .....p. 27
- 5.5 Il rapport: fondamento della comunicazione ipnotica .....p. 31
- 5.6 Ricalco e guida: strumenti operativi della comunicazione ipnotica .....p. 31
- 5.7 Quando il *patois* cura: la lingua del cuore nella relazione terapeutica ....p. 32

## **Capitolo 6: Esperienze cliniche personali e riflessioni operative in ambito**

### **ambulatoriale .....p. 33**

- 6.1 Premessa metodologica .....p. 33
- 6.2 Casi clinici: ambulatorio di Pediatria di Libera Scelta .....p. 36
- 6.3 Casi clinici: ambulatorio Medico di Medicina Generale .....p. 41
- 6.4 Il contratto terapeutico nella relazione ipnotica: una riflessione a partire dalla pratica .....p. 50
- 6.5 Trance e comunicazione ipnotica: un ponte tra teoria e pratica quotidiana .....p. 51
- 6.6 Riflessione personale .....p. 52

## **Capitolo 7: Considerazioni finali e prospettive future: tra pratica, consapevolezza e visione condivisa .....p. 53**

### **CONCLUSIONI .....p. 55**

### **BIBLIOGRAFIA .....p. 56**

### **ALLEGATI .....p. 58**

### **APPENDICE – GRAFICI SUPPLEMENTARI .....p. 61**

## **ABSTRACT**

### **Contesto**

L'ipnosi e la comunicazione ipnotica rappresentano strumenti clinici di crescente interesse. In particolare, nei contesti ambulatoriali di medicina generale e pediatria di libera scelta, caratterizzati da tempi ridotti e frequenti manifestazioni di ansia, dolore o scarsa aderenza terapeutica, diventa fondamentale disporre di tecniche comunicative capaci di migliorare la relazione di cura, contenere il disagio e favorire la collaborazione del paziente.

### **Obiettivi**

Attraverso un approccio integrato che fonde teoria, pratica clinica e strumenti comunicativi, il lavoro analizza come tecniche ispirate al modello ipnotico possano migliorare la qualità dell'interazione terapeutica, facilitare la gestione dell'ansia e del dolore, e promuovere l'autonomia del paziente.

### **Metodologia**

La tesi integra una revisione teorica con l'analisi qualitativa di casi clinici osservati in ambulatorio. I casi riportati evidenziano come metafore, suggestioni e tecniche di focalizzazione possano trasformare un atto clinico routinario in un'esperienza di cura più sostenibile e accettabile.

La loro efficacia è stata valutata attraverso strumenti validati: la scala NRS/VAS per la misurazione del dolore, la scala STAI-Y per la valutazione dell'ansia, e supporti pediatrici come "Il tuo arcobaleno delle emozioni" e il "Semaforo dell'ansia".

### **Risultati**

Dai dati raccolti emerge come la comunicazione ipnotica favorisca una significativa riduzione della percezione del dolore e dell'ansia, incrementi la collaborazione del paziente e migliori il senso di autoefficacia. I pazienti pediatrici e adulti hanno mostrato maggiore tolleranza alle procedure e una più elevata capacità di affrontare l'esperienza clinica con serenità.

### **Conclusioni**

L'elaborato sottolinea i limiti e le potenzialità di tale approccio, ribadendo l'importanza della formazione specifica dell'infermiere e della sua capacità di adattare le tecniche ipnotiche alla singola persona e al contesto operativo. La comunicazione ipnotica emerge quindi come competenza relazionale e clinica che arricchisce la pratica infermieristica, rafforzando l'alleanza terapeutica e promuovendo l'empowerment del paziente.

In questo senso, strumenti come l'ancoraggio e l'autoipnosi diventano veri e propri "regali

di cura”, risorse che il paziente può portare con sé oltre l’ambulatorio, potenziando il proprio senso di efficacia e di benessere.

## INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, l'attenzione verso approcci integrati alla cura della persona ha portato a una rivalutazione di tecniche antiche ma ancora attuali come l'ipnosi. Una pratica spesso fraintesa dall'immaginario collettivo, l'ipnosi clinica è in realtà uno strumento riconosciuto dalla comunità scientifica e sempre più utilizzato in ambito sanitario, soprattutto per la gestione del dolore, dell'ansia e di diversi disturbi psicosomatici.

Nel contesto della medicina generale e della pediatria di libera scelta, dove la relazione terapeutica si costruisce nel tempo e si fonda sulla fiducia, l'ipnosi rappresenta un'opportunità concreta per migliorare la qualità dell'assistenza. In particolare, può essere un valido supporto per affrontare situazioni cliniche comuni in ambulatorio, sia in età adulta che pediatrica, contribuendo al benessere psicofisico del paziente.

All'interno di questo scenario, il ruolo dell'infermiere acquisisce una nuova centralità. Oltre alle competenze cliniche, l'infermiere è chiamato a sviluppare capacità comunicative e relazionali sempre più raffinate, che facilitano il processo di cura e rafforzano l'alleanza terapeutica. L'ipnosi, in quanto tecnica basata sull'accoglienza, sull'ascolto, sull'empatia e sulla suggestione positiva, si inserisce perfettamente in questo paradigma di assistenza centrato sulla persona.

L'obiettivo di questa tesi è esplorare le potenzialità dell'ipnosi in ambito ambulatoriale, evidenziando le sue applicazioni cliniche in medicina generale e pediatria e sottolineando il valore che essa può avere nella pratica infermieristica, specialmente nella costruzione di una relazione di cura efficace, empatica e rispettosa dei bisogni individuali del paziente.

Pur non trattandosi di una ricerca sperimentale nel senso stretto del termine, la tesi propone una riflessione critica e personale su pratiche apprese e messe in pratica, ponendo al centro la relazione di cura, la comunicazione efficace e il riconoscimento delle competenze relazionali dell'infermiere.

Attraverso una narrazione di casi, accompagnata da un inquadramento teorico e normativo, si intende dimostrare come anche brevi interventi di comunicazione ipnotica, costruiti su una relazione di fiducia e su suggestioni positive, possano contribuire a trasformare l'esperienza del paziente durante procedure sanitarie vissute come critiche.

Questa impostazione metodologica permette di evidenziare il ruolo attivo dell'infermiere nella promozione della salute non solo fisica, ma anche emotiva, offrendo al paziente strumenti per affrontare in autonomia situazioni analoghe, grazie anche all'apprendimento dell'autoipnosi. La tesi, si propone come contributo originale all'integrazione dell'ipnosi

clinica nella cura territoriale, con uno sguardo rivolto alla formazione futura di infermieri, medici di medicina generale e pediatri.

## **Capitolo 1: Cenni storici e definizione dell'ipnosi**

### **1.1 Cenni storici sull'ipnosi.**

L'ipnosi ha radici profonde nella storia dell'umanità, essendo stata utilizzata in varie forme sin dall'antichità. Le prime testimonianze di pratiche assimilabili all'ipnosi risalgono alle civiltà antiche, dove sacerdoti e guaritori inducevano stati di trance durante rituali religiosi e cerimonie di guarigione. Nell'antico Egitto e in Grecia si trovano riferimenti a stati modificati di coscienza utilizzati a scopo terapeutico.

Nel XVIII secolo, il medico tedesco Franz Anton Mesmer introdusse il concetto di "magnetismo animale" sostenendo l'esistenza di un fluido universale che poteva essere manipolato per influenzare la salute umana. Le sue pratiche, note come "mesmerismo", posero le basi per lo sviluppo dell'ipnosi moderna.

Successivamente, nel XIX secolo, il chirurgo scozzese James Braid coniò il termine "ipnosi", dal greco "hypnos", per descrivere lo stato di trance osservato nei suoi pazienti. Braid identificò l'ipnosi come uno stato psicologico distinto dal sonno, caratterizzato da una focalizzazione dell'attenzione e una maggiore suggestionabilità. Fu il primo promotore del concetto di monoideismo, ossia la tendenza della mente a concentrare l'attenzione su un'unica idea o sensazione, ponendo le basi per la comprensione moderna di questo meccanismo.

Parallelamente, in Francia, si svilupparono due scuole di pensiero sull'ipnosi: la Scuola di Nancy, guidata da Hippolyte Bernheim, che considerava l'ipnosi come un fenomeno psicologico basato sulla suggestione, e la Scuola di Parigi, sotto la direzione di Jean-Martin Charcot, che la interpretava come un fenomeno neurologico a condizioni patologiche come l'isteria.

Nel XX secolo, l'ipnosi ha trovato applicazioni cliniche più ampie, grazie al lavoro di Milton H. Erickson, psichiatra e psicoterapeuta, che ha sviluppato tecniche ipnotiche innovative focalizzate sulla terapia individuale personalizzata.

L'ipnosi è un processo psicofisiologico unitario, determinato da una particolare relazione comunicativa tra operatore e soggetto, nel quale l'attenzione del soggetto si concentra in forma plastica su un'unica idea o suggestione (monoideismo plastico), con conseguenti modificazioni neurovegetative, comportamentali e di coscienza.

– Franco Granone, 2000

In Italia, un contributo fondamentale allo studio scientifico e all'applicazione clinica dell'ipnosi viene offerto dal prof. Franco Granone, medico neuropsichiatra, fondatore del Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale (CIICS).

Franco Granone e Milton H. Erickson si conobbero e si incontrarono intorno al 1965. Granone, fu tra i pochi ipnotisti italiani dell'epoca a confrontarsi direttamente con Erickson. Egli riconobbe l'originalità del metodo ericksoniano, pur mantenendo una posizione critica e autonoma.

Entrambi sottolineano anzitutto la relazione fra operatore e paziente come fattore cruciale: per Erickson, l'alleanza terapeutica è il terreno su cui germogliano le suggestioni indirette, plasmate da metafore e storie, mentre per Granone il rapporto umano diventa la condizione necessaria perché il monoideismo plastico, ossia la focalizzazione su un unico contenuto mentale "plastico", possa tradursi in vere e proprie modificazioni psichiche e somatiche. In secondo luogo, entrambi rifiutano l'idea di uno stato di passività: la trance, nella loro visione, è piuttosto una forma di coscienza vigile e selettiva, capace di mobilitare risorse interiori in modo dinamico. Infine, mentre Erickson ha dimostrato sul campo l'efficacia di tecniche permissive e indirette, Granone ha saputo tradurre questi principi in un modello clinico-sperimentale rigoroso, radicato nella neurofisiologia, conferendo all'ipnosi italiana una cornice scientifica in cui l'empowerment del soggetto e l'"arte del linguaggio" si incontrano in modo armonico.

Granone fu tra i primi a proporre una visione dell'ipnosi svincolata da ogni mistificazione, radicandola sul metodo scientifico e rendendola accessibile come strumento di

comunicazione terapeutica a disposizione del medico e del team di cura, compreso l'infermiere.

## 1.2 Definizione di ipnosi

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

L'ipnosi è un modo di essere dell'organismo, che si instaura ogni qual volta intervengano particolari stimoli emozionali e senso-motori>. <sup>1</sup>

Durante l'ipnosi l'individuo sperimenta un profondo rilassamento e una concentrazione intensa, che facilitano l'accesso a risorse mentali e ricordi altrimenti inaccessibili nello stato di veglia ordinario.

E' importante distinguere l'ipnosi dal sonno: mentre il sonno è uno stato fisiologico di riposo, l'ipnosi è uno stato attivo di attenzione concentrata. In ambito clinico, l'ipnosi viene utilizzata come strumento terapeutico per affrontare una varietà di condizioni, tra cui il dolore cronico, i disturbi d'ansia e alcune problematiche psicosomatiche.

Questo capitolo fornisce una panoramica storica e una definizione chiara dell'ipnosi, preparando il terreno per i successivi approfondimenti sulle sue applicazioni cliniche e il ruolo dell'infermiere nella relazione di cura.

---

<sup>1</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”*, Ancora Editrice, Trento, 2024. Pag. 5

## **Capitolo 2: Meccanismi neurofisiologici e psicologici dell'ipnosi.**

### **2.1 Aspetti neurofisiologici dell'ipnosi**

Negli ultimi anni, l'interesse della neuroscienza per l'ipnosi è cresciuto, grazie anche all'avvento delle tecniche di neuroimaging funzionale (fMRI, PET). Questi strumenti hanno permesso di osservare come l'ipnosi modifichi l'attività cerebrale in aree specifiche coinvolte nell'attenzione, nella percezione del dolore e nella coscienza di sé.

Quando si indaga l'ipnosi sul versante neurofisiologico, il modello proposto dal dott. Enrico Facco offre una lettura particolarmente efficace di come mente e cervello collaborino nella modulazione del dolore e dell'emotività. Secondo Facco, il primo effetto dell'ipnosi è una vera e propria "analgesia autoipnotica": il paziente, guidato dalla suggestione, concentra l'attenzione su un'immagine o un'idea (ad esempio una sensazione di caldo o di sollievo) e, così facendo, devia il percorso del segnale nocicettivo, riducendo la percezione del dolore prima che questo raggiunga la consapevolezza piena.

Parallelamente, studi di neuroimaging condotti da Facco e collaboratori hanno evidenziato che durante la trance si attiva in modo selettivo un network fronto-cingolato, con un coinvolgimento marcato della corteccia prefrontale e della corteccia cingolata anteriore. Queste aree sono note per il loro ruolo nell'attenzione esecutiva e nel controllo inibitorio delle emozioni: agendo come un filtro, inibiscono l'ingresso dei segnali dolorifici nelle aree sensoriali primarie e riducono l'attività del default mode network, creando uno stato di coscienza vigile e selettiva.

In questo stato, il paziente non è passivo né assopito, ma partecipa attivamente alla modulazione del proprio vissuto: è come se disponesse di un "interruttore" interno capace di puntare e focalizzare il flusso attentivo sulle risorse immaginative o somatiche suggerite, mettendo in moto circuiti cerebrali che favoriscono il rilassamento, l'autoregolazione emotiva e il sollievo dal dolore. Questo quadro neurofisiologico spiega come l'ipnosi possa agire non solo sulla mente, ma anche sul corpo, fornendo una solida base scientifica alla sua applicazione clinica.

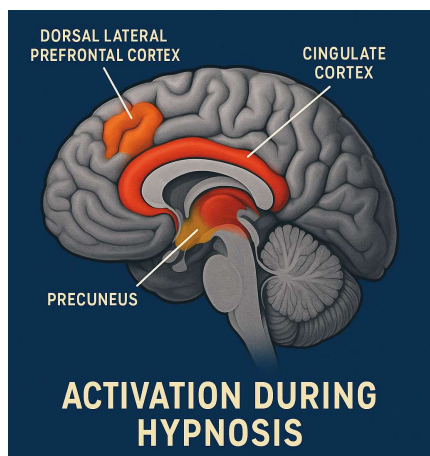


Figura 1. Aree cerebrali coinvolte durante l'ipnosi.  
Immagine modificata a scopo illustrativo.

## 2.2 Aspetti psicologici dell'ipnosi

<Il carattere energetico della suggestione e il suo potere inibitorio sulle facoltà superiori, sono proprio dovute alla componente emotiva, e la suggestione è tanto più inibente sulle funzioni corticali, quanto più carica di contenuto affettivo.

E' in fondo lo stimolo affettivo il vero fattore dissociativo e inibitorio; la pratica ci dimostra che un'idea suggerita dall'esterno, o una rappresentazione, producono fatti inibitori in grado tanto maggiore quanto più grande è la loro carica emozionale, con l'insorgenza di suggestionabilità, autosuggestionabilità e conseguente possibile obiettivazione di rappresentazioni mentali. Di fatto, due sono i fattori che permettono l'instaurarsi della suggestione e il suo pieno esplicarsi: la vivacità delle emozioni e il difetto dei poteri di critica, difetto che permette l'impero delle idee emozionanti suggerite e la dissociazione delle funzioni interessate.

Tale difetto non deve intendersi però, in ogni caso, come un *deficit* psichico costituzionale del soggetto, ma come una condizione che anche persone di intelligenza elevata e di acuta sensibilità possono raggiungere, qualora si propongano di abbandonarsi a particolari sensazioni interne e all'imperio di determinate idee suggestive auto o eteroindotte.

Tali condizioni dissociative possono realizzarsi senza arrivare al sonno ipnotico e l'esuberanza emozionale può provocare anche da svegli rappresentazioni mentali suggestionanti, con modificazioni della coscienza. Esse derivano da un'inibizione corticale diffusa, con mantenimento di altre zone di attività che assicurano il rapporto con l'ipnotista. Gli stati suggestivi non sono stati anormali, però devono riguardarsi come condizioni particolari.

Sia infine ben chiaro che suggestione, non vuol dire mistificazione o inganno, ma fatto automaticamente obiettivo in campo psichico, somatico e neurovegetativo.

In tale risonanza clinica obiettiva e nel mutuo scambio di emozioni fra ipnotista e soggetto risiede la possibilità dell'impiego terapeutico della suggestione, per cui a richieste arcaiche dell'uno corrispondono adeguati atteggiamenti dell'altro<sup>2</sup>.

### **2.3 La trance: uno stato di coscienza dinamico**

Nel contesto dell'ipnosi clinica, la trance è definita come uno stato modificato di coscienza caratterizzato da una particolare focalizzazione dell'attenzione, una sospensione parziale della consapevolezza dell'ambiente esterno, e un aumento della ricettività alle suggestioni. Non si tratta di uno stato di incoscienza o passività, ma di una condizione di coscienza vigile ma selettiva, in cui i processi cognitivi ed emotivi operano secondo modalità differenti rispetto alla veglia ordinaria.

Dal punto di vista neurofisiologico, la trance si accompagna a modificazioni misurabili dell'attività cerebrale, come l'aumento delle onde theta e alpha, una ridotta attività del default mode network (DMN) e un maggiore coinvolgimento delle aree cerebrali legate all'immaginazione e all'autoregolazione. È uno stato naturale, esperibile quotidianamente, ad esempio durante la lettura coinvolgente di un romanzo, la guida automatica su percorsi abituali o la contemplazione estetica. L'ipnosi clinica ne sfrutta le potenzialità terapeutiche in modo intenzionale e guidato.

### **2.4 Il monoideismo plastico: la mente focalizzata e creativa**

Il monoideismo plastico, concetto cardine elaborato dal medico e neurologo Franco

---

<sup>2</sup> Granone, F. (1989). *Trattato di ipnosi* (Vol. 1-2). Torino: UTET. p.189 Vol.1

Granone, rappresenta il fulcro teorico e operativo dell'ipnosi clinica. Secondo questa visione, l'ipnosi consiste in uno stato neurofisiologico in cui l'attività mentale del soggetto si concentra su un'unica rappresentazione mentale — il *monoideismo* — che diventa centrale e dominante nel campo di coscienza. Questa idea guida, selezionata o proposta attraverso la comunicazione ipnotica, è in grado di produrre effetti psicologici e somatici grazie alla sua plasticità.

Il termine *plastico* indica la capacità di questa rappresentazione di modellare in modo flessibile le risposte psicofisiche del soggetto: dalla modulazione del dolore alla regolazione del tono muscolare, dalla gestione dell'ansia alla riattivazione di risorse psichiche latenti. In questo stato, si assiste a una riorganizzazione temporanea delle funzioni cognitive, con una diminuzione dell'attività critica e una maggiore permeabilità alle suggestioni. Le neuroscienze confermano oggi che questo assetto si associa a specifici pattern di attivazione cerebrale, in particolare a una diminuita attività del default mode network e a un aumento delle connessioni funzionali tra aree prefrontali, limbiche e somatosensoriali.

Il monoideismo plastico permette di spiegare in termini neuropsicologici come un'idea possa influenzare in modo coerente e costruttivo l'intero organismo, offrendo una base scientifica all'uso terapeutico dell'ipnosi nella pratica clinica.

## **2.5 Avviare il cambiamento: l'induzione ipnotica nel modello del prof. Franco Granone**

Nella Scuola Italiana di Ipnosi Clinica e Sperimentale fondata dal Prof. Franco Granone, l'induzione ipnotica non è considerata un insieme di tecniche rigide e stereotipate, ma un processo comunicativo e relazionale dinamico, volto a facilitare l'accesso a uno stato di coscienza modificato in cui il soggetto possa attivare le proprie risorse interiori. L'induzione, in questa cornice, è strettamente legata al concetto di monoideismo plastico.

Granone sottolineava come l'efficacia dell'induzione risieda nella qualità della relazione instaurata tra operatore e soggetto, nella capacità di calibrare linguaggio, tono di voce, ritmo e contenuti in funzione della personalità e dello stato emotivo del paziente. Non esiste, dunque, una formula universale, bensì un approccio personalizzato e adattabile, che può avvalersi di modalità dirette, indirette, suggestive o immaginative. L'induzione viene vista come un avviamento naturale, in cui il professionista accompagna il paziente in

un percorso di attenzione selettiva, favorendo il distacco dagli stimoli esterni e l'emergere di una realtà interiore più significativa e funzionale al cambiamento terapeutico.

Nel metodo di Granone, anche semplici elementi del contesto – come il silenzio, il respiro, o un oggetto su cui concentrarsi – possono diventare veicoli di induzione se inseriti in una cornice comunicativa consapevole. L'induzione, quindi, non è un atto meccanico, ma un momento centrale di alleanza, sintonizzazione e fiducia, che prepara il terreno alla successiva fase di utilizzazione ipnotica.

## **2.6 Autoipnosi e rilassamento guidato.**

Un altro elemento importante è la possibilità di insegnare tecniche di autoipnosi, che il paziente può utilizzare autonomamente. Questo approccio valorizza il concetto di empowerment, molto vicino alla visione infermieristica della cura, e rafforza l'alleanza terapeutica tra professionista e assistito.

L'autoipnosi è un processo attraverso il quale una persona accede volontariamente a uno stato di coscienza modificato, simile a quello ipnotico, senza l'intervento diretto di un operatore in quel momento specifico. Si tratta di una competenza che può essere appresa attraverso una relazione guidata con un professionista formato, come un medico, uno psicologo o un infermiere, e che viene poi integrata dal paziente come risorsa autonoma.

Dal punto di vista neurofisiologico, l'autoipnosi attiva aree cerebrali simili a quelle dell'ipnosi eteroguidata, tra cui strutture implicate nella modulazione del dolore, dell'attenzione e dell'emotività. Il meccanismo centrale risiede nella focalizzazione selettiva dell'attenzione, che riduce l'interferenza degli stimoli esterni e facilita un dialogo interno mirato al benessere, alla regolazione fisiologica o al cambiamento percettivo.

Dal punto di vista psicologico, essa rappresenta una forma di auto-regolazione consapevole, nella quale il soggetto diventa protagonista del proprio processo di cura, attivando risorse immaginative, corporee ed emozionali già presenti. L'elemento distintivo dell'autoipnosi non è solo l'autonomia, ma anche il fatto che essa nasce da un apprendimento in contesto clinico-relazionale. Il sanitario, attraverso parole, suggestioni e ritualità comunicative, aiuta il paziente a riconoscere e strutturare questa capacità, che potrà poi essere riutilizzata in altri momenti di bisogno, anche a distanza di tempo e al di fuori del contesto ambulatoriale.

### **Capitolo 3: Le applicazioni cliniche dell'ipnosi in ambito ambulatoriale (MMG e PLS)**

Nel contesto sanitario della Valle d'Aosta, nel quale lavoro, caratterizzato da territori montani, piccoli comuni e una popolazione culturalmente radicata, la medicina generale e la pediatria di libera scelta rappresentano il primo e spesso unico punto di contatto continuativo tra cittadino e sistema sanitario. I principi fondamentali che guidano queste due discipline sono condivisi anche dall'infermieristica di famiglia e di comunità.

La medicina generale si fonda su valori chiave come la centralità della persona, la continuità assistenziale, l'approccio globale alla salute, la responsabilità clinica e relazionale, l'adattabilità ai bisogni della comunità e l'orientamento alla prevenzione.

Analogamente, la pediatria di libera scelta si ispira alla centralità del bambino e della famiglia, alla promozione della salute, alla prevenzione, all'ascolto attivo e all'educazione sanitaria.

In questo scenario, l'infermiere che opera negli ambulatori dei MMG e dei PLS diventa figura chiave per l'attuazione di questi principi. L'assistenza infermieristica si intreccia con i valori della prossimità, della comunicazione efficace, della fiducia e del rispetto della cultura locale. In Valle d'Aosta, questo si riflette anche nella possibilità di utilizzare il *patois*, il dialetto franco-provenzale, come strumento di facilitazione relazionale e costruzione del patto terapeutico. Il linguaggio familiare, condiviso, può diventare così veicolo di cura, empatia e alleanza.

L'infermiere non solo supporta i bisogni clinici e organizzativi, ma partecipa attivamente alla costruzione di una medicina territoriale centrata sulla persona, accogliente, continua e integrata, in cui ogni parola, gesto o ascolto può rappresentare un atto terapeutico.

L'ipnosi clinica rappresenta uno strumento efficace e poco invasivo, che si adatta perfettamente al contesto ambulatoriale della medicina generale (MMG) e della pediatria (PLS), dove il tempo, la continuità della cura e la relazione con il paziente sono elementi centrali.

#### **3.1 In medicina generale**

Nel contesto della medicina generale, i pazienti si presentano spesso con quadri clinici che includono componenti psicosomatiche o stress-correlate. L'ipnosi può essere utile, in particolare, nei seguenti ambiti:

- Gestione del dolore cronico (es. lombalgia, cefalea, fibromialgia): l'ipnosi agisce modulando la percezione del dolore, migliorando la qualità della vita e riducendo l'uso di farmaci analgesici.

- Ansia e stress: nei pazienti con disturbi d'ansia generalizzata, somatizzazione o insonnia, l'ipnosi favorisce uno stato di rilassamento e ristrutturazione cognitiva.
- Disturbi funzionali (es. colon irritabile, dispepsia funzionale): la componente psicoemotiva di questi disturbi può essere efficacemente modulata tramite tecniche ipnotiche.
- Preparazione a esami diagnostici invasivi (es. gastroscopia, colonscopia): l'ipnosi può essere impiegata per ridurre l'ansia pre-esame.

### 3.2 In pediatria di libera scelta

Nel contesto pediatrico, l'ipnosi ha un potenziale ancora più ampio, grazie alla naturale suggestionabilità e immaginazione del bambino. Le sue applicazioni includono:

- Gestione del dolore acuto e cronico (es. durante vaccinazioni, prelievi o medicazioni): le tecniche ipnotiche aiutano il bambino a “distrarsi” o a trasformare l'esperienza dolorosa in qualcosa di neutro o positivo.
- Disturbi psicosomatici e comportamentali (es. enuresi, tic, fobie, disturbi del sonno): l'ipnosi agisce attraverso immagini guidate e storie terapeutiche adattate all'età.
- Supporto alla comunicazione: nei bambini timidi, ansiosi o affaticati da malattie croniche.
- L'ipnosi rafforza la fiducia, il senso di controllo e la collaborazione con l'adulto.



### 3.3 Vantaggi nel contesto ambulatoriale

- Non invasiva, economica, ripetibile.
- Facilmente integrabile nella visita.
- Favorisce l'alleanza terapeutica e la partecipazione attiva del paziente.
- Può essere praticata in forma semplificata o complementare ad altri trattamenti.

L'impiego dell'ipnosi in ambito ambulatoriale e nella pratica infermieristica offre diversi vantaggi, sia per il paziente che per l'équipe curante. Tra i principali benefici:

- Riduzione del dolore e dell'ansia: comprovata efficacia nel modulare la percezione dolorifica e ridurre lo stato ansioso, anche senza ricorso a farmaci.
- Miglioramento dell'alleanza terapeutica: rafforza la relazione di fiducia tra paziente e operatori, facilitando l'adesione ai trattamenti.
- Tecnica non invasiva e personalizzabile: si adatta all'età, al contesto clinico e alla sensibilità del paziente.
- Empowerment del paziente: promuovere l'autonomia grazie a tecniche di autoipnosi o rilassamento.



Figura 2. Benefici dell'ipnosi nella relazione di cura infermieristica in ambito ambulatoriale. Il diagramma illustra quattro principali aree in cui l'ipnosi può supportare l'operato dell'infermiere nel migliorare l'efficacia dell'intervento clinico e relazionale.

### 3.4 Limiti, criticità e considerazioni etiche

Nonostante i vantaggi, è fondamentale riconoscere anche i limiti e le criticità dell'impiego dell'ipnosi:

- Percezioni culturali distorte: molti pazienti ( e talvolta anche operatori) associano l'ipnosi a spettacoli o suggestioni occulte, alimentando resistenze o aspettative irrealistiche.

Dal punto di vista etico:

- L'uso dell'ipnosi deve sempre rispettare il principio di beneficenza, evitare manipolazioni e garantire il consenso informato.
- L'infermiere non deve mai superare il proprio ambito di competenza, come richiamato nel Codice Deontologico 2025.

### **3.5 L'ancoraggio: stabilizzare il benessere**

Un aspetto fondamentale dell'ipnosi applicabile anche in ambito ambulatoriale è la tecnica dell'ancoraggio, per associare uno stato emotivo positivo a uno stimolo specifico, che potrà poi essere riutilizzato per richiamare quello stato quando necessario. Lo stimolo può essere visivo, tattile, verbale o legato a un'immagine mentale.

In ambito clinico e infermieristico, l'ancoraggio ha applicazioni semplici ed efficaci, come ad esempio:

- Tocco sul dorso della mano + sensazione di calma

Durante una fase di rilassamento guidato, l'infermiere accompagna il paziente in uno stato di calma. Mentre il paziente si sente rilassato, viene sfiorato delicatamente sul dorso della mano. *“Ogni volta che sentirà questo tocco, potrà richiamare la stessa calma di adesso.”*

- Gesto personale + fiducia

Si individua con il paziente un piccolo gesto, come premere pollice e indice insieme. Durante una visualizzazione positiva (es. superamento di una paura/difficoltà), l'infermiere collega questo gesto allo stato di fiducia. *“Quando farà questo gesto, potrà tornare a quel senso di fiducia e sicurezza.”*

- Parola-ancora + centratura

Durante l'induzione, si propone al paziente di scegliere una parola significativa per lui (es. “centrato”, “libero”, “forte”). La parola viene ripetuta più volte mentre si costruisce lo stato interno desiderato. *“Potrà ripetersi questa parola quando sentirà il bisogno di ritrovare il suo equilibrio.”*

- Luogo + rilassamento

Il paziente viene guidato a immaginare un luogo sicuro e rilassante (una spiaggia, un prato). A casa, potrà sedersi sempre nella stessa poltrona o stanza per richiamare automaticamente quel senso di pace. *“Ogni volta che si siederà lì, il suo corpo saprà rilassarsi con più facilità.”*

- Musica o suono + benessere

Si suggerisce di associare un sottofondo musicale rilassante a momenti piacevoli. Ascoltarla di nuovo, ad esempio prima di dormire o in un momento di ansia, può attivare la memoria corporea di benessere. *“Quella musica potrà diventare il suo segnale di distensione.”*

- Profumo o olio essenziale + serenità

L'uso di un profumo (lavanda, agrumi...) durante una sessione può diventare un'ancora olfattiva. In seguito, lo stesso profumo potrà essere usato dal paziente prima di affrontare situazioni stressanti. *“Il profumo che ha scelto potrà riportarla a quel momento in cui stava bene.”*

### STIMOLI, STATI EVOCATI E AMBITI DI UTILIZZO

STIMOLO	STATO EVOCATO	AMBITO DI UTILIZZO
 Tocco sul dorso della mano	Calma	Durante il rilassamento guidato in ambulatorio
 Parola-ancora	Fiducia	Per richiamare sensazione di sicurezza nel paziente
 Luogo (reale o immaginario)	Centratura	In ambulatorio per stabilizzare uno stato positivo
 Musica o suono	Rilassamento	A casa, sedendosi sempre nello stesso posto
 Profumo o olio	Benessere	A casa, per richiamare uno stato piacevole
	Serenità	Nel quotidiano, prima di una situazione stressante

L'infermiere può introdurre con semplicità forme di ancoraggio per:

- aiutare il paziente a gestire ansia, dolore o disagio;
- aiutare il paziente a recuperare il controllo emotivo nei momenti critici;
- una risorsa per personalizzare l'intervento, valorizzando l'esperienza soggettiva del paziente.

L'ancoraggio diventa così una risorsa utile non solo nel momento clinico immediato, ma anche per il follow-up, la preparazione a esami o interventi e in generale per la costruzione di fiducia e empowerment.

Alla successiva occasione il paziente ripete spontaneamente il gesto, la parola o lo stimolo visivo/sonoro che diventa facilmente accessibile e personale, da usare ogni volta che necessario.

### **3.6 L'autoipnosi: continuità della cura e autonomia del paziente**

L'autoipnosi è la capacità del soggetto di indurre volontariamente uno stato ipnotico senza la guida di un operatore esterno.

In ambito ambulatoriale, l'infermiere può:

- istruire il paziente a tecniche base (respiro guidato, visualizzazione, parole-chiave);
- rinforzare l'uso dell'autoipnosi come “prosecuzione del lavoro fatto insieme”;
- promuovere l'autoefficacia soprattutto nei pazienti cronici o pediatrici.

Imparare ad accedere al proprio stato di calma significa poterne disporre quando serve.

L'autoipnosi è uno strumento di libertà.

### **3.7 Studi ed esperienze sull'ipnosi infermieristica in ambito ambulatoriale**

L'applicazione dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica in ambito ambulatoriale da parte degli infermieri rappresenta una frontiera ancora in fase di definizione.

Attualmente, la letteratura internazionale evidenzia diversi studi sull'utilizzo dell'ipnosi da parte di infermieri in ambito ambulatoriale, oncologico o domiciliare, ma mancano ancora evidenze sistematiche e studi clinici specifici sull'applicazione dell'ipnosi in contesti ambulatoriali di medicina generale e pediatria di libera scelta. Questo evidenzia uno spazio ancora poco esplorato della ricerca e una possibile traiettoria futura, non solo per lo sviluppo di buone pratiche, ma anche per il riconoscimento formale di competenze specifiche nel nursing delle cure primarie.

In particolare, le esperienze riportate nell'ambito della formazione dell'Istituto Franco

Granone dimostrano come l'ipnosi e la comunicazione ipnotica possano essere praticate dagli infermieri in contesti ambulatoriali.

Sebbene ancora limitate nel numero e spesso circoscritte a singole realtà, queste esperienze contribuiscono a definire un nuovo spazio di azione per l'infermiere, che si inserisce in modo coerente nel paradigma dell'umanizzazione delle cure, dove la comunicazione assume un ruolo centrale.

Nel contesto ambulatoriale, l'infermiere può quindi rappresentare una figura chiave nell'integrazione di tecniche ipnotiche, contribuendo a un'assistenza più centrata sulla persona, anche nei limiti di tempo e risorse propri di questi setting.

## **Capitolo 4: Il ruolo dell'infermiere nell'ipnosi clinica e nella relazione di cura**

### **4.1 Inquadramento normativo e deontologico**

- DM 739/1994: definisce il profilo professionale dell'infermiere come responsabile dell'assistenza infermieristica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, con autonomia professionale.
- Legge 42/1999: sancisce l'equipollenza delle professioni sanitarie, affermando che l'assistenza infermieristica non è più ausiliaria, ma fondata su saperi propri.
- Legge 251/2000: sottolinea il ruolo dell'infermiere nell'educazione terapeutica e nella valorizzazione dell'autonomia del paziente.
- Codice Deontologico FNOPI 2025: l'infermiere
  - promuove il benessere psico-fisico-relazionale della persona (art.4)
  - adotta strategie comunicative che tengano conto delle emozioni e della soggettività del paziente (art.8)
  - sostiene l'autonomia della persona anche attraverso interventi non farmacologici, basati su evidenze (art.13)
  - rispetta l'unicità e le risorse della persona, anche nei percorsi terapeutici complementari (art.27)
  - cura anche attraverso la parola, consapevole dell'effetto che essa può generare sullo stato emotivo, cognitivo e somatico del paziente (art. 21 e 22)

Questi riferimenti legittimano l'utilizzo consapevole e professionale dell'ipnosi come strumento relazionale e terapeutico.

### **4.2 Competenze e formazione infermieristica**

Per operare nel rispetto del proprio profilo, l'infermiere deve:

- acquisire formazione specifica in ipnosi clinica offerta dalla scuola Franco Granone;
- documentare tale competenza nella propria formazione continua (ECM)
- collaborare in équipe interprofessionali, mantenendo sempre la responsabilità del proprio agire (rif. Legge 24/2017 sulla sicurezza delle cure).

### **4.3 Prospettive future**

L'ampliamento della formazione specifica per gli infermieri, anche grazie a realtà come l'Istituto Franco Granone e una maggiore sensibilizzazione del personale sanitario sul ruolo attivo della comunicazione ipnotica nei contesti non ospedalieri, potranno facilitare la

diffusione di queste pratiche nei servizi territoriali.

Inoltre, è auspicabile che la ricerca si orienti a documentare in modo più sistematico gli esiti di questi interventi, così da favorire l'inserimento dell'ipnosi clinica e della comunicazione ipnotica nei protocolli di assistenza ambulatoriale, soprattutto nel quadro delle cure primarie e della medicina di iniziativa.

## Capitolo 5: Le parole che curano e le parole che uccidono: la comunicazione ipnotica nel processo di cura infermieristico

### 5.1 La comunicazione come atto clinico

Nel contesto della cura, la comunicazione non è un semplice strumento accessorio, ma rappresenta un atto terapeutico primario, capace di influenzare direttamente l'andamento clinico, il benessere del paziente e la qualità della relazione.

Questo è particolarmente sentito e significativo per l'infermiere, che nella quotidianità del proprio lavoro rappresenta il principale punto di riferimento umano e comunicativo per il paziente, spesso in momenti di vulnerabilità o sofferenza.

Riconoscere la comunicazione come atto clinico significa dunque restituire dignità, centralità e valore professionale a una dimensione troppo spesso relegata a “competenze trasversali”. Al contrario, nella pratica infermieristica orientata alla persona, essa rappresenta un atto di cura.

---

“Ogni parola è un atto: *può aprire o chiudere, curare o ferire*. Il linguaggio dell'operatore sanitario ha sempre un effetto ipnotico, anche quando non se ne rende conto.”

– ASIECI, 2018

---

### 5.2 L'insegnamento dell'ASIECI (Associazione Scientifica Infermieri Esperti in Comunicazione Ipnotica): parole che curano e parole che uccidono <sup>3</sup>

L'ASIECI ha messo in luce, attraverso studi ed esperienze cliniche, come le parole possano avere effetti neurofisiologici concreti: ridurre ansia, stimolare fiducia o, al contrario, suggestionare dolore, generare angoscia e sfiducia. Il linguaggio ha potere ipnotico, anche inconsapevole.

---

<sup>3</sup> ASIECI - Associazione Scientifica Infermieri Esperti in Comunicazione Ipnotica: <https://www.asieci.it> - Prontuario

Esempi emblematici:

- “Le farà molto male” vs “Potrebbe avvertire una sensazione diversa”
- “Non si muova!” vs “ Resto con lei, respiri profondamente”

Queste non sono semplici scelte di stile o di tono: si tratta di vere e proprie modalità di comunicazione ipnotica, capaci di influenzare i processi neurofisiologici del paziente, attivando stati di calma, fiducia e disponibilità, oppure al contrario aumentando tensione e difese.

<La comunicazione ipnotica utilizza principalmente la persuasione con l'obiettivo di avere una risposta positiva a quanto proposto. Suggestione ipnotica e persuasione sono sinonimi linguistici ma non identici, hanno la funzione di suscitare un comportamento in risposta a uno stimolo, che nell'ipnosi è la suggestione stessa. La persuasione è un'azione di convincimento (vincere insieme) che fa appello alla ragione, cercando di ottenere il consenso o la resa delle facoltà coscienti di chi si tenta di portare ad aderire alla propria idea. La suggestione ha lo stesso scopo: fa accettare un'idea, un comportamento o una convinzione, ma elude la coscienza e la ragione superando la critica della mente>.

<La comunicazione ipnotica avviene durante tutta la relazione la relazione terapeutica fin dal momento dell'incontro con il paziente e non ha né un luogo né un tempo predefinito; la grande differenza con una comunicazione normale che avviene tra operatore e paziente, è la consapevolezza da parte del professionista che sa sfruttare la conoscenza dei meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente umana>.

<La comunicazione ipnotica si occupa di qualcosa che non è visibile (l'immaginazione) e utilizza in modo consapevole come strumento qualcosa di intangibile (la parola) è qualcosa d'immanente con un'intensa potenzialità creativa in grado di modificare la percezione che abbiamo di ogni esperienza. Si avvale dell'azione che le parole hanno a livello neurofisiologico e della relazione di fiducia che via via si instaura tra operatore e paziente. Può essere utilizzata anche senza che sia in atto una modifica dello stato di coscienza ma può portare ad una *trance* in questo stato>.

<Il principio della comunicazione ipnotica è la consapevolezza del potere delle parole per creare immagini mentali, che riverberino nel corpo quando

modificandolo, le parole guidano lo stato di *trance* in cui si trova il paziente>.<sup>4</sup>

In quest'ottica, la competenza comunicativa dell'infermiere si configura come una abilità tecnica tanto quanto saper posizionare una via venosa: richiede formazione, allenamento, riflessione e intenzionalità. Comunicare in modo curativo significa saper scegliere le parole, ma anche i silenzi, sintonizzarsi sui bisogni dell'altro, usare la voce come uno strumento musicale capace di accompagnare, contenere, guidare.

Parole da evitare	Parole da preferire
'Questo farà male.	Potrebbe avvertire una sensazione diversa
È inutile, tanto ormai...	Facciamo tutto il possibile per il suo benessere.
Non si agiti!	Sono qui con lei, respiri piano.
Tenga duro.	Sta facendo un ottimo lavoro, continui così.
È un caso grave.	Ci stiamo prendendo cura della situazione al meglio.

### 5.3 L'infermiere e la comunicazione ipnotica

Per l'infermiere la parola è spesso il primo e ultimo farmaco "somministrato" al paziente. ASIECI e scuole come l'Istituto Franco Granone, insegnano l'uso consapevole della comunicazione.

Non si tratta di "ipnotizzare" nel senso spettacolare del termine, ma di comunicare in modo ipnoticamente efficace, con parole che generano conforto, fiducia e guarigione.

Nel modello della comunicazione ipnotica, il valore clinico della parola viene ulteriormente potenziato: ogni frase può diventare un invito alla calma, ogni immagine una possibilità di distensione, ogni metafora una chiave per cambiare il significato dell'esperienza. Il linguaggio non descrive soltanto la realtà: la costruisce, e può dunque aprire nuove strade alla percezione del sintomo, alla gestione dell'attesa, alla fiducia in se stessi.

---

<sup>4</sup> Casiglia E. (2015) *Trattato di ipnosi e altre modificazioni di coscienza* Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova. Comunicazione ipnotica nella pratica infermieristica M. Muro p.462-463

## 5.4 Il processo di induzione - l'ipnotrenino<sup>5</sup>

L'induzione ipnotica, secondo l'Istituto Franco Granone, è concepita come un processo strutturato e al tempo stesso flessibile, che accompagna il paziente verso uno stato modificato di coscienza in modo naturale, rispettoso e centrato sulla relazione.

Durante la formazione in ipnosi clinica, l'infermiere apprende che l'induzione ipnotica non è semplicemente un insieme di tecniche, ma un vero e proprio processo relazionale guidato, centrato sull'ascolto, sull'osservazione e sulla modulazione graduale dell'attenzione. In questa cornice, il modello dell'"ipnotrenino" rappresenta un riferimento prezioso. Si tratta di una mappa visiva e simbolica che descrive, in sequenza, le principali tappe del processo di induzione. Ogni "vagone" del treno corrisponde a una fase esperienziale e operativa, che può essere adattata alle esigenze del paziente e alle possibilità concrete di applicazione anche nel contesto ambulatoriale.

Il primo momento è quello dell'*accoglienza*, in cui l'operatore sospende ogni giudizio e si presenta in modo autentico, pronto ad ascoltare e accogliere ciò che il paziente porta con sé. In questa fase si pongono le basi del *rapporto*, una relazione di fiducia che riduce la critica e apre la porta alla collaborazione.

Segue la fase di *esplorazione del bisogno* e di *definizione dell'obiettivo*, in cui il professionista guida gentilmente il paziente a riconoscere ciò che desidera cambiare o migliorare, offrendo una cornice motivazionale chiara e positiva. In questa fase si stabilisce un *contratto terapeutico* implicito, basato su collaborazione, trasparenza e di costruzione accettata e condivisa.

Segue poi la parte preparatoria essenziale, talvolta sottovalutata, ma determinante per la buona riuscita dell'induzione: quella dello *Yes Set*, meccanismo che attiva una sequenza di "sì impliciti" (mentali o espliciti), che genera una predisposizione positiva all'ascolto e all'accoglienza delle successive proposte, quella delle *indicazioni motivate* che danno un significato terapeutico o funzionale a ciò che verrà chiesto al paziente, evitando che si percepiscano come direttive arbitrarie o standardizzate; segue quella della *descrizione* dove l'operatore sanitario descrive ciò che vede o sente, in prima persona, senza giudizio, con tono neutro e rispettoso. Questo tipo di linguaggio crea presenza, empatia, sintonia e conferma.

---

<sup>5</sup> CIICS - Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale. (s.d.). *Materiali formativi e pubblicazioni*. Disponibile su: <https://www.ciics.it>

Questa sequenza serve a stabilizzare l'accordo, aumentare la fiducia abbassando la critica ed iniziare ad accompagnare la persona verso un livello crescente di attenzione condivisa, prima ancora di proporre rilassamenti, visualizzazioni o suggestioni.

Il passaggio successivo è quello del *ricalco* e *guida*: l'operatore descrive ciò che osserva (ricalco) e propone, in modo congruente e graduale, direzioni verso cui orientare l'attenzione (guida). Questa tecnica permette di favorire un'attenzione selettiva e progressivamente interna, creando le condizioni per l'attivazione di risposte ipnotiche. Attraverso affermazioni semplici, sensoriali e inconfutabili, si rinforza il senso di sicurezza del paziente.

La *suggestione* è il momento in cui l'operatore introduce, in modo naturale e rispettoso, una proposta di cambiamento percettivo, emotivo o corporeo. Non si tratta di "suggerire qualcosa da fare", ma di offrire immagini, parole, metafore, sensazioni che la persona può accettare e interiorizzare liberamente, come guida verso uno stato più utile, verso il raggiungimento dell'obiettivo concordato.

Parallelamente, si utilizzano congiunzioni verbali come "e" e "mentre" per legare elementi reali a suggerimenti immaginativi, facilitando una transizione fluida verso la trance.

Nella pratica, ricalco e suggestione si intrecciano: mentre si ricalca lo stato attuale del paziente ("sento che il respiro è un po' più profondo..."), si può introdurre con dolcezza una direzione possibile ("...e magari, con ogni respiro, qualcosa inizia a cambiare..."). Questa fluidità permette al paziente di non sentirsi forzato ma accompagnato da una proposta compatibile con il suo stato interno.

Il professionista sanitario può così *focalizzare l'attenzione*, evocare immagini, stimolare tutti i sensi e condurre il paziente in uno stato di <monoideismo plastico ovvero la focalizzazione su una sola idea. Esso diviene plastico quando la sua rappresentazione si attua, secondo il suo contenuto, in esperienza fenomenica verificabile o ratificabile. La componente emozionale del monoideismo è imprescindibile. Non è la coscienza che agisce, ma l'ideoplasia con una certa elaborazione a livello dell'Inconscio poetico>.<sup>6</sup>

A questo punto, si procede con la *ratifica*, ovvero con la presa di coscienza da parte del

---

6 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", Ancora Editrice, Trento, 2024. p.9

paziente dei cambiamenti già avvenuti. La ratifica può essere fisica (es. rilassamento muscolare) o simbolica (un cenno con la testa, un movimento delle dita), e ha il compito di rafforzare l'esperienza, consolidandola.

L'operatore può avvalersi eventualmente della *sfida*, ossia un momento delicato in cui si verifica la stabilità del cambiamento: il paziente è invitato, con rispetto, a “mettere alla prova” il cambiamento appena ottenuto, sempre garantendo una cornice sicura e valorizzante. In ogni caso se la sfida non “riesce” l'operatore deve essere in grado di gestire la nuova situazione, per esempio nel caso degli occhi che si aprono quando la sfida è stata di tenerli chiusi perché è più piacevole.

Quando il cambiamento è stato raggiunto, si apre la fase della *guida*, che orienta il paziente verso l'*obiettivo clinico*: può trattarsi di una suggestione orientata al benessere, alla gestione di sintomi, al recupero di una risorsa, o alla preparazione per una procedura. Questa fase può includere anche *immagini mentali, favole, aneddoti e metafore*, che potenziano l'efficacia simbolica dell'intervento.

L'*ancoraggio* è un passaggio importante: attraverso un gesto, una parola o uno stimolo concordato, si crea un'associazione tra lo stato raggiunto e un segnale che il paziente potrà riutilizzare autonomamente in futuro. Questo rinforza l'autonomia e l'autostima.

Infine, si procede con il *riorientamento*: si accompagna il paziente a riprendere contatto con il “qui e ora”, garantendone la sicurezza e valorizzando l'esperienza vissuta. Al termine dell'esperienza, proporre al paziente un semplice esercizio di autoipnosi è parte integrante del percorso. È quel momento, molto importante e determinante, nel quale la persona può scoprire, con sorpresa e soddisfazione, di saper tornare, in perfetta autonomia, alle sensazioni di calma e benessere vissute durante l'induzione. Questo potente esperimento restituisce al paziente una preziosa risorsa: la consapevolezza di potersi aiutare, anche fuori dal contesto sanitario, ogni volta che ne sentirà il bisogno.

Di importanza fondamentale per l'autonomia, è invitare il paziente a ripetere l'autoipnosi spesso,, migliorando la propria. prestazione di volta in volta

Ancoraggio e autoipnosi sono come un piccolo regalo che il paziente può portare con sé: strumenti semplici ma preziosi, che può imparare a usare in autonomia, perché le risorse necessarie sono già dentro di lui.

In questa cornice, l'induzione non è un atto tecnico isolato, ma un viaggio relazionale strutturato, dove ogni passaggio contribuisce alla costruzione della fiducia, alla

modulazione della coscienza e all'attivazione delle risorse del paziente. È un percorso che si fonda sul rispetto, sull'osservazione attenta e sul potere neurolinguistico delle parole.

Il *corpo dell'ipnosi* rappresenta la fase centrale dell'induzione, fisiologica e spontanea del processo induttivo, che determinerà il cambiamento voluto e concordato, a patto che le fasi dell'induzione siano state progressivamente introiettate e accettate dal paziente.

È la fase in cui l'effetto della guida e delle suggestioni si manifesta. Perché emerga, è necessario che i vagoni precedenti dell'ipnotrenino siano stati ben agganciati: accoglienza, ascolto, individuazione di un bisogno, contratto terapeutico, formulazione di un obiettivo condiviso ed accettato, yes set, indicazioni motivate, ricalco, guida, ratifica, suggestione e ancora ricalco, guida, suggestione.... In questa fase, l'idea plastica suggerita dall'operatore diventa il centro dell'esperienza vissuta, secondo il principio del monoideismo.

È qui che la comunicazione ipnotica si fa terapeutica: le parole diventano esperienze, e il cambiamento può iniziare.



## MAPPA INDUZIONE IPNOSI

## IPNOTRENINO

Figura 3 – Materiale didattico della formazione CIICS 2025. Ideato e costruito dalla dott.ssa Paula Marina Fernandes

## **5.5 Il rapporto: fondamento della comunicazione ipnotica**

Nel contesto dell'ipnosi e della relazione di cura, il *rapporto* rappresenta quella condizione di sintonizzazione empatica e comunicativa tra operatore e paziente, base imprescindibile per l'efficacia di qualsiasi intervento ipnotico o terapeutico.

In ambito infermieristico, il rapporto è alla base della comunicazione ipnotica. La postura, il tono della voce, lo sguardo, il ritmo del respiro, le parole scelte con cura, le pause volutamente inserite: ogni dettaglio può contribuire a rinforzare questa alleanza silenziosa. Parte fondamentale per l'instaurarsi di un buon rapporto è una adeguata accoglienza, momento in cui l'operatore entra nel mondo dell'altro, sospendendo ogni giudizio, e accoglie ciò che l'altro gli porta per prendersene cura, affinché il paziente si senta ascoltato, visto, preso in considerazione e realmente accompagnato. In tale clima di fiducia, ogni suggestione verrà percepita in modo più naturale e profondo.

## **5.6 Ricalco e guida: strumenti operativi della comunicazione ipnotica**

All'interno della comunicazione ipnotica, il modello del ricalco e guida rappresenta una strategia fondamentale per costruire una relazione terapeutica efficace.

Il ricalco consiste nell'osservare attivamente ciò che il paziente fa, dice o mostra nel momento presente, utilizzando un linguaggio neutro e descrittivo. Si tratta di espressioni come: "vedo che ha chiuso gli occhi", "sento che il suo respiro è più lento", "mi accorgo che tiene le mani strette in grembo". Questa fase non mira a modificare lo stato del paziente, ma a riconoscerlo, creando le basi per un'alleanza fondata sulla fiducia. Il paziente, sentendosi visto e accolto, può abbassare le proprie difese e aprirsi all'esperienza. La persona penserà che se è vero tutto quello che gli abbiamo fatto osservare finora, allora sarà anche vero quello che gli proporremo di seguito.

Dopo il ricalco, si può passare alla fase della guida, che consiste nel proporre indicazioni verbali orientate a uno stato più funzionale (calma, sicurezza, rilassamento). Si utilizzano verbi al condizionale o al futuro ("potrebbe cominciare a...", "potrà notare che..."), stimolando i sensi, l'immaginazione o le percezioni corporee. Ad esempio: "e mentre continua a respirare così, potrebbe notare che le sue spalle si rilassano sempre un po' di più..."

La guida rappresenta un ponte naturale verso la suggestione, in cui si propongono esperienze sensoriali, immaginative e simboliche che il paziente può vivere interiormente. Ad esempio: "...e così come è stato bravo a rilassare i muscoli del corpo, potrà ora

immaginare un luogo dove sa di poter stare bene...”, “potrà sentire il corpo che si rilassa sempre di più ad ogni respiro...”.

Nella pratica infermieristica, ricalco e guida si rivelano strumenti preziosi, specialmente nei momenti critici, come prima di una procedura, durante un dolore, o di fronte alla paura. Si tratta di tecniche tanto discrete quanto potenti, che non richiedono lunghi tempi né ambienti speciali, ma solo presenza, ascolto profondo, empatia e coerenza comunicativa.

Attraverso di esse, l’infermiere può agganciarsi allo stato attuale del paziente e accompagnarlo con delicatezza verso un’esperienza più tollerabile e significativa, senza forzature, nel pieno rispetto dei propri tempi e delle proprie risorse.

### **5.7 Quando il *patois* cura: la lingua del cuore nella relazione terapeutica**

In contesti come quello valdostano, dove il *patois* è ancora parlato e sentito come lingua dell'affettività e dell'intimità, l'utilizzo del dialetto da parte dell'operatore può avere una funzione relazionale molto potente. Parlare la lingua madre del paziente, anche solo con brevi frasi o espressioni chiave, può ridurre la distanza percepita, attivare canali emotivi profondi e facilitare l'alleanza terapeutica.

Questo non significa infantilizzare o banalizzare il linguaggio, ma piuttosto mostrare rispetto, empatia e capacità di adattamento: tutti elementi fondamentali per una comunicazione ipnotica efficace. In questo senso, il dialetto diventa uno strumento di ricalco e connessione, un ponte che apre alla fiducia e predispone all'intervento, anche quando si tratta di esperienze delicate o temute.

## **Capitolo 6: Esperienze cliniche personali e riflessioni operative in ambito ambulatoriale**

### **6.1 Premessa metodologica**

Nel contesto della mia formazione come infermiera in Comunicazione Ipnotica presso l'Istituto Franco Granone, ho avuto l'opportunità di sperimentare l'applicazione di tecniche ipnotiche in ambito ambulatoriale, in collaborazione con i medici di medicina generale e con la pediatra di libera scelta dello studio associato "Cure primarie AlmaAta" di Aosta.

Le esperienze cliniche riportate di seguito, riferendosi a pazienti molto diversi tra loro per età e contesto, non hanno la pretesa di costituire evidenza scientifica, ma rappresentano esempi concreti di come i principi della comunicazione ipnotica, possano integrarsi nel lavoro infermieristico quotidiano, migliorando la compliance, il benessere e la relazione con il paziente.

Finalità metodologiche:

- Dimostrare che la comunicazione ipnotica è applicabile anche in contesti ambulatoriali e non specialistici;
- Valorizzare l'uso delle parole come atti clinici: si tratta di una forma di cura, non solo di relazione;
- Offrire un modello replicabile e riflessivo per altri professionisti, che combina descrizione del processo con valutazione qualitativa del risultato.

Tuttavia, emerge anche la situazione in cui, nonostante l'intenzione, il setting, o la disponibilità della persona, l'esito non sia stato favorevole. Questo contrasto mi ha aiutata a sviluppare una visione più completa, meno idealizzata e più rispettosa dei limiti e delle variabili individuali che entrano in gioco.

Di seguito lo schema che ho utilizzato come modello per sviluppare le mie esperienze cliniche, in base al materiale didattico di riferimento offerto durante la mia formazione in Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica presso l'Istituto Franco Granone.

<b>CONTRATTO terapeutico</b>	Raccolgo un bisogno/ stimolo un desiderio	<b>Fiducia sì</b>
<b>ORDINE motivato</b>	In linea con l'obiettivo	<b>Fiducia sì</b>
<b>DESCRIZIONE dico quello di cui io mi accorgo</b>	Utilizzo i miei sensi : vedo che, ha detto che, sento che ecc	<b>Fiducia sì</b>
<b>RICALCO dico ciò di cui il paziente si accorge</b>	Utilizzo i suoi sensi: può accorgersi di	<b>Fiducia sì</b>
<b>SUGGERIZIONE suggerisco esperienze possibili utilizzo tempo futuro e stimolo tutti i sensi</b>	Potrebbe cominciare a: sentire, immaginare, provare... es: e mentre espira può accorgersi di come le sue spalle si abbassano e il suo rilassamento si farà sempre più.. ...e niente la può disturbare	<b>guidare</b>

<b>RATIFICA verifico io ma soprattutto il pz che ciò che è stato suggerito si sta attuando</b>	<b>molto bene!!</b> pizzicare, solleticare, fare rumore ecc...	<b>consapevolezza di modifica stato</b>
<b>SUGGERIZIONE suggerisco esperienze possibili utilizzo tempo futuro e stimolo tutti i sensi</b>	Potrebbe cominciare a: sentire, immaginare, provare, es: e mentre tutto il corpo ... la sua mente può immaginare... es: e mentre espira può immaginare di scendere... una scala sicura che li permette di raggiungere il piano inferiore...e accedere ad un giardino... ben curato ...e niente la può disturbare	<b>guidare</b>
<b>RATIFICA verifico io ma soprattutto il pz che ciò che è stato suggerito si sta attuando</b>	<b>molto bene!!</b> Chiedere un feed-back Ideomotorio se necessario	<b>consapevolezza di modifica stato</b>

<b>ANCORAGGIO</b>	pollice e indice , pugno, occhi chiusi, mano sul petto ecc	<b>autonomia</b>
<b>RIORIENTARE</b>	verificare presenza qui e ora del pz	<b>sicurezza</b>
<b>RACCONTO</b>	Lasciare spazio alla persona per esprimersi	<b>Adeguare/correggere la comunicazione</b>
<b>VERIFICA AUTOIPNOSI</b>	farlo rientrare in trance da solo	<b>dargli potenza</b>

Nel riportare le mie esperienze cliniche raccolte in ambulatorio, è importante chiarire che l'intervento dell'infermiere non si configura come un'applicazione formale e completa della tecnica ipnotica secondo tale mappa d'induzione strutturata, ma piuttosto come un utilizzo contestualizzato e realistico degli strumenti della comunicazione ipnotica all'interno della pratica quotidiana.

In ambulatorio, i tempi ristretti, la variabilità dei bisogni, l'imprevedibilità degli accessi e l'eterogeneità dei pazienti rendono difficile seguire in modo sistematico tutte le fasi della mappa d'induzione. Tuttavia, è possibile integrare elementi essenziali del modello in modo fluido e coerente con la relazione terapeutica e il contesto assistenziale.

All'interno della mia attività ambulatoriale, ho introdotto strumenti semplici e accessibili per la rilevazione di alcuni indicatori soggettivi, come ansia e dolore. Questo ha rappresentato un utile supporto alla pratica della comunicazione ipnotica. In particolare, in alcuni casi clinici selezionati, ho proposto al paziente una valutazione iniziale e finale del proprio stato attraverso scale visive e simboliche, scelte in base all'età e al contesto, con l'obiettivo di cogliere eventuali variazioni dopo l'intervento comunicativo.

Per gli adulti, in linea con le scale validate e riconosciute NRS (Numeric Rating Scale) per il dolore e la scala STAI-Y (State-Trait Anxiety Inventory) per l'ansia percepita, ho creato un pratico modello di valutazione ( Allegato 1). Per i bambini, invece, ho introdotto mezzi più giocosi e immediati, come il "Semaforo dell'ansia" ( Allegato 2 ), che aiuta il piccolo paziente a identificare il proprio stato emotivo attraverso colori e faccine, o la "tabella delle emozioni" ( Allegato 3 ), pensata per facilitare l'espressione dei vissuti anche nei più piccoli.

Questi strumenti non hanno pretesa diagnostica, ma hanno lo scopo di documentare in modo sistematico l'efficacia degli interventi di comunicazione ipnotica con adulti e bambini. ( Vedi Appendice )

## **6.2 Casi clinici: ambulatorio di Pediatria di Libera Scelta**

### **Caso clinico 1**

Bambino di 8 anni che arriva in ambulatorio accompagnato dal papà per la rimozione di alcuni punti di sutura sul terzo dito della mano destra, esito di un piccolo incidente domestico.

#### *Accoglienza/Contratto terapeutico*

Nonostante si tratti di una procedura semplice e veloce, il bambino è visibilmente spaventato. Tiene la mano nascosta dietro la schiena, evita il mio sguardo e, appena lo saluto, mi dice con tono deciso: "Farà male, vero?". Lo accolgo con calma, cercando di costruire fin da subito un clima di fiducia.

Inizio a parlare con lui delle sue passioni e lui, con un guizzo negli occhi, mi racconta che fa pugilato. Mi spiega con orgoglio che, prima di ogni allenamento, si fascia le dita e indossa i suoi guantoni, quelli veri, da campione. Mi aggancio spontaneamente a questo dettaglio: "Sai che anche oggi potresti usare i tuoi guantoni? Però speciali... fatti con garze e parole".

#### *Ordine motivato*

Gli propongo allora di provare a fare questa esperienza in modo nuovo, come se stessimo preparando il suo dito a un piccolo allenamento. "Ti va di aiutarmi? Possiamo farlo insieme, proprio come fai in palestra". Lui mi guarda incuriosito e annuisce timidamente.

#### *Attivazione immaginativa*

Mentre preparo il necessario, gli chiedo di immaginare che stiamo fasciando la sua mano come prima di un incontro: "Il tuo dito è già forte, ma con una protezione morbida, fatta di parole e di attenzione, lo sarà ancora di più. E mentre inspiri... puoi sentire l'energia salire nel tuo corpo, e mentre espiri... tutto il resto si rilassa".

#### *Ricalco*

Nel frattempo, noto che la sua postura cambia: le spalle si abbassano, il respiro rallenta. Riconosco ad alta voce il suo sforzo: "Stai facendo un ottimo lavoro. Il tuo corpo ha capito che può fidarsi". Mentre continuo a parlare con tono calmo e costante, procedo con la

rimozione dei punti, accompagnando ogni gesto con parole di rinforzo: “Ogni punto che togliamo è come un piccolo nastro che non serve più... e che lascia spazio alla guarigione.”

### *Ancoraggio*

Gli sorrido, “molto bene!”, gli chiedo di chiudere la mano sinistra in un piccolo pugno: “Questo è il tuo segnale. Quando sentirai un po’ di paura, potrai ricordarti di oggi, e stringere il pugno come quando sali sul ring. Perché il coraggio che hai usato oggi, è sempre dentro di te.”

“Come se fosse il mio guantone!” mi dice il bambino.

Terminata la procedura mi guarda stupito: “È già finito? Quando parlavi dei guantoni, mi sembrava davvero di indossarli!”.

Gli spiego che ogni volta che dovrà affrontare qualcosa che lo preoccupa potrà ricordarsi di chiudere il pugno: “Puoi sempre farlo, da solo: pensare ai tuoi guantoni, al tuo respiro... e ritrovare questa forza e questa calma.”

Il bambino lascia l’ambulatorio sorridendo, orgoglioso. Il padre mi ringrazia, visibilmente sollevato anche lui.

### *Riflessione teorica.*

Questo caso dimostra quanto la comunicazione ipnotica possa essere efficace anche in contesti pratici come la rimozione di punti di sutura in ambito ambulatoriale. E' stato possibile guidare il bambino in un’esperienza di rilassamento e immaginazione che ha modificato radicalmente la percezione del dolore e dell’evento temuto.

La scelta di utilizzare una metafora vicina al suo vissuto, come il pugilato, ha permesso al piccolo paziente di sentirsi parte attiva del processo. L’intervento non ha avuto bisogno di lunghi preparativi, ma si è innestato nella relazione e nella comunicazione, valorizzando le sue risorse.

L’ancoraggio finale (il pugno) e la proposta di riutilizzare l’esperienza in futuro rappresentano l’essenza dell’approccio ipnotico relazionale: non solo contenere un disagio, ma offrire strumenti per affrontare nuove situazioni.

## **Caso clinico 2**

Bambina di 5 anni, viene accompagnata in ambulatorio per raccogliere un campione di urina richiesto dalla pediatra. Al momento della visita, appare tranquilla, ma al momento

della raccolta riferisce di “non riuscire a fare la pipì”. Dopo vari tentativi, anche con la presenza rassicurante della madre, la bambina continua a bloccarsi, manifestando disagio e frustrazione.

### *Intervento*

Mi avvicino con tono calmo e giocoso, chiedendole se le piacciono le storie. Alla sua risposta affermativa, le propongo di ascoltarne una “magica”.

Le racconto la storia della *Fontanella Magica di Camilla*:

"C'era una volta una bambina di nome Camilla, che aveva una fontanella segreta nella pancia. Era una fontanella molto timida... che usciva solo nei posti tranquilli e sicuri.

Ma un giorno, Camilla arrivò nello studio della sua pediatra con una missione importantissima: doveva far uscire un pochino di acqua magica dalla sua fontanella, per metterla in un piccolo vasetto speciale... che sarebbe stato mandato in viaggio per scoprire se tutto stava andando bene dentro di lei.

Camilla, allora, fece un gioco: chiuse un attimo gli occhi e immaginò di essere in un prato con l'acqua che scorreva piano piano... un ruscello, leggero, fresco... che faceva solletico e scendeva giù...

La fontanella, sentendo tutto quel relax e quella fantasia, iniziò pian pianino ad aprirsi... e plin, plin, plin... uscì l'acqua magica, proprio al momento giusto.

Quando finì, Camilla si sentì leggera, fiera e felice. Aveva compiuto la sua missione da esploratrice dell'acqua segreta! E il vasetto era pronto per partire."

Durante la narrazione, accompagno la bambina con la voce lenta e immagini semplici, suggerendo di ascoltare il proprio corpo e sentire cosa vuole fare. La storia termina con un invito implicito alla spontaneità e al lasciar fluire.

### *Esito*

La bambina resta in silenzio, assorta. Dopo circa un minuto, chiede di rimanere sola con la mamma e poco dopo riesce a fare la pipì nel contenitore. Al suo ritorno mostra un sorriso soddisfatto, e le viene riconosciuto il merito di aver trovato il modo giusto per aiutare la sua fontanella magica.

### *Riflessione teorica*

L'intervento ipnotico ha preso forma attraverso una metafora narrativa, utilizzata come strumento di comunicazione ipnotica. L'approccio si è basato su immagini, rispettosa dei

tempi e dei segnali della bambina. La narrazione le ha permesso di spostare l'attenzione dal compito ansiogeno alla dimensione immaginativa, favorendo il rilassamento e la spontaneità del gesto. La comunicazione ipnotica in ambito pediatrico si dimostra ancora una volta una risorsa preziosa, capace di trasformare un blocco funzionale in un'esperienza positiva e potenziante.

### **Caso clinico 3**

Bambino di 6 anni, soffre di stipsi funzionale e in alcuni episodi necessita di clistere evacuativo. I genitori si rivolgono alla pediatra per un episodio di addominalgia e mancata evacuazione da tre giorni. Il bambino arriva sofferente e imbarazzato, accompagnato da entrambi i genitori.

#### *Contratto terapeutico*

Accolgo il bambino con voce calma e atteggiamento non giudicante. Mi rivolgo direttamente a lui, spiegandogli che oggi cercherò di aiutarlo a “svuotare la pancia” e che avrò bisogno della sua collaborazione. Gli chiedo se è d'accordo nel seguire alcune indicazioni che gli darò. Il suo annuire è il primo segnale di adesione.

Comunico al piccolo (e ai genitori) l'obiettivo in modo positivo:

“Se lavoriamo insieme, potremo aiutare la pancia a rilassarsi e magari far uscire tutto senza fastidi.”

Rendo il linguaggio adatto alla sua età, orientando l'obiettivo non solo all'evacuazione, ma anche alla possibilità che “sia lui ad aiutare il suo corpo a funzionare meglio”.

#### *Descrizione*

Mentre si sdraia sul lettino, gli dico:

“Vedo che stai cercando la posizione più comoda, va bene così... puoi metterti comodo piano piano.”

Questo mi consente di iniziare a stabilire un ritmo condiviso, rispettando il suo tempo.

Continuo con osservazioni sensoriali neutre e riconoscibili:

“Puoi sentire il lettino che ti sostiene e se ti concentri puoi anche accorgerti dell'aria che entra dal naso e esce dalla bocca...”

#### *Focalizzazione e guida*

Introduco la proposta operativa, coinvolgendo il padre che si siede accanto:

“Guarda papà! Quando ti do il via, conti fino a tre e poi fai un grande soffio, come

quando spegni le candeline o fai le bolle di sapone.”

“1... 2... 3... soffia! Bravissimo. Ogni volta che soffierai, la pancia si rilasserà sempre un po' di più...”

### *Ratifica*

Il tono del corpo cambia, l'addome diventa più morbido. Lo osservo e dico: “Sta già funzionando. Il tuo corpo sta ascoltando il tuo soffio.”

Durante la procedura, continuo a rinforzare positivamente con brevi frasi (“Sei davvero forte!”, “Stai aiutando il tuo corpo”). La sonda viene inserita con delicatezza, e il rilassamento addominale facilita tutto il processo.

### *Ancoraggio*

Il gesto del soffio viene valorizzato come risorsa da usare ogni volta che sentirà la pancia tesa: “Il soffio è il tuo pulsante magico per far funzionare meglio la pancia.”

### *Riorientamento*

Concludo riportando la sua attenzione nel “qui e ora” e sottolineo con semplicità: “Hai fatto un lavoro bellissimo, e l'hai fatto tu con il tuo soffio.”

Lo incoraggio a ricordare che può usare quel gesto anche a casa, se la pancia si blocca.

### *Esito*

Terminato il clistere il piccolo paziente viene aiutato a rivestirsi e invitato a camminare un po' in sala d'attesa. Dopo qualche minuto, lo stimolo evacuativo si presenta e il bambino riesce a evacuare, ottenendo beneficio.

### *Riflessione teorica*

Questo esempio evidenzia come, in pediatria, la comunicazione ipnotica può accompagnare il bambino nel vissuto corporeo.

La proposta di un compito attivo e immaginativo ha concentrato l'attenzione su un'azione familiare, distogliendo il focus dall'atto procedurale. L'uso del respiro e del conteggio come ritmo interno ha agito come modulatore del tono emotivo e del rilassamento fisiologico.

Questo tipo di approccio, in età pediatrica, assume un valore particolare, poiché permette al bambino di restare protagonista della propria esperienza corporea, contenendo ansia e dolore.

## 6.3 Casi clinici: ambulatorio Medico di Medicina Generale

### Caso clinico 1

Somministrazione intramuscolare di Acido Clodronico.

Donna, 52 anni, è stata sottoposta da poco a un intervento di protesi d'anca sinistra. Si presenta in ambulatorio per la prima di una serie di iniezioni prescritte dal medico. È visibilmente agitata, teme il dolore e manifesta il dubbio di voler proseguire il trattamento.

#### *Contratto terapeutico*

Accolgo con empatia il suo timore, senza giudicare, e le propongo un modo nuovo per affrontare l'iniezione:

*"Capisco bene quanto possa spaventare questa situazione. Se ti va, possiamo affrontarla insieme in un modo più sereno, usando qualche tecnica che potrebbe aiutarti a vivere questa situazione in modo nuovo e diverso."*

La paziente annuisce con esitazione, ma accetta.

#### *Ordine motivato*

Le do una consegna che mette al centro la sua autonomia:

*"Scegli tu la posizione in cui ti senti più comoda, in piedi o sdraiata. È importante che ti senta stabile e sicura."*

Lei decide di rimanere in piedi, appoggiata con le mani al lettino. L'invito è rispettoso e in linea con il suo bisogno di controllo.

#### *Descrizione*

Raccolgo ciò che osservo:

*"Vedo che hai scelto di rimanere in piedi, sento che il tuo respiro è ancora un po' veloce... ma le tue mani sono ferme e questo è già un buon segno."*

Questo passaggio rinforza la relazione e la consapevolezza della propria stabilità.

#### *Ricalco*

Entro nel suo vissuto percettivo:

*"Ora puoi accorgerti di come il muro davanti a te ti aiuta a mantenere lo sguardo fisso... e mentre stai lì, puoi notare come il respiro entra un po' più freddo... ed esce un po' più caldo..."* La signora annuisce con un cenno del capo.

La voce è calma e ritmica, il tono supportivo.

#### *Suggestione*

Offro un'esperienza sensoriale alternativa alla paura:

*"E mentre l'aria entra ed esce, potresti cominciare a notare come le spalle si rilassano da sole... come se ogni espirazione ti aiutasse ad alleggerire anche la preoccupazione..."*

Nel frattempo, preparo e somministro l'iniezione con delicatezza.

#### *Ratifica*

Confermo ciò che sta avvenendo:

*"Ecco, hai fatto tutto perfettamente. L'iniezione è già finita e hai gestito ogni momento con grande forza. Te ne sei accorta?"*

La paziente appare sorpresa, poi sollevata. Sorride, visibilmente più serena.

#### *Ancoraggio*

Creo un richiamo per le sedute future:

*"Questo stato di calma che hai trovato oggi può diventare il tuo alleato. Ti basterà ricordare questo momento e riprendere quel respiro lento e regolare... sarà la tua forza anche le prossime volte."*

Lei annuisce, come se avesse appena acquisito un nuovo strumento.

#### *Riorientamento e racconto*

La accompagno nel ritorno alla piena presenza:

*"Ora puoi fare due respiri profondi e riorientarti nel qui e ora, sapendo di aver appena superato una sfida."*

La paziente condivide spontaneamente la sua sorpresa: *"Non credevo fosse così... è andata bene davvero!"*

#### *Riflessione teorica*

Questo caso dimostra come la comunicazione ipnotica, anche in contesti brevi e pratici come un'iniezione ambulatoriale, possa trasformare radicalmente l'esperienza del paziente. Ha permesso di ridurre lo stato d'allerta e promuovere fiducia. Il momento dell'ancoraggio è diventato un punto di partenza per le sedute successive, potenziando l'autoefficacia e l'adesione terapeutica. Anche in una breve interazione, la comunicazione ipnotica consente di costruire uno spazio sicuro in cui il paziente si sente ascoltato, guidato e valorizzato.

## **Caso clinico 2**

Donna, 61 anni, ipertesa in trattamento farmacologico, presenta valori pressori spesso al limite superiore nonostante l'aderenza terapeutica. L'automisurazione domiciliare le risulta

impossibile: la sensazione del manicotto che stringe il braccio le provoca una reazione ansiosa, rendendo inaffidabili le rilevazioni anche in farmacia. Per questo motivo, si reca regolarmente in ambulatorio ogni 10-15 giorni per la misurazione eseguita da me, con sfigmomanometro manuale.

### *Contratto terapeutico*

Inizio con un ascolto empatico e non giudicante. Raccolgo il bisogno della paziente (“non riesco a misurarmi la pressione da sola”) e ne riconosco il valore. Le propongo un piccolo percorso per provare a modificare questa situazione, e lei accetta con una fiducia cauta. Le spiego che possiamo confrontare insieme il suo misuratore con quello in ambulatorio per iniziare a sentirsi più sicura. L’obiettivo condiviso è quello di provare a misurarsi la pressione in autonomia, in modo graduale, senza forzature.

### *Intervento*

“Vedo che sei agitata quando parli del tuo misuratore, e ti capisco... anche il solo pensiero del bracciale che stringe ti dà fastidio...”

“Eppure... potresti cominciare a pensare che quel bracciale sta solo cercando di aiutarti... sta stringendo come farebbe uno scarpone da sci... quello che deve essere saldo, ben allacciato, per poterti lasciare andare giù per la pista... in tutta sicurezza.”

(La metafora è stata scelta in base alla passione della paziente per lo sci.)

Durante la conversazione, la signora sorride. Riconosce la sensazione dello scarpone come qualcosa di familiare e rassicurante. Dice che forse potrà provare.

“E magari... una mattina, a casa... potresti scegliere un momento tranquillo, sederti, e immaginare quel bracciale come fosse lo scarpone... sentire che ti dà stabilità... e magari riuscire a farlo anche da sola...”

Il riferimento allo “scarpone” viene ripreso come stimolo visivo e sensoriale, da riattivare al bisogno.

Concludo rafforzando l’esperienza positiva vissuta in ambulatorio e dandole un successivo appuntamento.

### *Esito*

Alla visita successiva, la paziente racconta con orgoglio e soddisfazione di essere riuscita a misurarsi la pressione da sola a casa, senza agitazione. Mostra il diario pressorio e si definisce “più sicura”, è serena. Le restituisco il merito di questo cambiamento,

sottolineando il merito nell'aver attivato le proprie risorse personali.

### *Riflessione teorica*

Questo caso evidenzia l'efficacia della comunicazione ipnotica e suggestiva nella relazione infermiere-paziente, anche in situazioni cliniche routinarie come il monitoraggio pressorio. L'ostacolo principale non era di natura clinica, bensì emotiva e percettiva: la paziente sperimentava un vissuto di ansia anticipatoria legato alla sensazione di costrizione del bracciale, che le impediva di svolgere autonomamente una procedura semplice, ma importante per il suo percorso terapeutico.

Attraverso una metafora su misura, legata a un'esperienza positiva e familiare (lo scarpone da sci, simbolo di controllo e libertà), è stato introdotto un elemento di ristrutturazione cognitiva e sensoriale. La paziente ha interiorizzato il nuovo significato associato alla sensazione fisica (“da costrizione minacciosa” a “contenimento rassicurante”) e ha potuto così recuperare la capacità autonoma di autogestione, con un miglioramento oggettivo dei parametri e del vissuto emotivo.

### **Caso clinico 3**

Signora di 45 anni arriva in ambulatorio per la medicazione dell'alluce destro, dopo una ferita da taglio con tosaerba. È con le stampelle, accompagnata dal fratello che resta in sala d'attesa. È visibilmente preoccupata e mi racconta che in pronto soccorso, durante la medicazione, ha provato molto dolore. Mi mostra le indicazioni lasciate per i successivi controlli e riferisce che, sebbene assuma analgesici ad orario, ha molta paura di rivivere quell'esperienza. Accolgo le sue parole, riconosco la sua preoccupazione e mi presento offrendole la possibilità di provare una modalità diversa per affrontare la medicazione.

#### *Creazione del legame e definizione dell'obiettivo*

Stimolo la fiducia spiegandole che l'obiettivo è poter vivere il momento della medicazione in maggiore serenità, riducendo l'ansia e il disagio. Le chiedo se è d'accordo nel provare insieme un'esperienza guidata di rilassamento: la signora acconsente.

La invito a salire sul lettino e a trovare una posizione comoda. Le suggerisco di porre attenzione al respiro, di inspirare profondamente e di notare come, ad ogni espirazione, il corpo si rilassi un po' di più. Le dico che, se vuole, può chiudere gli occhi “così sarà più facile immaginare”. La paziente chiude gli occhi.

#### *Descrizione e ricalco*

Le faccio notare ciò che osservo: “vedo che ha chiuso gli occhi”, e ricalco la sua

esperienza: “può accorgersi di come il corpo sia ben appoggiato al lettino”.

### *Focalizzazione e guida*

Con parole semplici la guido a immaginare un luogo sicuro e piacevole, collegando le sensazioni fisiche al rilassamento crescente: “e mentre respira, può rendersi conto che ogni parte del corpo diventa piacevolmente rilassata... sempre di più...”.

### *Suggestione e ratifica*

Le propongo di immaginare un luogo a lei caro in cui si sente protetta e tranquilla. Dopo qualche istante, le chiedo un piccolo segno: “se si sente a suo agio, può muovere l’indice della mano sinistra. La signora lo fa: ratifico la risposta dicendo “molto bene, sta facendo un ottimo lavoro”.

Mentre procedo con la medicazione del moncone, mantengo la comunicazione ipnotica, rinforzando la sua esperienza immaginativa e sostenendo la sensazione di sicurezza.

### *Ancoraggio*

Prima di terminare, le propongo di associare a questa esperienza positiva un gesto semplice: unire pollice e indice come se fosse un interruttore da poter utilizzare ogni volta che lo desidera. La paziente esegue.

### *Riorientamento*

“Dopo questa esperienza di rilassamento il suo corpo si è caricato dell'energia necessaria per affrontare questa procedura. L'energia fluisce nel suo corpo dai piedi ben ancorati al terreno come le radici di una pianta e risale su, in tutto il corpo, come la linfa vitale sale attraverso le radici e nutre tutta la pianta”. Con calma la invito a riprendere contatto con il qui e ora, sentire di nuovo il corpo sul lettino, le gambe, le braccia, il respiro... fino a riaprire gli occhi al suo ritmo.

### *Racconto*

Al risveglio mi racconta che si è immaginata al mare in Croazia, luogo legato alla sua adolescenza, e che durante la medicazione si sentiva lì, serena, non disturbata dal dolore. Le spiego che potrà utilizzare il gesto di pollice e indice per richiamare questo stato nelle prossime medicazioni, come forma di autoipnosi. La signora sorride “è stata una esperienza molto particolare, rilassante” e dice di sentirsi più tranquilla.

### *Riflessione teorica*

Nel caso presentato, l’applicazione della comunicazione ipnotica ha consentito di accogliere la paziente e ridurre il vissuto di paura legato alla precedente esperienza in

pronto soccorso. L'immagine del mare in Croazia è un esempio di monoideismo plastico, concetto centrale nella teoria granoniana, che descrive la focalizzazione su un contenuto psichico capace di determinare una modificazione concreta della percezione soggettiva e del vissuto corporeo.

L'introduzione di un gesto di ancoraggio, ottenuto mediante l'unione di pollice e indice, ha reso possibile l'associazione a una suggestione post-ipnotica, consentendo alla paziente di richiamare autonomamente lo stato di rilassamento e benessere sperimentato durante la trance. In tal senso, l'ipnosi favorisce empowerment e partecipazione attiva, permettendo di trasformare un atto assistenziale doloroso in un'esperienza positiva e collaborante di cura.

#### **Caso clinico 4**

Giovane di 32 anni si presenta in ambulatorio per la medicazione del palmo della mano destra, lesionata da un'abrasione sull'asfalto a seguito di una caduta in moto. Si mostra teso e preoccupato per il dolore che teme di provare durante la procedura.

##### *Accoglienza*

Viene accolto con un atteggiamento empatico e rassicurante, riconoscendo la sua preoccupazione. Mi presento e gli propongo di utilizzare una tecnica di rilassamento ipnotico per aiutarlo a tollerare meglio il dolore durante la medicazione. Il ragazzo accetta, mostrando curiosità e disponibilità.

##### *Creazione del legame e definizione dell'obiettivo*

Raccolgo il suo bisogno e definisco l'obiettivo comune: ridurre la percezione del dolore durante la medicazione e permettergli di vivere l'esperienza in modo più sereno.

Lo invito a sedersi comodo e a concentrarsi sul respiro: ogni inspirazione porta energia, ogni espirazione alleggerisce la tensione. Gli suggerisco di chiudere gli occhi "così sarà più facile immaginare" e lui lo fa, accettando le indicazioni.

##### *Descrizione e ricalco*

Osservo e descrivo: "vedo che le spalle si sono abbassate", e ricalco la sua esperienza: "puoi accorgerti di come il corpo inizi ad essere più rilassato,

##### *Focalizzazione e guida*

Lo accompagno a spostare l'attenzione dal dolore alla percezione del respiro e del corpo rilassato, collegando le sensazioni fisiche a immagini piacevoli: "e mentre respiri, puoi

immaginare di indossare un guanto fresco e protettivo sulla tua mano... che la avvolge e la rende insensibile, un po' come la sensazione di intorpidimento che magari hai provato da bambino giocando a palle di neve ”.

### *Suggestione e ratifica*

Propongo di immaginare questo guanto come una barriera analgesica: la mano è lì, ma il fastidio non arriva. Gli chiedo un segno di conferma, per esempio muovere un dito della mano sana, e lui risponde positivamente. Ratifico dicendo: “molto bene, sta funzionando, sei tu che lo stai realizzando”.

Inizio la pulizia della ferita, continuando a guidarlo nell'immaginare la protezione sulla mano. Il ragazzo appare tranquillo, mantiene il respiro regolare e non mostra segni di sofferenza evidente.

### *Ancoraggio*

Prima di concludere, gli propongo di associare questo stato a un gesto semplice, stringere leggermente il pugno della mano sana, in modo da poter riattivare la sensazione di analgesia quando ne avrà bisogno.

### *Riorientamento e racconto*

Lo invito gradualmente a riprendere contatto con il qui e ora, a sfilare il guanto dalla sua mano, sentire di nuovo la posizione del corpo, il respiro, il pavimento sotto i piedi, fino a riaprire gli occhi.

Mi dice che si è immaginato come protetto da un guanto fresco e che sentiva la mano lontana, quasi separata dal corpo, senza dolore significativo. Sorride, stupito della facilità con cui è riuscito a concentrarsi. Gli spiego che potrà utilizzare il gesto del pugno come autoipnosi, richiamando la stessa sensazione analgesica nelle medicazioni successive.

### *Riflessione teorica*

L'esperienza del giovane motociclista mostra come l'ipnosi, può essere un valido strumento infermieristico per ridurre dolore e ansia durante procedure dolorose. La concentrazione sull'immagine del guanto fresco e protettivo rappresenta un esempio di monoideismo plastico, in cui la mente, focalizzandosi su un'unica immagine, modifica realmente la percezione corporea, producendo un effetto analgesico. L'uso dell'ancoraggio con il pugno della mano sana ha reso possibile trasformare questa esperienza in una risorsa personale, richiamabile in autonomia. In questo modo, l'ipnosi non è solo una tecnica di rilassamento, ma diventa parte integrante della cura infermieristica, favorendo

fiducia, partecipazione attiva ed empowerment del paziente.

### **Caso clinico 5**

Donna, 79 anni, affetta da osteoporosi, giunge in ambulatorio per la somministrazione sottocutanea di Denosumab, come da prescrizione medica. Si definisce agofobica e manifesta fin dal primo contatto una forte ansia anticipatoria. Riferisce precedenti esperienze dolorose e dichiara che “sicuramente sentirà male”. All’ingresso chiede di sdraiarsi, temendo un mancamento.

#### *Contratto terapeutico implicito: non avviato*

Accolgo la richiesta della paziente di sdraiarsi, offrendole ascolto e rispetto. Cerco di proporle un’esperienza diversa, suggerendole una tecnica di rilassamento guidato. Tuttavia, non ricevo segni di apertura o accettazione: la sua comunicazione non verbale e l’assenza di segnali di adesione indicano che il contratto terapeutico implicito non si è instaurato.

#### *Ordine motivato / obiettivo condiviso: non raggiunto*

Propongo ugualmente alla signora un piccolo esercizio di focalizzazione sul respiro per contenere l’ansia, spiegandole che può aiutarla a vivere il momento con meno disagio. Tuttavia, il suo obiettivo esplicito resta “fare in fretta”, e non emerge alcuna motivazione o desiderio di gestire l’esperienza in modo nuovo. Il bisogno urgente è concludere la procedura e andarsene.

#### *Tentativo di induzione e interruzione*

Le propongo con tono calmo di chiudere gli occhi e ascoltare il ritmo del suo respiro. La signora chiude gli occhi.

“Può notare come l’aria entra un po’ più fresca ed esce un po’ più calda...”

Provo a introdurre una visualizzazione guidata:

“Se vuole, può immaginare un posto dove si sente bene...”

Durante la preparazione dell’iniezione, la paziente apre gli occhi e interrompe la proposta con decisione:

“Mi faccia questa benedetta puntura, così posso tornare a casa.”

In questo momento è evidente che non vi sono le condizioni per proseguire: lo stato emotivo è troppo acuto, e non si è formato un minimo spazio per la relazione ipnotica.

### *Esecuzione della procedura*

Rispetto il bisogno della paziente di sentirsi “al sicuro nel controllo”, evitando ulteriori proposte. Eseguo l’iniezione con rapidità, riducendo al minimo i tempi e gli stimoli, mantenendo la mia presenza calma ma discreta.

### *Esito e osservazioni*

La somministrazione viene completata senza complicazioni cliniche, ma in un clima emotivo di forte tensione. La paziente resta rigida, con il volto contratto. Non vi è condivisione, né verbalizzazione dell’esperienza post-iniezione. Tuttavia, riconosco che rispettare il suo limite è parte integrante della cura.

### *Riflessione*

Questo è un esempio importante del mio limite come operatore nell'applicazione della comunicazione ipnotica, in questo caso:

- La relazione di fiducia (rapport) non si è sviluppata;
- Il bisogno esplicito era diverso: la paziente cercava protezione attraverso il controllo, non una nuova esperienza guidata;
- Lo stato emotivo risultava troppo intenso e impermeabile a ogni tentativo di modulazione;
- Il contesto operativo non permetteva una gestione più distesa.

Come infermiera, in questa situazione il mio compito non era “insistere” ma riconoscere con lucidità e rispetto che l’intervento ipnotico non era indicato, perché era mancata a monte una buona fase di accoglienza. Ciò non ha permesso l'instaurarsi fin da subito del rapporto di fiducia. Non ho saputo cogliere il vero bisogno della paziente e costruire un obiettivo condiviso aumentando di conseguenza la critica della signora, rendendo impossibile in quel contesto avviare un cambiamento.

## **6.4 Il contratto terapeutico nella relazione ipnotica: una riflessione a partire dalla pratica**

Nel mio percorso di sperimentazione della comunicazione ipnotica, ho potuto osservare quanto sia importante il contratto terapeutico, che si instaura sin dall'inizio tra infermiere e paziente.

Nel contesto della comunicazione ipnotica, esso rappresenta il punto di partenza fondamentale per ogni intervento. Non si tratta di un accordo formale, bensì di una intesa che nasce dall'incontro tra due persone: da un lato il paziente, con i suoi bisogni, timori e risorse; dall'altro l'infermiere, che offre ascolto, accoglienza e presenza autentica.

È in questo spazio iniziale che si costruisce la fiducia, condizione imprescindibile perché il paziente possa aprirsi all'esperienza proposta. È il momento in cui si raccoglie un bisogno e si stimola un desiderio di cambiamento; in cui si chiarisce, con parole semplici e motivate, l'obiettivo condiviso dell'intervento facendo in modo che sia accettato dal paziente.

Il paziente accetta di entrare in relazione, riconosce l'infermiere come guida e, sentendosi "visto" e rispettato, è più incline a lasciarsi accompagnare.

Come mostrano i casi clinici riportati, questo primo passaggio ha consentito l'attivazione di risorse interne e un coinvolgimento attivo dei pazienti. È attraverso il linguaggio, che l'infermiere accoglie il paziente e inizia a costruire l'alleanza.

<E' sul linguaggio e sulla parola, definita strumento d'azione, che si fondano il rapporto interpersonale e ogni scambio dialettico tra medico e malato.

Le parole sono stimoli di immagini e di riflessi condizionati; esse devono essere semplici e chiare>.<sup>7</sup>

Il potere neurolinguistico delle parole è utilizzato per creare immagini, per portare il paziente a un cambiamento, crea un ponte tra il mondo interno del paziente e quello dell'operatore, un invito a costruire insieme un percorso di cura nuovo e diverso. In questo senso, il contratto terapeutico non è solo l'avvio del processo ipnotico, ma ne costituisce anche il fondamento etico e relazionale, rendendo possibile ogni successivo passaggio di cambiamento.

< Indispensabile, comunque, per ogni tecnica è basare la comunicazione secondo il sistema recettivo proprio del soggetto, che può essere visivo, uditivo o cenestesico, dacché gli uomini rappresentano le loro esperienze mediante

---

<sup>7</sup> Granone, F. (1989). *Trattato di ipnosi* (Vol. 1-2). Torino: UTET. Pag.47 Vol.1

diversi canali d'informazione>. <sup>8</sup>



### 6.5 Trance e comunicazione ipnotica: un ponte tra teoria e pratica quotidiana

Nel contesto dell'ipnosi clinica, < la trance è una forma modificata di coscienza egoica caratterizzata da un aumento dell'assorbimento nell'esperienza interna, mentre parallelamente si modifica la percezione dell'ambiente esterno, dello spazio e del tempo e l'interazione con essi, che può dare adito a stati mistici, estatici, creativi, artistici, secondo le capacità costituzionali e culturali proprie del soggetto. Quando compaiono in questo stato di trance fenomeni di ideoplasia auto- o etero-indotti, orientati e deliberatamente accettati dal soggetto, è più opportuno parlare di trance ipnotica o semplicemente di ipnosi><sup>9</sup>

In ambito ambulatoriale, specialmente nelle pratiche infermieristiche di medicina generale

<sup>8</sup> Granone, F. (1989). *Trattato di ipnosi* (Vol. 1-2). Torino: UTET. Pag. 106 Vol.1

<sup>9</sup> Casiglia E, Croce D, Facco E, Foppiani E, Granone P, Iannini R, Lapenta AM, Miroglio G, Muro M, Scaglione M, Somma M. (2024). "Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS". Trento: Ancora Editrice. P. 6

e pediatria di libera scelta, questa dimensione spontanea della trance può essere delicatamente favorita attraverso la comunicazione ipnotica, anche in assenza di induzioni strutturate.

Nei casi clinici raccolti, gli interventi non avevano l'obiettivo di generare una trance profonda, ma di creare un campo relazionale protetto in cui il paziente entrasse naturalmente in uno stato di maggiore centratura e fiducia, spostando l'attenzione dall'ansia o dal dolore verso sensazioni più rassicuranti e risorse interne attive.

Durante i miei interventi, un invito a seguire il respiro, una metafora cucita sulle parole del paziente, un silenzio che sostiene, hanno mostrato la capacità di trasformare la percezione del momento. La comunicazione ipnotica non è solo una tecnica: è una forma di presenza sintonica, capace di accompagnare, rassicurare e trasformare.

In questo modo, la trance si configura come un ponte tra teoria e pratica, tra ciò che si apprende nei contesti formativi e ciò che si realizza nella quotidianità del prendersi cura. È un processo di trasformazione, in cui l'infermiere, attraverso il linguaggio e la relazione, costruisce con il paziente uno spazio di fiducia dove la cura prende forma.

## **6.6 Riflessione personale**

Durante il percorso di formazione in Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica presso l'Istituto Franco Granone e nel mio quotidiano lavoro infermieristico in ambito ambulatoriale, ho avuto l'opportunità di osservare con crescente consapevolezza quanto la comunicazione, possa trasformarsi in uno strumento terapeutico potente.

Esperienze apparentemente semplici, come aiutare una paziente a superare la paura della misurazione pressoria o accompagnare un bambino durante una procedura delicata, hanno rivelato l'efficacia della comunicazione ipnotica nel ridurre ansia, migliorare la compliance e rafforzare la relazione terapeutica.

Questa formazione ha arricchito il mio ruolo professionale, restituendomi una maggiore consapevolezza del valore delle parole, dei silenzi, dell'attenzione all'altro. L'ipnosi non è solo una tecnica: è uno sguardo diverso sulla relazione di cura, che rende il paziente protagonista e l'infermiere un alleato nel percorso verso il benessere.

Ogni incontro con i pazienti è diventato anche uno spazio di osservazione e riflessione su come modulare la comunicazione, rispettare i tempi dell'altro, accettare la possibilità del "non risultato".

## **Capitolo 7 – Considerazioni finali e prospettive future: tra pratica, consapevolezza e visione condivisa**

L'esperienza raccontata in queste pagine ha dimostrato come la comunicazione ipnotica, anche al di fuori di un contesto formale di ipnosi, possa diventare una risorsa concreta, quotidiana e profondamente umana. L'infermiere che sceglie di accogliere il paziente con uno sguardo attento, che calibra le parole, i gesti, i silenzi, che propone immagini e possibilità, sta già compiendo un gesto ipnotico nel senso più autentico: sta entrando in relazione, sta accompagnando, sta prendendosi cura.

Nel lavoro ambulatoriale, dove i tempi sono stretti e i bisogni molteplici, l'induzione ipnotica non sempre può essere applicata nella sua interezza. Tuttavia, la mappa dell'induzione illustrata durante la formazione presso l'Istituto Franco Granone si è rivelata uno strumento prezioso, che ho imparato a rendere flessibile e adattabile, proprio come ogni incontro clinico richiede. Alcune fasi, come il contratto terapeutico, il ricalco, la guida, la suggestione o l'ancoraggio, sono diventate parte integrante del mio modo di comunicare, anche nei pochi minuti di un'iniezione, nella delicata attesa prima di un clistere, o durante la rimozione di punti su un dito ferito.

Questa tesi testimonia come la comunicazione ipnotica sia una competenza trasversale, che può essere appresa, allenata, e soprattutto vissuta. È una forma di presenza. È un modo per restituire potere e fiducia ai pazienti, anche e soprattutto nei piccoli gesti della cura.

L'utilizzo di pratici strumenti di valutazione, come il "semaforo dell'ansia" o "l'arcobaleno delle emozioni", ha reso visibile qualcosa che spesso resta implicito: il cambiamento. Questo può essere osservato, registrato e restituito al paziente come prova tangibile della propria capacità di affrontare e superare la difficoltà. L'autoipnosi, proposta in alcuni casi, si è configurata come una forma di autonomia e consapevolezza: un gesto da portare con sé, come un regalo che rimane anche dopo il congedo.

Ciò che mi sembra più importante sottolineare, alla fine di questo percorso, è che la relazione non è solo il contenitore dell'intervento: è l'intervento stesso. La comunicazione ipnotica rende visibile questa realtà e apre la strada a una visione condivisa della cura, dove infermiere e paziente camminano insieme, costruendo un'esperienza terapeutica.

Tuttavia, per valorizzare pienamente queste competenze, è necessario superare alcune barriere culturali e normative, investendo nella formazione specifica, nell'inserimento

dell'ipnosi tra le competenze cliniche trasversali e nel riconoscimento del suo valore all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

Questa tesi ha rappresentato un'occasione preziosa per fermarmi a riflettere, mettere in ordine pensieri, esperienze e strumenti acquisiti durante il mio percorso formativo e professionale. Attraverso lo studio dell'Ipnosi Clinica e della Comunicazione Ipnologica, ho potuto ampliare il mio sguardo sull'assistenza infermieristica in ambito ambulatoriale, valorizzando il potere della relazione, delle parole, dell'ascolto profondo.

In questo contesto, maturando professionalmente nella realtà della Valle d'Aosta, si è fatto sempre più chiaro in me un desiderio: poter lavorare un giorno in un'équipe dove anche i medici di medicina generale e la pediatra di libera scelta con cui collaboro, siano formati in Ipnosi Clinica. Una visione condivisa, fondata su strumenti comuni, potrebbe amplificare l'efficacia dell'intervento assistenziale, restituendo ai pazienti un'esperienza di cura ancora più armonica e umanizzata.

Forse è un sogno ambizioso, ma credo che i sogni professionali, quando nascono da un'esperienza vissuta sul campo e da un desiderio autentico di miglioramento, possano diventare progetti reali.

Questa tesi è un primo passo in quella direzione.

## CONCLUSIONI

Nel corso di questo elaborato è stato esplorato il valore della comunicazione ipnotica come risorsa clinica e relazionale all'interno dell'ambito infermieristico ambulatoriale, con un focus particolare sul contesto della medicina generale e della pediatria di libera scelta. A partire da una solida base teorica e scientifica, integrata con esperienze cliniche personali, è emersa una visione dell'ipnosi come uno strumento etico integrabile nella quotidianità della cura.

Attraverso la formazione, l'integrazione con il team medico e il riconoscimento delle proprie competenze relazionali, l'infermiere può valorizzare il proprio ruolo all'interno di un paradigma di cura più umano, profondo e rispettoso. L'approccio ipnotico non sostituisce le terapie convenzionali, ma le coadiuva, le potenzia e le umanizza, rendendo ogni atto assistenziale anche un atto comunicativo, per promuovere il benessere della persona assistita.

Particolare rilievo assume, in questo contesto, l'esperienza formativa offerta dall'Istituto Franco Granone, che da anni promuove un approccio rigorosamente scientifico all'ipnosi clinica. I contenuti, gli strumenti e la metodologia trasmessi nel corso di formazione a cui questa tesi fa riferimento, hanno permesso di comprendere appieno il valore dell'ipnosi come pratica etica, relazionale e terapeutica, accessibile e utile anche per l'infermiere.

In conclusione, la sfida non è solo integrare l'ipnosi nella clinica, ma riconoscere la forza terapeutica della relazione stessa e in essa, le parole degli operatori sanitari hanno un peso specifico, un valore scientifico e un potere che può, davvero curare.

## BIBLIOGRAFIA

### Fonti scientifiche e storiche:

- Granone, F. (1989). *Trattato di ipnosi* (Vol. 1-2). Torino: UTET.
- Casiglia E, Croce D, Facco E, Foppiani E, Granone P, Iannini R, Lapenta AM, Miroglio G, Muro M, Scaglione M, Somma M. (2024). *“Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS”*. Trento: Ancora Editrice.
- Facco, Foppiani & Granone (2025). *“Hypnosis: The Modern Scientific Version of a Timeless Healing Technique”*
- Facco et al. (2018). *“Functional Magnetic Resonance Imaging Demonstrates That Hypnosis Is Conscious and Voluntary”*
- Casiglia E. (2015). *“Trattato di ipnosi e altre modificazioni di coscienza”*. Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova.
- Regaldo G. (2012). *“Manuale di ipnosi medica rapida”*. Roma: Armando Editore.
- Yapko M.D. (2007). *“Lavorare con l'ipnosi – un'introduzione alla pratica clinica”*. (L.Capuzzo, Trad.). Roma: Astrolabio.
- Fasciana, M. L. (2022). *“Il segreto della foca Eufemia: una fiaba ipnotica per affrontare ansia e paura da eventi traumatici contemporanei”*. Alpes Italia.
- Benedetti F. (2018). *“La speranza è un farmaco. Come la parole possono vincere la malattia”*. Torino: Modadori.
- Pert, C. B. (1997). *“Molecole di emozioni. Il significato delle emozioni e delle sensazioni”*. Milano: Corbaccio.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (1980). *“Metafora e vita quotidiana”*. Milano: Bompiani.
- Rosenberg, M. B. (2003). *“Le parole sono finestre (oppure muri). Introduzione alla comunicazione nonviolenta”*. Esserci Edizioni.
- Casula, C. C. (2002). *“Giardinieri, principesse, porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale”*. Milano: Franco Angeli.

### Fonti normative e deontologiche:

- FNOPI. (2025). *Codice Deontologico dell'infermiere*. Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche.
- Ministero della Sanità. (1994). *Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n.739*.
- *Legge 10 agosto 2000, n.251*.
- *Legge 8 marzo 2017, n.24*.

- Legge 26 febbraio 1999, n.42.
- Legge 15 marzo 2010, n.38.

**Sitografia:**

- CIICS – Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale. (s.d.). *Materiali formativi e pubblicazioni*. Disponibile su: <https://www.ciics.it>
- SII - Società Italiana di Ipnosi. Disponibile su: <https://www.societaipnosi.it>
- ASIECI – Associazione Scientifica Infermieri Esperti in Comunicazione Ipnotica: <https://www.asieci.it>
- FNOPI – Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche: <https://www.fnopi.it>








## ALLEGATI

# INDICATORI VALUTATIVI

## COMUNICAZIONE IPNOTICA – ADULTI





  


### Dolore - Scala NRS/VAS

										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nessun dolore										Peggior dolore

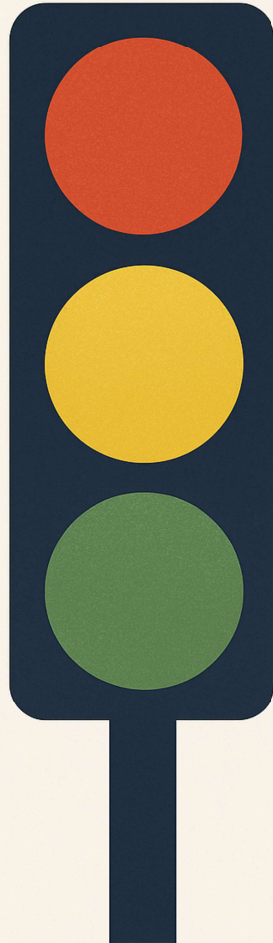
### Ansia - Scala STAI-Y

			
Per niente	Poco	Abbastanza	Molto



Allegato 1 - Indicatori di valutazione pre/durante intervento di comunicazione ipnotica in ambito ambulatoriale

# SEMAFORO DELL'ANSIA



## **ALTA**

Mi sento molto  
in ansia

## **MEDIA**

Mi sento un po'  
in ansia

## **BASSA**

Non mi sento per  
niente in ansia

CURE PRIMARIE  
ALMA<sup>AA</sup>TTA

Allegato 2 – Il semaforo dell'ansia: ascolta le tue emozioni, per i più piccoli.

# Il tuo arcobaleno delle emozioni

-  Super felice
-  Tranquillo
-  Così così
-  Preoccupato
-  Triste



Scegli  
come stai  
adesso!



Allegato 3 – L' arcobaleno delle emozioni: strumento di autovalutazione emotiva per i bambini

## APPENDICE – GRAFICI SUPPLEMENTARI

Nell'ambito della mia esperienza ambulatoriale ho raccolto dati su due gruppi di pazienti adulti, ciascuno composto da 8 persone sottoposte a procedure come medicazioni, iniezioni intramuscolo e rimozione di punti di sutura. Ad un gruppo le procedure sono state accompagnate da tecniche di comunicazione ipnotica, mentre all'altro gruppo sono state eseguite senza l'impiego di tali strategie. A tutti i pazienti è stata somministrata la griglia di valutazione (Allegato 1), chiedendo di attribuire un punteggio al dolore percepito durante la procedura mediante una scala da 0 a 10, e di valutare il livello di ansia prima e durante la procedura.

In questa appendice sono riportati grafici descrittivi a supporto dell'analisi dei dati raccolti. Essi permettono di visualizzare in modo più immediato la distribuzione dei punteggi di dolore e ansia nei due gruppi (con e senza comunicazione ipnotica) e di confrontarne l'andamento durante le procedure.

### Dolore percepito durante la procedura

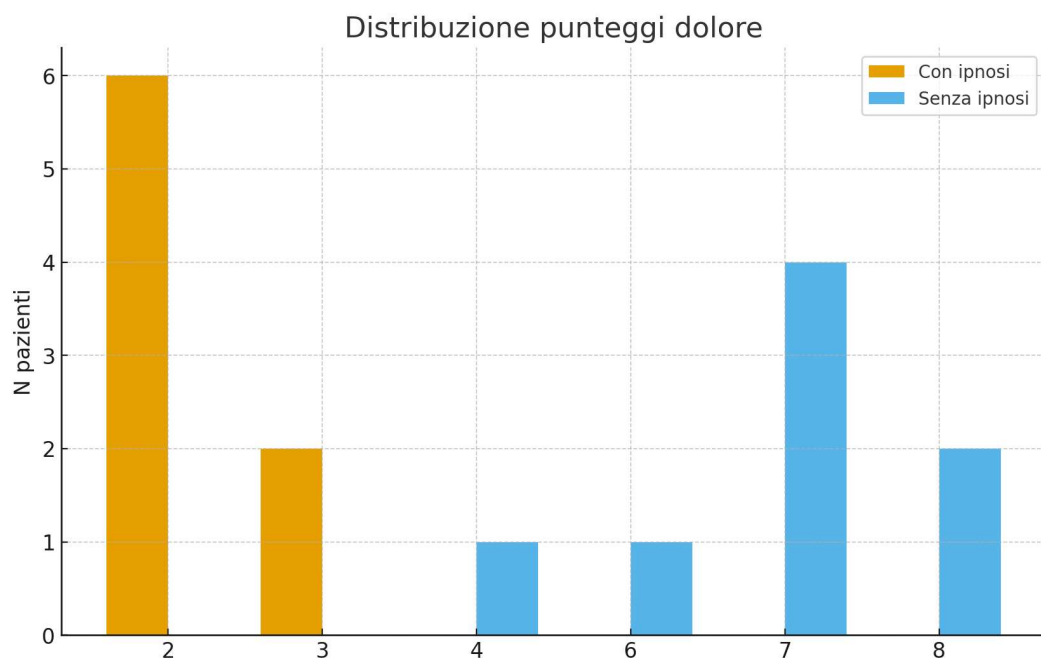


Figura 1. Distribuzione dei punteggi di dolore nei due gruppi.

*Nota: le barre mostrano il numero di pazienti che hanno riportato ciascun punteggio sulla scala 0–10. I colori distinguono il gruppo con comunicazione ipnotica (giallo) e senza comunicazione ipnotica (azzurro).*

Gruppo	Valori riportati (n pazienti)	Media $\pm$ DS
Con ipnosi	6=2; 2=3	2.25 $\pm$ 0.46
Senza ipnosi	1=4; 1=6; 4=7; 2=8	6.75 $\pm$ 1.28

Tabella 1. Distribuzione dei punteggi di dolore percepito

Il dolore percepito è nettamente inferiore e più uniforme nel gruppo con ipnosi (tra 2 e 3), mentre senza ipnosi i punteggi sono più elevati e dispersi (4–8).

## Ansia percepita

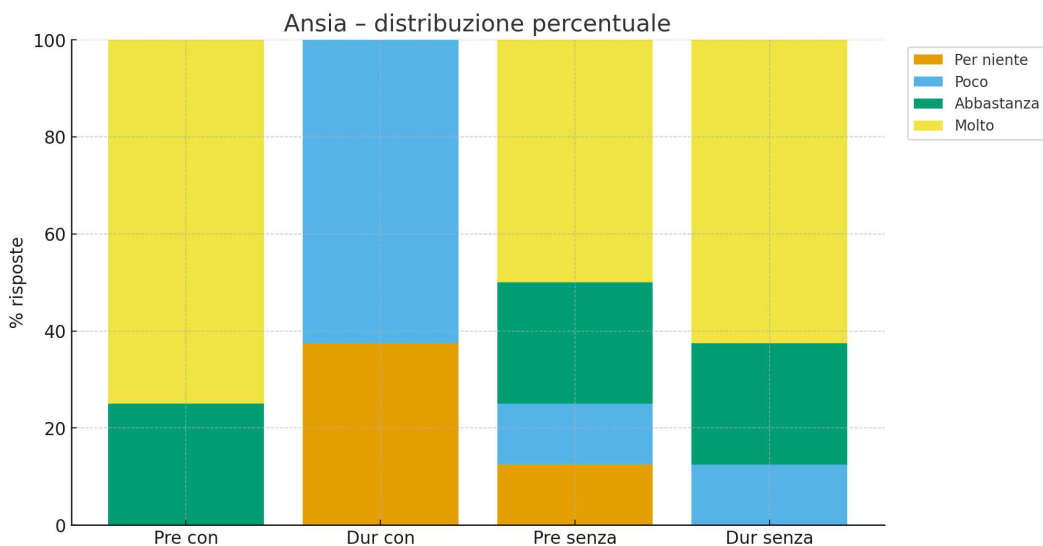


Figura 2. Ansia percepita – distribuzione percentuale per condizione.

*Nota: le colonne mostrano la distribuzione percentuale delle risposte dei pazienti nei diversi livelli di ansia (“Per niente”, “Poco”, “Abbastanza”, “Molto”) prima e durante la procedura, con e senza comunicazione ipnotica.*

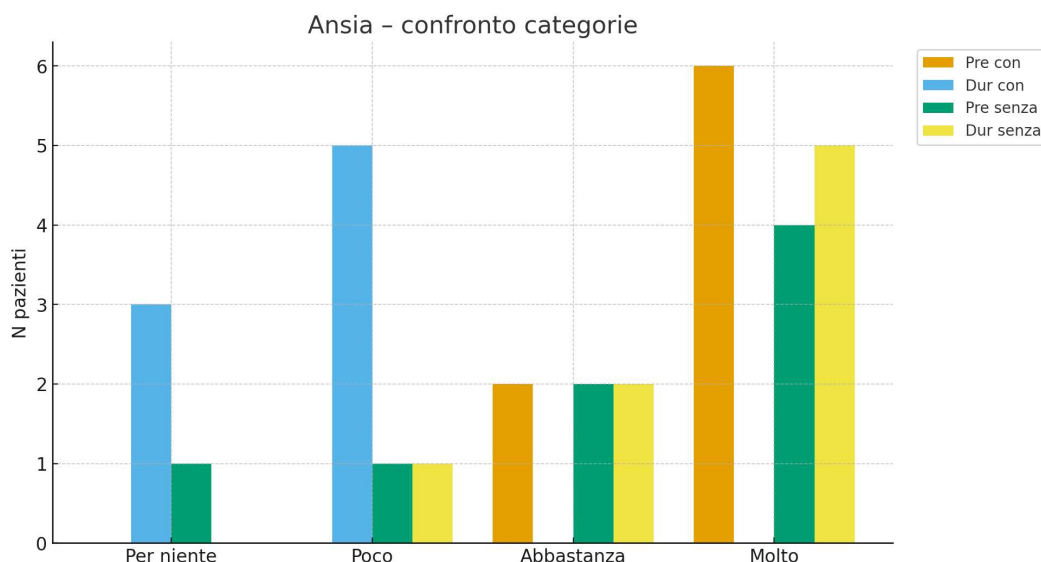


Figura 3. Ansia percepita – confronto per categoria.

*Nota: le barre rappresentano il numero di pazienti che hanno riportato ciascun livello di ansia (“Per niente”, “Poco”, “Abbastanza”, “Molto”), distinguendo tra pre e durante la procedura, con e senza comunicazione ipnotica.*

Condizione	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Pre con ipnosi	0	0	2	6
Dur con ipnosi	3	5	0	0
Pre senza ipnosi	1	1	2	4
Dur senza ipnosi	0	1	2	5

Tabella 2. Distribuzione dei livelli di ansia percepita

Con ipnosi l’ansia si riduce sensibilmente (da 6 pazienti 'molto' ansiosi *pre* a 0 *durante*, con 5 pazienti 'per niente'). Senza ipnosi, invece, rimane elevata (5 pazienti ancora 'molto' ansiosi durante).

I dati raccolti mostrano che la comunicazione ipnotica si associa a una riduzione significativa del dolore e dell’ansia durante le procedure. Oltre a diminuire i valori medi, la tecnica ha reso più uniforme l’esperienza dei pazienti, riducendo la variabilità tra le osservazioni. Questi risultati confermano che la comunicazione ipnotica può rappresentare uno strumento pratico ed efficace per migliorare il comfort e il benessere dei pazienti.