

ISTITUTO FRANCO GRANONE
C.I.I.C.S.
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone



CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2018

TITOLO:

**RISPOSTA AI BISOGNI DI APPROFONDIMENTO DEI RIABILITATORI,
FORMATI IN IPNOSI E COMUNICAZIONE IPNOTICA, DELL'AZIENDA
OSPEDALIERA UNIVERSITARIA -CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA
SCIENZA DI TORINO. PROGETTO TUTOR RIABILITATORI IN
COMUNICAZIONE IPNOTICA**

Candidata
Toscano Danila

Relatore
Muro Filomena

INDICE

INTRODUZIONE	Pag. 3
CAPITOLO 1. MATERIALI E METODI	Pag. 5
1.1 REVISIONE DELLA LETTERATURA	Pag. 7
1.1.1 RICERCA BIBLIOGRAFICA	Pag. 7
1.1.2 RICERCA DI PATOGRAFIE	Pag. 8
1.2 ANALISI E CONTESTUALIZZAZIONE DEI BISOGNI DI APPROFONDIMENTO	Pag. 11
CAPITOLO 2. RISULTATI	Pag. 14
2.1 RISULTATI DELLA REVISIONE DELLA LETTERATURA	Pag. 14
2.1.1 RISULTATI DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA	Pag. 14
2.1.2 RISULTATI DELLA RICERCA DI PATOGRAFIE	Pag. 14
2.2 RISULTATI DELL'ANALISI E CONTESTUALIZZAZIONE DEI BISOGNI DI APPROFONDIMENTO DEI RIABILITATORI	Pag. 32
2.2.1 COMUNICAZIONE IPNOTICA CONTESTUALIZZATA ALLA RIABILITAZIONE	Pag. 32
2.2.2 OBIETTIVI BEN FORMATI IN RIABILITAZIONE: UN AIUTO PER LA REALIZZAZIONE DELL'IPNOSI E DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA	Pag. 42
2.2.3 TECNICHE DI INDUZIONE IPNOTICA CONTESTUALIZZATE IN AMBITO RIABILITATIVO	Pag. 44
2.2.4 SCHEDA DI VALUTAZIONE RIABILITATIVA CONTESTUALIZZATA	Pag. 50
2.2.5 DOCUMENTAZIONE SANITARIA: LA REGISTRAZIONE DELLA PROCEDURA RIABILITATIVA IN IPNOSI E COMUNICAZIONE IPNOTICA	Pag. 57
2.2.6 ESEMPI SPECIFICI DI CASI RIABILITATIVI	Pag. 60
2.2.7 PREVENIRE GLI ERRORI NELLE PROCEDURE RIABILITATIVE IN IPNOSI E COMUNICAZIONE IPNOTICA	Pag. 63
2.2.8 LINGUAGGIO SPECIFICO PER LA RIABILITAZIONE	Pag. 64
2.2.9 APPROFONDIMENTI IN RIABILITAZIONE RESPIRATORIA	Pag. 65
2.2.10 APPROFONDIMENTI IN RIABILITAZIONE PEDIATRICA: STRUMENTI E GESTIONE DI PROCEDURE STRUMENTALI DOLOROSE	Pag. 68
CAPITOLO 3. DISCUSSIONE	Pag. 69
3.1 RICERCA BIBLIOGRAFICA	Pag. 69
3.2 RICERCA DI PATOGRAFIE	Pag. 71
3.3 CONTESTUALIZZAZIONE DEI BISOGNI DI APPROFONDIMENTO	Pag. 73
CONCLUSIONI	Pag. 74
BIBLIOGRAFIA	Pag. 76

INTRODUZIONE

L'ipnosi e la comunicazione ipnotica rappresentano una pratica consolidata per l'Azienda Ospedaliera Universitaria - Città della Salute e della Scienza di Torino; infatti, sono ormai utilizzate in diverse strutture dei Presidi e sono codificate da procedure aziendali specifiche.¹

L'ipnosi e la comunicazione ipnotica sono state promosse dal COSD (Comitato aziendale Ospedale Senza Dolore) e sono state introdotte con l'obiettivo di ridurre l'ansia e il dolore percepito durante le procedure invasive.²

Nell'ambito del progetto "*Ospedale senza dolore*" ed in seguito alla legge 38/2010³, è iniziato un ampio lavoro di ricerca che ha consentito di revisionare e sistematizzare l'approccio al dolore in tutta l'Azienda Ospedaliera Universitaria.

Nel 2015, recepiti gli obblighi legislativi, in seguito alla revisione e allo studio della letteratura effettuato dalla Dott.ssa N. Depetris (S.C. Anestesia e Rianimazione) è nato, presso il Presidio Ospedaliero CTO, il progetto: "*Implementazione dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica presso il Centro Grandi Ustionati di Torino nell'approccio al paziente grande ustionato per la gestione del dolore e dell'ansia*".⁴

Questo progetto è stato realizzato con l'obiettivo di formare tutto il personale del Centro Grandi Ustionati ed i suoi consulenti (chirurghi plastici, anestesisti, infermieri, fisiatristi e fisioterapisti) nell'approccio al dolore e all'ansia con l'ipnosi e la comunicazione ipnotica.

In qualità di fisioterapista del reparto di Medicina Fisica e Riabilitazione Universitaria del CTO, insieme alla mia collega e al medico fisiatra, mi occupo del recupero funzionale dei pazienti grandi ustionati e con cicatrici estese.

L'attuazione del progetto presso il Centro Grandi Ustionati ha consentito anche di introdurre l'ipnosi e la comunicazione ipnotica come strategie complementari al trattamento fisioterapico del paziente ricoverato in terapia intensiva (dopo il risveglio dal coma farmacologico), in terapia sub-intensiva e anche nella fase degli esiti cicatriziali, integrando in modo sostanziale il nostro approccio riabilitativo, in relazione al dolore e all'ansia del paziente grande ustionato e con cicatrici estese.

Presso la Città della Salute e della Scienza numerosi altri eventi formativi inerenti il tema della comunicazione ipnotica e dell'ipnosi sono stati promossi dal Servizio di Formazione Permanente e Aggiornamento delle Risorse Umane; in questo modo anche altri riabilitatori (fisioterapisti e fisiatristi) dei diversi Presidi Ospedalieri (Molinette, Unità Spinale Unipolare, CTO e Regina Margherita) stanno acquisendo la formazione di base.

Il confronto tra i professionisti riabilitatori, già formati in ipnosi e comunicazione ipnotica, che operano sul campo e lavorano in modo trasversale nelle diverse realtà presenti all'interno di questa Azienda Ospedaliera Universitaria, ha fatto emergere la necessità di calare maggiormente nel contesto operativo l'ipnosi e la comunicazione ipnotica.

Da questi presupposti è scaturita l'idea di sviluppare il progetto “*Tutor riabilitatori in comunicazione ipnotica*”, con l'obiettivo di implementare la competenza nella gestione del dolore e dell'ansia durante l'intero processo riabilitativo, attraverso la contestualizzazione dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica nell'ambito riabilitativo.

In questo modo si promuovono in relazione ai diversi setting di cura, il miglioramento dei processi clinico/assistenziali grazie alla complementarità dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica con le diverse strategie riabilitative impiegate dai riabilitatori.

La realizzazione del progetto parte dalla creazione della figura del tutor riabilitatore esperto in ipnosi e comunicazione ipnotica, in grado di esercitare attività di affiancamento sul campo, attività clinica e attività tutoriale di supporto a coloro che hanno già conseguito la formazione di base e che sono della Struttura Complessa di Medicina Fisica e Riabilitazione Universitaria del Presidio CTO.

Pertanto è stato intrapreso il percorso di formazione specialistica presso l'Istituto Franco Granone CIICS (Centro Italiano Ipnosi Clinico Sperimentale) allo scopo di creare due tutor riabilitatori esperti che possedevano una precedente esperienza maturata nel corso di circa tre anni di attività clinica di riabilitazione in ipnosi e comunicazione ipnotica con il paziente grande ustionato e con cicatrici estese.

La Direzione delle Professioni Sanitarie (DiPSa), approvando le finalità del progetto, ha autorizzato l'avvio dell'iniziativa ed ha richiesto di estendere l'attività formativa di supporto che ne conseguirà, anche ai riabilitatori degli altri Presidi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria.

Al termine della nostra formazione specialistica presso il CIICS, in sintonia con il progetto tutor riabilitatori in comunicazione ipnotica, si è scelto di sviluppare due argomenti di tesi che fossero attinenti all'iniziativa.

Il primo argomento di tesi dal titolo: “*Censimento e raccolta dei bisogni di approfondimento tra i Riabilitatori dell'Azienda Ospedaliera Universitaria -Città della Salute e della Scienza di Torino, formati in ipnosi e comunicazione ipnotica*” parte da un'indagine conoscitiva, effettuata sui riabilitatori che hanno conseguito una formazione di base in merito al tema dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica.

Attraverso la somministrazione di un questionario^{Alleg.1} si propone di censire, analizzare e raccogliere i bisogni di approfondimento tra i riabilitatori, individuando anche la modalità didattica adeguata in risposta ai bisogni rilevati.

Lo sviluppo della seconda tesi dal titolo: *“Risposta ai bisogni di approfondimento dei Riabilitatori, formati in ipnosi e comunicazione ipnotica, dell’Azienda Ospedaliera Universitaria -Città della Salute e della Scienza di Torino. Progetto Tutor riabilitatori in comunicazione ipnotica”* si propone di rispondere ai bisogni di approfondimento dei riabilitatori, ricercando e analizzando il materiale bibliografico utile all’attività formativa di supporto.

In particolare, i contenuti proposti, in risposta ai bisogni di approfondimento dei riabilitatori, sono contestualizzati a partire dalla revisione della letteratura sulla gestione del dolore e dell’ansia con l’ipnosi e la comunicazione ipnotica nell’intero processo riabilitativo.

Altro elemento fondamentale di risposta ai bisogni di approfondimento è il “know how” del corso di formazione specialistica (CIICS), intendendo con l’uso di questo termine il corpo delle conoscenze e del sapere appreso durante le lezioni teoriche e dal continuo confronto con i docenti del corso anche nelle sessioni pratiche riservate agli operatori delle professioni sanitarie.

Infine, anche l’esperienza maturata sul campo dall’équipe multiprofessionale del Centro Grandi Ustionati di Torino, che in questi ultimi anni ha praticato la gestione del dolore e dell’ansia in ipnosi e comunicazione ipnotica dei pazienti grandi ustionati, costituisce un valore aggiunto per l’elaborazione dei contenuti proposti attraverso la stesura di questo elaborato.

Entrambe le tesi rappresentano lo sviluppo del Progetto “Tutor riabilitatori in comunicazione ipnotica” e sono da considerarsi frutto del comune confronto e aggiornamento formativo che ci ha coinvolte e sulla quale crediamo, in quanto professionisti riabilitatori.

CAPITOLO 1. MATERIALI E METODI

I bisogni di approfondimento sono stati individuati con la supervisione del Relatore e somministrati mediante un questionario semistrutturato con domande a risposta aperta e chiusa. Tutti i contenuti utili a soddisfare i bisogni di approfondimento dei riabilitatori, emersi con la stesura della prima tesi, sono stati sviluppati con la scrittura della seconda tesi.

Di seguito sono descritti nel dettaglio gli obiettivi del presente elaborato (seconda tesi), il metodo scelto per perseguire tali obiettivi, i materiali utili all’elaborazione dei contenuti dei

bisogni di approfondimento.

Obiettivi della tesi:

- rispondere ai bisogni di approfondimento dei riabilitatori dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, rilevati attraverso la somministrazione di un questionario;
- contestualizzare l'ipnosi e la comunicazione ipnotica nella pratica riabilitativa.

Sintesi del Metodo:

- revisione della letteratura attraverso la:
 - ricerca bibliografica sulla gestione del dolore e dell'ansia con l'ipnosi e la comunicazione ipnotica nell'intero processo riabilitativo;
 - ricerca di patografie che riportano un vissuto di cura e riabilitazione;
- analisi e contestualizzazione dei bisogni di approfondimento dei riabilitatori;
- revisione del “know how” del corso di formazione specialistica (CIICS);
- revisione dell'esperienza sul campo maturata dall'équipe multiprofessionale del Centro Grandi Ustionati sulla gestione del dolore e dell'ansia del paziente grande ustionato dalla fase acuta alla fase degli esiti cicatriziali.

Sintesi dei Materiali:

- letteratura sulla gestione del dolore e dell'ansia con l'ipnosi e la comunicazione ipnotica nell'intero processo riabilitativo;
- patografie che riportano un vissuto di cura e riabilitazione;
- registrazioni audio e video delle lezioni teoriche e delle esercitazioni pratiche, queste ultime effettuate a gruppi riservati agli operatori delle professioni sanitarie (presso CIICS);
- testi specifici in merito all'ipnosi e alla comunicazione ipnotica;
- materiale relativo all'esperienza sul campo maturata dall'équipe multiprofessionale del Centro Grandi Ustionati.

1.1 REVISIONE DELLA LETTERATURA:

E' stata condotta una ricerca bibliografica con l'obiettivo di analizzare l'esperienza del dolore e dell'ansia, vissuto dai pazienti durante le procedure riabilitative, al fine di evidenziare le strategie necessarie alla gestione del dolore e dell'ansia.

L'indagine in letteratura si articola in due parti: la prima, effettuata presso le banche dati biomediche, fornisce una risposta secondo i principi dell'Evidence-Based Medicine (EBM), la seconda consiste in un'analisi delle patologie al di fuori delle banche dati e riconducibili alla Medicina Narrativa (NBM).

1.1.1 RICERCA BIBLIOGRAFICA

La ricerca bibliografica è stata effettuata nelle seguenti banche dati biomediche: PubMed, CINAHL e Scopus.

Una prima ricerca bibliografica è stata effettuata, con il contributo dei bibliotecari della Città della Salute e della Scienza nel mese di Marzo 2018; successivamente è stata ripetuta nel mese di Settembre dello stesso anno.

Il *quesito* della ricerca è stato: “gestione del dolore e dell'ansia con l'ipnosi e la comunicazione ipnotica in riabilitazione”.

Criteri di inclusione:

- donne/uomini;
- adulti/bambini;
- soggetti in cura e riabilitazione.

Criteri di esclusione:

- gestione del dolore e dell'ansia solo farmacologica.

Le stringhe di ricerca sono riportate di seguito nella tabella n.1.

Tabella n.1		
PubMed	CINHAL	Scopus
"Hypnosis,Anesthetic" AND"Communication"AND"PhysicalTherapyModalities" =19 risultati	"Hypnosis"AND"Physical Therapy"= 19 risultati	"hypnotic"AND"communi cation"=23 risultati
"Hypnosis"OR"Hypnosis,Anesthe tic"AND"PhysicalTherapyModali ties"OR "Rehabilitation" =66 risultati	"Hypnosis"AND "Rehabilitation"=19risultati	"hypnosis"AND"Exercise" OR "MotorActivity" AND"Physiotherapy" =35 risultati
"Hypnosis"OR"Hypnosis, Anesthetic"AND"Physical Therapists"=1 risultato	"Neuro-linguistic Programming" OR "neurolinguistic programming"AND"Physical Therapy" OR"Rehabilitation" =0 risultati	"Neuro-linguistic Programming" OR "neurolinguistic programming" AND "physiotherapy" OR "physiotherapist" =6 risultati
"hypnosis" OR "anesthetic hypnosis" OR"hypnotic,communication"AN D"physiotherapy OR physiotherapist" OR "physical therapy" OR "physical therapist" =27 risultati		
"hypnosis"OR "anaesthetic hypnosis" OR "hypnotic communication") AND "physiotherapysiotherapist" OR "physical therapy"= 89 risultati		

1.1.2 RICERCA DI PATOGRAFIE

Nel 2014 nel corso del II Congresso Internazionale: "Narrative Medicine and Rare Disease", organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità con il CNMR (Centro Nazionale Malattie Rare), è stata elaborata la seguente definizione di Medicina Narrativa: "Con il termine di Medicina Narrativa (mutuato dall'inglese Narrative Medicine) si intende una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa.

La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura.

Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato (storia di cura).

La Medicina Narrativa (NBM) si integra con l'Evidence-Based Medicine (EBM) e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete,

personalizzate, efficaci ed appropriate.

La narrazione del paziente e di chi se ne prende cura è un elemento imprescindibile della medicina contemporanea, fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte. Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagoniste del processo di cura".⁵

La narrazione del paziente verso il medico, o gli operatori sanitari, attraverso la Medicina Narrativa ottiene pari dignità, come lo sono i segni e i sintomi della malattia stessa, basata sulle evidenze scientifiche. Le persone possono raccontare come sentono il loro corpo in relazione alla malattia, alla famiglia, al lavoro.⁶

La Medicina Narrativa diventa un modello per riflettere sulla nostra professione, per ricercare e ottenere la fiducia, un elemento essenziale per la buona riuscita delle cure riabilitative.

Le storie narrate o scritte offrono l'occasione di contestualizzare i dati clinici e i bisogni dei pazienti.

Questa pluralità di prospettive offre al riabilitatore la possibilità di avere una visione diversa, che consente di arricchire le normali procedure riabilitative di contenuti significativi per il paziente.

La ricerca e l'analisi in letteratura delle patografie che riportano un vissuto di cura e riabilitazione, rappresenta un altro punto di vista per la risposta ai bisogni di approfondimento.

La ricerca è stata effettuata con l'obiettivo di reperire degli spunti e raccogliere degli elementi utili che, una volta elaborati dai riabilitatori, possono modificare l'esperienza del dolore e dell'ansia vissuto dai pazienti durante le procedure riabilitative, attraverso una visione della cura e riabilitazione che va oltre la visione tecnicistica dell'evidenza scientifica.

La ricostruzione scritta dell'esperienza soggettiva della malattia, presa in esame attraverso l'analisi delle patografie, produce un repertorio di rappresentazioni della malattia che, una volta raccontate o raccolte in letteratura, divengono disponibili.⁶

Rita Charon, esperta sulla scena internazionale di Medicina Narrativa, nei suoi scritti sostiene come la conoscenza narrativa abbia influenzato la pratica clinica: *“la pratica di scrivere e analizzare racconti, ha permesso di prestare maggiore attenzione alle narrazioni che i pazienti riportavano nel suo studio e in corsia”*.⁷

Pertanto nella narrazione scritta ed anche nella narrazione orale del paziente in trattamento riabilitativo è possibile cogliere gli elementi soggettivi della malattia che sono una descrizione, vera e completa, densa di significati, immagini e metafore utilissime che elevano il rapporto terapeutico “paziente/riabilitatore”.

Secondo questa interpretazione la narrazione, sia essa scritta o orale, può diventare un potente

strumento di trasformazione della pratica clinica, utile ai riabilitatori.

In questo modo, il racconto del paziente nel corso di una seduta riabilitativa, oppure, durante il momento valutativo (iniziale o in itinere), diventa una fonte dalla quale attingere le immagini, le metafore utili nella gestione del dolore e dell'ansia in ipnosi e comunicazione ipnotica.

Il lavoro di ricerca in letteratura è stato condotto secondo i criteri di seguito riportati.

Criteri di inclusione:

- patografie che riportano una narrazione di una storia vera scritta in prima o in terza persona (scrittori, familiari o operatori sanitari);
- patografie che riportano una narrazione di un percorso di cura e riabilitazione;
- patografie scritte in italiano.

Criteri di esclusione:

- patografie in cui la narrazione non riguarda anche un percorso di riabilitazione;
- patografie scritte in una lingua diversa dall'italiano, allo scopo di escludere le eventuali distorsioni dovute alla traduzione del testo.

Alcuni di questi testi sono stati reperiti grazie allo studio svolto nel 2017 dalla Dott.ssa Martina Bonavero del Master Universitario di I livello in Vulnologia.

Il lavoro è stato condotto partendo dal precedente studio effettuato dalla dott.ssa N. Depetris in merito all'implementazione dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica presso il Centro Grandi Ustionati di Torino nell'approccio al paziente grande ustionato per la gestione del dolore e dell'ansia.

In seguito al confronto, alla supervisione e all'affiancamento sul campo dei Tutor di Tesi (Dott. M. Stella e Dott.ssa N. Depetris), esperti di gestione del paziente grande ustionato, è stata realizzata la tesi dal titolo: "*Esperienza di Balneazione. Il contributo della Medicina Narrativa in ambito formativo per migliorare l'assistenza e la pratica clinica*".

Tale elaborato costituisce un riferimento importante per lo svolgimento di questa parte di ricerca bibliografica, attraverso l'acquisizione di alcuni materiali.

Materiali:

- n. 6 patografie che riportano la narrazione di una storia vera, scritta in prima o in terza persona (scrittori, familiari o operatori sanitari) in un percorso di cura e riabilitazione.

Metodo:

- analisi dei testi ricercati;
- sinossi delle patografie analizzate;
- selezione dei passaggi cruciali, riferiti al: momento dell'evento/incidente, dolore procedurale e il processo di recupero;
- individuazione di metafore e immagini.

1.2 ANALISI E CONTESTUALIZZAZIONE DEI BISOGNI DI APPROFONDIMENTO DEI RIABILITATORI

I bisogni di approfondimento dei riabilitatori sono stati rilevati attraverso un questionario semistrutturato con domande a risposta aperta e chiusa; il campione selezionato è composto da n. 38 riabilitatori; le risposte ottenute sono state n. 36 (n. 34 fisioterapisti e n.2 fisiatri).

La formulazione del questionario e l'individuazione dei bisogni di approfondimento è stata effettuata con la supervisione del Relatore, sulla base dei seguenti presupposti:

- analisi dei principali contenuti formativi del corso base multidisciplinare di ipnosi e comunicazione ipnotica, organizzato dal Servizio di Formazione Permanente e Aggiornamento delle Risorse Umane Aziendale;
- confronto a piccoli gruppi con i colleghi riabilitatori già formati attraverso il corso base e che operano nei diversi contesti dell'Azienda Ospedaliera;
- confronto a piccoli gruppi in occasione degli incontri pomeridiani presso l'A.S.I.E.C.I. (Associazione Scientifica Infermieri Esperti Comunicazione Ipnotica), guidati dalla Dott.ssa F. Muro;
- analisi dell'esperienza acquisita sul campo, nell'ambito della gestione del dolore e dell'ansia con l'ipnosi e comunicazione ipnotica, della riabilitazione del paziente grande ustionato, dalla fase acuta alla fase degli esiti cicatriziali.

La compilazione di una parte del questionario ha consentito ad ogni professionista di rispondere, attraverso un sistema binario (si/no), alle domande in cui è prevista una risposta chiusa, pertanto, i riabilitatori hanno scelto uno o più bisogni di approfondimento.

Di seguito, sono riportati nella tabella n. 2 i bisogni di approfondimento emersi dalla domanda in cui è prevista una risposta chiusa.

<i>Tabella n.2- Bisogni di approfondimento emersi dalla domanda a risposta chiusa</i>
<i>Domanda: “Cosa ritieni possa esserti utile per migliorare la tua competenza nell’ambito riabilitativo in comunicazione ipnotica ed ipnosi?”</i>
<i>Comunicazione ipnotica contestualizzata alla riabilitazione</i>
<i>Linguaggio specifico per la riabilitazione (per esempio: metafore)</i>
<i>Scheda di valutazione riabilitativa contestualizzata</i>
<i>Tecniche di induzione ipnotica contestualizzate in ambito riabilitativo</i>
<i>Esempi specifici di casi riabilitativi</i>

Una seconda parte del questionario ha consentito ai riabilitatori di indicare, attraverso le domande in cui è prevista una risposta aperta, eventuali bisogni di approfondimento che non sono stati formulati attraverso il precedente quesito e riportati nella tabella n. 2.

Tutte le risposte dei riabilitatori, ai due quesiti in cui sono previste delle risposte aperte, sono riportate fedelmente nella tabella n.3.

<i>Tabella n.3- Bisogni di approfondimento emersi dalle domande a risposta aperta</i>
<i>Domanda: “Nell’ambito del tirocinio tutorato cosa nello specifico immagini possa mettere in atto il tutor per migliorare la tua competenza?”</i>
<i>Risposte:</i>
<ol style="list-style-type: none"> <i>1. Chiarirmi il passaggio da un'induzione classica ad un'induzione più partecipata e attiva da parte del paziente</i> <i>2. La pratica con il paziente direttamente è già una pratica per migliorare la competenza</i> <i>3. Incontri di confronto con RRF che utilizzano ipnosi e CI</i> <i>4. Mettere in evidenza errori nell'applicazione della comunicazione ipnotica ai pazienti ricoverati in riabilitazione e attuare consigli per autocorrezione</i> <i>5. Guidarmi nell'utilizzo di un corretto linguaggio applicato direttamente al caso</i> <i>6. Fornirmi degli strumenti in più per il pz pediatrico</i> <i>7. Differenti esempi di induzione formale</i> <i>8. Mi darebbe più sicurezze</i> <i>9. Correzione errori; puntualizzazione delle metafore rispetto all'obiettivo; riconoscimento dei registri</i> <i>10. Condivisione attività pratica di esperienza in comunicazione ipnotica su casi reali in contesto lavorativo</i> <i>11. Conoscenza della tecnica e capacità di capire -suggerire le proposte</i> <i>12. Osservazione -ascolto del linguaggio per la comunicazione ipnotica: condivisione e suggerimenti per migliorare</i> <i>13. Formazione sul campo aiuterebbe a capire le strategie migliori, gli accorgimenti necessari specifici per le diverse tipologie di pz sarebbe utilissimo come confronto diretto per potersi migliorare</i> <i>14. Valutare i casi insieme</i> <i>15. Sperimentare dal vivo le tecniche di CI su un paziente e il tutor e possa far risaltare in pratica quello che al corso è stato fatto</i>

16. *L'affiancamento di un tutor per indurre la C.I.*
17. *Stimolarmi ad applicarlo nella pratica quotidiana e non solo durante le esercitazioni*
18. *Contestualizzare nell'ambito riabilitativo*
19. *Miglioramento proprie capacità in ambito lavorativo*
20. *Essere presente nelle sedute con pz prima di mettere il busto gessato e durante il confezionamento per...o nei casi di mobilitazione dolorosa*
21. *Mostrare diversi esempi di utilizzo di induzione formale con pz riabilitativi*
22. *Spiegare sul campo il migliore approccio possibile; utilizzo parole in base alla valutazione del pz*

Domanda: “Hai altre proposte o commenti che possano essere utili ad integrare la tua formazione in questo ambito?”

Risposte:

1. *Come esprimere con chiarezza in cartella clinica l'utilizzo di questa tecnica*
2. *Approfondimenti teorici con corsi formativi nel settore*
3. *Durante il corso aziendale avere un docente fisioterapista che capisca le esigenze di tecniche specifiche che facilitino il trattamento riabilitativo (esercizi attivi in induzione)*
4. *Formazione specifica nella riabilitazione respiratoria*

L'analisi dei dati, relativi ai quesiti in cui sono previste delle risposte aperte (riportate nella tabella n.3), ha richiesto una *sintesi dei bisogni di approfondimento*.

In particolare, alcune risposte emerse nei due quesiti a cui è prevista una risposta aperta, riportavano bisogni di approfondimento assimilabili nei contenuti alla domanda in cui è prevista una risposta chiusa (SI/NO).

Inoltre dai quesiti con domande a risposta aperta sono emersi nuovi bisogni di approfondimento; pertanto, attraverso il lavoro di analisi delle risposte riportate nella tabella n.3, sono stati elaborati e sintetizzati nella tabella n. 4 gli altri bisogni di approfondimento.

<i>Tabella n.4- Sintesi dei bisogni di approfondimento emersi dai quesiti aperti</i>
<i>Documentazione Sanitaria: la registrazione della procedura riabilitativa in ipnosi e comunicazione ipnotica</i>
<i>Prevenire gli errori nelle procedure riabilitative in ipnosi e comunicazione ipnotica</i>
<i>Approfondimenti in riabilitazione respiratoria</i>
<i>Approfondimenti in riabilitazione pediatrica: strumenti e gestione di procedure strumentali dolorose</i>
<i>Obiettivi ben formati in riabilitazione: un aiuto per la realizzazione dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica</i>

Infine tutti i bisogni di approfondimento, rilevati attraverso la somministrazione del questionario, sono stati raggruppati nella tabella n. 5 per fornire una visione d'insieme.

Dall'analisi del questionario è emersa una rispondenza molto variabile rispetto alle richieste di approfondimento, tuttavia, tutti i bisogni, anche se espressi da un solo riabilitatore, sono stati

trattati perché ritenuti tutti molto importanti per lo svolgimento del presente elaborato.

Tabella n. 5- Bisogni di approfondimento dei riabilitatori della Città della Salute e della Scienza di Torino

- *Comunicazione ipnotica contestualizzata alla riabilitazione*
- *Obiettivi ben formati in riabilitazione: un aiuto per la realizzazione dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica*
- *Tecniche di induzione ipnotica contestualizzate in ambito riabilitativo*
- *Scheda di valutazione riabilitativa contestualizzata*
- *Documentazione Sanitaria: la registrazione della procedura riabilitativa in ipnosi e comunicazione ipnotica*
- *Esempi specifici di casi riabilitativi*
- *Prevenire gli errori nelle procedure riabilitative in ipnosi e comunicazione ipnotica*
- *Linguaggio specifico per la riabilitazione*
- *Approfondimenti in riabilitazione respiratoria*
- *Approfondimenti in riabilitazione pediatrica: strumenti e gestione di procedure strumentali dolorose*

CAPITOLO 2. RISULTATI

Si riportano, di ogni aspetto relativo ai contenuti utili a soddisfare i bisogni di approfondimento dei riabilitatori, i risultati dell'analisi dei Materiali e Metodi effettuata nel capitolo 1.

2.1 RISULTATI DELLA REVISIONE DELLA LETTERATURA:

La ricerca bibliografica è stata articolata in due parti, la prima effettuata presso le banche dati biomediche, la seconda consiste in un'analisi delle patografie al di fuori delle banche dati e riconducibili alla Medicina Narrativa.

2.1.1 RISULTATI DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA

I risultati sono riportati di seguito nella tabella n. 6.

2.1.2 RISULTATI DELLA RICERCA DI PATOGRAFIE

I risultati sono riportati di seguito nelle tabelle n. 7 e 7 bis.

Tabella n. 6 Risultati ricerca bibliografica

AUTORI	OBIETTIVO	METODO	POPOLAZIONE	INTERVENTO	RISULTATI	DISCUSSIONE
1 Rizzo R.R.N. Mederios F.C. <i>"Hypnosis Enhances the effects of pain education in patients with chronic nonspecific low back pain"</i> . The Journal of Pain. Vol. 1, N. 22. P1-10; 2018.	Controllo del dolore cronico non specifico alla schiena, attraverso la somministrazione di trattamento educativo e ipnosi.	Studio randomizzato controllato.	N. 270 partecipanti con dolore cronico non specifico alla schiena, ridotti a n.100 secondo i criteri di inclusione/esclusione e divisi in 2 gruppi.	-primo gruppo: somministrazione del trattamento educativo, associato a trattamento di ipnosi; -secondo gruppo: somministrazione esclusivo di trattamento educativo, consistente nella lettura di un libro intitolato: "Explain Pain Book". Entrambi i gruppi sono stati valutati con la scala di Roland Morris Scale, che definisce la disabilità a seguito di problemi di colonna	Il gruppo di pazienti che ha effettuato il programma educativo associato alle sessioni di trattamento di ipnosi ha conseguito migliori risultati in termini di riduzione del dolore e della disabilità, secondo la scala Roland Morris Scale.	I risultati dello studio forniscono un supporto alternativo e valido per la gestione del dolore cronico non specifico alla schiena. Questa opzione di trattamento educativo, associato all'ipnosi, viene ritenuta dagli autori relativamente vantaggiosa e efficace, inoltre può essere somministrato a gruppi di persone.
2 Rossetini G. et Al. <i>"Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain."</i> BMC Musculoskeletal Disorders.19:27. P 1-15; 2018.	Analisi e uso consapevole dei Fattori Contestuali come elementi scatenanti l'effetto placebo e nocebo nel dolore muscolo-scheletrico, per aumentare l'efficacia clinica, il numero di soluzioni di trattamento e la qualità del processo decisionale.	Revisione della letteratura.	Pazienti sottoposti a cura e riabilitazione.	Ricerca e analisi dei Fattori Contestuali (FC) in riabilitazione, come elementi in grado di influenzare le reti cerebrali, la neurochimica e l'esito terapeutico. Sono stati sintetizzati in: -caratteristiche del fisioterapista; -caratteristiche del paziente; -caratteristica della relazione paziente-fisioterapista; -trattamento; -contesto sanitario.	Ogni FC esercita un effetto placebo o nocebo, condizionando la gestione del dolore muscolo-scheletrico. La conoscenza dei FC è importante perchè ne consente l'uso consapevole a vantaggio dei pazienti. I FC svolgono un ruolo clinico determinante per aumentare l'efficacia, il numero di soluzioni di trattamento e la qualità del processo decisionale per la gestione del dolore muscolo-scheletrico.	I FC possono essere una strategia terapeutica supplementare per la gestione del dolore muscolo-scheletrico. Il fisioterapista può usare consapevolmente i Fattori Contestuali e modificare il proprio intervento a vantaggio del paziente, promuovendo il placebo a discapito del nocebo.

AUTORI	OBIETTIVO	METODO	POPOLAZIONE	INTERVENTO	RISULTATI	DISCUSSIONE
3 Lebon J. Rongières M. et Al. <i>“Hand Surgery and Rehabilitation.” Hand. Surg. Rehabilitation.</i> Vol. 36, N.3.P 215-221; 2017.	Valutare l'efficacia della fisioterapia con l'ipnosi per il trattamento del dolore complesso della mano Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) di tipo 1.	Studio retrospettivo.	N.20 pazienti (13 donne e 7 uomini) sottoposti a trattamento fisioterapico e ipnosi. -13 pazienti sono stati valutati e considerati nella fase infiammatoria, mentre 7 pazienti sono nella fase distrofica.	E' stato realizzato un protocollo (HKM) di fisioterapia associata all'ipnoterapia. La valutazione ha tenuto conto dei seguenti item: (dolore, uso di analgesici, rigidità (polso e dita), forza, QuickDASH, PWRE, soddisfazione del paziente, effetti collaterali e ripresa dell'attività lavorativa.	I risultati sono soddisfacenti in tutti i casi trattati, con diminuzione del dolore e riduzione del consumo di antidolorifici. Miglioramento della rigidità con incremento del range of motion, forza e competenza nell'effettuare le prese e le pinze. La ripresa dell'attività lavorativa è avvenuta per l'80% dei casi trattati; tutti i pazienti mostravano soddisfazione.	La fisioterapia sotto ipnosi sembra essere un trattamento efficace per la gestione di una sindrome complessa come la CRPS-1 al polso e alla mano, indipendentemente dalla eziologia. L'ipnosi, associata alla fisioterapia, consente una migliore gestione del dolore aumentando le possibilità di recupero.
4 Lang E.V. Fsir M.D. et Al. <i>“Helping Children Cope with Medical Tests and Interventions.”</i> Journ al Radiol. Nurs. 36(1):44-50; 2017.	Opzioni di trattamento, per la gestione non farmacologica del dolore e dell'ansia, nei bambini sottoposti a procedure sanitarie.	Revisione della letteratura.	Bambini sottoposti a procedure medico-sanitarie.	-Analisi dell'ansia e dolore dei bambini sottoposti a procedure e interventi medico-sanitari. -Ricerca e analisi, secondo la letteratura, del linguaggio ipnoideale e le opzioni per il rilassamento auto-ipnotico, applicabile alle interazioni con i bambini.	La gestione non farmacologica del dolore e dell'ansia nei bambini, sottoposti a procedure medico-sanitarie, consente: -riduzione dell'ansia e del dolore, quando si crea il rapporto, (meglio se già in sala d'attesa, prima dell'intervento); -evitare l'effetto “nocebo” durante le procedure; -integrare gli stimoli ambientali e procedurali quando il bambino è immerso in uno scenario (preferito); -scelta di metafore che rafforzano l'ego.	L'attuazione di piccoli cambiamenti nella formulazione di un linguaggio possono fare una grande differenza nei risultati. I suggerimenti negativi che menzionano il dolore e le emozioni indesiderate aumentano il dolore e l'ansia. In conclusione, un approccio che tiene conto di un linguaggio confortante con suggestioni ipnotiche di scenari immaginari, consente ai bambini una migliore risposta alle procedure medico sanitarie.

AUTORI	OBIETTIVO	METODO	POPOLAZIONE	INTERVENTO	RISULTATI	DISCUSSIONE
5 Testa M. et Al. “ <i>Enhance placebo, avoid nocebo: how contextual factors affect physiotherapy outcomes.</i> ” Manual Therapy. Elsevier. 24, P 65-74; 2016.	Migliorare la gestione del dolore e delle prestazioni motorie in fisioterapia, attraverso la conoscenza e l'uso consapevole dei Fattori Contestuali come elementi inducenti un effetto placebo e inibenti il nocebo.	Revisione della letteratura.	Pazienti sottoposti a trattamenti fisioterapici.	Gli autori analizzano: a -meccanismi neurobiologici delle risposte placebo e nocebo, rispetto al dolore e alle prestazioni motorie; b -Fattori Contestuali che ottimizzano i risultati in riabilitazione: caratteristiche del fisioterapista e del paziente, relazione paziente-fisioterapista (comunicazione verbale/non verbale), caratteristiche di trattamento, setting sanitario; c -massimizzare placebo e minimizzare nocebo.	L'analisi dei risultati evidenzia che: a- il placebo e il nocebo, usano neurotrasmettitori diversi e attivano specifiche aree cerebrali (analgesia placebo/iperalgesia nocebo); il placebo aumenta la forza mentre il nocebo riduce la prestazione motoria. b- influenzano positivamente la gestione del dolore, la buona reputazione e la professionalità del fisioterapista, ma anche la comunicazione verbale positiva, associata alla terapia manuale e al tocco terapeutico. C- gli elementi contestuali aumentano o diminuiscono l'effetto globale del trattamento.	Un buona relazione terapeutica, i rituali di cura, l'impostazione del trattamento durante l'incontro clinico, sono un esempio di come i Fattori Contestuali possono influenzare la gestione del dolore e delle prestazioni motorie nei risultati del trattamento fisioterapico, in relazione agli studi delle neuroscienze sull'effetto placebo e nocebo.

AUTORI	OBIETTIVO	METODO	POPOLAZIONE	INTERVENTO	RISULTATI	DISCUSSIONE
6 Wellington J. et Al. “ <i>Noninvasive and alternative management of chronic low back pain (efficacy and outcomes).</i> ” International Neuromodulation Society. 17 Suppl. 2: 24-30; 2014.	Valutare l'efficacia delle terapie non invasive e alternative disponibili per la lombalgia cronica.	Revisione della letteratura.	Popolazione affetta da dolore per lombalgia cronica.	Gli autori hanno effettuato una ricerca completa, su PubMed e Cochrane, della letteratura disponibile per le seguenti terapie non invasive e alternative: terapia fisica individuale e di gruppo, riabilitazione biopsicosociale e agopuntura, yoga, back school, cure termali, digitopressione, terapia cognitivo-comportamentale, manipolazione, TENS, laser terapia, riflessologia, rilassamento progressivo, ipnosi e aromaterapia.	La terapia fisica individuale e di gruppo, la riabilitazione biopsicosociale e l'agopuntura sono considerate opzioni di trattamento rilevanti. Le terapie moderatamente supportate sono: l'ipnosi, yoga, back school, cure termali, digitopressione e terapia cognitivo-comportamentale. Le terapie con scarsa evidenza o poco supporto della letteratura sono: la manipolazione, la TENS, la laser terapia, la riflessologia, il rilassamento progressivo, e l'aromaterapia.	In letteratura sono presenti numerosi interventi per la gestione del dolore cronico nella lombalgia. Tuttavia, questo tipo di dolore richiede valutazioni attente per le diverse opzioni di trattamento e la loro efficacia per l'assistenza e la cura della persona.
7 Maravita A. Cigada M. “ <i>Talking to the senses: modulation of tactile extinction through hypnotic suggestion.</i> ” <i>Frontiers in Human Neuroscience.</i> Vol 6, N.210, P 1-8. 2012	Valutare il miglioramento della percezione sensitiva dal lato controlaterale alla lesione cerebrale (in particolare dell'emisfero dx), come strumento migliorativo del processo riabilitativo di recupero.	Case report.	N.1 paziente con cerebrolesione che, a seguito di un danno cerebrale tipico dell'emisfero destro, è colpita da deficit neuropsicologici: anosognosia e neglect.	Sono stati effettuati training di ipnosi che hanno consentito: -buon rapporto terapeutico; -maggiore attenzione del paziente a rimanere concentrato; -induzione al rilassamento muscolare; -buono stato di ipnosi; -ancoraggio per ripetere la tecnica.	Effettuando le sedute di ipnosi è possibile ridurre il fenomeno dell'estinzione tattile e della spasticità, offrendo uno strumento migliorativo del processo di recupero funzionale.	L'ipnosi è stata utile per il fenomeno dell'estinzione tattile e per la riduzione della spasticità di questo caso clinico.

AUTORI	OBIETTIVO	METODO	POPOLAZIONE	INTERVENTO	RISULTATI	DISCUSSIONE
8 Lang E.V. FSIR M.D. et Al. "A Better Patient Experience Through Better Communication." J. Radiol Nurs. Vol. 31, N. 4, P114-119; 2012.	Approcci di "buona comunicazione" degli operatori sanitari, con il Comfort Talk, nell'interazione con il paziente per la gestione del dolore e dell'ansia.	Revisione della letteratura.	I pazienti esprimono il proprio livello di soddisfazione, rispetto alla gestione del dolore e dell'ansia in relazione alla comunicazione degli operatori sanitari.	Descrizione di comportamenti di "buona comunicazione" attraverso l'approccio comunicativo del Comfort Talk. Sono incluse tecniche rapide di rapport, stili di conversazione centrati sul paziente e sull'uso del linguaggio ipnotico, formulazione corretta dei suggerimenti e lettura degli script per operatori sanitari.	I risultati ottenuti per ottenere una "buona comunicazione" sono: -rapport: ottenere il massimo dai primi minuti di un incontro; -stili di conversazione: canali c. preferenziali-comunanza; -adeguarsi al ritmo del paziente: mantenendo corrispondenza alla situazione: es. respiro; -interpretazione del contatto visivo: secondo la cultura, modalità d'accesso alle informazioni e preferenze sensoriali; -suggerimenti negativi: da omettere; -uso degli script: utili per le procedure standard.	La comprensione e la consapevolezza delle preferenze comunicative di ciascun paziente, consentono agli operatori sanitari di adattarsi allo stato mentale del paziente, facilitando il processo comunicativo. La conoscenza di tecniche specifiche consente il miglioramento della relazione terapeutica contribuendo a migliorare la soddisfazione del paziente rispetto alla gestione del dolore e dell'ansia.
9 Moura V.L. Keturah R. "Mind-Body Interventions for Treatment of Phantom Limb Pain in a Persons with Amputation." American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. Vol. 91(8). P 701-714; 2012.	Valutare gli studi sugli interventi mente-corpo per il trattamento del dolore cronico dell'arto fantasma (PLP) in seguito ad amputazione.	Revisione sistematica.	Pazienti con dolore cronico (PLP) dell'arto fantasma dopo amputazione.	L'analisi degli studi focalizzati sugli interventi mente-corpo, di maggior efficacia sono: l'ipnosi, immagini e biofeedback (compreso feedback visivo speculare) e l'immaginazione guidata. In particolare sono state individuate revisioni di casi clinici e studi che suggeriscono l'uso dell'ipnosi nella terapia del dolore nel PLP.	La ricerca rivela che possono migliorare i sintomi come il dolore, lo stress, l'ansia, la depressione e l'affaticamento, oltre che, migliorare la capacità di coping e la qualità di vita. Studi clinici suggeriscono l'ipnosi come un trattamento efficace nella terapia del dolore nel PLP.	Alcuni di questi metodi specifici possono offrire sollievo temporaneo o a lungo termine, da soli o in combinazione con terapie convenzionali.

AUTORI	OBIETTIVO	METODO	POPOLAZIONE	INTERVENTO	RISULTATI	DISCUSSIONE
<p>10 Vervaeke C. et Al. <i>"Pain and Hypnosis in Physical Therapy."</i> Pain and Analgesia. Rev.(95):35-37; 2009.</p>	<p>Gestione del dolore acuto e cronico con l'ipnosi e la terapia di comunicazione: uno strumento aggiuntivo nel Kit del fisioterapista.</p>	<p>Revisione della letteratura.</p>	<p>Pazienti con dolore acuto e cronico in riabilitazione.</p>	<p>In presenza di dolore acuto, l'ipnoterapeuta induce la trance ipnotica, il fisioterapista può quindi mobilizzare il paziente, in modo appropriato, lasciando al paziente un piacevole ricordo della seduta di fisioterapia. In presenza di dolore cronico, l'ipnoterapeuta insegna al paziente la gestione del dolore in autoipnosi. Per esempio, per il dolore cronico a carico della mano, viene descritto il "metodo del guanto": il paziente, visualizza un luogo sicuro per lui (colori, profumi, rumori) secondo i diversi canali sensoriali; progressivamente focalizza l'attenzione sulla propria mano in tutti i particolari. Quindi la ricopre con un guanto protettivo di seta o del materiale che più gradisce e ci avvolge la propria mano; seguono poi diversi strati aggiuntivi nei diversi materiali a protezione.</p>	<p>Attraverso l'ipnosi il paziente controlla i suoi sintomi, modulando il dolore nelle diverse sfaccettature e nell'intensità. Inoltre il paziente è in grado di controllare l'ansia associata che ne deriva. Questo approccio consente di implementare l'autonomia e l'autostima del paziente.</p>	<p>L'ipnosi è uno strumento utile nella pratica quotidiana dei fisioterapisti e consente una gestione non farmacologica del dolore.</p>

AUTORI	OBIETTIVO	METODO	POPOLAZIONE	INTERVENTO	RISULTATI	DISCUSSIONE
11 Brenda L. et Al. “ <i>Hypnotic Analgesia for Combat-Related Spinal Cord Injury Pain: A case Study.</i> ” American Journal of Clinical Hypnosis. Vol. 51; 2009.	Trattamento del dolore con l'ipnosi di un soldato che, in seguito a trauma spinale riportato in missione, condiziona negativamente il percorso di rieducazione funzionale.	Case report.	N.1 soldato americano, che in missione in Iraq, ha riportato una lesione da trauma spinale dorsale, in seguito ad un colpo di arma da fuoco.	Durante il percorso di rieducazione sono state somministrate al paziente 10 sessioni di training di ipnosi e autoipnosi per cinque settimane consecutive.	Sia il paziente che il fisioterapista hanno riscontrato una sostanziale riduzione, nel corso del trattamento riabilitativo del dolore. Questo ha consentito al paziente di ultimare il suo percorso di rieducazione.	Questo case report mostra l'efficacia dell'analgesia ipnotica per i veterani militari con problemi di dolore provocati da trauma spinale e da combattimento.
12 Shakibaei F. et Al. “ <i>Hypnotherapy in management of pain and reexperiencing of trauma in burn patients.</i> ” IJCEH. 56:185-197; 2008.	Valutare l'efficacia dell'ipnosi sul dolore e la ripresentazione del vissuto traumatico da ustione (PSTD).	Studio randomizzato e controllato.	N.44 pazienti grandi ustionati.	Il campione è stato suddiviso in due gruppi. I criteri di inclusione sono stati: adesione volontaria, età > 5 anni e capacità comunicative. - Primo gruppo: ha ricevuto il trattamento standard, associato all'ipnosi (con suggestioni volte alla riduzione della sofferenza e immagini di un bagno fresco, anestetizzante); - secondo gruppo: ha ricevuto unicamente il trattamento standard.	Le misurazioni effettuate sono: - dolore con scala numerica NRS 0-5 (0=nessun dolore; 5=dolore intenso); - riproposizione del PSTD, misurato con la medesima scala (NRS: 0-5). Il primo gruppo ha riportato una diminuzione del dolore e della riproposizione del PSTD. Il secondo gruppo riporta un aumento sia del dolore che della riproposizione del PSTD.	Il trattamento ipnotico risulta essere efficace come complemento del trattamento del dolore e del PSTD dei pazienti grandi ustionati.

AUTORI	OBIETTIVO	METODO	POPOLAZIONE	INTERVENTO	RISULTATI	DISCUSSIONE
13 Kroger W.S. Et Al. “ <i>Clinical and Experimental Hypnosis.</i> ” Philadelphia, Lippincott, II Edition, 14: 24-29; 2008.	Valutare il miglioramento del deficit di forza a carico degli arti inferiori dopo poliomielite.	Case report.	N. 1 paziente affetta da poliomielite con esiti di deficit di forza agli arti inferiori.	Trattamenti ipnotici sulle esperienze atletiche della paziente, vissute prima dell'evento morboso. Seguite da esperienze di autoipnosi di condizionamento sensoriale-immaginario associate ad esercizi fisici di fisioterapia.	Dopo 10 settimane di trattamento in ipnosi e autoipnosi, associato agli esercizi attivi di fisioterapia, la paziente mostra recupero motorio della forza dei gruppi muscolari che, a seguito del danno, erano stati risparmiati ma risultavano deficitari.	Il trattamento ipnotico è risultato efficace nel motivare la paziente ad utilizzare i gruppi muscolari che erano stati risparmiati dal danno.
14 Cunin-Roy C. Bienvenu M. “ <i>Les traitements non médicamenteux dans la prise en charge de la douleur de l'enfant et de l'adolescent.</i> ” <i>Archives de pédiatrie.</i> ” 14, P1477-1480; 2007.	Valutazione dell'efficacia delle tecniche non farmacologiche per il trattamento del dolore dei bambini e adolescenti.	Revisione della letteratura.	Pazienti in età pediatrica: bambini e adolescenti.	Analisi delle terapie non farmacologiche utilizzate dagli operatori sanitari e/o dal caregiver: agopuntura, omeopatia, TENS, massaggi, rilassamento, termoterapia: caldo o freddo e ipnosi. Queste tecniche possono essere utilizzate separatamente o in associazione.	Risultati efficaci per il controllo del dolore sono riportati per: agopuntura (anche associata all'ipnosi), massaggio, rilassamento, termoterapia. L'ipnosi è efficace nei bambini per l'elevata ricettività e capacità immaginative. In aggiunta, il linguaggio ipnotico consente al caregiver (genitori) di modificare l'approccio comunicativo nei confronti del bambino.	Le tecniche non farmacologiche presentate mirano ad accompagnare il trattamento farmacologico del dolore senza sostituirlo. L'efficacia di questi trattamenti è sempre più conosciuta da un numero sempre crescente di operatori sanitari, ma non è ancora sufficiente per un utilizzo a livello sistematico.

AUTORI	OBIETTIVO	METODO	POPOLAZIONE	INTERVENTO	RISULTATI	DISCUSSIONE
15 Dimond S.G. et Al. “ <i>Hypnosis for rehabilitation after stroke: six case report.</i> ” Contemporary Hypnosis. N.23, P4-12; 2006.	Procedura ipnotica orientata a superare le difficoltà dei pazienti, legate al “non uso”, dopo compromissione motoria degli arti superiori.	Case report.	N. 6 pazienti cronici (4 maschi e 2 femmine) con ictus unilaterale che ha comportato la paresi dell'arto superiore.	Il protocollo sperimentale consta: - 4 sessioni per stabilire le funzioni motorie di base; - 4 sessioni di ipnosi: fase 1. individuare l'attività motoria compromessa; fase 2. trasferire a livello cosciente l'immagine dell'attività motoria eseguita con successo nello stato di veglia ipnotica; fase 3. alternanza dell'attività motoria immaginata alla prestazione fisica vera e propria.	Il Protocollo ipnotico progressivo a tre stadi ha comportato un aumento del range of motion (ROM), aumento della forza e la riduzione della spasticità dell'arto superiore paretico.	Queste osservazioni supportano l'ipotesi che una procedura ipnotica possa contrastare il sintomo del non uso dell'arto superiore plegico, conseguente a stroke.
16 Jensen M.P. et Al. “ <i>Hypnotic analgesia for chronic pain in person with disabilities.</i> ” IJCEH. 53:198-228; 2005.	Valutare l'efficacia dell'ipnosi sul dolore neuropatico.	Studio randomizzato e controllato.	N. 33 pazienti con dolore cronico (> 6 mesi e disabilità fisica), di cui: 13 lesioni midollari; 10 SM; 7 amputazioni; 1 paralisi cerebrale; 1 polio; 1 Charcot-Marie Tooth.	10 sessioni di ipnosi da 35 minuti. Misurazioni effettuate: - dolore con NRS (0=assente-10=peggior dolore possibile). - fastidio generato dal dolore NRS (0=assente-10=peggior dolore possibile); - interferenze del dolore nelle ADL (BPI); - sintomi depressivi (CES-D); - percezione di controllo del dolore (SOPA).	Circa un terzo dei pazienti ha avuto un diminuzione del dolore di oltre il 30%, mantenuto anche a distanza di tre mesi. Il fastidio generato dal dolore e la percezione del controllo sul dolore ha riportato buoni risultati. Mentre non si sono registrati risultati soddisfacenti per l'interferenza del dolore nelle ADL e nei sintomi depressivi.	Il trattamento del dolore neuropatico con l'ipnosi presenta risultati variabili per quanto concerne il dolore, il fastidio generato dal dolore, l'interferenza del dolore nelle attività quotidiane, nella depressione e nella percezione di controllo del dolore.

AUTORI	OBIETTIVO	METODO	POPOLAZIONE	INTERVENTO	RISULTATI	DISCUSSIONE
17 Harandi Amini et Al. <i>“The effect of hypnotherapy on procedural pain and state anxiety related to physiotherapy in women hospitalized in a burn unit.”</i> Contemporary Hypnosis. Vol 21, N.1. P 28-34; 2004.	Valutare l'efficacia dell'ipnoterapia, come strumento di gestione del dolore e dell'ansia dei pazienti grandi ustionati nelle procedure di fisioterapia.	Trial clinico randomizzato.	N.44 pazienti donne ricoverate in un centro ustioni e sottoposte a fisioterapia.	Le 44 pazienti con gravi ustioni sono suddivise in 2 gruppi: gruppo intervento e gruppo controllo. Entrambi i gruppi effettuano la fisioterapia, ma solo il gruppo intervento effettua anche delle sedute di ipnoterapia. Il dolore e l'ansia sono valutate con la scala VAS e misurate, per entrambi i gruppi, prima e dopo aver effettuato la fisioterapia (passiva).	Comparando il gruppo intervento con il gruppo di controllo si evidenzia che il dolore e l'ansia, a seguito delle procedure di fisioterapia, sono significativamente diminuite nel gruppo intervento che ha effettuato anche le sedute di ipnosi.	Lo studio ha fatto emergere che il gruppo studio ha riportato punteggi relativi al dolore e all'ansia procedurale, in seguito alla fisioterapia, significativamente ridotti rispetto al gruppo controllo. Questo conferma studi precedenti in relazione all'efficacia dell'ipnosi come contributo per il controllo del dolore e dell'ansia anche durante la fisioterapia.
18 Appel P.R. <i>“Clinical Applications of Hypnosis in the Physical Medicine and Rehabilitation setting: three case reports.”</i> Clinical Hypnosis in Rehabilitation, Seminars in Integrative Medicine. 1: P 90-105; 2003.	Valutare l'efficacia dell'ipnosi in ambito riabilitativo per migliorare le abilità motorie, il dolore e facilitare il programma di rieducazione.	Case report.	N.1 paziente con emiparesi sinistra - caso 1; N.1 paziente affetto da artrite reumatoide - caso 2; N.1 paziente con paraplegia incompleta T-8 - caso 3.	- Caso 1: il trattamento ipnotico, associato al programma di recupero, per favorire il rilassamento e migliorare la compliance. - Caso 2: Il trattamento ipnotico, associato alla riabilitazione, per il controllo del dolore. - Caso 3: Il trattamento ipnotico, per implementare l'aspetto motivazionale e proseguire il percorso di rieducazione.	Il trattamento ipnotico in tutti e tre i casi clinici, ha facilitato l'esito funzionale di recupero.	Sono, tuttavia, ancora necessari ulteriori studi in questo senso.

AUTORI	OBIETTIVO	METODO	POPOLAZIONE	INTERVENTO	RISULTATI	DISCUSSIONE
19 Appel P.R. “ <i>The use of Clinical Hypnosis in Physical Medicine and Rehabilitation.</i> ” Clinical Hypnosis in Rehabilitation. Psychiatric Medicine. 10:133-148; 1998.	Valutare l'efficacia del trattamento del dolore con l'ipnosi in un percorso di recupero funzionale dell'arto superiore.	Case report.	N.1 paziente flautista di professione con disfunzione scapolare.	In un contesto ipnotico si è svolto il trattamento riabilitativo orientato all'incremento del range of motion, al mantenimento di posture neutre e rilassate.	Le strategie utilizzate hanno consentito di suonare lo strumento senza dolore, recuperando le abilità pregresse.	Il trattamento ipnotico è stato utile, sia per il recupero funzionale del gesto, che per il superamento della disabilità.
20 Fowler R. et Al. “ <i>The use of hypnosis for pain relief for patients with polyradiculoneuritis</i> ”. Australian Physiotherapy. Vol.38, N. 3. P 217-221; 1998.	Valutare la riduzione del dolore e dell'ansia con l'ipnosi, dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva.	Case report.	N. 2 pazienti affetti da Guillain-Barrè Syndrome (GBS), ricoverati in Terapia Intensiva e sottoposti a procedure fisioterapiche, presso il Royal Perth Hospital, Australia.	Induzione di ipnosi e autoipnosi per consentire le procedure fisioterapiche. Lo Psicologo Clinico induce ipnosi, con l'aggiunta di musica (<i>Spectrum Suite' by Steven Halpern</i>) per escludere il rumore proveniente dalle apparecchiature di terapia intensiva, consentendo al Fisioterapista di effettuare le procedure fisioterapiche (mobilizzazione passiva e stretching), interrotte, in seguito al dolore.	Il dolore viene descritto come un' esperienza multidimensionale, in cui la parte organica è solo una delle componenti che lo causa. Attraverso l'ipnosi è stato possibile ridurre tutte le altre componenti non organiche del dolore.	Gli autori sostengono che il trattamento in ipnosi dei pazienti con polineuroradiculopatia è utile per il controllo del dolore. In particolare consente di effettuare le procedure fisioterapiche (mobilizzazione passiva e stretching) finalizzate ad evitare la perdita di articolarietà ed elasticità dei tessuti molli.

Tabella n°7 – Risultati ricerca di patografie

TESTO	SINOSSI	CITAZIONI			METAFORE, IMMAGINI
		Momento Evento/Incidente	Dolore procedurale	Processo di recupero	
<p>Autore: Lorenzo Amurri</p> <p>Titolo: “Apnea”</p> <p>Edizione: Fandango 2013</p> <p>Narratore: prima persona</p>	<p>Lorenzo stava sciando con la sua fidanzata. Poi la corsa in ospedale in elicottero, il coma farmacologico e un'operazione di nove ore alla colonna vertebrale. Dalla terapia intensiva ai lunghi mesi di riabilitazione fino al momento della dimissione. La narrazione in prima persona di un passaggio da una condizione di “normalità” ad una di disabilità.</p>	<p>“Ho la faccia immersa nella neve. Non sento più niente, <u>come fossi dentro un batuffolo di ovatta. Non riesco a respirare. Qualcuno mi prende la testa tra le mani e la gira: respiro</u>”.</p> <p>“Ricordo che non capivo perchè mi dicevano che avevo perso la sensibilità in gran parte del mio corpo: mi toccavo la pancia e la sentivo, non mi rendevo ancora conto che era la mano a provare la sensazione tattile e non viceversa”.</p>	<p>“Mi toglieranno l'halo”[...]“tolgono il busto e gli assi a esso attaccati[...] “E' un tipo di <u>dolore nuovo, un terremoto interno, L'attrito delle viti che girano uscendo dal cranio, genera uno stridio degno di una cicala accaldata al sole estivo</u>”[...]“Ho la sensazione che <u>il cervello stia per uscire come lo spumante dopo aver agitato la bottiglia.</u>”</p> <p>“Da quando mi mettono in carrozzina [...] ho iniziato a provare dolori fortissimi alle spalle e alle braccia [...] come <u>rasoi affilati che cadono in picchiata sul mio corpo paralizzato aprendo nuove ferite profonde e dolorose.</u>”</p> <p>“Le ergoterapiste o terapisti occupazionali: sono quelle che decidono quale tipo di carrozzina userò, di quali ausili avrò bisogno; mi insegneranno tutto ciò che posso fare”[...]“non interagiscono con me, non incrociano mai i miei occhi. Non capisco se si tratta di una forma di rispetto, se è un comportamento da manuale dell'approccio con il fresco disabile”[...]“In realtà non siamo obbligati a fare amicizia, il solo dovere che hanno è lavorare con la massima professionalità, ed è quello che fanno”.</p>	<p>“Per prima cosa ti sediamo sul letto, se senti che ti gira la testa o ti manca l'aria me lo dici e ti rimettiamo giù. <u>Stai tranquillo, non è facile per nessuno la prima volta. Altro che tranquillo, sono nervosissimo.</u>” [...] “Saliamo lentamente” [...] “Non riesco a respirare e una volta arrivato in posizione eretta inizia a girarmi la testa”. “Vuoi provare di nuovo?” [...] “Stavolta tutto bene. Sono seduto sul letto e la prima cosa che attira la mia attenzione è un ciondolo bianco che Claudia (fisioterapista) porta al collo. Assomiglia a un punto interrogativo sottosopra.” [...] “<u>Il punto di vista è completamente nuovo, finalmente sono all'altezza degli altri, o quasi. E' tutto più piccolo.</u>”</p>	<p>- Come fossi dentro un batuffolo di ovatta. Non riesco a respirare;</p> <p>- l'attrito delle viti genera uno stridio degno di una cicala accaldata al sole;</p> <p>- il cervello stia per uscire come lo spumante dopo aver agitato la bottiglia;</p> <p>- rasoi affilati che cadono in picchiata sul mio corpo paralizzato aprendo nuove ferite profonde e dolorose;</p> <p>- il punto di vista è completamente nuovo, finalmente sono all'altezza degli altri, o quasi. E' tutto più piccolo.</p>

TESTO	SINOSSI	CITAZIONI			METAFORE, IMMAGINI
		Momento Evento/Incidente	Dolore procedurale	Processo di recupero	
<p>Autore: Giuseppe Torselli</p> <p>Titolo: “Diario di un grande amore”</p> <p>Editore Magma editore 2006</p> <p>Narratore: Diario raccolto dalla moglie</p>	<p>Una testimonianza diretta di Giuseppe Torselli e di sua moglie Barbara che, attraverso un diario, descrivono i mesi di degenza presso il centro grandi ustionati di Torino. Tutto ha inizio a bordo della petroliera libica, quando un lampo accecante e un'esplosione investono Giuseppe. Inizia così la corsa in ospedale, le prime cure, il trasferimento a Torino e la lunga degenza in ospedale fino alla dimissione e il rientro a casa.</p>	<p>“Dell'attimo successivo alla folgorazione non ricordo molto, <u>solo un lampo accecante e un rumore fortissimo come se qualcuno avesse fatto esplodere una bomba</u>; il mio corpo ha preso immediatamente fuoco. Vedevo le mie mani, le mie gambe, il mio corpo completamente avvolti dalle fiamme; il dolore era veramente atroce, immenso, <u>indescrivibile</u>; urlavo, mi rotolavo a terra cercando di spegnere le fiamme che mi avvolgevano ma tutto era inutile, e peggio ancora è che ero cosciente di tutto quello che stava accadendo. [...] Mi sono alzato dalla barella e la mia unica preoccupazione era quella di far ripartire al più presto i generatori della piattaforma, quindi sbraitavo ordini a destra e manca.”</p>	<p>“Che cos'è una vasca o balneazione? È una vera e propria tortura, o meglio, significa metterti su un particolare lettino e posizionarti a pelo d'acqua su una vasca tipo quella del bagno di casa, solo molto più grande e in acciaio inossidabile, con due medici ai tuoi lati che muniti di rasoi e pinze, <u>cominciano a toglierti e a pulirti da quei lembi di pelle che si stanno necrotizzando, fino a che non esce sangue pulito, sano, se così si può dire, praticamente viene scorticato vivo. Queste vasche, che io chiamavo macchine infernali. Venivano eseguite per la maggioranza delle volte senza essere narcotizzati, e credetemi, i dolori che esse provocano sono veramente atroci, spaventosi.</u>”</p>	<p>“Le gambe che sono completamente ustionate (sono tutte un innesto cutaneo) hanno perso completamente la sensibilità, i miei movimenti, nonostante la fisioterapia, sono difficoltosi; non riesco ad accovacciarmi, a stare in ginocchio, ad andare in bicicletta e quando faccio la doccia [...], ho bisogno del supporto di mia moglie”.</p> <p>“Poi lo hanno legato al “letto basculante” e fatto stare in verticale per un'ora. [...] Questo è l'unico modo per rimetterlo in piedi; [...] che Giuseppe ha i piedi ipertrofici e deve imparare a stare in piedi e a muovere i primi passi, proprio come un bambino piccolo.”</p> <p>“[...] L'hanno fatto camminare con il “girello” lungo il corridoio; era contento, però si sofferma molto a pensare come è ridotto fisicamente; ha delle gambe che sembrano dei grissini, tutte diritte e senza muscolatura (oltre ad essere magrissime sono anche di marrone scuro).”</p>	<p>- Un lampo accecante e un rumore fortissimo come se qualcuno avesse fatto esplodere una bomba;</p> <p>- lembi di pelle che si stanno necrotizzando, fino a che non esce sangue pulito, sano; viene scorticato vivo; con dolori atroci, spaventosi;</p> <p>- ha i piedi ipertrofici e deve imparare a stare in piedi e a muovere i primi passi, proprio come un bambino piccolo.</p> <p>- gambe che sembrano dei grissini, tutte diritte e senza muscolatura (oltre ad essere magrissime sono anche di marrone scuro).</p>

TESTO	SINOSSI	CITAZIONI			METAFORE, IMMAGINI
		Momento Evento/Incidente	Dolore procedurale	Processo di recupero	
<p>Autore: Paolo Nori</p> <p>Titolo: “Grandi ustionati”</p> <p>Editore: Marcos y Marcos 2001</p> <p>Narratore: Prima persona</p>	<p>La storia autobiografica di Paolo Nori, scrittore italiano, che ha rischiato di morire durante un incidente d'auto. L'autore descrive un difficile percorso di guarigione nel reparto dei grandi ustionati di Parma.</p>	<p>“La macchina era una palla di fuoco, che intorno c'erano delle persone che gli dicevano: venite via, lasciate stare, che lui, mi ha detto, non se lo sarebbe mai perdonato, <u>che sentiva che dentro io facevo un rumore rrrr, rrrr, che se non mi avesse tirato fuori avrebbe sentito questo rumore per tutta la vita, che poi alla fine sono riusciti a prendermi per la cintura e sollevarmi al di sopra della carrozzeria della mia macchina che la capote di plastica era liquefatta mi hanno tirato fuori dall'alto, che dopo un secondo che mi hanno estratto la macchina è esplosa come nei film, che io quando sono uscito mi sono seduto tranquillo sul marciapiede ad aspettare l'ambulanza.</u>”</p>	<p>“Il fuoco che non mi ricordo, c'è tutti i giorni quando mi tolgono le bende, la vampata.”</p>	<p>“Ti devi dimenticare, che sei stato ustionato, mi dico nella mia testa. [...] <u>Uno che è stato ustionato che non può guidare, dopo che va sempre in giro che lo portano gli altri, a prendere un treno andare a Modena girare a Modena a piedi da solo gli sembra di ricordarsi tutti i momenti più belli di quando andava in giro a piedi da solo, l'odore del marciapiede che aveva sentito una volta da militare, una volta per le strade di Parma era tutto chiaro e leggero gli sembrava che il cielo lo tirava su, e una volta a San Pietroburgo sotto un balcone aspettare che spiova a pensare la fortuna che ho avuto a non fare lo slavista.</u>”</p>	<p>- Che sentiva che dentro io facevo un rumore rrrr, rrrr;</p> <p>- Ustionato che non può guidare, dopo che va sempre in giro che lo portano gli altri;</p> <p>- a piedi da solo gli sembra di ricordarsi tutti i momenti più belli di quando andava in giro a piedi da solo, l'odore del marciapiede che aveva sentito una volta da militare;</p> <p>- era tutto chiaro e leggero gli sembrava che il cielo lo tirava su.</p>

TESTO	SINOSSI	CITAZIONI			METAFORE, IMMAGINI
		Momento Evento/Incidente	Dolore procedurale	Processo di recupero	
<p>Autore: Tiziana Motto</p> <p>Titolo: <i>Margherita</i></p> <p>Editore Stampato autonomamente 2014</p> <p>Narratore: Prima persona</p>	<p>La storia autobiografica di Tiziana, che si fa chiamare da tutti Margherita.</p> <p>Un incidente domestico, in seguito allo scoppio di una bombola del gas, la porta al centro grandi ustionati di Torino, dove inizia un lungo percorso di cura e riabilitazione fino alla dimissione.</p>	<p><i>“Uno scoppio terribile unito ad una gigantesca fiammata mi avvolge tutta, la voce disperata di Carlo che urla “Mamma” mi entra nelle vene... voglio tranquillizzarlo... urlo anche io – sto bene, tranquillo, chiamate però il 118- ... esco, <u>sono una torcia umana, non riesco a capire cosa è successo, so solo di avere le fiamme addosso, corro verso la fontana che c'è nel cortile e mi lancio sotto...</u>”</i></p>	<p><i>“Due volte alla settimana non vado in palestra, devo fare la medicazione, ho braccia e gambe fasciate. La medicazione dura circa quattro ore. È dolorosissima anche se mi danno le gocce di morfina... Bisogna togliere le bende (più strati), lavare e ribendare. Gli infermieri, seppure molto bravi, lamentano un po' che ci va tanto tempo...”.</i></p> <p><i>“Alla prima medicazione di controllo ho vissuto un'esperienza terribile. [...] Nell'ambulatorio due infermiere mi spostano dalla lettiga al lettino e iniziano a sbendarmi, una è dolce e delicata, l'altra nonostante le mie suppliche è <u>un “orso”, senza bagnarmi le bende in trenta secondi, forse meno, me le strappa di dosso, provo un dolore terribile, ho i conati di vomito, piango...</u> e mi sento anche dire da lei – non faccia tante storie! Bisogna sopportare...”.</i></p>	<p><i>“Iniziano a trascorrere i giorni di quella che io definisco la mia seconda vita. Sto bene, ma <u>non riesco a muovere neanche un dito, sono bloccata nel letto.</u>”</i></p> <p><i>“I giorni passano, mi impegno molto, inizio a muovere le dita della mano, ma la forza non c'è ancora. Poco per volta, giorno dopo giorno, <u>inizio sempre a muovere meglio le mani, anche se malamente inizio a riuscire a impugnare la forchetta... ma la bocca è troppo distante... passano i giorni...riesco a mangiare da solo le cose solide!</u>”</i></p>	<p>- Sono una torcia umana, [...] corro verso la fontana che c'è nel cortile e mi lancio sotto...”;</p> <p>- un “orso”, senza bagnarmi le bende in trenta secondi, forse meno, me le strappa di dosso, provo un dolore terribile, ho i conati di vomito, piango;</p> <p>- non riesco a muovere neanche un dito, sono bloccata nel letto.</p>

TESTO	SINOSSI	CITAZIONI			METAFORE, IMMAGINI
		Momento Evento/Incidente	Dolore procedurale	Processo di recupero	
<p>Autore: Gad Lerner</p> <p>Titolo: “Concetta. Una storia operaia”</p> <p>Editore: Feltrinelli 2014</p> <p>Narratore: Terza persona</p>	<p>La storia di Concetta Candido, un'operaia senza lavoro, sceglie il fuoco come forma di pubblica protesta. Si procurerà ustioni di terzo grado sul 27% del corpo e lotterà tra la vita e la morte per mesi. La attende un percorso di lenta e dolorosa riabilitazione.</p>	<p>“Il dolore? Si ricordo che bruciava, faceva male, ma io ero determinata a fargliela pagare. Volevo bruciare. Si volevo bruciare ma non volevo morire. Mi sentivo le fiamme addosso che non si fermavano. Pensavo che si sarebbero spente e invece ho visto che non mi spegnevo. Sarà durata in tutto due minuti di fiamme, non so, troppi minuti, non finiva più.”</p>	<p>“Bisogna <u>staccare prima la pelle morta, come le squame di un serpente</u>, magari con l'aiuto di un bagno. Da non confondersi con le balneazioni di mantenimento necessarie perché la pelle nuova attecchisca: alcune decine di minuti in cui il corpo viene immerso in sostanze chimiche, e perciò si rende necessaria la sedazione. <u>Un lavaggio che ogni volta comporta togliere bende attaccate con il sangue e con il pus, per poi avvolgerne di nuove. Un lungo percorso di sofferenza da condividere. Persino una normale doccia, il piacere rinfrescante di uno spruzzo d'acqua, a leggere i bollettini quotidiani di Giuseppe, può trasformarsi in una prova di resistenza al dolore.</u>”</p>	<p>“<u>La fatica e l'esultanza dei primi passi, la conquista provvisoria della posizione verticale. Non sono trascorsi nemmeno due mesi dacché si è data fuoco, eppure, strappata dalla morte che nel suo caso restava l'ipotesi più probabile, sempre in pericolo di rigetti e infezioni letali, gli specialisti di questo reparto d'eccellenza l'hanno già coinvolta in un percorso di ricostruzione. Non solo riabilitazione, proprio ricostruzione. Qui ci sono un corpo e uno spirito inceneriti da ricostruire.</u>”</p>	<p>- La pelle morta, come le squame di un serpente;</p> <p>- bende attaccate con il sangue e con il pus;</p> <p>- la fatica e l'esultanza dei primi passi, la conquista provvisoria della posizione verticale;</p> <p>- non solo riabilitazione, proprio ricostruzione;</p> <p>- sono un corpo e uno spirito inceneriti da ricostruire.</p>

Tabella 7 bis – Risultati ricerca di patografie

TESTO	SINOSI	CITAZIONI
<p>Autore: Renata Azario, Giorgio Fogliano, Gian Luca Greggio</p> <p>Titolo: “Alzati fai dei chilometri -Storie di alleanza e resilienza nelle relazioni di cura”</p> <p>Editore Sensibili alle foglie 2005</p> <p>Narratore: Terza persona</p>	<p>In questo libro vengono presentati i racconti sul campo che nascono dalle differenti vicende terapeutiche di pazienti e operatori.</p> <p>Due fisioterapisti e uno psicoterapeuta, analizzano e narrano le esperienze lavorative e relazionali.</p> <p>La raccolta in anonimato delle interviste di alcuni pazienti e le loro narrazioni, le impressioni i commenti sulla terapia condotta, sovente, per più anni.</p>	<p>Racconto 1 -Ascolto dello strumento musicale- “All’inizio non avevo molta fiducia, poi ho semplicemente constatato che, collaborando con la terapeuta e sottoponendomi a regolari esercizi, miglioravo, la mia vita intera migliorava. [...] Ho cercato di entrare di continuo nel linguaggio e nel sapere della fisioterapeuta e di avere quasi la sensazione che ci fosse qualcuno in ascolto del mio corpo, come uno strumento musicale. Conoscendo meglio le sensazioni e le vibrazioni del mio corpo, ho cominciato a conoscere meglio me stessa e, di conseguenza, anche a percepire l'accordo con gli altri. [...] A poco a poco, durante la seduta, il dolore diminuiva e mi ha dato speranza che le porte del carcere, entro cui la malattia ti fa sentire relegato, si possano varcare.”</p> <p>Racconto 2 -Reggersi nuovamente in piedi- “Dopo l'incidente, durante il ricovero in ospedale, le mie condizioni erano piuttosto critiche poiché i danni erano diffusi a varie parti del corpo; ero allettata e potevo girarmi sui fianchi solo per qualche secondo. [...] Si faceva un lavoro passivo sulle articolazioni e sui muscoli, al quale gradualmente collaboravo, fino al grande traguardo di riuscire a stare in piedi appoggiata al deambulatore, la prima volta dopo più di tre mesi dal trauma [...] sentire la pressione dei piedi sul pavimento. Sentire le parole di approvazione su come si riesce a fare quel movimento. Sapere che qualcuno ti sta conducendo su un percorso totalmente nuovo per te, pieno di punti interrogativi, e tu ti senti protetta e guidata.”</p> <p>Racconto 3 -Un raggio di sole- “[...] Per affrontare la mia situazione più o meno tragica. Una delle fisioterapiste era persona fondamentalmente pragmatica, di buon senso; un'altra era più decisa, mentre la terza trasaliva facilmente ogni qualvolta rimarcava i miei errori, fino a farmi impaurire, anche se percepivo il suo innervosirsi come un pungolo atto a spronarmi. [...] Le fisioterapiste, occupandosi di me, mi hanno fatto sentire importante: significava non essere abbandonato al mio destino infausto. Mi sorge spontaneo paragonare la fisioterapia ad un raggio di sole, specie perché mi sono affezionato al suo ambiente.”</p>

2.2 RISULTATI DELL'ANALISI E CONTESTUALIZZAZIONE DEI BISOGNI DI APPROFONDIMENTO DEI RIABILITATORI

Viene ora introdotta una breve analisi del setting di riabilitazione di questa Azienda, allo scopo di fornire una visione del contesto in cui i riabilitatori lavorano.

All'interno dell'Azienda Ospedaliera i riabilitatori operano in diversi contesti di cura. La presa in carico riabilitativa si articola in una tipologia di ricovero: ordinario, day hospital o ambulatoriale; a seconda dell'attività prevalente di uno specifico servizio sono attivate specifiche competenze.

Generalmente la presa in carico del paziente predilige l'elemento della “continuità riabilitativa” consentendo ai professionisti di seguire il paziente durante le diverse fasi del percorso di cura e in tempi dedicati.

L'attività distintiva è quella della “cura e riabilitazione”, ma vi è anche la componente “prevenzione”. Il bisogno di salute scaturisce in momenti diversi per svariate cause e si connota in un quadro variegato che spazia da un bisogno semplice ad uno complesso. L'intervento riabilitativo, pertanto, si articola in relazione ai bisogni che possono essere di tipo acuto, sub-acuto o cronico degenerativo.⁸

2.2.1 COMUNICAZIONE IPNOTICA CONTESTUALIZZATA ALLA RIABILITAZIONE

La ricerca bibliografica sulla gestione del dolore e dell'ansia ha evidenziato diversi interventi non farmacologici: il trattamento riabilitativo associato all'ipnosi formale, la buona comunicazione e l'uso consapevole dei Fattori Contestuali.

Inoltre è emersa anche l'importanza dell'effetto placebo che, attraverso le suggestioni verbali positive, costituisce l'elemento fondamentale in ogni terapia, perchè è in grado di innescare gli stessi meccanismi dei farmaci e modificare il cervello e l'intero organismo.

La trattazione che seguirà affronterà la comunicazione ipnotica contestualizzata alla riabilitazione, a partire dalla ricerca bibliografica, con l'integrazione del Know how del corso CIICS, affrontato dai Docenti e arricchito dal confronto con discenti del corso, durante la sessione pratica dedicata agli operatori delle professioni sanitarie.

Pertanto, il lavoro sarà articolato nel modo seguente:

- effetto placebo e nocebo;
- effetto placebo e nocebo in fisioterapia: i Fattori Contestuali;
- la comunicazione.

EFFETTO PLACEBO E NOCEBO:

“Tutti noi speriamo in qualcosa, ma il malato spera più di ogni altro. E sono le parole il mezzo più importante per infondere speranza: parole empatiche, di conforto, fiducia, motivazione.

Oggi la scienza ci dice che le parole sono delle potenti frecce che colpiscono precisi bersagli nel cervello, e questi bersagli sono gli stessi dei farmaci che la medicina usa nella routine clinica. Le parole innescano gli stessi meccanismi dei farmaci, e in questo modo si trasformano da suoni e simboli astratti in vere e proprie armi che modificano il cervello e il corpo di chi soffre. E' questo il concetto chiave che sta emergendo, e recenti scoperte lo dimostrano: le parole attivano le stesse vie biochimiche di farmaci come la morfina e l'aspirina”.⁹

Dalla citazione dell'ultimo libro di *Fabrizio Benedetti*, uno dei massimi esperti internazionali di placebo, emerge un approccio nuovo alla malattia e alla guarigione, dove le suggestioni verbali positive diventano l'elemento fondamentale di ogni terapia, in quanto hanno il potere di modificare il cervello e l'intero organismo, attivando gli stessi meccanismi dei farmaci.

L'*effetto placebo* si innesca quando i suoni e i simboli astratti, che derivano dalle parole espresse positivamente attraverso il conforto, la fiducia, la spinta alla motivazione, la speranza, etc, modificano il cervello, attivando le stesse vie biochimiche dei farmaci, come la morfina o l'aspirina.

Diversamente l'*effetto nocebo* si ha quando le parole sono usate in modo inappropriato, attraverso suggestioni negative, diventando tossiche e producendo un danno allo stesso modo dei farmaci; si possono presentare ansia e depressione che possono aggravare ulteriormente la condizione invalidante di una malattia.¹⁰

Dall'analisi della letteratura emerge un altro punto di vista interessante della cura, ovvero l'approccio open-hidden che evidenzia la diminuzione dell'efficacia clinica di un trattamento medico, quando non viene reso noto al paziente.^{9; 11}

Secondo questo approccio nella condizione “aperta” il paziente è consapevole di ricevere un determinato trattamento, come per esempio un antidolorifico per il trattamento del dolore, mentre nella condizione “nascosta” la cura viene somministrata all'insaputa del paziente; gli studi riportano che i trattamenti aperti sono più efficaci dei trattamenti nascosti.¹¹

Pertanto, considerando la stretta relazione tra le parole ed i farmaci, una terapia va comunicata e spiegata al paziente con parole adeguate, che potenzino le sue aspettative di beneficio, la sua fiducia nel medico e le sue speranze di successo terapeutico. Se manca ciò la terapia di per sé risulta di efficacia ridotta.⁹

Comunicare con il paziente contribuisce a creare aspettative: un'aspettativa precisa di fine del dolore, ne aumenta la sopportazione rispetto al non conoscere esattamente cosa avverrà in futuro.⁹

Nella fisioterapia è necessario sottoporsi con frequenza a procedure dolorose, per esempio durante la riabilitazione di una frattura ossea, oppure nel recupero da patologie dei movimenti, come il morbo di Parkinson, o ancora dopo gravi danni cerebrali che lasciano parti del corpo paralizzate. In tutte queste situazioni, le manipolazioni del fisioterapista vengono in genere mal tollerate. Gli arti fanno male, i muscoli bruciano, camminare diventa difficile e faticoso. Tuttavia la maggior parte dei pazienti è disposta a sopportare il dolore e a collaborare, proprio in previsione di un futuro migliore. La speranza di recuperare il danno subito e di essere riabilitati completamente prende il sopravvento sulla sofferenza.⁹

Benedetti affronta il tema della speranza come una sintesi del desiderio e della motivazione, ingredienti di un comportamento adeguato, basato sulla fiducia, aspettativa e socialità. Quando manca anche uno solo di questi elementi, la speranza crolla e un profondo senso di frustrazione, depressione e impotenza prendono il sopravvento, così che la condizione di malattia diventa insopportabile.

Grazie agli studi delle neuroscienze è stato possibile comprendere alcuni complessi meccanismi di funzionamento del cervello: in questo modo il paziente stesso e chi si occupa della cura del paziente (medici, infermieri, fisioterapisti etc), possono beneficiare di una visione biologica della speranza, consentendo di influenzare i comportamenti relativi ad un processo di cura, attraverso una migliore comunicazione ed interazione sociale.^{9; 12}

EFFETTO PLACEBO E NOCEBO IN FISIOTERAPIA: I FATTORI CONTESTUALI

I Fattori Contestuali (FC) sono l'insieme di elementi interni, esterni o relazionali che, integrati al ragionamento clinico, possono aumentare il numero delle soluzioni di trattamento, aumentare la loro efficacia e migliorare la qualità del processo decisionale.^{13;14}

La conoscenza e l'uso consapevole dei FC rappresenta un'opportunità utile per arricchire una terapia in ambito terapeutico, consentendo l'attivazione degli effetti placebo a discapito degli effetti nocebo.

L'introduzione dei FC è stata recentemente applicata nel campo della fisioterapia da alcuni autori, ciò ha consentito di raggrupparli in cinque diverse categorie:¹⁴

1. *caratteristiche del fisioterapista*: reputazione e aspetto professionale, credenze, comportamenti;
2. *caratteristiche del paziente*: aspettativa, preferenze, esperienza precedente, condizioni muscolo-scheletrica, sesso, età;
3. *relazione paziente-fisioterapista*: comunicazione verbale, comunicazione non verbale;
4. *caratteristiche del trattamento*: diagnosi chiara, terapia conclamata, apprendimento osservazionale, approccio centrato sul paziente, processo globale di cura, tocco terapeutico;
5. *contesto sanitario*: ambiente, architettura, interior design.

L'identificazione, la conoscenza e l'uso consapevole di questi fattori, erogati in un contesto positivo (FC positivi), produce esiti migliori di un trattamento erogato in condizioni neutre o in un contesto negativo (FC negativi).

In ambito fisioterapico lo studio sulla rilevanza clinica dei Fattori Contestuali, come elementi scatenanti gli effetti placebo e nocebo nel dolore muscolo-scheletrico, forniscono un interessante spunto di riflessione.¹¹

Il dolore e le prestazioni motorie sono di frequente utilizzati in letteratura come modelli per descrivere i meccanismi neurobiologici che sottendono le risposte placebo e nocebo.

Secondo la letteratura per quanto concerne il dolore, il placebo e il nocebo interagiscono con sistemi e neurotrasmettitori distinti, in questo modo l'analgesia placebo e l'iperalgia nocebo coinvolgono aree cerebrali e neurotrasmettitori differenti.

Inoltre per quanto riguarda la prestazione motoria è stato osservato che il placebo induce la riduzione dell'affaticamento e il nocebo diminuisce le prestazioni motorie in termini di riduzione della forza muscolare.¹¹

Secondo l'interpretazione degli autori, il dolore muscolo-scheletrico può essere influenzato dai FC, secondo differenti aspetti riportati di seguito.^{11;14}

1. Caratteristiche del fisioterapista

Tra le caratteristiche del fisioterapista vi sono differenti fattori che contribuiscono ad influenzare la percezione di cura del paziente e, di conseguenza anche l'esito clinico nei disturbi muscolo-scheletrici.

Per esempio, rientrano tra i FC delle credenze e dei comportamenti, l'intervento entusiastico dei professionisti che, con la loro partecipazione, possono avere un effetto attivo sul risultato.

La tendenza a fare domande al paziente ed a rispondere alle domande, per esplorare l'esperienza di malattia consente di conquistare la sua fiducia, mentre la capacità di fornire feedback positivi e chiare informazioni sul trattamento, possono interagire favorevolmente con i risultati della terapia.

2. Caratteristiche del paziente

Alcuni FC dipendenti dal paziente sono in grado di influenzare l'analgesia del placebo.

L'aspettativa di un paziente è un fattore prognostico significativo nel dolore muscolo scheletrico e, più in generale, può modellare l'esperienza di dolore; inoltre la precedente esperienza di cura del paziente è un fattore che può influenzare la terapia.

Il modo in cui sono collegati i risultati positivi o negativi precedenti può modificare l'entità della risposta terapeutica nella riabilitazione muscolo-scheletrica.

Inoltre la percezione della qualità di cura è influenzata da fattori come l'età, il sesso e le condizioni muscolo-scheletriche.

Per esempio i pazienti più anziani sono più sensibili ad alcuni particolari della terapia fisica, come l'accesso ai servizi, mentre le donne considerano come fattori importanti l'organizzazione e la comunicazione di cura.

3. Relazione paziente-fisioterapista:

Una buona relazione tra paziente e fisioterapista influenza il dolore, la disabilità, la soddisfazione e crea punti di forza per costruire un'alleanza terapeutica.

Sono diversi i fattori che contribuiscono alla relazione terapeutica, come la comunicazione verbale e non verbale.

Nella comunicazione rientrano l'ascolto attivo e le espressioni verbali di sostegno e incoraggiamento nel corso del trattamento. I fisioterapisti dovrebbero evitare comunicazioni negative ed espressioni verbali che richiamano ansia.

Mentre i messaggi positivi, associati ad una pratica di trattamento per ridurre il dolore (come per esempio: "questo trattamento è un potente antidolorifico"), producono un grande effetto placebo analgesico.

Pertanto nella terapia manuale l'associazione delle mani a tecniche con istruzioni verbali positive può influenzare il dolore o la disabilità, modificando l'aspettativa del paziente.

Tutto ciò che rientra nella comunicazione non verbale come, per esempio, l'espressione facciale,

il contatto visivo e il sorriso, possono influenzare l'esito della terapia.

4. Caratteristiche del trattamento

Spiegare al paziente i suoi disturbi, rispetto alla formulazione della diagnosi, può essere considerata di per sé una forma di trattamento, in quanto aiuta il paziente a dare significato alla malattia ed ai suoi disturbi muscolo-scheletrici.

Mostrare e comunicare al paziente un determinato trattamento spiegando la motivazione dell'applicazione è molto importante per la creazione dell'effetto placebo e la modulazione del risultato.

La somministrazione di un trattamento palese mediante un feedback speculare, come per esempio l'uso di uno specchio, possono ridurre il dolore e portare più rapidamente ad una risoluzione della disfunzione.

Vi sono anche effetti terapeutici positivi di analgesia placebo nella riabilitazione muscolo-scheletrica, attraverso l'osservazione attiva dei movimenti altrui, presenti nel medesimo contesto terapeutico, o attraverso la visione di video.

La personalizzazione del trattamento condiziona la soddisfazione del paziente e l'esito della terapia. Un esempio di alcuni di questi aspetti sono: le opinioni del paziente, la continuità terapeutica, la durata della consulenza, la tempestività di trattamento, la puntualità e la flessibilità ed altri aspetti più relativi ad una gestione libero professionale (costi, durata della prestazione, etc).

Il tocco terapeutico agisce come una strategia utile per ridurre il dolore muscolo-scheletrico come, per esempio, gli effetti prodotti con il massaggio.

5. Contesto sanitario

L'ambiente con illuminazione naturale, bassi livelli di rumore, la presenza di musica rilassante in un contesto terapeutico, possono influenzare l'espressione del dolore, stress ed ansia nel paziente.

La conoscenza dei FC consente un uso consapevole che può essere inserito all'interno del ragionamento clinico del fisioterapista per migliorare i risultati terapeutici.

In conclusione molti FC, come per esempio l'entusiasmo professionale (ovvero il pessimismo o l'ottimismo rispetto al trattamento erogato), l'attitudine a fare le domande ed a rispondere al paziente, la capacità di offrire feedback positivi e spiegazioni chiare sul trattamento (comunicazione verbale/non verbale) sono tutti degli esempi che possono influenzare positivamente i risultati terapeutici.

LA COMUNICAZIONE

Grazie agli studi delle neuroscienze è possibile beneficiare di una visione biologica dei comportamenti relativi ad un processo di cura, attraverso una migliore comunicazione e interazione sociale.

In letteratura sono presenti numerosi studi in questo ambito, grazie ai quali è stato possibile definire modalità diverse di comunicazione (verbale, para-verbale e non verbale) e il peso di ciascuna di esse.

Queste differenti modalità di comunicazione possono influenzare e rendere comprensibile ed efficace, in maniera minore o maggiore, il messaggio che intendiamo inviare all'interno del processo comunicativo.

Alcuni autori, riprendendo il concetto del peso che ciascuna modalità ha all'interno del processo comunicativo, affermano che il come si comunica prevale sul che cosa si comunica.¹⁵

La comunicazione è l'elemento essenziale per interagire con il sistema di valori dei nostri pazienti, per aiutarli a creare significati utili alla guarigione o ad una gestione ottimale della patologia.

Quando si parla di significato si intende l'esperienza soggettiva che il paziente sta vivendo in un determinato momento.

Nella gestione del dolore in fisioterapia un cambiamento di significato può fare la differenza: in questo modo le parole con cui descriviamo una terapia, oppure, l'uso consapevole dei Fattori Contestuali hanno un potere suggestivo e possono influenzare gli stati mentali dei nostri pazienti.

Quando le parole si affiancano, in modo congruente, alla modalità non verbale e para-verbale, e sono parte di un contesto positivo, il potere della parola diventa dirompente e produce esiti migliori di un trattamento erogato in condizioni neutre o in un contesto negativo.

In letteratura lo studio di un gruppo di ricercatori suggerisce approcci di “buona comunicazione” degli operatori sanitari con il Comfort Talk, nell'interazione con il paziente e nella gestione del dolore e dell'ansia.¹⁶

Sono incluse tecniche rapide di rapport (rapporto), stili di conversazione centrati sul paziente e sull'uso del linguaggio ipnotico, formulazione corretta dei suggerimenti e lettura degli script (sceneggiature/copioni di eventi che si ripetono allo stesso modo) per operatori sanitari.

Dall'analisi dello studio emergono i seguenti aspetti per ottenere una “buona comunicazione”:

- *rapport (rapporto)*: i primi minuti dell'incontro determineranno in che modo i pazienti elaboreranno il disagio da quel momento in poi. L'obiettivo, quindi, è ottenere il massimo nei primi minuti, o anche secondi, di un incontro per costruire il rapporto. Il rapporto nasce quando le persone sentono di avere qualcosa in comune, ad esempio, il loro background, aspetto, abbigliamento o provano piacere;
- *stili di conversazione*: le persone preferiscono sperimentare il mondo secondo la loro preferenza sensoriale che può essere visiva, uditiva, cinestesica, gustativa o olfattiva. Le persone hanno preferenze diverse anche nello stare vicini o distanti dagli altri. La maggior parte delle persone in condizioni di rilassamento tende ad adattarsi alle preferenze del partner di conversazione, mentre rimane bloccata sotto stress. Quest'ultima condizione è quella che richiede, da parte degli operatori sanitari, adattamento alla condizione del paziente;
- *adeguarsi al ritmo del paziente*: il modo più rapido e semplice per entrare in rapporto con il paziente è quello di adeguarsi al suo contegno iniziale, alla sua disposizione e al suo ritmo. La sincronizzazione può avvenire, ad esempio, attraverso il ritmo del respiro, il tono della voce (gesticolare, sorridere etc), mantenendo corrispondenza alla situazione;
- *interpretazione del contatto visivo*: i movimenti oculari sono movimenti almeno in parte involontari e potrebbero indicare il modo in cui la persona accede alle informazioni: la maggior parte delle persone sposta gli occhi a sinistra, quando fa ricorso alla memoria, e sposta gli occhi verso destra quando costruisce nuove informazioni o cerca parole. Inoltre le preferenze sensoriali entrano in gioco con i movimenti degli occhi. Per le persone con una forte preferenza uditiva un “buon ascolto” può richiedere loro di non guardarti, ma di guardare a destra o a sinistra di chi parla. Le persone visivamente ancorate, guardano verso l'alto quando pensano a quello che stai dicendo. Le persone ancorate cinestesicamente, possono spostare lo sguardo verso il

basso per comprendere ciò che stai comunicando.

Il mantenimento del contatto visivo deve tenere conto anche degli aspetti culturali;

- *suggerimenti negativi*: verbalizzare prima di una procedura un suggerimento con un contenuto negativo produce l'effetto opposto all'intenzione: per esempio se si menziona il dolore prima di una procedura, quella determinata procedura sarà vissuta come più dolorosa.

In altre parole è meglio lasciare i pazienti liberi di vivere le loro esperienze, senza condizionamenti;

- *uso degli script*: questa pratica può essere utile per effettuare alcune procedure standard in cui la scelta delle parole è fondamentale per strutturare l'esperienza del paziente; la lettura di un "copione" facilita l'approccio e consente di sviluppare un vocabolario utile.

Dalla ricerca bibliografica sulle banche dati biomediche sono emersi numerosi spunti per la risposta ai bisogni di approfondimento, come per esempio il Comfort Talk e i Fattori Contestuali, mentre la ricerca non ha prodotto alcun risultato inerente la Programmazione Neuro Linguistica (PNL).

La ricerca nell'ambito della PNL è stata effettuata anche perchè alcuni aspetti relativi all'applicazione consapevole dei meccanismi neuro linguistici della comunicazione vengono affrontati nel corso base aziendale.

Pertanto nella trattazione che seguirà se ne descriveranno brevemente alcuni punti e si utilizzeranno unicamente come fonti bibliografiche i trattati di Granone e di Casiglia.

La PNL è una dottrina basata sul presupposto fondamentale che le frasi adoperate da un soggetto nell'esprimersi siano una *struttura superficiale*, espressione di una *struttura più profonda* o di riferimento. Quest'ultima rappresenta la somma complessiva di tutte le esperienze del soggetto".¹⁷

In un'esperienza le informazioni arrivano dall'esterno attraverso i canali sensoriali e sono elaborate dalle strutture attraverso dei filtri: le generalizzazioni, la cancellazione, la deformazione.^{17; 18}

La *generalizzazione* è il filtro con la quale traiamo conclusioni di ordine generale basandoci su un numero limitato di esempi.

La *cancellazione* consente di prestare attenzione ad alcuni aspetti dell'esperienza tralasciando tutti gli altri.

La *deformazione* consente di modificare l'esperienza percepita attraverso i canali sensoriali, con

la fantasia, con una creazione artistica o scientifica.

Il linguaggio, attraverso la PNL, apre diverse prospettive consentendo una particolare interpretazione dei comportamenti umani:¹⁸

- l'implicazione e le presupposizioni sono affermazioni implicite che danno illusione di libertà. Possiamo facilitare una suggestione in questo senso se utilizziamo alcune parole: “*mentre, quindi, quando, perciò, prima, dopo, per tutto il tempo*”;
- le convinzioni sono conclusioni basate sull'idea che un risultato sia imm modificabile.

Di solito un linguaggio che esprime una convinzione utilizza le parole: “*ma, però*”. Nell'ascolto è necessario porre attenzione a ciò che viene dopo le parole ma e però, in quanto in genere si esprimono le convinzioni;¹⁵

- l'importanza di alcune parole:
 - il *ma*, inserito in una frase articolata in cui sono espressi differenti contenuti, conferisce l'ordine prioritario dei contenuti stessi, modificando la percezione. (Es: oggi piove ma domani c'è il sole / domani c'è il sole ma oggi piove);
 - la *e* e (tutti i connettivi: *quindi, perciò, così*, etc), uniscono e trascinano le parti del discorso, agganciandole come tanti vagoncini di un treno;
 - il *non*, è una parola cancellata dalla nostra mente perchè è impossibile rappresentarla con un'immagine. Iniziare con una negazione fa sì che l'ascoltatore non avverta nessuna reazione ad agire a quel determinato ordine. Lo stesso modello può essere utilizzato accuratamente per ottenere delle reazioni utili;¹⁹
- i truisimi sono modi di comunicare un'evidenza semplice non contestabile. Se utilizzati come suggestione in una trance, scatenano risposte ideomotorie e ideosensorie che creano un campo affermativo;
- i doppi legami consentono di comunicare a due livelli. Ad esempio: “*mentre fai i compiti, vuoi fare merenda con i biscotti o con il budino?*”.

La comunicazione diventa ipnotica quando utilizza la persuasione ma anche le suggestioni, grazie alle quali riesce a superare l'analisi razionale e si rivolge direttamente all'inconscio della persona, supera le difese e i preconcetti, neutralizza le analisi della critica e stimola le emozioni; utilizza immagini per trasmettere direttamente alla parte emozionale, superando il

filtro razionale, avvalendosi di storie, aneddoti, parabole, proverbi, poesie, canzoni, nenie.¹⁸

La comunicazione ipnotica, attraverso l'uso di un linguaggio consapevole, riesce ad arrivare all'inconscio ed è in grado di generare fenomeni a livello fisico senza arrivare ad una condizione di coscienza modificata.

Inoltre consente di accedere positivamente alla mente inconscia di un paziente, aiutandolo a gestire il dolore e l'ansia nelle procedure dolorose, a partire dalla creazione di un rapporto reciproco di fiducia.

In particolare è possibile seguire il modello definito come “la mappa che traccia il percorso”²⁰ di cui si faranno degli esempi nella trattazione che seguirà (tabelle n. 10 e n. 11):

- *accogliere* ciò che l'altro mi porta
- *focalizzare l'attenzione* su una parte dell'esperienza e attuare
- *stimolazioni percettivo-sensoriali* ricalcando i termini della descrizione
- *sottolineare ogni cambiamento* osservato sperimentato
- *gratificare* anche per successi minimi (esempio: molto bene, bravo, etc)
- *nuovo e diverso* modo di proporre una rappresentazione dell'esperienza
- *ratificare* ogni nuova abilità sviluppata
- *ancorare* l'esperienza positiva per stimolare l'autogestione delle proprie abilità

2.2.2 OBIETTIVI BEN FORMATI IN RIABILITAZIONE: UN AIUTO PER LA REALIZZAZIONE DELL'IPNOSI E DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA

Il professionista guida la comunicazione terapeutica a partire dalla capacità di porre domande adeguate al contesto, alla situazione e alla persona:²⁰

- le *domande aperte* (contestuali) colgono l'aspetto più globale e generano, di solito, risposte come il racconto di una storia o una metafora, e sono introdotte da: “Chi? Cosa? Quando? Perché?”
- le *domande chiuse* (testuali) aiutano a focalizzare il problema e prevedono una risposta SI/NO; è opportuno effettuare queste domande nello “YES SET”.
Sono introdotte da: “Fa? E'? Puoi? Hai? Sei? C'è?/Ci sono? Qua?”

In genere formulare le domande aperte, per poi proseguire con le domande chiuse, consente al paziente di focalizzare l'attenzione.

Dall'analisi del testo riportato in bibliografia, nell'ambito della PNL per fisioterapisti, emergono alcuni criteri per costituire degli obiettivi ben formati:¹⁵

- obiettivi espressi in positivo;
- sotto la propria responsabilità;
- ecologici;
- misurabili sensorialmente.

- Obiettivi espressi in positivo

Gli obiettivi del paziente devono essere espressi in positivo per consentire una visione orientata al recupero.

Per esempio, un paziente che riporta dolore alla spalla e che effettua la riabilitazione specifica per il problema, può verbalizzare il proprio obiettivo di recupero nel seguente modo: “*Non voglio più avere male alla spalla*”.

Secondo la PNL questo modo di esprimere il dolore consente di comprendere che il paziente accede ad uno stato depotenziato.¹⁵

Pertanto è opportuno aiutare il paziente a formulare obiettivi che consentono un'interazione positiva, ad esempio attraverso l'assenza della negazione “non”: si può domandare “*vuoi sentire la spalla libera di muoversi?*” oppure “*come vuoi sentire la spalla?*”. In questo modo il paziente potrà accedere ad uno stato differente.

- Sotto la propria responsabilità

Quando si parla di responsabilità nella formulazione degli obiettivi si intende sia del fisioterapista che del paziente, dunque attraverso la condivisione.

Per esempio il recupero muscolare di una spalla non è solo l'obiettivo del fisioterapista, ma anche del paziente perchè, per potenziare o mantenere i risultati raggiunti nel corso del trattamento sarà necessario un lavoro individuale del paziente, magari al proprio domicilio, per sperimentare quanto appreso nel corso della seduta di rieducazione.

Pertanto come professionisti è bene chiedersi come possiamo influenzare positivamente gli altri affinché possano collaborare per il raggiungimento dei risultati.

- Ecologici

Per obiettivi ecologici si intende un approccio che tiene conto delle diverse caratteristiche del paziente, come per esempio, il contesto familiare, lavorativo, oppure gli hobbies.

- *Misurabili sensorialmente*

Un obiettivo misurabile sensorialmente è un obiettivo che il paziente comprende di aver raggiunto attraverso i suoi sensi. Ad esempio sentendo i movimenti della spalla liberi e osservando che è nuovamente in grado di sollevare il braccio nelle attività quotidiane.

2.2.3 TECNICHE DI INDUZIONE IPNOTICA CONTESTUALIZZATE IN AMBITO RIABILITATIVO

“L'ipnosi è uno stato di coscienza modificato, fisiologico, dinamico, in un rapporto medico-paziente durante i quali sono possibili modificazioni psichiche, somatiche e viscerali, per mezzo di monoideismi plastici (una sola idea che riverbera sul piano psicosomatico).” Lapenta A.M.

Partendo anche dalla citazione di Granone: *“Ogni tecnica è valida nelle mani dell'ipnotista che se l'è creata e l'adopera con fiducia”* si comprende come sia importante che ciascuno di noi scopra qual è la sua tecnica, quella che gli appartiene, o magari quella che sarà in grado di inventarsi.

La scelta della tecnica può essere fatta sulla base di tre differenti criteri:²⁰

- *contesto e finalità* (contesto psicoterapico, infermieristico, riabilitativo, etc);
- *caratteristiche dell'operatore* (ipnotista);
- *caratteristiche del paziente* (ipnotizzato).

Ci sono ottime tecniche che si possono conoscere, ma che non ci appartengono, oppure non sono utili al contesto.

L'ipnosi consente di ottenere una modificazione della coscienza (trance) tramite la creazione di un'immagine mentale che si trasforma in un fenomeno fisico (monoideismo plastico).

Quindi se vogliamo avere la certezza di aver attivato la trans (andare oltre) l'individuo deve aver un cambiamento fisico del comportamento e almeno un fenomeno ipnotico spontaneo e involontario di seguito riportato nella tabella n.8.

Tabella n.8

Indicatori dello stato ipnotico²⁰
<ul style="list-style-type: none">• Sguardo fisso (fissità, sfocatura, diminuzione del riflesso di ammiccamento)• Lacrimazione (aumento della lacrimazione dovuto al rilassamento dei muscoli circostanti i condotti lacrimali)• Dilatazione pupillare (insieme alla sfocatura dello sguardo è possibile un rilassamento del costrittore dell'iride con conseguente dilatazione pupillare)• Flutter palpebrale (alcuni soggetti sviluppano un automatico e inconsapevole flutter delle palpebre)• Ammiccamento (Blink Reflex)• Rallentamento della respirazione (il respiro rallenta, si approfondisce, tende a diventare più addominale)• Deglutizione (Swallow Reflex) (inizialmente aumenta, > 2 per min. In un secondo tempo rallenta, < 2 per min. Talvolta viene a mancare, oppure 1 ogni 15-30 min.)• Sudorazione (in aumento, mani)• Appianamento dei muscoli facciali (appianamento dei muscoli del viso, perdita di simmetria, rilassamento mandibolare, reclinazione della testa, abbassamento della spalle, extrarotazione degli arti)• Immobilità del corpo (diminuzione dell'attività volontaria, aumentata inerzia motoria, diminuita risposta agli stimoli)• Movimenti oculari rapidi (a occhi chiusi, quando visualizzano immagini spontanee, quando si chiede di visualizzare, simili ai RAPID EYE MOVEMENT REM)• Assorbimento interno

Queste manifestazioni si possono ottenere, a prescindere dalla tecnica che decidiamo di utilizzare, attraverso diverse modalità che mirano a ridurre, oppure ad aggirare le resistenze della parte razionale, ovvero l'atteggiamento critico del paziente.

Abbassando la critica del paziente si consente, alla sua parte creativa di attivare tutte le suggestioni che noi gli suggeriamo.

Nella pratica clinica si sviluppa il lavoro a partire dal PRE-TALK, iniziando con l'accoglienza del paziente, mettendolo a suo agio, ad esempio, suggerendogli di prendere una posizione comoda, seduto sulla sedia o sul lettino di terapia.

A partire da questa fase dell'incontro è utile adottare un linguaggio verbale e non verbale che può generare in seguito un effetto placebo, per esempio utilizzando espressioni verbali positive, oppure entrando in sintonia con il tono della voce, il respiro, e tutte quelle possibilità comunicative che hanno lo scopo di abbassare la critica e aumentare la fiducia del paziente nei nostri confronti; rammentando che i primi minuti dell'incontro sono determinanti e

condizionano i comportamenti successivi.^{14;12;16}

La letteratura suggerisce che la disposizione dei fisioterapisti a fare domande al paziente ed a rispondere alle sue domande in modo da poter esplorare l'esperienza di malattia, consente di raggiungere la sua fiducia.^{11;14}

L'ascolto attivo consente di accogliere, ma anche di individuare i canali preferenziali, attraverso cui il paziente sperimenta il mondo consentendo di entrare ancora di più in sintonia con lui.

La fiducia del paziente si può ottenere anche attraverso un linguaggio consapevole, come per esempio, l'uso di truismi attraverso la verbalizzazione di tutto ciò che è ovvio, scontato, verificabile e che contribuiscono allo scopo.

Si può focalizzare l'attenzione del paziente in modo che una parte del cervello possa essere libera di fare altro, contribuendo a togliere energia mentale all'attività critica, occupandolo con degli stimoli o compiti.

Il modo in cui si ottiene l'abbassamento della critica può essere più o meno diretto, o più o meno autoritario, ma lo schema di base è sempre lo stesso ed è riportato nella tabella n.9.

Tabella n.9

Modello di riferimento induzione ipnosi²⁰
1. OSSERVO un fenomeno spontaneo (già presente) o indotto (lo creo io)
2. IO DESCRIVO facendomi dire SI è vero è proprio quello che sta succedendo (truismi)
3. IO AMPLIFICO con il ricalco del fenomeno
4. SUGGERISCO un immagine che diventa un esperienza (monoideismo)
5. RATIFICO la realizzazione di una suggestione (questo rende il soggetto consapevole di essere in trans)
6. LO SFIDO per provare la tenuta della suggestione
7. LO ANCORO
8. LO RIORIENTO
9. VERIFICO L'AUTOIPNOSI

Di seguito, un esempio su come si osserva e crea un fenomeno e come è possibile creare un fenomeno che, invece, non è presente.

Tabella n. 10

Come osservo o creo il fenomeno	
1. OSSERVO E DESCRIVO: (si osserva qualcosa che c'è già, sviluppando l'abilità di fare qualcosa con quello che abbiamo a disposizione attraverso l'osservazione, oppure, si può costruire qualcosa).	ora che sei seduto sulla poltrona (truismo) e stai fermo con gli occhi chiusi (truismo) -curiosità e tensione fenomeni spontanei- e adesso che hai chiuso gli occhi le tue palpebre stanno vibrando (flutter)
2. RICALCO:	e puoi accorgerti che mentre le palpebre vibrano, qualcosa cambia (osservo e descrivo il fenomeno già presente) e puoi essere d'accordo con me che ogni volta che l'aria entra ed esce dal tuo corpo le tue spalle e il tuo petto si alzano e si abbassano (osservo e descrivo un fenomeno già presente) e qualcosa sta già cominciando a cambiare, perché ora le tue palpebre sono più ferme e puoi cominciare a sentirti già più protetta dietro a quelle palpebre chiuse (presenza di persone nell'ambiente, che favoriscono la chiusura degli occhi) e ora che sei tranquilla puoi iniziare a sentire tutti i cambiamenti
3. SUGGERIZIONE:	e i tuoi occhi diventeranno sempre più pesanti e si fermeranno e ed è bello rimanere con gli occhi chiusi...immaginare posti tranquilli, dove si sta davvero bene i rumori che senti possono sembrare un ruscello, una cascata...
4. RATIFICA	e ora che le tue palpebre si sono piacevolmente e pesantemente chiuse sui tuoi occhi
5. SFIDA	ed è così bello e piacevole per te immaginare questi posti che, se anche provi a sollevare le palpebre, gli occhi rimangono chiusi. Potresti farlo, certo! Ma quanto è piacevole rimanere così... e potresti renderti conto che una parte di te ci prova e un'altra parte di te rimane in quei mondi...brava Antonia!
6. ANCORAGGIO	e rimani lì ancora un po'... e tutte le volte che vorrai sperimentare questa condizione piacevole per te, sarà sufficiente che tu unisca il pollice e l'indice della tua mano destra, per raggiungere molto rapidamente questo stato e più lo farai, più ti eserciterai e più sarà facile per te raggiungere questa condizione; brava, proprio così (gesto ancoraggio)
7. RIORIENTO	e adesso puoi lasciare andare il tuo gesto e rimani lì ancora un po', giusto il tempo che ti serve per orientarti qui, ora e in questo momento
8. VERIFICO L'ANCORAGGIO	e adesso fammi vedere che sei in grado di sperimentare da sola, facendo il tuo gesto...

Cosa abbiamo fatto? Abbiamo osservato e ricalcato fenomeni presenti, come per esempio, il flutter delle palpebre. Poi descritto e ricalcato il respiro, attraverso la descrizione del movimento delle spalle e del torace. Tutto questo serve per farsi dire tanti “Si”.

Tutti i “Si” che ci facciamo dire, attraverso i fenomeni che si sono osservati, hanno consentito di fargli mantenere una idea di “condizione di benessere”:

- si, è vero che ho gli occhi chiusi
- si, è vero che le palpebre vibrano
- si, è vero che ci sono questi rumori
- si, è vero che quando respiro le spalle si alzano e si abbassano
- si, è vero che mi sento bene, al sicuro

In questo modo, mantenendo questa immagine mentale (condizione di benessere) è stata in grado di scegliere di provare che era possibile rimanere in quella condizione (sperimentando ad esempio l'apertura degli occhi, ma non riuscendoci-sfida). Invece l'eventuale apertura degli occhi, avrebbe richiesto il ricorso alla gratificazione (ad esempio: brava! Hai visto che hai il massimo controllo! Sei riuscita ad aprire gli occhi...).

Come creiamo un fenomeno che non è presente?	
1. COMANDO:	Antonia ora che sei seduta sulla poltrona puoi fissare un punto fermo in alto sul soffitto
2. DESCRIZIONE:	e vorrei che tu ti rendessi conto come rimanendo con gli occhi aperti, fissando un punto lassù, tutto il resto intorno a te rimane un po' sfocato e va fuori fuoco e puoi sentire che gli occhi potrebbero rimanere così all'infinito...per tutto il tempo che tu vorrai...e mantenere lo sguardo in quel punto fisso
3. RICALCO	Ma che questa è una condizione che porta un po' di fatica... e le palpebre si chiudono sempre un po' di più
4. SUGGERIZIONE	e quando gli occhi si chiuderanno e si riposeranno, dopo aver fatto un po' di fatica, potrai sentire come questo abbassamento delle palpebre, ha rilassato i muscoli degli occhi e può far rilassare tutta la muscolatura del corpo, del collo e delle spalle e ti farà stare in una condizione di assoluto benessere, molto piacevole e ti sentirai davvero bene
5. RATIFICA	e ora che i tuoi occhi si sono chiusi e puoi rimanere ancora un po' in questa condizione di assoluto benessere, rilassata...

6.SFIDA	così tanto rilassata da non aver più voglia di alzare niente, che se anche tu volessi provare ad alzare qualcosa, sarebbe faticosissimo per te pesante, pesante...che questo braccio (tocco del braccio) è completamente abbandonato a se stesso, ma piacevolmente molto piacevolmente abbandonato, proprio come si sta in un posto bello... e stai così bene con gli occhi chiusi che se anche provi ad aprirli non ci riesci
7. ANCORAGGIO	e rimani lì ancora un po'... e tutte le volte che vorrai sperimentare questa condizione piacevole per te, sarà sufficiente che tu unisca il pollice e l'indice della tua mano destra, per raggiungere molto rapidamente questo stato e più lo farai, più ti eserciterai e più sarà facile per te raggiungere questa condizione brava, proprio così (gesto ancoraggio)
8. RIORIENTO	e adesso puoi lasciare andare il tuo gesto e rimani lì ancora un po', giusto il tempo che ti serve per orientarti qui, ora e in questo momento
9.VERIFICO L'ANCORAGGIO	e adesso fammi vedere che sei in grado di sperimentare da sola, facendo il tuo gesto...

Cosa abbiamo fatto? Abbiamo costruito dei fenomeni, in modo un po' direttivo es. (chiusura degli occhi).

Tecnica focalizza l'attenzione¹⁸

Questa tecnica sfrutta il principio per cui gli individui non riescono a prestare completa attenzione a più di un'esperienza contemporaneamente.

Utilizzando questo principio a vantaggio del paziente, quando si rende necessario effettuare delle procedure riabilitative, come per esempio la mobilizzazione passiva di una o più articolazioni, che può generare tensione, dolore, ansia, etc, si focalizza l'attenzione da un'altra parte, diversa da quella sulla quale stiamo lavorando.

L'attenzione può essere focalizzata all'interno del corpo (diverso da quello che stiamo trattando), oppure, verso l'ambiente esterno.

Inoltre, utilizzando i canali rappresentativi con cui il paziente sperimenta il mondo, è possibile scegliere come basare la focalizzazione dell'attenzione.

Esempio: per effettuare la mobilizzazione passiva di una spalla di un paziente con un canale preferenziale auditivo, si sceglierà di focalizzare l'attenzione verso l'ambiente esterno, cogliendo gli aspetti sonori del contesto, come il vociare delle persone presenti nella palestra, il

rumore dell'aria condizionata, etc. Questa tecnica può anche essere utilizzata senza contatto fisico.

Tecnica di attuazione di più compiti¹⁸

Questa tecnica si collega alla precedente e consiste nel suggerire l'attuazione di più compiti specifici e impegnativi che possibilmente coinvolgano più canali sensoriali. In questo modo il paziente focalizza l'attenzione verso un'esperienza diversa.

Tecnica di stimolazione alternata¹⁸

La tecnica consiste nella stimolazione alternata destra/sinistra, attraverso degli stimoli visivi, uditivi, cinestesici. La stimolazione alternata deve essere effettuata ai due lati del corpo, secondo alcuni studi questo stimolo consente di collegare i due emisferi cerebrali.

Tecnica del ricalco e guida¹⁸

Questa tecnica consiste nel sottolineare, ricalcando, ogni condizione rilevabile nel paziente che poi possa essere utile modificare. Ad esempio, il ricalco del respiro consente il rallentamento della frequenza respiratoria, allo scopo di favorire il rilassamento.

2.2.4 SCHEDA DI VALUTAZIONE RIABILITATIVA CONTESTUALIZZATA

“La valutazione riabilitativa rappresenta il punto di partenza per consentire al riabilitatore di: identificare e caratterizzare segni e sintomi, limitazioni strutturali e funzionali conseguenti ad un quadro clinico; pianificare il programma terapeutico, stabilendo obiettivi riabilitativi realistici; monitorare nel tempo i cambiamenti, anche al fine di verificare la validità dei trattamenti utilizzati e formulare prognosi attendibili; aumentare il numero e il livello qualitativo degli interventi eseguiti, a parità di risorse impiegate”.⁸

L'attività istituzionale di compilazione della Cartella Riabilitativa è prevista solo in alcuni Presidi Ospedalieri; questa mancanza di uniformità nell'utilizzo di uno strumento trasversale tra i riabilitatori ha determinato la scelta di adottare uno strumento valutativo già in uso presso il Corso di Laurea in Fisioterapia della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Torino.

La scheda è riportata di seguito nella tabella n.12, ed è stata redatta da un Gruppo di Lavoro Universitario composto da fisioterapisti provenienti anche da altre Aziende Sanitarie Ospedaliere di Torino che, dopo averla sviluppata, l'ha condivisa anche con la maggioranza dei

fisioterapisti (tutor e affiancatori) della Città della Salute e della Scienza, sede del Corso di Laurea.

I riabilitatori (tutor e affiancatori) sono in continuo confronto nella pratica di tirocinio clinico con gli studenti del Corso di Laurea in Fisioterapia.

L'affiancamento sul campo degli studenti, nei differenti setting di cura in cui opera il riabilitatore, comporta la condivisione di ragionamenti clinici comuni tra le due figure, anche in occasione della compilazione della griglia di relazione di tirocinio effettuata dagli studenti in tirocinio nei diversi Presidi.

In considerazione di questi aspetti si è scelta la griglia di relazione di tirocinio del Corso di Laurea in Fisioterapia, in quanto si ritiene che sia uno strumento trasversale e condiviso dai riabilitatori.

Tabella n.12 - Griglia di relazione di tirocinio (III anno) del Corso di Laurea in Fisioterapia

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA	
Anno Accademico	GRIGLIA DI RELAZIONE DI TIROCINIO – III ANNO
Studente	
Data	Sede
Affiancatore	Tutor
- PAZIENTE dati anagrafici (iniziali nome e cognome, età, genere)	
a) diagnosi clinica e data insorgenza dell'evento morboso	
b) regime di trattamento	
- RACCOLTA DATI	
a) anamnesi remota e prossima riabilitativa	
b) indicazioni/controindicazioni/cautele di ordine clinico e/o specifiche per patologia	
- ESAME SOGGETTIVO colloquio/intervista semi-strutturata (narrazione in prima persona e/o di altre figure rilevanti):	
a) livello di autonomia pre-lesionale	
b) occupazione, attività, partecipazione, fattori personali e ambientali	
c) sintomatologia riportata	
- ESAME OGGETTIVO	
a) Osservazione menomazioni (impairments): caratteristiche cliniche, segni e sintomi, alterazioni delle funzioni e strutture corporee	
b) tests e scale di misurazione (generiche e/o specifiche per patologia):	
c) esami strumentali	
- DIAGNOSI FISIOTERAPICA (valutazione funzionale)	
a) sintesi delle alterazioni funzionali / limitazioni dell'attività e del livello di partecipazione	
- PROGnosi FUNZIONALE	
a) Elementi predittivi (positivi – negativi, preesistenti e conseguenti alla lesione, individuali e extraindividuali)	
b) Obiettivi finali del trattamento (outcome specifico, esiti funzionali ottimali prevedibili/raggiungibili nei tempi previsti dal programma e in relazione alle aspettative/preferenze del paziente/famiglia/caregiver)	
- PIANIFICAZIONE/ ESECUZIONE DELL'INTERVENTO Diario di trattamento:	
a) Quale obiettivo/i a breve (priorità) (principi SMART) con tempi di verifica	
b) Tipologia di intervento: esercizi, strumenti e strategie (descrizione delle modalità di esecuzione)	
c) Istruzioni al paziente	
d) Variazioni all'intervento (loro razionale)	
e) Addestramento caregivers, aggiornamenti/confronto in équipe	
f) Attività di consulenza	
- VERIFICA DEI RISULTATI	
a) Verifica raggiungimento outcome finale specifico	
b) Descrizione quadro clinico finale	
c) Tests e scale di misurazione	
d) Decisioni di équipe	
e) Eventuale relazione sintetica di collegamento con altro servizio per prosecuzione progetto (PRI)	
- DISCUSSIONE E COMMENTI	
a) Punti di forza e debolezza nella gestione del caso, eventi avversi o imprevisti	
b) Punto di vista del paziente	
c) Insegnamenti principali del caso clinico	
Bibliografia:	
AA VV - Le competenze core del fisioterapista - 2012	
TIDY'S – Manuale di fisioterapia — edi-ermes 15° ed. 2014	
KISNER – COLBY – Esercizio terapeutico — Piccin III ed. italiana 2014	
ICF versione breve – ed. Erickson 2004	
AIFI – Linee guida per la formazione del fisioterapista – Masson 2003	
GAGNIER et al. – CARE: linee guida per il reporting di casi clinici – Evidence (GIMBE) 2016	

Di seguito, si riporta una sintesi del Metodo e dei Materiali^(*) utilizzati per rispondere al bisogno di approfondimento.

^(*)L'inserimento del Metodo e dei Materiali, all'interno di questo capitolo dei Risultati, è stato effettuato perché rappresenta un ulteriore inciso nello svolgimento di questo punto.

Sintesi del Metodo:

- valutazione riabilitativa di un caso clinico, secondo una procedura standard (effettuata da un riabilitatore di questa Azienda Ospedaliera che non ha alcuna conoscenza in materia di ipnosi e comunicazione ipnotica);
- valutazione riabilitativa del medesimo caso clinico, secondo una procedura contestualizzata in comunicazione ipnotica;
- caso clinico che riporta un'affezione patologica frequente nella popolazione;
- analisi della letteratura.

Sintesi dei Materiali:

- griglia di valutazione di tirocinio del Corso di Laurea di Fisioterapia;
- risultati della ricerca bibliografica.

A partire da una valutazione riabilitativa standard (VRS), esemplificativa di un caso clinico, sarà effettuato un lavoro di contestualizzazione in comunicazione ipnotica del medesimo caso riportato (tabella n. 13).

Il report riporta un'affezione patologica tra le più frequenti nella popolazione, la protesizzazione dell'anca (PTA).

Inoltre, l'autore della valutazione riabilitativa standard è un riabilitatore dell'Azienda Ospedaliera, esperto della procedura valutativa, in quanto membro del Gruppo di Lavoro Universitario che ha effettuato il lavoro di creazione e revisione della sopracitata griglia di valutazione.

L'esperto riabilitatore dichiara di non possedere alcuna conoscenza in materia di ipnosi e comunicazione ipnotica.

Mettendo a confronto due differenti modalità (valutazione standard Vs valutazione contestualizzata in ipnosi e comunicazione ipnotica) del medesimo caso clinico, si vogliono mettere in risalto alcuni aspetti salienti della valutazione contestualizzata in ipnosi e comunicazione ipnotica.

La valutazione contestualizzata riporta tra i riferimenti bibliografici alcuni contenuti relativi al Know how del CIICS che saranno affrontati più avanti nel corso della trattazione del bisogno di approfondimento relativo al “Linguaggio specifico per la riabilitazione”.

Tabella n. 13-Valutazione riabilitativa Standard Vs Valutazione riabilitativa in Comunicazione Ipnotica

VALUTAZIONE RIABILITATIVA SECONDO UNA PROCEDURA STANDARD	VALUTAZIONE RIABILITATIVA SECONDO UNA PROCEDURA CONTESTUALIZZATA IN COMUNICAZIONE IPNOTICA
<p>Paziente donna di 82 anni in reparto per acuti per intervento PTA destra per caduta accidentale. Giorno della prima visita del fisioterapista.</p>	<p>Paziente donna di 82 anni in reparto per acuti per intervento PTA destra per caduta accidentale. Giorno della prima visita del fisioterapista.</p>
<p>Il fisioterapista ha preso visione del PRI e della cartella clinica dove ha potuto visionare i dati anagrafici del paziente, diagnosi, anamnesi, indicazioni e controindicazioni terapeutiche.</p>	<p>La fisioterapista ha preso visione del PRI e della cartella clinica dove ha potuto visionare i dati anagrafici del paziente, diagnosi, anamnesi, indicazioni e controindicazioni terapeutiche.</p>
<p>L'incontro fisioterapista/paziente avviene in camera del paziente.</p>	<p>L'incontro fisioterapista/paziente avviene in camera del paziente.</p> <p>“I primi minuti dell'incontro sono determinanti per il modo in cui i pazienti saranno in grado di elaborare il disagio da quel momento in poi”. Dalla letteratura, nell'ambito della comunicazione e secondo l'approccio Comfort Talk, emerge che i primi istanti di relazione sono determinanti, quindi, è necessario ottenere il massimo nei primi minuti, o anche secondi, di un incontro per costruire il rapporto.¹⁶</p> <p>Il contesto sanitario in cui il fisioterapista effettua il trattamento, all'interno della relazione di cura, è stato oggetto di interessanti analisi in letteratura che consentono di inserirlo tra quei fattori in grado di influenzare gli esiti del dolore muscolo-scheletrico, dello stress e dell'ansia del paziente.^{11; 14}</p>
<p>Buongiorno signora (specificando nome e cognome) sono Marco Trucco, il fisioterapista che la seguirà per la fisioterapia.</p>	<p>Buongiorno signora (specificando nome e cognome) sono Danila Toscano, la fisioterapista che lavora in questo reparto e che la seguirà per la fisioterapia. L'approccio in ipnosi e comunicazione ipnotica è più facile da attuare quando si instaura un rapporto di fiducia. Nel corso del trattamento riabilitativo in comunicazione ipnotica è possibile rivolgersi al paziente, chiamandolo con il suo nome, pur mantenendo la distanza relazionale terapeutica.</p>
	<p>A partire dal PRE-TALK iniziamo l'accoglienza del paziente mettendolo a suo agio, ad esempio, suggerendogli di prendere una posizione più comoda, oppure, mettendoci in una posizione paritaria e non dominante rispetto al suo sguardo</p>

	<p>(stesso livello). Il contatto visivo è un aspetto importante nella relazione terapeutica ed insieme al sorriso contribuiscono a creare il rapporto.</p> <p>A partire da questa fase dell'incontro è utile adottare un linguaggio verbale e non verbale che può generare in seguito un effetto placebo, per esempio, utilizzando espressioni verbali positive, oppure, entrando in sintonia con la paziente attraverso il tono della voce, il ritmo del suo respiro e tutte quelle possibilità comunicative che hanno lo scopo di abbassare la critica e aumentare la sua fiducia nei nostri confronti.^{14;12;16} Inoltre vi deve essere coerenza tra comunicazione verbale e non verbale. Porsi attraverso un "ascolto attivo" consente di accogliere, ma anche di individuare i canali preferenziali attraverso cui la paziente sperimenta il mondo, consentendo di entrare ancora di più in sintonia.</p>
<p><i>Come si sente oggi?</i></p>	<p><i>Come si sente oggi?</i> Le domande aperte²⁰ (contestuali), soprattutto all'inizio del rapporto, colgono l'aspetto più globale e generano, di solito, risposte come il racconto di una storia o una metafora da cui poter attingere elementi preziosi per la comunicazione ipnotica. Sono introdotte da: Chi? Cosa? Quando? Perché?</p> <p>La letteratura suggerisce che la disposizione dei fisioterapisti a fare domande al paziente ed a rispondere alle sue domande, in modo da poter esplorare l'esperienza di malattia, consente di raggiungere la sua fiducia.^{11;14}</p>
<p><i>E' la prima volta che è ricoverata in ospedale? Si ricorda come mai è stata operata? Mi può raccontare come è caduta? Era già caduta altre volte?</i></p>	<p><i>E' la prima volta che è ricoverata in questo ospedale? Si ricorda come mai è stata operata? Mi può raccontare come è caduta? Era già caduta altre volte?</i> Le domande chiuse (testuali) aiutano a focalizzare il problema e prevedono una risposta SI/NO.²⁰ Questo genere di domande può fornire elementi utili legati all'esperienza. Una precedente esperienza negativa risulta essere uno di quei Fattori Contestuali (FC) in grado di influenzare la terapia riabilitativa in atto.^{11;14} Pertanto successivamente è utile riformulare positivamente le parole e concetti saturi di significati negativi riportati nelle risposte alle domande.^{18; 20} In genere cominciare con le domande aperte, per poi proseguire con le domande chiuse, consente al paziente di focalizzare l'attenzione. Le domande chiuse sono utili in particolare nello "YES SET". Sono introdotte da: "Fa? E'? Puoi? Hai? Sei? C'è?/Ci sono? Qua?".</p>
<p><i>Dove vive? Come è fatta la casa? Ci sono scale? Ci sono zone di difficile accesso? Con chi vive? Si occupava lei delle faccende domestiche? Ha un marito, dei figli? Abitano con lei o vicino a lei e la possono aiutare? Persone che la possano aiutare? Prima della caduta era autonoma ad uscire di casa? Come è una sua giornata abituale?</i></p>	<p><i>Dove vive? Come è fatta la casa? Ci sono scale? Ci sono zone di difficile accesso? Con chi vive? Si occupava lei delle faccende domestiche? Ha un marito, dei figli? Abitano con lei o vicino a lei e la possono aiutare? Persone che la possano aiutare? Prima della caduta era autonoma ad uscire di casa? Come è una sua giornata abituale?</i> Le domande aperte lasciano lo spazio alla narrazione.</p>

<p><i>aiutare? Persone che la possano aiutare? Prima della caduta era autonoma ad uscire di casa? Come è una sua giornata abituale?</i></p>	<p>La descrizione dell'esperienza prima della caduta può rivelare l'aspettativa del paziente rispetto al recupero riabilitativo (autonomia prima della caduta, la gestione della casa, dei figli...). In letteratura si riporta che l'aspettativa contribuisce ad aumentare la resilienza. Affinare la pratica di fare domande indirizzando verso aspettative mirate al recupero e ai risultati, in seguito al lavoro fisioterapico, può essere proficuo per il paziente.²²</p>
<p><i>Mi può raccontare dove ha male?</i></p>	<p><i>Mi può raccontare dove ha male?</i> La descrizione del sintomo doloroso in tutte le sue sfaccettature consente di ottenere le informazioni necessarie per la riuscita di una buona suggestione (estrazione del simbolo metaforico). Le metafore permettono di evocare immagini mentali, collegare l'esperienza del paziente al contenuto da apprendere, favorire il passaggio dei concetti scientifici ad un concetto pratico (parlando con le stesse parole del paziente e deprivando la propria terminologia scientifica) e di personalizzare l'intervento riabilitativo (usando i suoi canali comunicativi preferenziali), coinvolgendolo molto di più (utilizzando tecniche di rispecchiamento). La risposta alla domanda deve prestare attenzione ai predicati, agli aggettivi e agli avverbi utilizzati per descrivere il sintomo, o in generale, l'esperienza.¹⁸</p>
<p><i>Posso provare a mobilizzare la sua gamba? Se ha male me lo dice e ci fermiamo. E' molto importante che iniziamo a fare dei movimenti.</i></p>	<p><i>Posso provare a mobilizzare la sua gamba? Se ha male me lo dice e ci fermiamo. E' molto importante che iniziamo a fare dei movimenti.</i> Alcune parole come "Posso", "Provare", "Cercare" etc. sono definite parole con valenza negativa, perché all'interno della comunicazione esprimono incertezza rispetto a quello che si intende fare. Diversamente le "parole magiche" stimolano positivamente il paziente.</p>
<p><i>Ha visto che ha un bel ematoma nella zona dell'operazione. E' normale, le fa male? Non si preoccupi che nelle prossime settimane sparirà tutto.</i></p>	<p><i>Ha visto che ha un bel ematoma nella zona dell'operazione. E' normale, le fa male?</i> Non si preoccupi che nelle prossime settimane sparirà tutto. Secondo la PNL iniziare con una negazione "<u>Non</u> si preoccupi..." induce la persona a reagire all'opposto rispetto alla reale intenzione con la quale essa è stata formulata inducendo, appunto, preoccupazione. Inoltre, focalizzare l'attenzione verso l'ematoma, contribuisce ad implementare un messaggio espresso negativamente e questo rientra tra i Fattori Contestuali scatenanti gli effetti nocebo nel dolore muscolo-scheletrico.^{11;14} Pertanto, se questo elemento "bel ematoma" non è un'informazione indispensabile durante il trattamento riabilitativo, è preferibile evitare la sua verbalizzazione.</p> <p>La conoscenza e l'uso consapevole dei FC rappresenta un'opportunità utile per arricchire una terapia in ambito terapeutico, consentendo l'attivazione degli effetti</p>

<p><i>E' già stata seduta? Adesso con molta calma l'aiuterò a mettersi seduta con le gambe fuori dal letto. Metteremo anche dei cuscini dietro la schiena che la aiuteranno a stare seduta. E' importante che stia seduta e che il corpo non si abitui a stare sempre coricato. e' d'accordo? mi aiuta? Ha paura di cadere nuovamente?</i></p>	<p>placebo a discapito degli effetti nocebo.^{11; 13; 14}</p> <p><i>E' già stata seduta? Adesso con molta calma l'aiuterò a mettersi seduta con le gambe fuori dal letto. Metteremo anche dei cuscini dietro la schiena che la aiuteranno a stare seduta. E' importante che stia seduta e che il corpo non si abitui a stare sempre coricato. e' d'accordo? mi aiuta? Ha paura di cadere nuovamente?</i> Gli ordini sono sempre motivati, ovvero, “metteremo le gambe fuori dal letto perché in questo modo il suo corpo riuscirà ad abituarsi di nuovo a stare seduto”. Dalle tecniche del Comfort Talk emerge che verbalizzare, prima di effettuare una procedura, un suggerimento con una valenza negativa “Ha paura di cadere nuovamente” produce effetto negativo sull'esperienza che seguirà.¹⁶</p>
--	--

2.2.5 DOCUMENTAZIONE SANITARIA: LA REGISTRAZIONE DELLA PROCEDURA RIABILITATIVA IN IPNOSI E COMUNICAZIONE IPNOTICA

La risposta al bisogno di approfondimento, in merito alla registrazione della procedura riabilitativa in ipnosi e comunicazione ipnotica, fa riferimento alla procedura aziendale in uso presso l'Azienda Ospedaliera Città della Salute e Della Scienza di Torino.¹

L'introduzione della comunicazione ipnotica come strategia complementare per la riduzione del dolore e dell'ansia nelle procedure diagnostico-terapeutiche, ha facilitato la diffusione di questa tecnica in molte unità operative, coinvolgendo il personale medico e gli operatori delle professioni sanitarie.

La procedura aziendale ha lo scopo di definire l'attività che deve essere svolta garantendo la standardizzazione delle tecniche apprese nel percorso formativo specifico.

Di seguito si riportano solo alcuni punti salienti che hanno lo scopo di soddisfare il bisogno di approfondimento, rilevato attraverso la somministrazione del questionario.

- Presupposto fondamentale per l'utilizzo della comunicazione ipnotica è l'addestramento del personale in modo da utilizzare consapevolmente le frasi ed i gesti necessari per la gestione del paziente durante il percorso di cura e riabilitazione.

La comunicazione ipnotica è da ritenersi complementare alle tecniche terapeutiche normalmente in uso.

- L'operatore con competenze certificate specifiche realizza un'assistenza mirata alla risoluzione dei problemi di salute e alle necessità di aiuto del paziente.

- L'operatore che intende *esercitare la comunicazione ipnotica all'interno della propria struttura* per procedure diagnostico-terapeutiche, definite nell'ambito di progetti autorizzati dal DiPSa, deve essere in possesso dei seguenti requisiti:
 - corso teorico pratico aziendale di informazione e introduzione alla tecnica comunicativa;
 - tirocinio tutorato per l'acquisizione e la certificazione delle competenze di base.
- L'operatore che intende *esercitare la comunicazione ipnotica presso strutture diverse da quella di appartenenza* deve essere in possesso dei seguenti requisiti:
 - titolo di operatore sanitario esperto in comunicazione ipnotica conseguito presso Enti autorizzati e riconosciuti per la formazione;
 - certificazione delle competenze acquisite da parte di un docente esperto secondo le modalità descritte nell'allegato 1 della procedura¹;
 - iscrizione in apposito albo depositato presso la Struttura Complessa DiPSa.
- L'operatore che intende *svolgere funzione di tutor in ambito aziendale*, dovrà essere in possesso dei seguenti requisiti:
 - titolo di operatore sanitario esperto in comunicazione ipnotica conseguito presso Enti autorizzati e riconosciuti per la formazione;
 - corso di formazione per formatori e tutor;
 - certificazione delle competenze da parte di un tutor esperto in comunicazione ipnotica e docente esperto di formazione;
 - iscrizione in apposito albo depositato presso la Struttura Complessa DiPSa.

Applicazione della comunicazione ipnotica in ambito aziendale

La comunicazione ipnotica, in quanto competenza prettamente di tipo comunicativo, rientra nel campo di autonomia del fisioterapista, ma il suo esercizio come tecnica complementare durante l'assistenza a pazienti, che devono essere sottoposti a terapie o procedure invasive, deve essere ricondotto ad una responsabilità condivisa all'interno dell'equipe di cura.

Resta infatti a carico del medico la scelta delle tecniche sedative o analgesiche da utilizzare in ogni caso trattato.

Ambiti di autonomia nell'esercizio della comunicazione ipnotica

- L'operatore che abbia terminato il percorso formativo per l'acquisizione delle competenze di base può applicare in autonomia la comunicazione ipnotica all'interno della propria struttura.

- L'operatore con competenza di tutor esperto può esercitare in autonomia l'attività di tutoraggio esclusivamente nell'ambito di progetti autorizzati ed è responsabile della verifica del raggiungimento degli obiettivi di apprendimento degli operatori in formazione.
- L'operatore con competenza esperta (o tutor esperto) può applicare in autonomia questa competenza anche presso strutture diverse da quella di appartenenza che ne abbiamo fatto esplicita richiesta secondo le modalità previste.

Esercizio della comunicazione ipnotica al di fuori della propria struttura

L'esercizio della comunicazione ipnotica al di fuori della propria struttura organizzativa di appartenenza è riservata esclusivamente a quei professionisti in possesso di competenze esperte acquisite secondo le modalità prescritte ed è vincolata all'autorizzazione del coordinatore a cui il professionista è assegnato.

È possibile richiedere il supporto di un operatore esperto in comunicazione ipnotica quando sono presenti i seguenti requisiti:

- pazienti per i quali il medico responsabile ritenga indispensabile l'utilizzo della comunicazione ipnotica per eseguire la procedura;
- non esistano all'interno del servizio dei professionisti formati con eguali competenze;
- procedura programmabile.

Il medico che intenda avvalersi della collaborazione di questi professionisti esperti, dovrà inoltrare una richiesta motivata alla Struttura Complessa della Terapia del dolore e cure palliative che ne valuterà la pertinenza e coordinerà la disponibilità di un esperto di comunicazione ipnotica durante l'esecuzione della procedura.

Inoltre, quando ritenuto necessario, l'esperto in comunicazione ipnotica si renderà disponibile anche per la valutazione, l'informazione e l'addestramento del paziente prima dell'esecuzione della procedura.

La comunicazione ipnotica è comunque sempre da intendersi come attività complementare ad altre tecniche e non sostitutiva. Il servizio richiedente ha quindi la responsabilità di rendere disponibili tutte le tecniche analgesiche o sedative normalmente utilizzate inclusa la presenza dell'anestesista rianimatore quando prevista.

La responsabilità della scelta delle tecniche sedative o analgesiche, da utilizzare in ogni caso trattato è in capo al medico responsabile del caso o della procedura.

Tracciabilità e rendicontazione dell'attività

L'operatore registra l'attività eseguita ed il risultato conseguito.

Nei casi di applicazione di comunicazione ipnotica al di fuori del proprio servizio il medico responsabile del caso darà evidenza all'interno della documentazione clinica (referto o cartella clinica) della tecnica utilizzata e dei risultati conseguiti e la registrazione verrà firmata sia dall'operatore esperto in comunicazione ipnotica sia dal medico responsabile della procedura.

Ai fini della rendicontazione dell'attività svolta, verrà predisposto un apposito campo da compilare su Trakcare.

2.2.6 ESEMPI SPECIFICI DI CASI RIABILITATIVI

In risposta al bisogno di approfondimento si è scelto di riportare il trattamento riabilitativo di una giovane donna che è stata ricoverata presso il Centro Grandi Ustionati del CTO di Torino, in seguito ad un incidente domestico che le ha procurato ustioni di secondo e terzo grado estese al 25% della superficie cutanea.

Il ricovero si è protratto per diversi mesi ed ha richiesto tre interventi chirurgici e procedure molto dolorose, come la balneazione e la fisioterapia.

La presa in carico riabilitativa è cominciata in prima giornata, iniziando l'intervento riabilitativo secondo il protocollo previsto nella fase acuta (la paziente si presentava in coma farmacologico) e proseguendo poi con l'intervento riabilitativo previsto nella fase sub-acuta, dopo il risveglio dal coma farmacologico.

In un primo momento, l'intervento riabilitativo era mirato alla prevenzione della sindrome da allettamento, dopo il risveglio dal coma farmacologico la rieducazione è stata finalizzata al recupero della stazione eretta e della deambulazione, continuando a proseguire anche con interventi mirati al mantenimento e al recupero di una fisiologica articolarietà delle articolazioni interessate dal danno da ustione.

Il lavoro di rieducazione si è svolto quotidianamente e ha previsto l'uso dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica, a partire dal risveglio dal coma farmacologico, come tecnica complementare per il controllo del dolore e dell'ansia durante il trattamento.

Un'induzione formale per favorire il rilassamento, precede il trattamento fisioterapico che prosegue in comunicazione ipnotica durante le attività funzionali.

La paziente trae beneficio nel raggiungimento di un "luogo sicuro", in cui poteva progressivamente focalizzare l'attenzione verso i luoghi visitati durante i suoi viaggi, in genere ambienti esotici (la paziente è amante dei viaggi).

Grazie alle sue capacità suggestive, si poteva apprezzare il cambiamento in termini di rilassamento muscolare (appianamento della muscolatura facciale, rallentamento del respiro), consentendo il difficile recupero dell'articolari  a seguito di piaghe in via di guarigione, con la tendenza dei tessuti alla perdita della fisiologica elasticit .

L'ancoraggio veniva poi utilizzato autonomamente dalla paziente in altri momenti della giornata, per effettuare gli esercizi assegnati di rinforzo muscolare e di mantenimento di posture contrastanti il fenomeno della retrazione cicatriziale, tipico dell'ustione.

Alla dimissione dal Centro Ustioni ha proseguito le cure riabilitative, presso l'ambulatorio del Servizio della S.C. di Medicina Fisica e Riabilitazione Universitaria del CTO.

Nelle sedute ambulatoriali, inizialmente con una cadenza pressoch  quotidiana, si sono utilizzate l'ipnosi e la comunicazione ipnotica come strategie complementari alle tecniche fisioterapiche, volte al miglioramento della sintomatologia dolorosa legata alla perdita di elasticit  cutanea, utilizzando immagini che la richiamavano.

Alcuni esempi sono: l'immagine della gomma da masticare che presa tra le dita si allunga sempre di pi ; l'immagine della morbidezza di una bambola di pezza o di un pezzo di burro che esposto al sole si scioglie.

Le metafore che racchiudevano la fine di un percorso di cura, il raggiungimento di obiettivi futuri proficui e positivi per la sua guarigione, sono stati altrettanto utili per implementare l'aspetto motivazionale della paziente e consentirgli di proseguire questo lungo recupero di un esito cicatriziale che richiede in media due anni di tempo.

La narrazione del vissuto quotidiano della sua malattia   stata molto utile per la costruzione di storie e metafore come, per esempio, il racconto delle difficolt  di potersi normalmente relazionare con le amiche seduta ad un tavolo di un ristorante.

Dal racconto   emerso che la ripresa della vita sociale, come prima dell'incidente,   stata vissuta dalla paziente con grande difficolt  in quanto seduta al tavolo (rettangolare) con le amiche poste alla sua destra, o sinistra, richiedeva movimenti del capo e del tronco in tutte le direzioni che non aveva ancora recuperato e che risultavano dolorosi.

La paziente ha poi espresso la seguente considerazione: "se ci fosse stato un tavolo rotondo tutto ci  sarebbe stato pi  semplice e meno doloroso nell'esecuzione dei cambi posturali e dei movimenti necessari durante la conversazione".

Pertanto nel corso del trattamento riabilitativo del rachide cervicale e del tronco, a seguito di questa narrazione, sono state fornite suggestioni che richiamavano figure geometriche rotonde e sferiche, ad esempio, il capo come una sfera che si poggia su un supporto concavo che l'accoglie ed   libero di muoversi in ogni direzione.

Dalla Medicina Narrativa emerge l'importanza della narrazione come mezzo per comprendere il vissuto dell'esperienza di malattia del paziente, per ricercare e ottenere la fiducia; la narrazione è l'occasione per contestualizzare i dati clinici e i bisogni dei pazienti, tutti elementi essenziali per la buona riuscita delle cure riabilitative.^{6;7}

Inoltre, attraverso la narrazione è possibile raccogliere numerosi spunti da utilizzare nel corso di una seduta in ipnosi e comunicazione ipnotica, per esempio attraverso le immagini o metafore suggerite dallo stesso paziente durante il racconto.

Dalla ricerca bibliografica sono emersi alcuni lavori che riportano buoni risultati in termini di riduzione del dolore e dell'ansia in seguito al trattamento di ipnoterapia seguita dalla fisioterapia di pazienti grandi ustionati.²¹

La paziente è solo all'inizio del suo percorso ed ha elaborato quanto segue, rispetto alla sua esperienza di fisioterapia in ipnosi e comunicazione ipnotica:

“Sono una paziente ustionata in cura al CTO di Torino. L'esito cicatriziale dell'evento traumatico in cui sono stata coinvolta si è tradotto nelle problematiche dell'ipertrofia e della retrazione con una limitazione funzionale dei miei movimenti in corrispondenza alle articolazioni delle spalle e dei polsi oltre ad un vincolo nella movimentazione del collo.

Come regola generale, sono solita avvicinarmi in modo critico in molti ambiti della mia vita, incluso il mio iter terapeutico, sebbene io non disponga di competenze mediche specifiche. Il mio temperamento è caratterizzato alla propensione per la dinamica del controllo, dunque ero piuttosto restia in riferimento all'adozione dello strumento dell'ipnosi fino a che non sono stata in grado di comprenderne la portata.

A livello personale posso dire che, con la adeguata concentrazione, mi sono sorpresa io stessa per i risultati ottenuti durante la fisioterapia nei termini di una diversa percezione del mio corpo ed in particolare sotto il profilo della alterazione della sensazione del dolore e della elasticità delle ferite. Il che mi ha condotto a risultati migliori e, di riflesso, ad un incoraggiamento motivazionale, propedeutico ad una maggiore fiducia – e, dunque, costanza – in funzione della terapia che si renderà necessaria anche nei mesi a venire.

La chiave risiede nella concentrazione - ad un livello che non sempre io stessa riesco a raggiungere - che consente al fisico di muoversi oltre i limiti derivanti dalla cicatrice, come percepiti. In altri termini, rimuovendo i condizionamenti motori che la mente considera reali a seguito del trauma e che coinvolgono le attività quotidiane, ho iniziato a concentrarmi sul ritenere come già acquisito il risultato desiderato. Il corpo risponde con la capacità motoria

effettiva della quale dispone, che non coincide con la capacità motoria percepita, quale configurazione di base delle lesioni che io avevo, come paziente. È complesso esprimere in parole tale dinamica, così come è diverso ogni iter per il raggiungimento del grado di concentrazione necessaria. Ritengo, tuttavia, che il minimo comune denominatore sia l'influenza che la psiche riveste sulla capacità motoria ed in questo senso l'ipnosi consente al paziente di collaborare nell'iter terapeutico attraverso un ruolo, in qualche misura, attivo”.

2.2.7 PREVENIRE GLI ERRORI NELLE PROCEDURE RIABILITATIVE IN IPNOSI E COMUNICAZIONE IPNOTICA

L'esperienza accumulata in questi anni sul trattamento fisioterapico del paziente grande ustionato e con cicatrici estese in ipnosi e comunicazione ipnotica, dalla fase acuta alla fase degli esiti cicatriziali, ha cambiato completamente il nostro approccio riabilitativo.

Per comprendere gli errori durante la pratica di ipnosi e comunicazione ipnotica è risultata utile l'effettuazione di registrazioni audio o video che ci hanno consentito di visionare le procedure ed analizzarle in modo critico.

Le registrazioni sono state effettuate dopo aver informato adeguatamente il paziente ed in seguito alla compilazione scritta di apposita documentazione di consenso informato del paziente.

In letteratura il Ministero della Sanità ha pubblicato, attraverso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, un documento in cui sono riportati i metodi e gli strumenti di comunicazione e performance professionale. In particolare la videoregistrazione di visite mediche rappresenta lo strumento più efficace per lo studio della comunicazione nelle consultazioni cliniche.²²

Inoltre in letteratura si evidenzia l'uso degli script, come pratica per le procedure standard in cui la scelta delle parole è fondamentale per strutturare l'esperienza del paziente. Questa pratica di standardizzazione dell'approccio consente anche di sviluppare un vocabolario utile.¹⁶

L'approccio valutativo, in ottica di valutazione riabilitativa contestualizzata in ipnosi e comunicazione ipnotica, può essere un'altra strategia utile a prevenire gli errori.

2.2.8 LINGUAGGIO SPECIFICO PER LA RIABILITAZIONE

Dalla ricerca bibliografica sono emersi numerosi studi che sostengono l'importanza della comunicazione come elemento fondamentale nella relazione terapeutica fisioterapista-paziente.

Nel corso della trattazione sono stati già affrontati alcuni aspetti relativi al linguaggio, attraverso la pratica del Comfort Talk,¹⁶ della PNL, dei Fattori Contestuali per fisioterapisti, delle Tecniche di Comunicazione Ipnotica e, più in generale, dalle recenti scoperte nel campo delle neuroscienze, attraverso la relazione tra le parole e l'effetto placebo.

Pertanto per la risposta a questo bisogno di approfondimento si affronteranno ancora alcune brevi integrazioni che attingono dal Know how del corso di ipnosi clinica presso il CIICS:²⁰

- **ORDINI**, gli ordini sono sempre motivati. Esempio: scegli una posizione comoda per effettuare la mobilizzazione passiva della spalla, perché così puoi rilassarti meglio ed essere più partecipe al trattamento.
- **RICALCO**, effettuare il ricalco, utilizzando i predicati che richiamano i canali sensoriali. Esempio: puoi sentire il braccio muoversi e vedere che mentre la mano sale su, il tuo respiro rallenta sempre un po' di più, fino al punto di in cui ti accorgi di non sentire più il rumore del tuo respiro quando l'aria entra ed esce da te. Si ricalca verso l'interno del paziente, come per esempio il respiro, la deglutizione, etc; oppure verso l'esterno, ad esempio, la luce della stanza, il colore delle pareti, etc.
- **DOMANDE**, è meglio evitare nel corso della comunicazione ipnotica di effettuare domande aperte e chiuse.
- **PRENDERE TEMPO**, quando non si sa cosa dire e si è in attesa di trovare le parole giuste, si può prendere tempo attraverso la pratica della gratificazione, dicendo per esempio: bravo, molto bene, proprio così.
- **COERENZA NEL MESSAGGIO VERBALE E NON VERBALE**, per esempio, se verbalizziamo al paziente: "va tutto bene" e contestualmente muoviamo la testa in senso di negazione, non vi è coerenza tra comunicazione verbale e non verbale.
- **ASCOLTO ATTIVO**, ascoltare in modo attivo, consente di entrare in sintonia con il paziente e trarre dalla relazione terapeutica numerosi elementi utili, come per esempio, l'individuazione dei canali comunicativi, le aspettative, le metafore e le immagini etc. L'ascolto attivo, vuol dire anche parlare con le stesse parole del paziente, deprivandosi della propria terminologia, per adeguarsi a quella del paziente.

- **PAROLE MAGICHE**, vi sono parole che stimolano positivamente il paziente: “nuovo, diverso, opportunità, nascita etc.”
- **PAROLE CON VALENZA NEGATIVA**, alcune parole esprimono una valenza negativa all’interno della comunicazione, creando incertezza rispetto a quello che si vuole effettuare. Per esempio: “cercare, provare, sforzarsi, credere, speriamo, forse, magari, etc”.
- **DESCRIZIONE DEL DOLORE**, la descrizione del dolore, può avvenire attraverso le domande aperte. La descrizione del sintomo consente di ottenere le informazioni necessarie per la riuscita di una buona suggestione (simbolo metaforico).
- **METAFORE**, le metafore consentono di evocare immagini mentali, collegare l’esperienza del paziente al contenuto da apprendere, favorire il passaggio dei concetti scientifici ad un concetto pratico, personalizzare l’intervento e coinvolgere il paziente.
- **MOTIVAZIONE**, stimolare la motivazione, consente di rafforzare anche l’alleanza terapeutica.

2.2.9 APPROFONDIMENTI IN RIABILITAZIONE RESPIRATORIA

La risposta al bisogno di approfondimento in riabilitazione respiratoria ha richiesto competenze specifiche nell'ambito della fisioterapia respiratoria.

La Dott.ssa Anna Morra, fisioterapista esperta in riabilitazione respiratoria e formata attraverso il corso base in comunicazione ipnotica, ha contribuito alla realizzazione di questo argomento specifico della tesi.

Si è scelto di circoscrivere gli interventi di rieducazione respiratoria a quelli usati dai fisioterapisti che hanno una formazione di base in fisioterapia respiratoria.

In particolare sono descritti i seguenti trattamenti di fisioterapia respiratoria in ipnosi e comunicazione ipnotica:

- BREATHING CONTROL
- PEP BOTTLE
- INCENTIVATORE VOLUMETRICO

Tabella n.14

BREATHING CONTROL	
(obiettivo: miglioramento della dinamica respiratoria e del rapporto ventilazione/perfusione)	
INSPIRAZIONE	<p>ora che sei seduto puoi chiudere gli occhi, oppure fissare un punto di fronte a te, così potrai rimanere concentrato e seguire le mie parole</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>adesso che hai deciso di chiudere gli occhi puoi accorgerti che mentre le palpebre vibrano, qualcosa cambia</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>puoi essere d'accordo con me che ogni volta che l'aria entra ed esce dal tuo corpo le tue spalle e il tuo petto si alzano e si abbassano</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>qualcos'altro sta già cambiando, perchè ora le tue palpebre sono più ferme</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>ora che sei più tranquillo e concentrato puoi iniziare a sentire tutti i cambiamenti</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>puoi prendere l'aria dal naso, immaginando di sentire un profumo che ti piace moltissimo, è un profumo molto buono e speciale proprio per questo momento</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>accorgerti che tutta l'aria che ti sta intorno è densa di questo profumo buonissimo che hai scelto tu</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>mentre l'aria entra nel tuo naso e passa dentro e va giù, giù, giù</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>tutto il suo buon profumo si diffonde, evocando in te piacevoli sensazioni... bravo, molto bene, vedo che..(uso di truismi)</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>la piacevole sensazione di respirare si espande giù, giù, fino ad arrivare ai tuoi polmoni</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>ad ogni tuo respiro si gonfiano come palloncini colorati ripieni di elio, o come una mongolfiera e leggeri si alzano in volo</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>e puoi immaginare, con gli occhi della tua mente, che ad ogni respiro quei palloncini o quella mongolfiera possano alzarsi in volo sempre un po' di più, leggeri...</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>più si alzano in volo leggeri e più puoi respirare liberamente, lasciando a terra tutto ciò che non serve</p> <p>bravo, proprio così, molto bene, sei bravissimo</p>
PAUSA TELEINSPIRATORIA	<p>e adesso che hai sperimentato la sensazione di far entrare l'aria dentro di te puoi accorgerti che sei anche in grado di trattenerla dentro di te, dentro i tuoi polmoni, bravo, molto bene, proprio così</p>
ESPIRAZIONE	<p>e quando senti il bisogno di respirare di nuovo, puoi soffiare via tutta l'aria che hai trattenuto e lasciarla andare immaginando di avere davanti a te uno di quei soffioni che si trovano in estate nei campi, che soffiandoci l'aria volano via, disperdendo i pollini leggeri, leggeri...</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>più l'aria esce da te e più i pollini si disperdono lontani...</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>puoi accorgerti dei cambiamenti che sono avvenuti in te, il tuo petto e le tue spalle si alzano e si abbassano sempre un po' di più...</p>

Tabella n.15

PEP BOTTLE (obiettivo: migliorare la disostruzione bronchiale, il rapporto ventilazione/perfusione)	
FASE INSPIRATORIA	Come per il breathing control
BREVE PAUSA TELEINSPIRATORIA	Come per il breathing control
FASE ESPIRATORIA	<p>e adesso che hai trattenuto l'aria dentro di te per qualche secondo, puoi soffiare via attraverso il tubo che hai tra le labbra, immaginando di avere davanti a te una piuma e di farla allontanare da te delicatamente, piano, piano, in modo costante e prolungato</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>immaginare che la piuma si muova delicata, come fosse sospesa nell'aria, leggera...</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>puoi anche immaginare di versare l'acqua gassata in un bicchiere e osservare le bollicine che si formano quando la versi, sono fresche e spumeggianti...</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>immaginare che quando soffi piano, lento e prolungato le bolle diventano sempre un po' più piccole</p> <p>bravo, molto bene</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>puoi ascoltare anche il suono che richiama un posto bello...</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>quando avrai soffiato via tutta l'aria puoi nuovamente respirare l'aria come all'inizio.</p>

Tabella n.16

INCENTIVATORE VOLUMETRICO (obiettivo: migliorare il rapporto ventilazione/perfusione e l'espansione, contrastare atelectasia e versamento)	
INSPIRAZIONE SEGUITA DA FASE ESPIRATORIA	<p>Questo strumento che ho portato per te è molto utile e serve a fare un esercizio molto importante per i tuoi polmoni, perché li allena a riempirsi molto di più di adesso, così potrai sentirti molto meglio.</p> <p>Guarda attentamente questo strumento, ha due colonne e una di queste è più piccola dell'altra e puoi vedere che questa colonna più piccola riporta delle "faccine" (smile) che ti sorridono, come quelle che hai già visto sui telefonini.</p> <p>E quando respirerai bene, inspirando tutta l'aria che puoi, una di queste faccine ti sorriderà molto di più di tutte le altre. Dopo, portando fuori tutta l'aria che hai inspirato, puoi ripetere di nuovo il ciclo di allenamento.</p> <p>Per sperimentare tutto questo che ti ho spiegato prendi una posizione comoda, così il tuo corpo ti faciliterà il compito di respirare e adesso che lo hai fatto metti il boccaglio tra le labbra.</p> <p>Bravo, proprio così, vedo che hai circondato molto bene le tue labbra intorno al boccaglio, così tutta l'aria che respirerai, non si disperderà inutilmente, ma servirà tutta ai tuoi polmoni.</p> <p>Prendi tutta l'aria che puoi, con tutta la forza che hai dentro di te e poi butta fuori quello che non serve più.</p> <p>E per farlo ancora meglio di così, puoi immaginare che questo sia uno strumento musicale a fiato, come per esempio, un flauto.</p> <p>E puoi immaginare di inspirare tutta l'aria che puoi, attraverso lo strumento che hai portato alla bocca e sentire il tuo petto sollevarsi e riempirsi d'aria, ancora più di prima.</p>

E mentre lo fai puoi anche renderti conto che sei bravo perché la faccina sulla colonnina ti sorride sempre un po' di più, bravo, molto bene.

Continua così, bravissimo. Sei così bravo che puoi sentire il suono del flauto, buttando fuori tutto ciò che non serve più.

E ora che sei riuscito ad ottenere tutti questi risultati, puoi focalizzare la tua attenzione anche sull'altra colonna un po' più grande, come vedi questa volta ci sono dei numeri in ordine crescente.

E adesso che li hai visti, puoi immaginare con gli occhi della tua mente, tutti questi numeri, dal più piccolo al più grande, come le tappe del gioco dell'oca, dove quando arrivi in fondo vinci.

Per fare questo percorso ed andare avanti nel gioco, puoi respirare l'aria attraverso il boccaglio, più aria entra dentro di te più avvanzerai e più arriverai in fondo.

Bravo, molto bene.

E più è alto il numero che raggiungerai e più sarai bravo, perché i tuoi polmoni si espanderanno molto bene e potrai guarire meglio.

Bene, bravo, senti come sei bravo a far entrare l'aria dentro di te e ad avanzare nel percorso.

2.2.10 APPROFONDIMENTI IN RIABILITAZIONE PEDIATRICA: STRUMENTI E GESTIONE DI PROCEDURE STRUMENTALI DOLOROSE

L'analisi e la ricerca in letteratura degli studi inerenti il trattamento del dolore e dell'ansia con un approccio non farmacologico sui bambini è risultata complessa, incompleta e pertanto insoddisfacente.

In considerazione della premessa, la risposta al bisogno di approfondimento nella riabilitazione pediatrica non può essere soddisfatta, perché richiede competenze riabilitative specifiche nel campo della riabilitazione neuro psicomotoria del bambino e dunque meritevole di una trattazione a parte, che non può essere soddisfatta con questo elaborato.

Tuttavia, nei risultati della ricerca bibliografica sono emersi due studi sul trattamento del dolore con terapie complementari nell'ambito pediatrico e riportati nella tabella n. 6 di cui si descrivono obiettivi, metodo, popolazione, intervento, risultati e discussione.

CAPITOLO 3. DISCUSSIONE

3.1 RICERCA BIBLIOGRAFICA

La ricerca bibliografica, di cui sono stati riportati i risultati nella tabella n.6, è stata condotta secondo i criteri di inclusione ed esclusione a partire dal quesito di ricerca sulla gestione del dolore e dell'ansia con l'ipnosi e la comunicazione ipnotica nell'intero processo riabilitativo.

La ricerca si è anche estesa ai fattori placebo e nocebo, in quanto presenti in letteratura studi inerenti la gestione del dolore muscolo-scheletrico e del dolore conseguente all'attività motoria in relazione a questi fattori.

Nella tabella sono riportati i risultati di ogni articolo, inoltre è presente una sezione dedicata alla discussione, pertanto, nella trattazione che seguirà si menzioneranno solo alcuni studi, che necessitano di ulteriore discussione.

La revisione bibliografica riporta che l'ipnosi e la comunicazione ipnotica sono efficaci nel trattamento di molte patologie di interesse riabilitativo.

In letteratura importanti sindromi dolorose, come per esempio, il dolore cronico non specifico alla schiena trova dei riscontri positivi con l'ipnosi.

Rizzo Et Al.²³ considerano un'efficace e vantaggiosa opzione di trattamento l'ipnosi associata al trattamento educativo, che consiste nella lettura di un libro intitolato: "Explain Pain Book" che aiuta il paziente a comprendere la natura del dolore nelle sue molteplici sfaccettature.

Sempre nell'ambito delle sindromi dolorose uno studio retrospettivo mostra l'efficacia della fisioterapia con l'ipnosi per il trattamento del dolore complesso della mano e del polso (Complex Regional Pain Syndrome -CRPS di tipo 1).

Gli autori hanno realizzato uno specifico protocollo di trattamento riabilitativo associato all'ipnosi, consentendo il raggiungimento di risultati incoraggianti: infatti, circa l'80% delle persone affette da questa sindrome dolorosa molto invalidante hanno ripreso la propria attività lavorativa dopo il percorso di rieducazione.³⁴

La gestione non farmacologica del dolore in fisioterapia ha trovato interessanti riscontri attraverso lo studio dei Fattori Contestuali (FC), ovvero, quei fattori che possono indurre un effetto placebo o nocebo.

M. Testa et Al.¹⁴ analizzano i meccanismi neurobiologici delle risposte placebo e nocebo, rispetto al dolore e alle prestazioni motorie, e i Fattori Contestuali che ottimizzano i risultati in riabilitazione.

In fisioterapia sono stati individuati e analizzati diversi fattori, come le caratteristiche del

fisioterapista (reputazione e aspetto professionale) e del paziente (aspettative, preferenze ed esperienze personali, condizione muscolo-scheletrica), la relazione paziente-fisioterapista (per esempio: la comunicazione verbale/non verbale), le caratteristiche di trattamento (approccio centrato sul paziente, il tocco terapeutico), il setting sanitario (ambiente, struttura sanitaria) e come massimizzare il placebo e minimizzare il nocebo.

In aggiunta Rossetini G. et Al.¹¹ suggeriscono, per la gestione del dolore muscolo-scheletrico, l'integrazione dei Fattori Contestuali nel ragionamento clinico.

L'uso consapevole dei FC nella pratica clinica consente di promuovere i fattori placebo a discapito dei fattori nocebo per aumentare l'efficacia, il numero di soluzioni di trattamento e la qualità del processo decisionale.

La ricerca e l'analisi in letteratura degli studi inerenti il trattamento del dolore e dell'ansia dei bambini con l'ipnosi e la comunicazione ipnotica è risultata complessa; pertanto è stata poi estesa ad un approccio più generale, ovvero, attraverso la gestione non farmacologica del dolore e dell'ansia.

In particolare lo studio di Cunin-Roy C. et Al.²⁴ descrive la gestione non farmacologica del dolore e dell'ansia nei bambini e negli adolescenti attraverso: l'agopuntura, l'omeopatia, la TENS, i massaggi, il rilassamento, la termoterapia (caldo o freddo) e l'ipnosi.

Secondo gli autori queste tecniche non farmacologiche mirano ad accompagnare il trattamento farmacologico del dolore senza sostituirlo. L'efficacia di questi trattamenti è conosciuta da un numero sempre più crescente di operatori sanitari, ma non è ancora sufficiente per un utilizzo a livello sistematico.

Lang E.V. et Al.²⁵ offrono un punto di vista interessante per la gestione dell'ansia e del dolore dei bambini sottoposti a procedure medico-sanitarie che riguardano anche la comunicazione.

In particolare in previsione di una procedura medico-sanitaria hanno un notevole effetto di riduzione dell'ansia e del dolore sul bambino e il caregiver, quando la creazione del rapporto avviene fin dalla sala d'attesa.

Gli autori suggeriscono di evitare tutte le verbalizzazioni che possono generare nel bambino un effetto "nocebo" durante le procedure.

Quando il bambino è immerso in uno scenario a lui piacevole sono particolarmente utili le integrazioni degli stimoli ambientali e quelli procedurali; inoltre, la scelta di metafore che rafforzano l'ego del bambino possono facilitare le procedure.

In conclusione i bambini rispondono bene ad un linguaggio confortante e a suggestioni ipnotiche di scenari immaginari e l'attuazione di piccoli cambiamenti nella formulazione di un

linguaggio, possono fare una grande differenza nei risultati.

3.2 RICERCA DI PATOGRAFIE

Dalla ricerca e dall'analisi delle patografie sono emerse riflessioni differenti in relazione al momento dell'evento/incidente, al dolore procedurale e al processo di recupero durante le procedure di cura e riabilitazione.

Dalla narrazione scritta, effettuata attraverso le citazioni del testo, è possibile cogliere gli elementi soggettivi della malattia che sono una descrizione, vera e completa, densa di significati, immagini e metafore utilissime.

Secondo questa interpretazione la narrazione, sia essa scritta o orale, può diventare un potente strumento di trasformazione della pratica clinica, utile ai riabilitatori per migliorare il proprio intervento.

Nelle citazioni relative al processo di recupero emergono preziosi elementi che forniscono notizie sulle preferenze comunicative sensoriali:

“Ho cercato di entrare di continuo nel linguaggio e nel sapere della fisioterapista e di avere quasi la sensazione che ci fosse qualcuno in ascolto del mio corpo, come uno strumento musicale. Conoscendo meglio le sensazioni e le vibrazioni del mio corpo, ho cominciato a conoscere meglio me stessa”.

(rif. 26 Azario R. Fogliano G. Greggio G.L. “Alzati fai dei chilometri -Storie di alleanza e resilienza nelle relazioni di cura”. Racconto n. 1- Ascolto dello strumento musicale. Editore: Sensibili alle foglie, 2005).

Dai risultati della ricerca bibliografica diversi autori sottolineano l'importanza della buona comunicazione.

In particolare lo studio di Lang E.V. et Al.¹⁶ propone un approccio comunicativo che mette il paziente al centro della relazione terapeutica attraverso numerose pratiche come, per esempio, le tecniche rapide di rapport e gli stili di conversazione.

In merito a quest'ultimo aspetto si pone particolare risalto ai modi in cui le persone preferiscono sperimentare il mondo.

La preferenza sensoriale, visiva, uditiva, cinestesica, gustativa o olfattiva consente ai pazienti di esprimersi prevalentemente in termini di una di queste preferenze.

Una persona con una preferenza uditiva potrebbe usare dei predicati o sostantivi basati sul suono come viene riportato nelle citazioni: “Se ci fosse qualcuno in ascolto del mio corpo” oppure “come uno strumento musicale” oppure “vibrazioni del mio corpo”.

In una buona comunicazione terapeutica il rapporto si realizzerà molto più velocemente se la

scelta comunicativa del riabilitatore sarà adeguata alla scelta sensoriale del paziente.

La comprensione e la consapevolezza delle preferenze comunicative di ciascun paziente, consentono agli operatori sanitari di adattarsi allo stato mentale del paziente, facilitando il processo comunicativo.

Nelle citazioni relative al dolore procedurale e al processo di recupero, come la balneazione in anestesia generale, le medicazioni in ambulatorio o la ripresa delle attività motorie, emerge una gestione complessa del dolore nel paziente grande ustionato:

“Che cos'è una vasca o balneazione? È una vera e propria tortura, o meglio, significa mettersi su un particolare lettino e posizionarti a pelo d'acqua su una vasca tipo quella del bagno di casa, solo molto più grande e in acciaio inossidabile, con due medici ai tuoi lati che muniti di rasoi e pinze, cominciano a toglierti e a pulirti da quei lembi di pelle che si stanno necrotizzando, fino a che non esce sangue pulito, sano, se così si può dire, praticamente viene scorticato vivo. Queste vasche, che io chiamavo macchine infernali, Venivano eseguite per la maggioranza delle volte senza essere narcotizzati, e credetemi, i dolori che esse provocano sono veramente atroci, spaventosi.”

(rif.27 Giuseppe Torselli. “Diario di un grande amore”. Magma Editore; 2006).

“Alla prima medicazione di controllo ho vissuto un'esperienza terribile.[...] Nell'ambulatorio due infermiere mi spostano dalla lettiga al lettino e iniziano a sbendarmi, una è dolce e delicata, l'altra nonostante le mie suppliche è un “orso”, senza bagnarmi le bende in trenta secondi, forse meno, me le strappa di dosso, provo un dolore terribile, ho i conati di vomito, piango... e mi sento anche dire da lei – non faccia tante storie! Bisogna sopportare...”

(rif.28 Tiziana Motto. “Margherita”. Stampato autonomamente. 20014”).

*“Iniziano a trascorrere i giorni di quella che io definisco la mia seconda vita. Sto bene, ma non riesco a muovere neanche un dito, sono bloccata nel letto.”
“I giorni passano, mi impegno molto, inizio a muovere le dita della mano, ma la forza non c'è ancora. Poco per volta, giorno dopo giorno, inizio sempre a muovere meglio le mani, anche se malamente inizio a riuscire a impugnare la forchetta... ma la bocca è troppo distante... passano i giorni...riesco a mangiare da solo le cose solide!”*

(rif. 28 Tiziana Motto. “Margherita”. Stampato autonomamente. 20014”).

In letteratura sono presenti numerosi studi che descrivono tecniche complementari di sedazione farmacologica durante le medicazioni e durante le procedure di fisioterapia dei pazienti grandi ustionati.

Amini Harandi et Al.²¹ valuta l'efficacia dell'ipnoterapia, come strumento di gestione del dolore e dell'ansia dei pazienti grandi ustionati nelle procedure di fisioterapia.

Due gruppi di pazienti effettuano la fisioterapia, ma solo un gruppo effettua anche delle sedute di ipnoterapia.

Lo studio ha evidenziato che il gruppo che ha effettuato la fisioterapia in associazione all'intervento ipnotico ha riportato punteggi relativi al dolore e all'ansia procedurale significativamente ridotti rispetto al gruppo controllo.

Shakibaei F. et Al.²⁹ riportano che il trattamento ipnotico risulta essere efficace come complemento del trattamento farmacologico del dolore, inoltre è efficace nel ridurre la ripresentazione del sintomo relativo al vissuto traumatico da ustione (PSTD) dei pazienti grandi ustionati.

Dall'analisi della letteratura presente nella Tesi effettuata dalla dott.ssa Martina Bonavero,³⁰ emerge la musicoterapia come strategia complementare alla sedazione farmacologica del paziente grande ustionato.

Nella discussione della Tesi gli studi di Protacio J. et Al.³¹ e Edwards J. et Al.³² e Jinyi L. et Al.³³ evidenziano che la musicoterapia può essere impiegata come mezzo per ridurre l'ansia dei pazienti (prima e durante la balneazione) e può essere attuata attraverso un ascolto passivo di musica diffusa nell'ambiente, oppure, svolgere un ruolo attivo nella produzione della musica con l'assistenza di un musicoterapeuta.

Alcuni studi in ambito pediatrico, invitano i piccoli pazienti a selezionare i brani da ascoltare durante le sedute di medicazione delle ferite ed il cambio dei bendaggi, consentendo il miglioramento delle procedure con interazioni positive tra operatori sanitari, bambini e il caregiver.

3.3 CONTESTUALIZZAZIONE DEI BISOGNI DI APPROFONDIMENTO

Dall'analisi del questionario sono stati individuati tanti bisogni di approfondimento diversi tra loro, poiché differenti sono le esperienze ed i contesti in cui operano i riabilitatori.

Dalla letteratura sono emersi differenti punti di vista, rispetto alla gestione del dolore e dell'ansia in ipnosi e comunicazione ipnotica in riabilitazione, senz'altro meritevoli di un'analisi ulteriore per orientare meglio la formazione specifica in questo ambito.

CONCLUSIONI

Il progetto *“Tutor riabilitatori in comunicazione ipnotica”* è nato con l'obiettivo di implementare la competenza nella gestione del dolore e dell'ansia durante l'intero processo riabilitativo, attraverso la contestualizzazione dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica in riabilitazione.

Lo sviluppo del progetto parte dalla creazione della figura del tutor riabilitatore esperto in ipnosi e comunicazione ipnotica.

Pertanto, è stato intrapreso il percorso di formazione specialistica presso l'Istituto Franco Granone CIICS di Torino.

Al termine della formazione specialistica presso il CIICS, in sintonia con il progetto tutor riabilitatori in comunicazione ipnotica, si è scelto di sviluppare un argomento di tesi che fosse attinente all'iniziativa.

Dopo aver individuato i bisogni di approfondimento dei riabilitatori dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, tutti i contenuti utili sono stati sviluppati a partire dalla ricerca bibliografica e dalla ricerca delle patografie.

Dalla revisione della letteratura sono emersi numerosi spunti, consentendo di offrire differenti punti di vista nella gestione del dolore e dell'ansia con l'ipnosi e la comunicazione ipnotica in riabilitazione.

E' stata effettuata una selezione degli articoli e, per ognuno di essi, sono stati individuati gli obiettivi, il metodo, la popolazione, l'intervento, i risultati ed infine la discussione degli studi analizzati.

Dalla ricerca delle patografie emerge l'aspetto della narrazione, come lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura.

Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato, dove la narrazione, sia scritta che orale, può diventare un potente strumento di trasformazione della pratica clinica per reperire degli spunti e raccogliere gli elementi utili che una volta elaborati dai riabilitatori, possono contribuire a modificare l'esperienza del dolore e dell'ansia vissuto dai pazienti durante le procedure riabilitative, migliorando l'intervento.

Un altro aspetto molto interessante è quello emerso dalle acquisizioni delle neuroscienze, che rivelano l'importanza delle parole nell'attivare l'effetto placebo.

Le parole innescano gli stessi meccanismi dei farmaci, e in questo modo si trasformano da suoni e simboli astratti in vere e proprie armi che modificano il cervello e il corpo di chi soffre.

Grazie agli studi delle neuroscienze è stato possibile comprendere alcuni complessi meccanismi di funzionamento del cervello, in questo modo, il paziente stesso e chi si occupa della cura del paziente (medici, infermieri, fisioterapisti etc), possono beneficiare di una visione biologica della speranza, consentendo di influenzare i comportamenti relativi ad un processo di cura, attraverso una migliore comunicazione e interazione sociale.

Infine, tutti questi aspetti sono stati integrati con il Know how del CIICS e con il lavoro svolto in questi anni nella riabilitazione dei pazienti grandi ustionati con l'ipnosi e la comunicazione ipnotica, a partire dalla fase acuta fino alla fase del difficile recupero della cicatrice.

BIBLIOGRAFIA:

1. Procedura Specifica n° PRSP.P901.0027. “*Applicazione della comunicazione ipnotica*”. A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino. Presidi: Molinette, SGAS. P 1-9; 2015.
2. Muro M. “*La comunicazione ipnotica nel percorso clinico del paziente: esperienze e risultati nell’Azienda Molinette di Torino*”. FNOPI (Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche). Formazione e Ricerca. Rivista l’Infermiere n.1; P 1-2; 2016.
3. Legge 15 marzo 2012, n. 38 in materia di. “*Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*”. Gazz. Uff. n. 65. P 1-7; 2010.
4. Depetris N. Tesi “*Implementazione dell’ipnosi e della comunicazione ipnotica presso il centro grandi ustionati di Torino nell’approccio al paziente grande ustionato per la gestione del dolore e ansia*”. Conseguita c/o Istituto Franco Granone Centro Italiano Ipnosi Clinico Sperimentale (CIICS). Corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica. P 1-27; Anno 2016.
5. Società Italiana di Medicina Narrativa (SIMeN) Available from: <https://www.medicinanarrativa.it/it/simen/medicina-narrativa/cos-e-la-mn/>
6. Marrone B. “*Patografie. Ricostruzione delle patologie psichiche di personaggi celebri fondate sulle informazioni biografiche e sull’esame delle loro opere*”. Available from: <https://www.psiconline.it/le-parole-della-psicologia/patografia.html>
7. R. Charon “*Narrative Medicine in the international education of physicians*”. Press Med. Author manuscript; available in PMC. 14 May 2014.
8. Ingrosso M. “*La professione di fisioterapista in Italia: una ricerca*”. 17 Aprile 2015. Available from: <http://www.sociologiadellasalute.org/la-professione-di-fisioterapista-in-italia-una-ricerca/>
9. Benedetti F. “*La speranza è un farmaco*”. Mondadori; 2018.
10. Hauser W. et Al. “*Nocebo Phenomena in Medicine*”. Dtsch Arztebl Int 109(26): 459-65; 2012.
11. Rossetini G. et Al. “*Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain.*” BMC Musculoskeletal Disorders.19:27. P 1-15; 2018.
12. Benedetti F. “*Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship*”. Physiol Rev 93: 1207-1246; 2013.

13. Di Blasi Z. HarKness E. "*Influence of context effects on health outcomes: a sistematic review*". Lancet 357(9258): 757-62; 2001.
14. Testa M. et Al. "*Enhance placebo, avoid nocebo: how contextual factors affect physiotherapy outcomes.*" Manual Therapy. Elsevier. 24, P 65-74; 2016.
15. Mari G. "*Cure and Care Coaching*". Ed. Centopagine. 2016.
16. Lang E.V. FSIR M.D. et Al. "*A Better Patient Experience Through Better Communication.*" J. Radiol Nurs. Vol. 31, N. 4, P 114-119; 2012.
17. Granone G. "*Trattato di ipnosi*". Vol. I. P 105-106. Edizioni: UTET; 1989.
18. Casiglia E. "*Trattato di ipnosi e altre modificazioni della scienza*". Edizione: Cleup; 2015.
19. Bandler R. et Al. "*Ipnosi e trasformazione*". Edizioni: Astrolabio; 1983.
20. Know how CIICS. "*Dispense del corso di ipnosi clinica sperimentale*"; 2018.
21. Harandi Amini et Al. "*The effect of hypnotherapy on procedural pain and state anxiety related to physiotherapy in women hospitalized in a burn unit.*" Contemporary Hypnosis. Vol 21, N.1. P 28-34; 2004.
22. Moja E.A. Poletti O. "*La comunicazione medico-paziente e tra operatori sanitari*". Ministero della Sanità (Direzione delle Programmazione Sanitaria- Uff. III). Aprile 2016.
23. Rizzo R.R.N. Mederios F.C. "*Hypnosis Enhances the effects of pain education in patients with chronic nonspecific low back pain*". The Journal of Pain. Vol. 1, N. 22. P 1-10; 2018.
24. Cunin-Roy C. Bienvenu M. "*Les traitements non médicamenteux dans la prise en charge de la douleur de l'enfant et de l'adolescent. Archives de pédiatrie.*" 14, P 1477-1480; 2007.
25. Lang E.V. Fsir M.D. et Al. "*Helping Children Cope with Medical Tests and Interventions.*" Jurnal Radiol. Nurs. 36(1): 44-50; 2017.
26. Azario R. Fogliano G. Greggio G.L. "*Alzati fai dei chilometri-Storie di alleanza e resilienza nelle relazioni di cura*". Editore: Sensibili alle foglie; 2005.
27. Giuseppe Torselli. "*Diario di un grande amore*". Magma Editore; 2006.
28. Tiziana Motto. "*Margherita*". Stampato autonomamente. 2014.
29. Shakibaei F. et Al. "*Hypnotherapy in management of pain and reexperiencing of trauma in burn patients.*" IJCEH. 56: 185-197; 2008.
30. Bonavero M. "*Esperienza di balneazione. Il contributo della Medicina Narrativa in ambito formativo per migliorare l'assistenza e la pratica clinica*". Tesi del Master

Universitario di I Livello in Vulnologia dell'Università degli Studi di Torino. Anno Accademico 2015/2017.

31. Protacio J. et Al. "*Patient. Direct music Therapy as an Adjunct During Burn Wound Care*". *CriticalCareNurse*. Vol. 30, N.2; 2010.
32. Edwards J. et Al. "*The use of music therapy to assist children who have severe burns*". *The Australian Journal of Music Therapy*. Vol. 5; 1994.
33. Li J. et Al. "*The effects of music intervention on burn patients during treatment procedures: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*". *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2017.
34. Lebon J. Rongièrès M. et Al. "*Hand Surgery and Rehabilitation.*" *Hand. Surg. Rehabilitation*. Vol. 36, N.3. P 215-221; 2017.
35. Wellington J. et Al. "*Noninvasive and alternative management of chronic low back pain (efficacy and outcomes).*" *International Neuromodulation Society*. 17 Suppl. 2: 24-30; 2014.
36. Maravita A. et Al. "*Talking to the senses: modulation of tactile extinction through hypnotic suggestion. Frontiers in Human Neuroscience.*" Vol. 6, N.210, P 1-8; 2012.
37. Moura V.L. Keturah R. "*Mind-Body Interventions for Treatment of Phantom Limb Pain in a Persons with Amputation.*" *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. Vol. 91(8). P 701-714; 2012.
38. Vervaeke C. et Al. "*Pain and Hypnosis in Physical Therapy.*" *Pain and Analgesia. Rev.* (95): 35-37; 2009.
39. Brenda L. et Al. "*Hypnotic Analgesia for Combat-Related Spinal Cord Injury Pain: A case Study.*" *American Journal of Clinical Hypnosis*. Vol. 51; 2009.
40. Kroger W.S. et Al. "*Clinical and Experimental Hypnosis.*" Philadelphia, Lippincott, II Edition, 14: 24-29; 2008.
41. Cunin-Roy C. Bienvenu M. "*Les traitements non médicamenteux dans la prise en charge de la douleur de l'enfant et de l'adolescent. Archives de pédiatrie.*" 14, P 1477-1480; 2007.
42. Dimond S.G. et Al. "*Hypnosis for rehabilitation after stroke: six case report.*" *Contemporary Hypnosis*. N.23, P 4-12; 2006.
43. Jensen M.P. et Al. "*Hypnotic analgesia for chronic pain in person with disabilities.*" *IJCEH*. 53: 198-228; 2005.
44. Appel P.R. "*Clinical Applications of Hypnosis in the Physical Medicine and Rehabilitation setting: three case reports*". *Clinical Hypnosis in Rehabilitation*,

Seminars in Integrative Medicine. 1: P 90-105; 2003.

45. Appel P.R. “*The use of Clinical Hypnosis in Physical Medicine and Rehabilitation.*”
Clinical Hypnosis in Rehabilitation. Psychiatric Medicine. 10:133-148; 1998.
46. Fowler R. et Al. “*The use of hypnosis for pain relief for patients with polyradiculoneuritis*”. Australian Physiotherapy. Vol.38, N. 3. P 217-221; 1998.
47. Lerner G. “*Concetta. Una storia operaia.*” Feltrinelli; 2014.
48. Nori P. “*Grandi ustionati.*” Marcos y Marcos; 2001.
49. Amurri L. “*Apnea.*” Fandango; 2013.

SITOGRAFIA:

<https://www.psiconline.it/le-parole-della-psicologia/patografia.html>

<https://www.medicinanarrativa.it/it/simen/medicina-narrativa/cos-e-la-mn/>

http://www.sif-fisioterapia.it/?page_id=52

www.sociologiadellasalute.org/la-professione-di-fisioterapista-in-italia-una-ricerca/

ALLEGATI:

1. “*Questionario di approfondimento tra i riabilitatori della Città della Salute e della Scienza di Torino*”; 2018.

INFORMAZIONI GENERALI

Cognome:

Nome:

Età :

Genere:

F	M
---	---

Anni di lavoro:

Quale corso di ipnosi e comunicazione ipnotica hai frequentato?

Base aziendale	CIICS	Altro:
----------------	-------	--------

In quale periodo/anno hai frequentato il corso?

Ambito lavorativo:

ORTOPEDICI	NEUROLOGICI	ADULTI	PEDIATRICI	Altro:
------------	-------------	--------	------------	--------

Tipologia:

RICOVERATI	AMBULATORIALI	DAY HOSPITAL	Altro:
------------	---------------	--------------	--------

QUESTIONARIO

1	Il corso ha modificato le tue conoscenze riguardo le diverse modalità per una efficace comunicazione?	si	no
2	Ritieni che quanto appreso nel corso abbia modificato la tua capacità di relazione col paziente?	si	no
3	Ritieni che quanto appreso nel corso abbia modificato la tua capacità di relazione all'interno dell'équipe professionale?	si	no
4	Sei più consapevole dell'effetto che hanno le tue modalità comunicative sull'esperienza vissuta dal paziente nel percorso riabilitativo?	si	no

5	Nella tua attività lavorativa utilizzi la comunicazione ipnotica (C.I.)?	
	<p>Si:</p> <p>-con quale frequenza?</p> <p>< Quotidianamente</p> <p>< Frequentemente</p> <p>< Saltuariamente</p> <p>< Raramente</p> <p>-con quale risultato?</p> <p>< Scarso</p> <p>< Sufficiente</p> <p>< Discreto</p> <p>< Buono</p> <p>< Ottimo</p>	<p>No, per quali motivi? (consentita risposta multipla)</p> <p>< La ritengo inutile</p> <p>< Mi sento poco competente</p> <p>< Ritengo inidoneo il contesto di lavoro:</p> <p>(consentita risposta multipla)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà organizzative • Setting • Tempo a disposizione • Disinformazione dell'équipe <p>< Altro:</p>

6	Nella tua attività lavorativa utilizzi l'induzione formale?	
	Si: -con quale frequenza? < Quotidianamente < Frequentemente < Saltuariamente < Raramente -con quale risultato? < Scarso < Sufficiente < Discreto < Buono < Ottimo	No, per quali motivi?(consentita risposta multipla) < La ritengo inutile < Mi sento poco competente -Ritengo inidoneo il contesto di lavoro: (consentita risposta multipla) < Difficoltà organizzative < Setting < Tempo a disposizione < Disinformazione dell'èquipe < Altro:

7	Saresti favorito nell'utilizzo di queste tecniche se tutta l'èquipe di lavoro fosse formata in questo ambito?	si	no
---	---	----	----

8	Hai effettuato un periodo di tirocinio tutorato sul campo?	si	no
---	--	----	----

9	Ritieni utile avere una formazione sul campo?	si	no
---	---	----	----

10	Saresti interessato a frequentare un periodo di tirocinio con tutor Riabilitatore esperto in comunicazione ipnotica?	si	no
----	--	----	----

11	Nell'ambito del tirocinio tutorato cosa nello specifico immagini possa mettere in atto il tutor per migliorare la tua competenza:	
----	---	--

12	Pensi possano essere utili incontri di confronto tra Riabilitatori che utilizzano ipnosi e C.I.?	si	no
----	--	----	----

13	Cosa ritieni possa esserti utile per migliorare la tua competenza nell'ambito riabilitativo in C.I. ed ipnosi?		
	Scheda di valutazione riabilitativa contestualizzata	si	no
	Linguaggio specifico per la riabilitazione (per esempio: metafore)	si	no
	Comunicazione ipnotica contestualizzata alla riabilitazione	si	no
	Tecniche di induzione ipnotica contestualizzate in ambito riabilitativo	si	no
	Esempi specifici di casi riabilitativi	si	no

14	Hai altre proposte o commenti che possano essere utili ad integrare la tua formazione in questo ambito?	
----	---	--

RINGRAZIAMENTI

Giuseppe 82 anni, ricoverato al centro grandi ustionati, mi ha raccontato che per lui è stata un'esperienza meravigliosa e che lui mai nella vita aveva visto:

“una grande conchiglia, enorme, con tutta sabbia ed acqua...che ha dato vita, in attimi di secondi, a delle gardenie che non ho mai visto nella mia vita, profumate e colorate” [...]

“e io mi sentivo bene, non rilassato, diciamo sollevato, perché rilassato è il corpo, ma il sollevamento dai dolori è un'altra cosa”

Giuseppe e tutti i pazienti, ogni giorno, danno valore a quello che faccio e per questo li ringrazio.

Ringrazio i miei colleghi che mi hanno sostenuta in questo percorso e coloro che hanno creduto nelle finalità di questo progetto.