

**ISTITUTO FRANCO GRANONE
C.I.I.C.S
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICOSPERIMENTALE
Fondatore: Prof. Franco Granone**



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

ANNO 2024

**CONTROLLO DEL DOLORE POST OPERATORIO DI PAZIENTE
OPERATO DI FRATTURA DI FEMORE**

Candidata

Dott. Federica Morelli

Relatore

Dott. Paolo Granone

“L’assistenza infermieristica è un’arte: e se deve essere realizzata come un’arte, richiede una devozione totale e una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o scultore; con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano, il tempio dello spirito di Dio. È una delle Belle Arti. Anzi, la più bella delle Arti Belle.”

Florence Nightingale, Una and the Lion, 1871

PREMESSA

Sin dal primo incontro e nei successivi contatti, ove previsti, l'infermiere dev'essere in grado di mettere in pratica la propria conoscenza delle teorie della comunicazione per migliorare il rapporto con il paziente. Chi aiuta (l'infermiere) dovrebbe essere in grado di comprendere il problema di salute nei termini in cui si pone per quella particolare persona/famiglia; dovrebbe migliorare l'adattamento psicologico, fisico e sociale del paziente. E ancora chi aiuta dovrebbe comunicare in modo efficace per instaurare relazioni che diano supporto e siano soddisfacenti. Per questo una buona comunicazione è legata all'empatia, in una contrattazione in cui gli aspetti cognitivi s'incontrano con quelli emotivi e motivazionali. Quindi non conta solo quello che viene detto, ma anche il modo in cui viene detto, sia a livello verbale che non verbale, così come le condizioni in cui la comunicazione si realizza (2.)

Di seguito gli articoli del Codice deontologico che mettono in evidenza l'importanza dell'aspetto comunicativo, connotandolo come un dovere che fa parte della professione infermieristica:

Articolo 2 L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Articolo 8 L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.

Articolo 11 L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati.

Articolo 19 L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

Articolo 23 L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multi professionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

Articolo 24 L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnosticoterapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

Alla luce di quanto detto, l'ipnosi e la comunicazione ipnotica rientrano sicuramente, tra le strategie comunicative più efficaci nel rapporto tra infermiere e assistito. La comunicazione ipnotica propone un'ampia cornice di opportunità per l'infermiere di accrescere le competenze comunicative, ed il nesso tra queste commemora gli obiettivi dell'assistenza infermieristica, tra i quali quello di favorire lo sviluppo nel paziente dell'autodeterminazione, della stima di sé, facendo affiorare le risorse latenti e portando l'individuo ad impadronirsi consapevolmente del proprio potenziale. Per tutte queste ragioni, la connessione tra le abilità del professionista sanitario infermiere e la comunicazione ipnotica esiste per la forza generatrice stessa della professione infermieristica.

(3.)

L' IPNOSI DI FRANCO GRANONE

Per ipnosi s'intende "uno stato di coscienza modificato, ma fisiologico, dinamico durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali per mezzo di monoideismi plastici ed in virtù del rapporto operatore-paziente". (4)

Attualmente l'ipnosi è definita negli ambienti universitari come "la manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata in una precisa rappresentazione mentale, sia autonomamente (autoipnosi), sia con l'aiuto di un operatore con il quale si è in relazione" (5). Attraverso questa tecnica è possibile indurre una trance ipnotica vigile, ossia uno stato di rilassamento e abbassamento delle difese razionali che sono tipiche dello stato ipnopompico e ipnagogico. L'ipnosi è quindi uno stato di coscienza modificato fisiologico "naturale", tale da rendere l'organismo capace di accedere alla totalità delle sue risorse, sia somatiche che mentali: si tratta in sostanza di una condizione biologicamente adattativa, che permette di creare uno stato di attenzione selettiva nei confronti di uno specifico stimolo. (6)

Attraverso l'ipnosi è possibile accedere alla dimensione inconscia ed emotiva del soggetto. In termini scientifici di solito si tende a restringere il campo di definizione dell'ipnosi alla gestione consapevole di tale condizione. L'obiettivo dell'ipnosi è accedere all'inconscio dell'individuo, cioè al "luogo" in cui vengono raccolte le esperienze e le informazioni apprese nel corso della vita (di cui non abbiamo consapevolezza). Durante l'ipnosi, si attiva il sistema limbico-ipotalamico, il ponte di comunicazione tra la mente e il corpo: l'ipotalamo è infatti connesso all'ipofisi, che può convertire gli impulsi nervosi in messaggi ormonali. per questo l'ipnosi può "incoraggiare" i meccanismi di auto guarigione che ciascuno di noi possiede, e anche dare accesso a risorse di cui non siamo consapevoli. Nell'ipnosi clinica è opportuno tener conto di alcuni principi fondamentali: il primo riguarda l'unicità di ogni essere umano, della sua storia personale e delle sue risposte; il secondo principio è che ogni soggetto avrà un proprio modo personale di sperimentare l'ipnosi; il terzo principio

riguarda la multidimensionalità dell'esperienza ipnotica che comprende aspetti cognitivi, comportamentali, emotivi, spirituali, relazionali e fisici (7.).

Una volta indotta la trance, l'ipnotista ha di fronte a sé una persona non più imprigionata nei rigidi schemi precostituiti, e che accetta e percepisce messaggi dall'esterno senza il consueto processo di analisi e critica. In questa fase l'ipnotista può offrire al paziente suggestioni utili (per esempio «in aeroplano sarai rilassato» oppure «le sigarette avranno d'ora in poi un sapore cattivo»). Non esistono tecniche standard o copioni da recitare. Lo stesso Erickson invitava i suoi allievi a dare sfogo alla propria fantasia, facendosi ispirare dal soggetto. Lo stesso Granone reputa necessario ogni qual volta si voglia indurre lo stato d'ipnosi, basare la tecnica induttiva sulla personalità del soggetto, sui suoi bisogni e sui suoi desideri, valendosi anche delle risposte e del suo atteggiamento all'istante dell'induzione, senza mai opporvisi 8 . Generalmente le manifestazioni fisiche sono gli unici indicatori che consentono di valutare l'esperienza interna dell'individuo. La maggior parte dei processi ipnotici comporta una condizione di rilassamento della mente e del corpo che modifica la percezione di sé del soggetto. Progressivamente potrebbero manifestarsi spasmi muscolari involontari causati dalle modificazioni che si verificano a livello neurologico; gli occhi potrebbero iniziare a lacrimare e, nel momento in cui il soggetto sperimenta l'ipnosi, le palpebre chiuse inizieranno a battere in maniera veloce e in modo inconsapevole. Un altro segnale è rappresentato dalla modificazione del ritmo respiratorio e della frequenza cardiaca che può risultare accelerato o rallentato. La stessa mandibola del soggetto andrà incontro ad una forma di rilassamento. L'inibizione dei movimenti volontari, condizione nota con il termine di "catalessia", sarà espressione del grado di assorbimento dell'esperienza ipnotica. Le modificazioni sensoriali, inoltre, saranno avvertite in maniera differente da una persona all'altra, alcune, infatti, entreranno maggiormente in contatto con il proprio corpo, altre si distaccheranno completamente da esso. (8)

Gli elementi che permettono il raggiungimento di uno stato ipnotico sono:

L'accettazione e la condivisione di un obiettivo comune tra ipnotista e soggetto attraverso la creazione di un legame di fiducia realizzando di fatto la prima condizione necessaria all'ipnosi cioè la relazione. (necessario definire un "contratto" da onorare per entrambi)

La realizzazione di un monoideismo plastico, ovvero la capacità del soggetto di focalizzare la sua attenzione verso un'unica idea così intensamente da riuscire a manifestarla concretamente ed in maniera evidente sia a livello fisico che mentale, introducendo così il concetto di condizione ipnotica, seconda condizione necessaria per definire quell'esperienza di coscienza discreta e particolare.

La ratifica, ovvero la conferma dell'operatore e il riconoscimento del valore di quanto stia facendo il paziente, sottolineando il cambiamento in corso a livello somatico, è la terza condizione per definire che si è realizzata l'ipnosi.

La triade Relazione-stato-Corpo definisce la complessità della definizione d'ipnosi. Per realizzare appieno il lavoro terapeutico è opportuno fare in modo che i cambiamenti sperimentati dal soggetto possano essere sfruttati: nel tempo è possibile infatti durante l'ipnosi dare "comandi post-ipnotici". Questi possono essere definiti come suggestioni che si realizzano dopo la trance e si possono verificare nel tempo anche a distanza, per esempio "questa notte appena il tuo capo si appoggerà sul cuscino, dormirai benissimo e con continuità fino al mattino 13 quando ti sveglierai fresco e riposato".

Inoltre, si possono effettuare dei condizionamenti tali da sviluppare degli effetti esperiti in ipnosi anche nella coscienza ordinaria (ancoraggio) o da reindurre anche autonomamente la condizione di ipnosi (condizionamento). Tra questi, il condizionamento, permette alla persona ipnotizzata di agganciare la condizione di ipnotica ad uno stimolo che potrà, di conseguenza, far realizzare in autonomia al soggetto la stessa condizione.

Al termine è fondamentale che l'ipnotista riorienti, ovvero che il paziente sia consapevole del "qui e ora" ed è importante verificare le capacità dello stesso di produrre autoipnosi o eventuali altre suggestioni post-ipnotiche.

CAMPI DI APPLICAZIONE

Una delle più antiche applicazioni dell'ipnosi è in campo medico e l'utilizzo più diffuso riguarda il controllo del dolore, la cui efficacia è nota da tempo, anche se l'evidenza clinico-sperimentale e la comprensione di alcuni meccanismi neurofisiologici di base sono state rese possibili solo di recente dal grande sviluppo delle tecniche elettrofisiologiche e di neuroimaging.

L'ipnosi agirebbe nel controllo del dolore attraverso una complessa, flessibile e gerarchicamente organizzata modulazione cognitivo-affettiva dell'esperienza dolorosa, esercitata a differenti livelli del Sistema Nervoso Centrale e Periferico.

La componente cognitivo-affettiva sarebbe meglio controllata ovvero l'intensità dello stimolo dolorifico è meno modulata della sofferenza che vi si accompagna. La dimensione e la qualità dell'effetto antalgico dipendono tuttavia in larga parte dalla strutturazione delle suggestioni ipnotiche.

Nell'ambito del dolore acuto, le principali indicazioni cliniche riguardano:

1. **Il dolore post-operatorio (con conseguente riduzione dei tempi di recupero)** (9)
2. Il dolore da travaglio di parto
3. Il dolore conseguente a procedure odontoiatriche
4. Il dolore nei grandi ustionati
5. Il dolore «procedurale», ovvero quello conseguente a procedure diagnostico-terapeutiche invasive e dolorose (esami invasivi, medicazioni dolorose, veno-puntura, ecc.)

Ma sono soprattutto il dolore cronico e il dolore oncologico i principali ambiti di applicazione clinica dell'ipnosi, anche in considerazione del fatto che non è richiesta una elevata suscettibilità ipnotica per ottenere risultati terapeuticamente rilevanti.

IL DOLORE

Il dolore è una complessa costellazione di esperienze sensoriali, emotive e cognitive spiacevoli, di risposte autonome involontarie e di reazioni psicologiche comportamentali provocate da un danno tissutale reale o percepito.

La International Association for the Study of Pain ha definito il dolore come “una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva associata ad un danno tissutale potenziale o reale, o descritta nei termini di un tale danno [...], il dolore è sempre soggettivo “(10).

In generale, il dolore può essere considerato come parte di un meccanismo di protezione che mette in guardia da un danno tissutale.

1. La percezione del dolore

La percezione del dolore coinvolge tre connessioni primarie del sistema nervoso sensoriale:

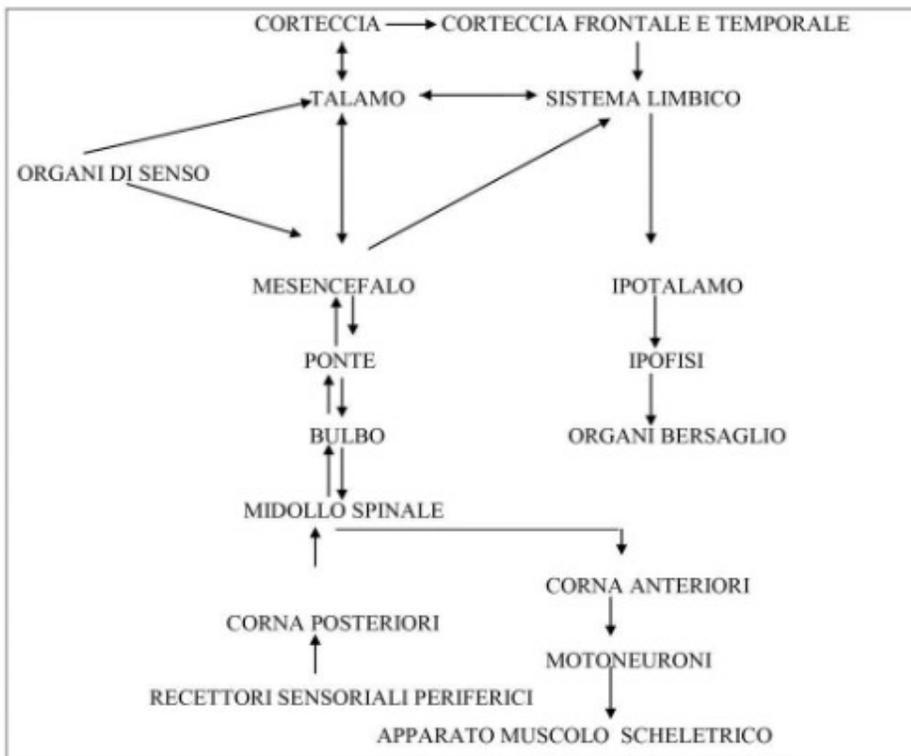
- L'informazione dolorosa viene percepita dai nocicettori periferici che, grazie alla mediazione di sostanze sensibilizzanti (prostaglandine, bradichinina, serotonina, sostanza P, istamina) rilasciate dalle cellule danneggiate, modificano l'informazione dolorosa in un impulso elettrico (trasduzione);
- L'impulso doloroso viene propagato (trasmissione) dai neuroni allineati che creano la via sensoriale, a partire dalle terminazioni nervose periferiche fino a raggiungere il corno dorsale del midollo spinale. La trasmissione rappresenta il processo attraverso il quale l'informazione viene trasferita alle strutture del Sistema Nervoso Centrale (SNC) deputate all'elaborazione della sensazione dolorifica;
- Dal corno dorsale, in cui la sostanza grigia è organizzata in strati o lamine dei neuroni di diverso tipo, eccitatori e inibitori, l'informazione dolorosa è inviata contemporaneamente in due direzioni: verso la periferia, cioè da dove lo stimolo doloroso proviene, dando inizio alla risposta immediata

riflessa (consapevolezza autonoma), e verso la regione talamica della corteccia cerebrale (consapevolezza corticale).

Molto sinteticamente, gli stimoli nocicettivi sono percepiti a livello della corteccia cerebrale solo dopo essere stati elaborati. Essi passano prima attraverso il talamo, dove vengono integrati e poi smistati. Una parte giunge alla corteccia cingolare anteriore e crea la base della sensazione. Un'altra si porta nel sistema limbico, dove la sensazione viene confrontata con pregresse esperienze più o meno consapevoli, influenzando il comportamento e l'umore.

La percezione ha luogo nella corteccia prefrontale ove si creano le sfumature emotive della sensazione e del comportamento. (Tabella 1)

Tabella 1: Il Sistema Emotivo.



2) Le dimensioni del dolore

I processi del dolore non cominciano con la semplice stimolazione dei recettori. Infatti ferite o malattie producono segnali neuronali che entrano in relazione con il sistema nervoso il quale comprende un substrato di passate esperienze, cultura, ansia e depressione. Questi processi mentali partecipano attivamente nella selezione, astrazione e sintesi delle informazioni che provengono dagli input sensoriali.

Il dolore, quindi, non è semplicemente il prodotto finale di un sistema di trasmissione sensoriali lineare, ma è un processo dinamico che produce continue interazioni con il sistema nervoso.

Quindi, considerare solamente la caratteristica sensoriale del dolore e ignorare le sue proprietà motivazionali-affettive porta ad avere una visione del problema limitata ad una sola parte.

Il dolore non è un sintomo di malattia ma un fenomeno funzionale complesso, ovvero, non semplice conseguenza di uno stimolo nocicettivo bensì materia di esperienza e in quanto tale può essere modulato modificando l'atteggiamento, l'esperienza ed il vissuto.

E' possibile pertanto identificare tre dimensioni attraverso cui avviene l'elaborazione del dolore:

- 1) sensoriale-discriminativa, che dipende dalle proiezioni neospino-talamiche al talamo e alla corteccia somato-sensoriale, trasmettendo informazioni sulla natura e sull'intensità, sulla durata e sulla sede dello stimolo nocivo, influenzando sulla percezione dell'intensità dolorosa;
- 2) motivazionale-affettiva, che dipende dal sistema reticolare e limbico, la struttura deputata a misurare e a modulare l'intensità degli stimoli e, in base a valori soglia, può attivare il sistema limbico che elabora i segnali algogeni traducendoli in piacere o in dispiacere.
- 3) cognitiva-valutativa, che dipende dai processi corticali. Le informazioni sensoriali e affettive giungono alla corteccia, dove vengono analizzate e confrontate con

esperienze passate, con i dati della situazione presente, con i valori della persona, determinando la valutazione soggettiva del dolore; per esempio, le esperienze e le conoscenze positive inibiscono la attivazione di emozioni negative relative al dolore e le risposte vegetative; viceversa, l'ansia o una concezione negativa del dolore determinano l'attivazione di emozioni spiacevoli e di risposte comportamentali conseguenti. In base a questa dimensione si spiega il fenomeno per cui una persona può provare sofferenza fisica anche in assenza dello stimolo, solo in base al timore di provarla, o può sentirne una molto intensa a fronte di uno stimolo di lieve intensità. In base a questi dati possiamo dire che il dolore è MULTIDIMENSIONALE, cioè è formato da numerosi componenti che includono: i suoi comportamenti (lesmorfie, l'atto di zoppicare ecc.), l'intensità, la componente affettiva, le credenze (senso di controllo, credenze sul significato), la qualità della vita (Figura 1)

Le diverse dimensioni vengono espresse in modo differente nel dolore acuto o in quello cronico.

Infatti, se nel dolore acuto la dimensione sensoriale è la più importante, nel dolore cronico i fattori affettivi e valutativi assumono una rilevanza maggiore.

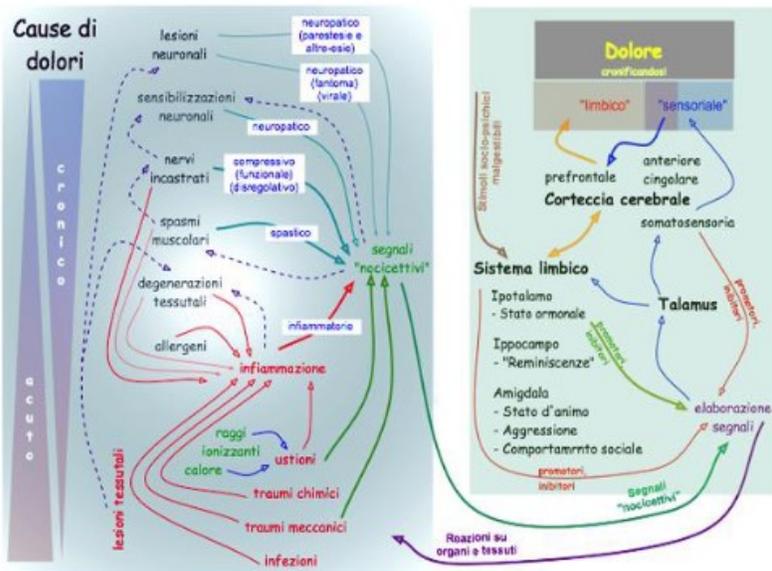


Figura 1

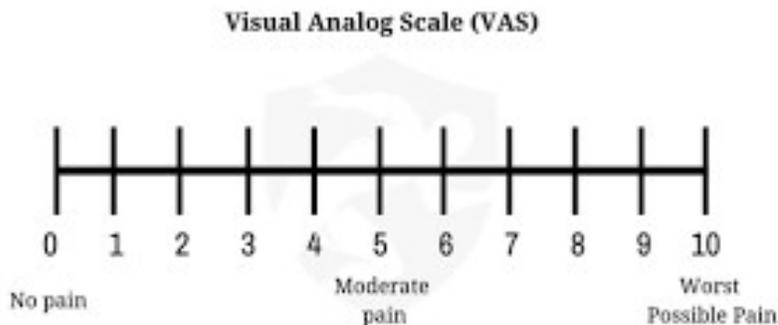
SCALE DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

Le scale di rilevazione dell'intensità del dolore più comunemente utilizzate sono:

VAS (Visual Analogue Scale); è costituito da un segmento di 100 mm, i cui estremi sono definiti dagli item “nessun dolore” e “il più forte dolore immaginabile”; viene chiesto alla persona di segnalare sulla scala il punto che corrisponde all'intensità del dolore che percepisce;

- Ha il vantaggio della semplicità
- E' indipendente dal linguaggio e viene facilmente compreso dalla maggior parte dei pazienti
- Può essere facilmente ripetuto

Particolarmente utile per monitorare il decorso acuto



LA MIA ESPERIENZA PERSONALE

Lavoro come infermiera presso l'ospedale di Ravenna Santa Maria delle Croci dal 2012. 10 anni in Medicina Interna e da novembre 2022 lavoro presso l' U.O. di Ortopedia.

L' U.O. ha 48 posti letto di cui una parte dedicata agli interventi programmati (es. protesi di ginocchio, anca, artroscopie, interventi di dh ecc..) e l' altra dedicata alla traumatologia (quindi pazienti che accedono direttamente dal ps).

Tutti i pazienti operati hanno una scheda di terapia cartacea (SUTFI) (allegato 1.) che ha validità 48 dall'orario in rientro in reparto dalla s.o.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna		SCHEDA DI RILEVAZIONE- CONTROLLO DEL DOLORE POST- OPERATORIO NELL'ADULTO			Data 11/11/2008 RPA 13_ 01 Rev. 01 Pag. 1/1	
SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA					ETICHETTA AMMISSIONE RICOVERO IN OSPEDALE	
U.O. di						
COGNOME E NOME						
INTERVENTO CHIRURGICO ESEGUITO						
SCHEMA DI TERAPIA POST OPERATORIA PER IL CONTROLLO DEL DOLORE						
A	AA	B	BB	C	CC	D E F G H
ANESTESIA PRATICATA						
Generale	Peridurale	Spinale	Blocco Periferico/ Loc.Regionale	Locale	Altro	
RIFERIMENTO TEMPORALE	VALUTAZIONE DEL DOLORE POST-OPERATORIO NELLE PRIME 24H DOPO L'INTERVENTO IN RELAZIONE ALLO SCHEMA DI TERAPIA					
	DOPO ORE					
USCITA DALLA S.O.	0 h.....	2 h.....	4h.....	6 h.....	12 h.....	18 h..... 24 h.....
NRS a riposo 0 → 10						
NRS in movimento 0 → 10						
P.A.						
F.C.						
F.R.						
Nausca/Vomito						
S.P.O.2						
Ritenzione Urinaria						
Prurito						
SCALA FACES PAIN SCALE						
Classificazione come da procedura	0-1-2-3		4-5-6-7		8-9-10	
NOTE/VALUTAZIONE INFERMIERISTICA						
						FIRMA INFERMIERE

(allegato 1)

In questa scheda viene prescritta la terapia antalgica da somministrare ad orari fissi e viene effettuato uno stretto monitoraggio dei parametri vitali, compresa la valutazione del dolore, in quanto le prime 48 nel post intervento sono le più critiche perché il dolore è acuto.

Trascorse le 48 ore, se il decorso post operatorio è regolare, i parametri vitali vengono monitorati tre volte al giorno e in particolar modo il dolore viene controllato tre volte al giorno e ogni qualvolta venga somministrato un antidolorifico (da terapia al bisogno), prima e dopo la somministrazione per accertarsi dell'efficacia.

Dopo aver partecipato al corso d'Ipnosi clinica a Torino, ho pensato di provare ad applicare le conoscenze acquisite come strumento aggiuntivo e coadiuvante per il controllo del dolore.

Ho selezionato un campione di 3 pazienti, operati di frattura di femore, di età non superiore a 85 anni, orientati e collaboranti, in cui il decorso operatorio è regolare (carico concesso e inizio trattamento riabilitativo nei tempi).

Escludendo le prime 48 ore dopo l'intervento, in cui il dolore è acuto, ho pensato di iniziare il percorso ipnotico nella terza giornata post-operatoria, prima del trattamento fisioterapico.

Mi sono presentata ai pazienti, abbiamo eseguito un colloquio in cui i pazienti mi esprimevano i loro dubbi, paure e aspettative. Io ho spiegato loro in cosa consisteva il nostro incontro, abbiamo fissato l'obiettivo comune di controllare e ridurre il più possibile il dolore e, dopo il consenso verbale, ho chiesto ai pazienti di chiudere gli occhi, respirare lentamente e profondamente focalizzando l'attenzione sulla gamba operata. In questa fase, ho chiesto loro di immaginare l'arto fresco e leggero "come una nuvola". Dopo aver avuto, da parte dei pazienti, la conferma dell'avvenuto monoideismo plastico, ho spiegato loro come ancorare questo stato, in modo da poterlo ripetere, ricreare, al bisogno e in autonomia.

Durante la degenza ho ripetuto, compatibilmente con il turno, ulteriori incontri.

I pazienti che hanno sperimentato l' ipnosi con il mio aiuto, hanno riferito beneficio, buon controllo del dolore, inizialmente associato a terapia antalgica al bisogno, e progressivamente a scalare e hanno dichiarato una percezione migliore delle cure, di sentirsi maggiormente presi in carico nell' assistenza infermieristica.

Inoltre, rispetto al normale decorso della degenza, si è notato che la quantità di farmaci somministrati per la terapia antalgica sono gradualmente diminuiti, l'ansia post-operatoria ridotta notevolmente e la compliance alla terapia aumentata.

CONCLUSIONI

L'infermiere deve maturare la capacità di uscire da schemi prefissati per adattare il proprio intervento alle persone che ha di fronte. Tale atteggiamento consente di realizzare un approccio centrato sulla persona, di stabilire con il paziente quella tipologia di relazione che mette al centro l'individuo. La comunicazione ipnotica è uno strumento che consente all'infermiere di individualizzare l'intervento e di insegnare alle persone ad impiegare consapevolmente le potenzialità della loro rappresentazione mentale per raggiungere obiettivi utili al loro processo di cura. Penso che la comunicazione ipnotica possa essere uno strumento utile e una skill professionale molto importante per l'infermiere, un vero e proprio valore aggiunto, permette di creare una relazione di fiducia che porta il paziente a sperimentare una particolare condizione di coscienza grazie al quale è possibile sviluppare e incrementare le capacità di autoapprendimento e autodeterminazione in modo fisiologico.

Dati i risultati incoraggianti di questa mia prima esperienza, e la scarsa letteratura scientifica in campo specifico ortopedico, mi propongo di applicare le conoscenze acquisite ogni qualvolta sia possibile per ampliare la casistica in ambito ortopedico dove lavoro e di utilizzare questa metodica nella pratica clinica quotidiana, al fine di fornire uno strumento aggiuntivo al paziente per rendere la sua degenza più serena e meno dolorosa possibile.

BIBLIOGRAFIA

1. 1 Newman A, *The Power of One: Confidence in Our Evolving Future Nurs Sci Q* July 2007; Vol. 20, N. 3: 203-204)
2. 2 Bonino S. (2006). "Mille fili mi legano qui. Vivere la malattia." Roma-Bari. GIUS LATERZA
3. www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice_deontologico_2019.pdf
4. Franco Granone. *Trattato d'ipnosi*. UTET 1989
5. Casiglia E. Rossi A.M. Lapenta A.M. Somma M. Tirone G. Tosello M. *Comunicazione ipnotica sperimentale e clinica Bassano del Grappa, Editrice Artistica Bassano, 2006*
6. Franco granone. *Trattato d'Ipnosi*. UTET 1989
7. Yapko, 2011
8. Franco granone. *Trattato d'Ipnosi*. UTET Vol.1 pag 47
9. Chaves JF, Dworkin SF, (1997). *Hypnotic control of pain: historical perspectives and future prospects*.
10. <http://www.iasp-pain.org>, trad. nostra
11. Mauer MH, Burnett KF, Ouellette EA, Ironson GH, Dandes HM. *Medical hypnosis and orthopedic hand surgery: pain perception, postoperative recovery, and therapeutic comfort*. *Int J Clin Exp Hypn*. 1999 Apr;47(2):144-61. doi: 10.1080/00207149908410027. PMID: 10208075.
: Raddaoui K, Radhouani M, Zoghlami K, Trigui E, Maghraoui H, Kaabachi O. *Preoperative hypnosis for pain management after arthroscopic repair of anterior cruciate ligament*. *Tunis Med*. 2020 Feb;98(2):156-160. PMID: 32395806.
Beaussier M, Sciard D, Sautet A. *New modalities of pain treatment after outpatient orthopaedic surgery*. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2016 Feb;102(1 Suppl):S121-4. doi: 10.1016/j.otsr.2015.05.011. Epub 2016 Jan 20. PMID: 26803223.