

IL DOLORE POSTOPERATORIO

PIANO ASSISTENZIALE INFERMIERISTICO

ABSTRACT

Nella percezione collettiva è manifesto l'assioma che "tutti i pazienti sottoposti ad un intervento chirurgico soffrono dolore nel postoperatorio".

Nella pratica quotidiana, il predetto assioma è relegato nel dimenticatoio; il dolore rimane nascosto: non è misurato come qualsiasi altro parametro vitale, mentre dovrebbe essere considerato il V° parametro, come enuncia anche la Procedura della terapia antalgica del progetto "Ospedale senza dolore". La soluzione a questa sofferenza inutile del paziente risiede nell'attuare tutte le misure necessarie al controllo efficace del dolore, come sostenuto anche nel "Codice Deontologico dell'infermiere" del 2009: "L'infermiere si attiva per prevenire, e contrastare il dolore, ed alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari". Art.34, Cap. IV. L'infermiere ha sia il compito di misurare il dolore, che quello di controllare l'efficacia della terapia, nonché quello di contrastarne e prevenirne gli effetti secondari; anche mediante l'elaborazione ed adozione di piani assistenziali specifici. Il piano assistenziale infermieristico, infatti, è un efficace strumento per identificare e soddisfare i bisogni della persona assistita, che in questo caso soffre dolore postoperatorio.

Introduzione

"Il dolore è una sgradevole esperienza sensoriale ed emozionale, associata ad un danno tissutale attuale o potenziale, o descritto come tale" (definizione IASP, 1972).

Il dolore acuto è sofferto da oltre il 40% dei pazienti ricoverati in Ospedale; nei reparti chirurgici, oltre il 70% dei ricoverati soffre dolore postoperatorio.

L'atteggiamento del personale sanitario risulta essere assolutamente negativo in merito al sollievo del paziente dalle sofferenze.

Il dolore viene tenuto nascosto; non viene, infatti, misurato

e documentato allo stesso modo della temperatura, della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, della frequenza respiratoria. Negli ultimi anni però stiamo assistendo ad un cambiamento nella mentalità di molti operatori; oggi infatti si ritiene il dolore, oltre che inutile e dannoso per la salute del paziente, una condizione inaccettabile dal punto di vista etico.

È infatti documentato, nella letteratura scientifica, che il dolore postoperatorio inneschi numerosi processi neurovegetativi e neuroendocrini responsabili di complicanze che rallentano la guarigione del paziente e prolungano i tempi di degenza.

In Italia l'interesse verso il dolore ha portato, il 24 maggio 2001, alla sottoscrizione di linee guida per l'attuazione del progetto "Ospedale senza dolore" da parte del Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome. Mediante la creazione di questo documento si tenta di:

- "diffondere la filosofia della lotta alla sofferenza";
- promuovere un "radicale cambiamento delle attitudini ed atteggiamenti del personale sanitario";
- promuovere la cultura relativa alla "rilevazione del dolore al pari degli altri segni vitali e di documentarlo".

Tale progetto dovrebbe svolgersi in varie fasi:

Prima fase preliminare: nella quale ci dovrebbe essere l'istituzione di un Comitato apposito, l'elaborazione e l'adozione di linee guida e la predisposizione di uno strumento di rilevazione del dolore da inserire nella cartella clinica.

Seconda fase formativa: previa analisi delle conoscenze degli operatori coinvolti, si programmano dei corsi di formazione del personale anche a cadenza periodica.

Terza fase informativa: in cui avviene la presentazione del progetto, anche mediante opuscoli informativi destinati al pubblico.

Anche l'Azienda Ospedaliera S.Maria di Terni ha aderito a tale iniziativa attuando il proprio progetto "Verso un Ospedale senza dolore" mediante la deliberazione del Direttore generale n. 209 dell'11.3.2004.

Ulteriori linee guida a livello nazionale risalgono all'ottobre del 2002, elaborate da parte della SIAARTI: le "Raccomandazioni per il trattamento del dolore postoperatorio", in cui si consigliano i limiti entro i quali il dolore dovrebbe essere tenuto sotto controllo, inoltre si raccomandano:

- formazione continua per modificare abitudini di trattamenti ormai superati e inefficaci;
- rilevazione sistematica dell'entità del dolore;
- individuazione di un medico anestesista responsabile della elaborazione di protocolli antalgici standard, e che

si occupi anche del controllo di qualità dei trattamenti e del loro continuo aggiornamento;

- tutti i maggiori ospedali dovrebbero istituire un servizio del dolore acuto che utilizzi un approccio multidisciplinare con la collaborazione di chirurghi, infermieri ed anche altri specialisti.

Nonostante queste numerose iniziative, in parte attuate ma ancora con scarsa aderenza ed interesse, e nonostante i progressi nello studio e nel trattamento del dolore, esso risulta ancora sottovalutato e sottostimato nella pratica medica.

Di conseguenza, la presenza del dolore negli ospedali è ancora molto elevata, molto di più di quanto non ci si possa aspettare: l'OMS ha infatti rilevato che l'Italia è agli ultimi posti al mondo nell'utilizzo di morfina, e all'ultimo rispetto agli altri paesi europei, con un consumo di 2,85 mg all'anno su una popolazione di 57.816.000 abitanti (circa una fiala ogni 5 persone).

Questo dato risulta molto indicativo della sfavorevole situazione in Italia, se si tiene in considerazione il fatto che lo stesso OMS ha dichiarato che il consumo pro capite di morfina è un indicatore primario della qualità assistenziale.

La somministrazione dei farmaci antidolorifici poi, in Italia, avviene: nell'8,2% dei casi, nel momento del bisogno o su richiesta del paziente, mentre nel 30,3% entro 30 minuti dalla richiesta. Inoltre, tenendo presente un dato emerso da indagini effettuate, risulta che nel no-

stro paese solo il 10% delle strutture sanitarie dispone di servizi organizzati per la gestione del dolore, mentre il 16% ne è completamente sprovvisto.

Il dolore postoperatorio (DPO) è fra i più caratteristici dolori acuti sebbene, nel caso non sia adeguatamente trattato, possa assumere le caratteristiche di un dolore cronico. Si contraddistingue per il fatto che è un dolore acuto programmato, *prevedibile* e quindi anche *prevenibile*, e *limitato nel tempo*. Normalmente si manifesta al momento del risveglio dall'anestesia e dura per alcune ore o giorni (tre o cinque), in base al tipo e alla sede anatomica dell'intervento chirurgico.

Dai diversi studi effettuati risulta che i pazienti definiscono l'esperienza postoperatoria molto dolorosa con una percentuale tra il 40 ed il 60%, e con un'intensità molto vicina al dolore massimo immaginabile nel 60% dei casi. Dati preoccupanti, se si pensa che solitamente la terapia antidolorifica viene dosata in modo inadeguato e che la somministrazione nella maggior parte dei casi viene fatta "al bisogno".

Il peso della sofferenza varia da paziente a paziente, e nello stesso individuo, nei diversi momenti della giornata. Tale variabilità è dovuta a vari fattori determinanti come:

- variabili individuali e di sensibilità al dolore;
- tipo e severità della patologia preesistente;
- tipo di intervento subito (sede dell'intervento, durata, entità del trauma operatorio agli

organi interni, tipo di anestesia praticata);

- stato psico-fisiologico del paziente (ansia, depressione).

Molto importante è l'esperienza passata del dolore percepito dal paziente: tanto più è stato intenso, tanto più il paziente sarà preoccupato alla prospettiva di provarlo nuovamente. Preoccupazione, questa, spesso molto più forte delle complicanze stesse dell'intervento.

Per semplificare l'approccio al dolore acuto postoperatorio si può classificarlo in tre gradi di intensità:

- dolore lieve;
- dolore moderato;
- dolore severo.

Tale classificazione permette di individuare i casi più a rischio di complicanze in base alla giornata post-intervento in cui si trova il paziente.

È scientificamente dimostrato, inoltre, che un dolore trattato inadeguatamente provoca effetti dannosi sullo stato di salute del paziente, ha infatti effetti su vari apparati e sistemi, come quello respiratorio, gastrointestinale, cardiocircolatorio, coagulativo, endocrino, immunologico, sull'equilibrio idro-elettrolitico, e genitourinario.

L'attività dell'infermiere deve farsi più attenta e specifica, prevedendo l'elaborazione di un *Piano Assistenziale* per il controllo del dolore postoperatorio al reparto di degenza (per il ricovero programmato), che eventualmente potrà essere revisionato ed adattato in base agli specifici bisogni del paziente, per

EVENTI FORMATIVI

COLLEGIO DI PERUGIA

Il Collegio IP.AS.VI. di Perugia ha concesso il patrocinio a due eventi formativi, data la loro rilevanza sui temi della salute e per la professione. Gli eventi patrocinati dal Collegio sono: "**Gli Infermieri s'interrogano sulle cure di fine vita. Esperienze, riflessioni, confronti**", organizzato da Associazione Nazionale degli Infermieri di Area Critica A.N.I.A.R.T.I. Umbria per il 14 maggio 2010 presso la Domus Pacis di Assisi. Per informazioni: www.aniarti.it.

III° Congresso Nazionale Associazione Italiana Infermieri di Sala Gessi (A.I.I.S.G.) "**Best Practise in Sala Gessi**" Centro Congressi, Perugia 21-22 maggio 2010 Per informazioni: G.E.C.O. Tel. 050.2201353 www.gecoeventi.it ●

garantirne una assistenza personalizzata.

La pianificazione dell'assistenza è fondamentale per ottimizzare gli interventi dell'infermiere, di estrema rilevanza, in quanto professionista a maggior contatto con la sofferenza del malato.

Il piano assistenziale per il controllo del dolore postoperatorio, ha come obiettivo primario quello di assicurare al paziente il soddisfacimento dei propri bisogni quali:

- **sicurezza**; ovvero un ambiente il più accogliente e familiare possibile;

- **informazione** sul dolore postoperatorio e le modalità di cura;

- **sollievo dalla sofferenza** attraverso interventi terapeutici ed assistenziali mirati.

L'attività assistenziale infermieristica al paziente con dolore postoperatorio comincia già al momento del ricovero, e dura per tutto il periodo di degenza fino alla dimissione, verificando l'efficacia di ciascun intervento al termine dello stesso.

Fase preoperatoria: periodo che va dal ricovero al reparto chirurgico, fino al trasferimento nel teatro operatorio. È una fase molto importante per garantire l'efficacia degli interventi nel postoperatorio, e consiste in attività specifiche:

- accogliere il malato ed i familiari al reparto;
- informare il malato ed i familiari sulle modalità per il controllo del dolore postoperatorio sia attraverso il colloquio diretto che fornendo materiale informativo, come un opuscolo appositamente elaborato che il paziente potrà consultare a proprio piacimento. Attraverso il colloquio e la consegna dell'opuscolo il paziente sarà informato sul dolore postoperatorio, il tipo di scala che si utilizzerà per la misurazione del dolore: una scala numerica verbale che va da 0-assenza di dolore, 1-dolore lieve, 2-dolore sopportabile, 3-dolore forte a 4-dolore insopportabile. Inoltre, il paziente sarà informato sulla terapia analgesica che prevede:

- oppioidi maggiori come la morfina, in caso di dolore forte;
- oppioidi minori come il tramadolo, in caso di dolore moderato;
- fans, o paracetamolo in caso di dolore lieve.

Comunque, nella maggior parte dei casi, l'approccio terapeutico sarà multimodale, associando: oppioidi, paracetamolo, ed anestetico locale.

Si informerà inoltre, sulla modalità di somministrazione della terapia, che sarà preferibilmente endovenosa ad infusione continua o ad orario fisso.

L'infusione endovenosa si attuerà anche, attraverso l'impiego di presidi come: la pompa elastomerica ad infusione automatica e la PCA (analgesia controllata dal paziente), che consentirà una infusione autogestita, mediante l'attivazione di una apposita leva che il paziente potrà premere per autosomministrarsi una dose di antidolorifico.

Inoltre, si spiegherà al paziente che; se nonostante la terapia in atto, egli avvertirà ancora dolore, l'infermiere somministrerà una dose aggiuntiva di antidolorifico detta "dose salvataggio" come da prescrizione.

Insegnare al paziente le tecniche di distrazione e rilassamento, come l'immaginazione, la distrazione, la recitazione ottimistica od il dedicarsi ad attività piacevoli.

Insegnare eventuali esercizi per la respirazione profonda, la tosse efficace, e movimenti attivi per gli arti, in base al tipo di intervento programmato,

spiegandone l'importanza per il precoce recupero.

Rassicurare costantemente il paziente ed i familiari, anche per favorire l'instaurarsi di una efficace relazione d'aiuto terapeutica.

Nella **fase postoperatoria**, dopo l'intervento ed il rientro al reparto dalla sala operatoria, l'infermiere attuerà gli interventi assistenziali mirati al sollievo della sofferenza come:

- provvedere al regolare e frequente monitoraggio del dolore, mediante la scala stabilita dal protocollo aziendale, e registrandone l'intensità nella cartella clinica. Il monitoraggio nelle prime 12-24 ore post-intervento sarà più frequente (ogni 15-30 minuti circa) per poi diminuire gradualmente col miglioramento del sintomo (almeno una o due volte al giorno);
- somministrare e verificare l'efficacia della terapia analgesica sia continua che ad orario fisso, sia dell'eventuale "dose salvataggio" prestabilita nella terapia;

Attuare la prevenzione e la gestione degli effetti collaterali della terapia analgesica come ad esempio di quella con oppioidi, mediante interventi farmacologici prestabiliti dalla procedura aziendale, ed interventi assistenziali mirati:

- in caso di **depressione respiratoria** con frequenza <8 atti respiratori al minuto, contattare immediatamente il medico anestesista rianimatore, somministrare l'antagonista ad es. naloxone. Preparare tutto l'occorrente per

un'eventuale RCP rianimazione cardio polmonare (materiale per l'intubazione, farmaci d'emergenza, defibrillatore);

- in caso di **prurito** somministrare su prescrizione l'antagonista degli oppiacei ad es. naloxone;
 - in caso di **nausea e vomito** somministrare su prescrizione metoclopramide;
 - in caso di **grado di sedazione 3**, contattare il medico anestesista rianimatore di guardia;
 - aiutare il paziente nel soddisfacimento dei bisogni fondamentali e nello svolgimento delle attività di vita quotidiana, come: mangiare, lavarsi e vestirsi soprattutto quando il dolore forte lo rende difficoltoso;
 - aiutare ed incoraggiare il malato nel recupero globale dall'intervento chirurgico, favorendone la precoce mobilitazione, anche attraverso la collaborazione di altri professionisti quali i fisioterapisti;
 - assicurare massimo sostegno psicologico ed emotivo al malato nella sua sofferenza, per prevenire e limitarne l'ansia, aiutandolo ad attuare le tecniche di rilassamento e distrazione.
- Il problema del dolore postoperatorio è una questione ancora aperta: ci sono moltissime iniziative, linee guida, e raccomandazioni su come e cosa fare per curare questo spiacevole effetto della chirurgia, ma sono ancora scarsamente seguite e pienamente acquisite nell'ambiente sanitario.

Il contributo dell'infermiere può e deve essere risolutivo per sollevare il paziente dalla sofferenza. È il professionista più vicino a coloro che soffrono e possiede le conoscenze e competenze sia tecniche che comunicative e di relazione utili all'assistito per affrontare un momento così difficile e delicato nella propria malattia.

L'utilizzo delle schede, per misurare e registrare l'intensità del dolore, deve entrare a far parte della normale pratica del personale infermieristico e medico, nonché diventare parte integrante della documentazione clinica, e della cartella infermieristica.

I problemi organizzativi e tecnici legati alla gestione della terapia antalgica quali dosaggi, tecniche, ed interventi per controllare gli effetti avversi devono essere pianificati e condivisi da personale medico ed infermieristico coinvolto, per fornire un'assistenza adeguata e continua in tutte le fasi della degenza del paziente.

L'infermiere, per ottimizzare la sua attività assistenziale, deve attivarsi mediante l'elaborazione di piani assistenziali specifici per pazienti con dolore postoperatorio, e mediante la misurazione sistematica del dolore.

Il piano assistenziale deve essere una guida: ogni paziente è diverso dall'altro e la sua assistenza deve essere personalizzata tenendo conto delle variabili individuali della persona, come tipo e sede dell'intervento chirurgico, nonché delle capacità di ciascuno di affrontare una condizione di disagio e

debolezza psicofisica. L'assistenza tecnica deve essere costantemente integrata ed attuata contemporaneamente a quella umana e psicologica: dando voce al paziente e alla sua sofferenza, ascoltandolo e rispondendo adeguatamente.

Con questa nuova consapevolezza si potrà fornire una cura complessiva alla persona non soltanto alla sua malattia. ➔



BERTINELLI SILVIA

Cell. 347.0160516
Via P.zo Barbi
Gubbio (Pg)

da: ASL n. 2
a: ASL n. 1 Gubbio
ALS n. 6 Fabriano

DAL MASCHIO FRANCESCA

Tel. 0910304916
Cell. 340.4084389
kikka56@libero.it
Via F. Laurana
Palermo

da: ASL n. 6
Distretto 10 ADI -
Palermo
a: Azienda Perugia Terni
Assistenza Sanitaria

ANTONIO GRAZIA

Cell. 328.8337701
antoniograzia@libero.it
C.so Semonte 69/L
Gubbio (Pg)

da: ASL n. 3 Foligno
a: ASL n. 1 Gubbio ●

(Il lavoro della collega Sara Libori, si completa di un opuscolo informativo che per ragioni di spazio, non riusciamo ad inserire in questo numero. Ci ripromettiamo d'inserirlo con il giusto risalto, nel prossimo. Ce ne scusiamo con l'autrice e con i lettori).

SITOGRAFIA E BIBLIOGRAFIA

DAVID LAZZARI, "Mente e Salute, evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione" Franco Angeli, Roma 2008; pagg. 262-266, 275-279.

MASSIMO ALLEGRI, GIUSEPPE MENTEGARI, *Il dolore postoperatorio e l'infermiere: come riconoscerlo e gestirlo*, Mediprint, Milano.

PAOLO C. MOTTA, *Processo di assistenza infermieristica e dolore*, Università "Vita Salute" San Raffaele, Milano <http://www.nursing.it/wri/doc/a006.rtf>.

F. PAOLETTI, A.F. SABATO, A. BOANELLI, G. SERAFINI, *Il dolore postoperatorio, fisiopatologia e protocolli terapeutici*, Università degli Studi di Perugia, Ist. Anestesiologia, Rianimazione e Terapia del Dolore; <http://www.progettosalute.com/pub/postop.htm>.

F. PIGAIAI, L. SCHIAVON, P. SECCHIERO, M. TARDIVELLO, M. GIACOBBE, S. TARTARI, *Organizzazione di un servizio di terapia del dolore acuto postoperatorio*, Congresso Nazionale Anarti, Genova, 17 Novembre 2000; <http://www.anarti.it/documentazione/intervento>.

DARIA DA COL, *Funzioni e responsabilità infermieristiche, il dolore nella quotidianità assistenziale*, Congresso Nazionale ANIARTI, 16 Novembre 2000; <http://aniarti.it/documentazione/intervento>.

G. SAVOIA, F. AMBROSIO, F. PAOLETTI, L. BESTINI, C. MATTIA, B. AMANTEA, L. BRANCA, A. DE NICOLA, F. NICOSIA, M. NOLLI, R. PAGONI, A. PAOLICCHI, L. ROSIGNOLI, A. SANSONE, E. SANTANGELO, R. TUFANO, G. VARRASSI, S. VENUTI, *SIAARTI recommendations for the treatment of postoperative pain-Raccomandazioni della SIAARTI per il trattamento del dolore postoperatorio*, Min Anestesiol 2002; 68: 735-50.

IL BUON GIORNO SI VEDE DAL MATTINO

RISVEGLI

Da questo numero, apriamo uno spazio per accogliere i contributi dei colleghi su temi anche diversi dal nostro specifico professionale, ciò allo scopo di valorizzare competenze di vario genere che possono contribuire a conferire alla nostra professione una trasversalità culturale accogliente i diversi mondi del sapere e i diversi modi di esprimere conoscenza.

In questo spazio accoglieremo anche riflessioni su tematiche sociali e di costume per favorire la riflessione dei lettori circa i nuovi e diversi orientamenti del vivere collettivo, per contrastare i pregiudizi e per aprire le nostre prospettive nel senso del mandato morale cui gli infermieri italiani si sono impegnati con il loro codice deontologico e più concretamente con la loro quotidiana operatività.

Introduzione

Il più delle volte, certi momenti della nostra giornata, passano consueti ed abitudinari che ne trascuriamo l'importanza, il perché della loro esistenza, non badiamo a come sarebbe diverso lo scorrere delle ore e del tempo in relazione al succedersi degli eventi.

Caposaldo della giornata: il risveglio, questo svegliarsi da un sonno, il riscuotersi da uno stato di torpore, di pigrizia, di abbandono, frenetico o placido che sia, influente e di certo non poco rilevante per il nostro stare bene.

È proprio il caso di dire: "*il buon giorno si vede dal mattino*"...

L'universo tutto, è inevitabilmente condizionato dal risveglio, sorge il sole e il mondo si risveglia, nelle sue varietà di espressione e significato.

Lettori e lettrici più sognanti e fantasiosi, avete mai pen-



sato di destarvi nelle vesti di una Cleopatra o di un Giulio Cesare, di un Brad Pitt o di una Bella di Twilight che aspetta il bacio del suo vampiro Eduard che arriva con una buona e calda tazza di caffè...? Oppure in un leone per una giornata all'in-

segna di successo e determinazione. Se ci si vuole estraniare e vivere in un segreto affascinante e favoloso, si potrebbe pensare di svegliarsi nel microcosmo, fra il popolo dell'erba, in quel meraviglioso mondo che da sempre spaventa e affascina al tempo stesso: una indomesticabile coccinella che apre gli occhi e si stiracchia tra bruchi, farfalle, cavallette, grilli e libellule.

Per i lettori più curiosi e fatalisti, non possiamo non citare il Risveglio Quantico, questo salto dimensionale al quale è destinata la terra. È un processo iniziato da molto tempo, "*L'Era dell'acquario*" che stiamo vivendo, rappresenta l'ingresso alla quarta dimensione.

Stiamo andando incontro verso una nuova Era, nuove energie, nuove vibrazioni dinamico- astrali. Come affermano i Maya, il ciclo cosmico si sta concludendo, un nuovo giorno sta

per sorgere, esserci o no, dipende da noi. Stando alle decine di teorie sul 21.12.2012, sembrerebbe proprio che l'uomo, come anche il nostro pianeta, sia giunto ad un punto cruciale della sua esistenza. Avverrà un cambiamento rapido che si estenderà a tutta la superficie terrestre propagandosi come un'onda. Secondo i sostenitori di questa teoria, chi si troverà pronto all'"Ascensione" subirà una metamorfosi spirituale e si innalzerà a conoscenze superiori.

Siete pronti?

Le supposizioni invece, per chi verrà colto impreparato, sono diverse, l'ascensione verrà comunque, ma sarà più "dolorosa", alcuni verranno lasciati nella vecchia dimensione in un mondo sconvolto da cataclismi! La terra intera muterà il suo aspetto fisico, astrale e dinamico... siete pronti?

Che i lettori più scientifici ed affezionati al Pub Med, non si offendano e non rabbriviscano se preferisco dare un tocco colorato a queste righe, nulla togliere pertanto alle inopugnabili evidenze scientifiche.

Non trascurerò pertanto un altro risveglio, quello che noi associamo nella totalità del suo significato al coma, alla rinascita, al rinnovamento.

Risvegliarsi dopo aver perso completamente coscienza, sensibilità e capacità di movimento è un evento, indiscutibilmente un evento straordinario, purtroppo non sempre le aspettative di un risveglio dal coma sono incolumi da danni; sappiamo benissimo cosa significa ritrovarsi in uno stato vegetati-

vo, tenendo gli occhi aperti, vedere la luce e non poter godere dei suoi effetti, essendo inconsapevole di sé e di tutto l'ambiente circostante, avere il desiderio di parlare, non poter esprimersi con le parole, non farsi sentire, non poter comunicare un sentimento e non riuscire più a ridere.

Anche nel coma reversibile uscire indenne da tale condizione è una grossa conquista, pertanto non è corretto parlare di risveglio come un immediato ripristino della coscienza; l'evoluzione naturale di un danno cerebrale implica un tortuoso e sfumato percorso.

È necessario ridimensionare la leggenda metropolitana del paziente in coma da anni che, grazie all'inarrendevolezza di una voce cara e carezze, si sveglia e si alza come un "Lazzaro" o "Una bella addormentata nel bosco": un salto in Paradiso e poi torno...!

Curiosità: in USA un ragazzo entrato in coma nel luglio 1984, in seguito ad un incidente stradale all'età di 20 anni, si è risvegliato nel giugno di 19 anni dopo, e improvvisamente si è messo in contatto con la realtà ricominciando a parlare... ma è completamente paralizzato.

Dal coma alla morte ...dal coma alla vita!?

Anche molti artisti si sono ispirati ai risvegli per la creazione delle loro opere. Voglio nominare la scrittrice Margherita Oggero nel romanzo "Risveglio a Parigi": tre amiche partono per Parigi mettendo nel trolley un carico di aspirazioni, ansie, rimpianti e desideri, con la speranza di risvegliarsi nella

ville lumière e nelle sue folies e trovare inaspettate e piacevoli sorprese, per risolvere il proprio affanno esistenziale con ironia e passione.

Franco Battiato ha ispirato il testo della sua canzone "Risvegli di Primavera".

Frank Wedeking, autore di teatro e cabaret, realizzò il suo primo dramma teatrale "Risveglio di primavera", che pone l'accento sulla scoperta, da parte degli adolescenti, del mondo ipocrita degli adulti. Il risveglio sta a simboleggiare l'affacciarsi sul mondo delle nuove generazioni che vengono però schiacciate e soffocate dall'ottusità di una cultura dominante, imposta e non spiegata.

Non possiamo dimenticare il film "Risvegli" del 1990 con Robert De Niro e Robin Williams in cui si racconta la storia di un medico che nel 1969 scopre l'effetto di un nuovo farmaco L-Dopa, già usato per il morbo di Parkinson. Egli somministra questa "medicina" ad un paziente affetto da catatonìa; questo stato rappresenta l'evoluzione finale dei danni cerebrali provocati decenni prima dall'encefalite letargica, complicanza dell'influenza "Spagnola". Tutti i pazienti con L-Dopa vengono risvegliati dopo aver vissuto per decenni in stato catatonico e si ritrovano a vivere una vita del tutto diversa della precedente; col passare del tempo, il medico capisce di non poterli fermare dal ritornare di nuovo nello stato "dormiente"!

Ora, arrivati ormai al termine di queste righe, vi consiglio una mezz'oretta di "risveglio muscolare"!

