

infermiere **formazione**

PERIODICO DI DISCIPLINE INFERMIERISTICHE

ELEZIONI REGIONALI 2005: IL GIORNO DOPO



**IL SERVIZIO
INFERMIERISTICO
E' UNA REALTA':
ALLE MOLINETTE
LA PRIMA STRUTTURA
COMPLESSA SITRA**

**LE LINEE DI
INDIRIZZO
REGIONALI SUL
TRIAGE
INFERMIERISTICO IN
PRONTO SOCCORSO**

Rivista corrispondente
con i centri collaboranti
OMS/EURO

3/2005

ORGANO UFFICIALE DEI COLLEGI I.P.A.S.V.I. Biella - Cuneo - Torino - Vercelli

la visione olistica della cura: il malato...

LA LESIONE CUTANEA CRONICA

"Certe malattie sono piuttosto seguite da pene e da tormento, che da qualunque altro funesto effetto: così dunque se ne devono temere le conseguenze. Di questo numero sono le piaghe delle gambe".

(M. Underwood, trad. Cosmo de Horatius, 1802)

L'ulcera dell'arto inferiore costituisce per l'uomo, specialmente per quanto riguarda la terapia, un'autentica

sfida che risale ormai a secoli, se non a millenni, durante i quali furono attuati moltissimi approcci e tentata un'enorme varietà di cure. Esse si fondarono talvolta su convinzioni religiose o sul misticismo o sull'esperienza quotidiana. Nel corso del tempo caddero molti dogmi ed altri se ne sostituirono fino all'affermazione di un totale empirismo di cui ancora oggi, per alcuni aspetti di non facile interpretazione, si trova traccia.

Nel 1770 Joseph Else, chirurgo del St. Thomas' Hospital di Londra, così si esprimeva: "Nessuna malattia è tanto frequente in un grande ospedale come le ulcere degli arti inferiori. La loro cura è

generalmente tediosa e fastidiosa, spesso indaginoso ed a volte non esente da pericoli. È una malattia che colpisce più il povero che il ricco per questa ovvia ragione: il primo è maggiormente esposto a traumi e quando subisce una ferita o una

contusione della gamba, non potendo permettersi di rimanere a riposo, dapprima presenta un'inflammatione della parte colpita che poi si trasforma in ulcera la quale, per mancanza di una cura, può perpetuarsi per molti anni".

Nel 1801 Sir Everard Home scrive: "Non ha giovato al miglioramento della terapia delle ulcere della gamba il fatto che esse siano state universalmente considerate come le patologie più difficili da trattare e mai sottoposte all'attenzione della chirurgia; sono patologie nelle quali anche i chirurghi più eminenti hanno, troppo spesso, fallito; e quindi, i medici che sono vittime di insuccessi non dovranno ritenersi unici colpevoli per mancanza di abilità. Tutto ciò ha indotto le giovani generazioni mediche... ad essere troppo diffidenti sulle proprie capacità, a minimizzare i successi

dove tanti hanno fallito, a seguire una pista nella quale si è avanzato talmente poco, che le ulcere della gamba sono giustamente considerate l'obbrobriolo della chirurgia".

"Le piaghe, oltre venti anni fa, erano trattate quasi solo dalle caposala, con una terapia spesso tramandata oralmente. ... il celebre Charcot nelle sue

"Lezioni" a Parigi, annoverava espressamente le piaghe da decubito fra le patologie di cui il medico non si doveva occupare." (M.Nano)

Florence Nightingale (1820-1910), pioniera del nursing, affermava che "... la piaga da



di Katia Somà e
Sandy Furlini

VISIONE OLISTICA
CURA: IL MALATO

decubito è la vergogna dell'infermiere" in quanto sarebbe la testimonianza di una sua scarsa attenzione per il paziente. La Nightingale considerava la piaga da decubito un atto di accusa nei confronti degli infermieri.

"Non per questo gli studi non sono stati svolti e non per questo grandi figure della medicina non hanno comunque legato il proprio nome a questo campo, ma si tratta spesso di voci isolate, vere cattedrali nel deserto. Anche se oggi si assiste ad una vera sorta di rinascimento, con enorme

sforzo di letteratura, ed al fiorire di Società Scientifiche e di attività congressuali in merito, questa patologia rimane "figlia di un Dio minore" e chi se ne occupa può essere definito un hobbista". (E. Ricci)

Si tratta dunque di un problema effettivamente ben poco conosciuto e pertanto mal affrontato da molti medici ed operatori sanitari. Le ragioni, essenzialmente, si riducono a scarsa informazione già a partire dal corso di laurea in Medicina e Chirurgia (basti pensare al ridottissimo spazio che viene dedicato alle lesioni cutanee croniche nei testi

comunemente adottati nelle nostre Università) ed alla facile resa, anche psicologica, nei confronti di una categoria di pazienti, generalmente in una età medio-avanzata, demoralizzati da una forma patologica che richiede tempi di intervento assai lunghi. Spesso, infatti, si assiste ad una cristallizzazione del problema con una persistente stazionarietà, una frequente recidiva e un importante disagio sociale nonché un dolore a volte mal controllato dai comuni analgesici.

"...esiste il paziente con una ferita, non

una ferita con il paziente" (E. Ricci).

Il trattamento di una lesione cutanea cronica (LCC) deve essere multidisciplinare e richiede la collaborazione di numerosi specialisti, del personale infermieristico, del paziente e/o del nucleo familiare.

Com'è ragionevole attendersi, i pazienti necessitano di una continuità nel rapporto assistenziale con l'aumentare della complessità del quadro sindromico e quando le condizioni di autosufficienza diventano deficitarie. Trattare una lesione cutanea cronica è curare un paziente nella sua globalità e nella sua dignità di persona. **L'ulcera** è un sintomo di malattia che causa un rallentamento di cicatrizzazione, pertanto **non è la malattia**. Da qui, dunque, la necessità di concepire tutta una rete d'interventi articolata su più fronti. Il portatore di lesione cutanea cronica va dunque inserito in un circuito in cui il vulnologo, ossia lo specialista del "vulnus, is", ferita, e infermieri dedicati, diventino per lui e per la sua condizione un punto di riferimento inequivocabile, certo e fisso, che come un'ancora si ponga nei confronti della patologia di cui è affetto.

Molti di questi pazienti si trovano infatti costretti a vagare fra la miriade di specialisti che fra le varie attitudini della propria specialità inseriscono anche quella della "cura delle piaghe": passano dunque attraverso l'angiologo piuttosto che l'angiocirurgo, il dermatologo e quindi il flebologo per approdare al chirurgo generale, al geriatra, all'internista e quant'altro. Il malato spesso si perde nel labirinto degli studi medici. Quale è il motivo? La mancanza di risposte adeguate o lo strano piacere di un insolito vagabondaggio? Il termine anglosassone shopping patient definisce perfettamente il malato che si aggira senza sosta negli studi medici di ogni parte del mondo, senza trascurare i ciarlatani, o i cosiddetti pseudostregoni. Da che cosa dipende questa frenesia? Da un bisogno indotto o forse innato di "spendere"? Oppure da un atavico istinto di sopravvivenza? Secondo Tolstoj la "tragica esigenza" di cambiare medico è collegata all'insuccesso delle cure e la constatazione di un peggioramento: "Il suo stato era aggravato dal fatto che leggeva libri di medicina e consultava medici. Il peggioramento della sua malattia era tanto uniforme che egli poteva benissimo

la piaga da decubito è la vergogna dell'infermiere (F. Nightingale)

illudersi, se confrontava un giorno con il precedente, giacché la differenza era poca. Ma quando invece consultava i medici, gli pareva non solo di peggiorare, ma di peggiorare assai rapidamente. Eppure li consultava di continuo."

Approccio frequente alla lesione cutanea cronica è quello di considerare l'ulcera come entità facente parte del fisiologico evolvere di talune forme morbose e quindi poco degna d'interesse, limitandosi a coprirla giacché disdicevole, maleodorante e... "brutta".

Si tratta di un atavico ricordo storico tramandatoci da Ippocrate (461-377 a.C.) e ripreso poi da Avicenna (1000 d.C.) nel suo *De Ulceribus* in cui veniva elaborato il concetto del rischio della cura dell'ulcera. Da Avicenna infatti si apprese come l'ulcera, specie dell'anziano, non deve guarire perché da essa fuoriescono "umori maligni" anzi, in caso di riparazione, essa va riaperta. Tali affermazioni furono poi sostenute con vigore da Fernel, l'Ippocrate francese, il Galeno moderno, autore nel XVI sec. del *"De Universa Medicina"* in cui si parlava di bile nera e di "umori melanconici", corrotti, che provocavano edemi e, dannosi per l'organismo, dovevano abbandonarlo. In questo rivediamo quello che molti pazienti, e purtroppo molti operatori sanitari, spesso riportano: il Sig. R.G. asserisce più volte che per lui la lesione "...non deve chiudere perché da essa fuoriescono i liquidi cattivi..." e, inoltre, "...se la ferita chiude io muoio perché non spurgo più il male e quindi mi rimane dentro".

E' ancora in auge il trattamento delle lesioni mantenendo il letto di ferita allo scoperto ed esponendolo al sole, procurando un essiccamento del fondo con formazione di crosta al fine di "chiudere", o meglio forse nascondere, la ferita. Sono molti i medici che sostengono la teoria della necessità ed utilità della crosta ("guarigione in ambiente secco") in quanto meccanismo naturale della riparazione cutanea.

Il concetto di medicazione come atto terapeutico con un suo razionale specifico in rapporto alle caratteristiche della lesione, non è ancora così noto, infatti il materiale più venduto dalle farmacie rimane ancora la semplice garza con cui il paziente copre le lesioni. Il principio farmacologico più

utilizzato rimane l'antibiotico locale, a prescindere dalla tipologia di lesione. Questo riflette l'unica preoccupazione che comunemente si ha nei confronti di una ferita: l'infezione.

A nostro avviso, solo un approccio olistico al paziente affetto da LCC e un orientamento metodologico mirato e multiprofessionale possono garantire un successo terapeutico ed un miglioramento della qualità di vita di questa categoria di persone fragili.

La relazione ed il rapporto che si instaura con il paziente è di fondamentale importanza per creare un legame di fiducia, che ci permetta di capire quali sono le sue reali esigenze, le sue abitudini, i suoi desideri e le sue paure. Solo in questo modo il nostro intervento sarà produttivo in termini di soddisfazione per la persona malata e per l'operatore. Tutto questo non significa per forza portare a guarigione una lesione, ma a volte può essere sufficiente dare la giusta considerazione al problema.

E' su queste basi, con il desiderio di abbattere la schiera di inutili pregiudizi, con l'obiettivo di restituire alla vulnologia la sua doverosa dignità che il 14 Maggio 1999 si è costituita a Roma l'Associazione Italiana per le Ulcere Cutanee (AIUC). Si tratta di un'associazione scientifica a carattere interdisciplinare senza scopi di lucro che si propone di favorire gli studi sulle lesioni ulcerative cutanee e sui fenomeni di riparazione tessutale. L'AIUC promuove incontri scientifici (congressi e corsi di formazione) finalizzati alla diffusione delle conoscenze sulla fisiopatologia, clinica, diagnostica e terapia delle ulcere cutanee. Si propone inoltre

L'ulcera è un sintomo, non una malattia

VISIONE OLISTICA CURA: IL MALATO

di far riconoscere i diritti dei portatori di ulcere cutanee attraverso l'adeguamento delle possibilità di cura rispetto alle altre nazioni europee. (Art. 2 Statuto Associativo)

Dal '99 ad oggi sono stati compiuti numerosi passi avanti in termini scientifici e legislativi, culminando nella Regione Piemonte

con la DGR n. 30-9878 del 8 Luglio 2003, revisione della D.G.R. 135-721/2000 in cui si garantisce la fornitura di materiale di medicazione avanzata a carico del Fondo Sanitario Nazionale. AIUC collabora con numerose Società Scientifiche nazionali ed internazionali ed Associazioni dei malati al fine di portare avanti il messaggio comune di tutela ed identità della patologia ulcerativa. Il 16 Gennaio 2002, si è costituita la Sezione Regione Piemonte con sede organizzativa in Via Cervino n°60 Torino c/o CCI (Centro Congressi Internazionale). Una volta al mese, in tale sede, si tiene un incontro aperto a tutti i soci e diretto dal **Coordinamento Regionale**, in colla-

borazione con un gruppo interdisciplinare costituito da varie figure mediche ed infermieristiche provenienti da tutta la regione, per discutere su tematiche inerenti la gestione dei malati affetti da lesioni cutanee croniche.

Attualmente l'AIUC conta circa 800 iscritti di cui 350 appartenenti alla Sezione Piemontese.

Il 21-24 settembre 2005 l'AIUC festeggia il suo IV Congresso Nazionale a Torino intitolato "Ulcere cutanee: l'altra faccia della luna". Un momento dunque in cui finalmente l'uomo è considerato in tutte le sue

sfaccettature, secondo appunto una visione olistica che garantirà un confronto globale e costruttivo.

Dr. Sandy Furlini, Coordinatore Regionale AIUC Sez Regione Piemonte

Katia Somà, Infermiera Servizio di Cure Domiciliari ASL7- Chivasso (To), socio AIUC

la preoccupazione più comune è l'infezione

BIBLIOGRAFIA

ESSENZIALE

Bonadeo P. Le ulcere delle gambe nella storia della medicina. Parte I. Helios, 1999; 2: 4-11. Parte II. Helios, 1999; 3: 4-8.

Monti M. L'ulcera cutanea. Approccio multidisciplinare alla diagnosi ed al trattamento. Milano: Edizione Springer, 2000; pagg 171-174

Ricci E., Cassino R.: Piaghe da Decubito - II ed. - Minerva Medica 2004

EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel), 1997
<http://www.epuap.org/gltreatment.html>

Siti di Interesse www.aiuc.it www.vulnologia.it

