

INTRODUZIONE

L'antica scuola ippocratica attribuiva grande importanza alla forza sanatrice della natura, affermando che, nell'organismo, è insita la tendenza alla guarigione e che il decorso della malattia rappresenta il tentativo dell'organismo di riparare con le proprie forze le lesioni. Il corpo ha in sé i mezzi della guarigione: secondo Ippocrate la Natura diviene il medico delle malattie, ed occorre seguirne gli insegnamenti.

E' ancora in auge il trattamento delle lesioni cutanee mantenendo il letto di ferita scoperto ed esposto al sole, procurando un essiccamento del fondo con formazione di crosta al fine di "chiudere", o meglio forse nascondere, le piaghe. Sono molti, ancor oggi, a sostenere la "teoria" della necessità ed utilità della crosta come meccanismo naturale della riparazione cutanea. Si deve a G. Winter, agli inizi degli anni '60, l'unica vera innovazione in ambito di trattamento delle lesioni cutanee. Con l'introduzione del "moist wound healing", guarigione in ambiente umido, oggi il wound care si è sviluppato enormemente, offrendo una vasta gamma di possibilità terapeutiche. Ma molto spesso, purtroppo, pare che la voce di Winter non abbia raggiunto la sensibilità di molti che, imperterriti, perseverano in atti terapeutici obsoleti e dannosi per la ferita e per il paziente, vantando una fantomatica esperienza dalle radici assai discutibili.

Il concetto di medicazione come atto terapeutico con un suo razionale scientifico, 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 ed evita ch'esse vengano a contatto accidentalmente con gli inquinanti esterni. Il principio farmacologico più utilizzato rimane l'antibiotico locale più o meno associato a quello sistemico, a prescindere dalla eziologia e dalle caratteristiche cliniche della lesione. Questo riflette l'unica preoccupazione che comunemente si ha nei confronti di una ferita: l'infezione (o meglio la colonizzazione).

Negli ultimi anni si è molto discusso sull'importanza dell'approccio multidimensionale ai pazienti affetti da LCC. Fino a non molto tempo fa, e forse ancora oggi in qualche realtà, ogni infermiere adottava un suo personale metodo, legato all'esperienza personale, al perseverare di abitudini consuetudinarie, alla sua voglia di provare, o anche solo alle risorse disponibili. Spesso la "terapia" veniva tramandata oralmente.

Tutti noi ricordiamo ancor bene come fosse comune l'uso di fregare (o forse sarebbe meglio dire traumatizzare) la lesione con una garza (e talvolta con strumenti chirurgici) fino al suo sanguinamento, con la convinzione che questo metodo fosse da stimolo per riattivare la circolazione capillare.

Il progresso tecnologico e l'aumento esponenziale della produzione scientifica rende estremamente complesso l'aggiornamento professionale e la gestione del paziente in base a criteri omogenei ed uniformi.

Attualmente scienza e tecnologia hanno messo a disposizione degli operatori una gamma infinita di prodotti, come districarsi ora nella giusta scelta?

La chiave di volta nella terapia delle ulcere cutanee si deve al concetto di visione olistica della cura, ben sviluppato da E. Ricci e promosso da A.I.U.C. (Associazione Italiana Ulcere Cutanee), attualmente seconda società scientifica dedicata allo studio delle LCC in Europa. L'approccio alla LCC prevede una indispensabile fase di diagnosi etiologica grazie alla quale potersi avvicinare alla ferita con un razionale di intervento fondato su prove di efficacia ma soprattutto con metodo. Si giunge ad una diagnosi soltanto considerando il paziente nella sua globalità, individuando problematiche che molto spesso sono anche assai lontane dalla ferita.

Leggere una LCC, costituisce la prima fase per arrivare ad un corretta ipotesi diagnostica e quindi avvicinarsi ad una terapia congrua.



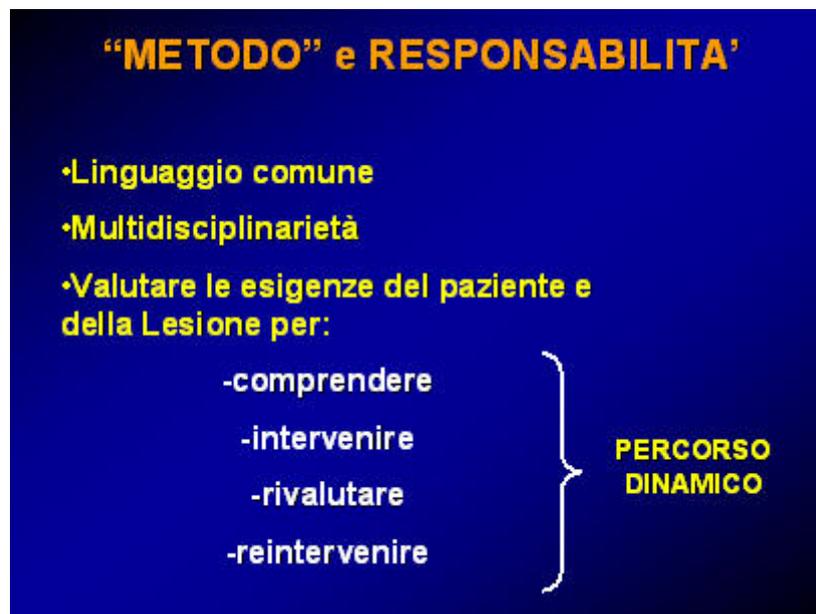
Il trattamento di una lesione cutanea cronica (LCC) necessita, per arrivare ad un miglioramento e/o ad un successo in termini terapeutici, di:

- **trattamento generale** (compensazione delle patologie correlate)
- **trattamento causale** (correzione delle cause che provocano la lesione)
- **trattamento locale** (scelta congrua della medicazione ed educazione all'autocura)

È quindi indispensabile che le figure professionali interessate, dall'infermiere (per la gestione del trattamento locale), al Medico di Medicina Generale (per la valutazione in prima battuta della terapia e del percorso diagnostico-terapeutico più idoneo), allo specialista (terapista del dolore, angiologo, chirurgo vascolare, psicologo, ecc) lavorino insieme in un clima di collaborazione e multidisciplinarietà perseguendo lo stesso obiettivo.

Il percorso che verrà affrontato in questo lavoro deve quindi vedere le suddette figure professionali operare insieme, rispettando ruoli e competenze, ma intersecandosi nelle scelte diagnostico-terapeutiche da adottare.

I cardini del nostro lavoro in questi anni sono stati:



1. Adottare un linguaggio comune che permettesse di uniformare le comunicazioni fra gli operatori
2. Lavorare secondo il principio della multidisciplinarietà, costituendo una vera e propria equipe di studio medico-infermieristica, avvalendosi della consulenza di molteplici figure specialistiche (dall'angiologo al geriatra, dal radiologo interventista al diabetologo, dallo psicologo all'internista ecc.)
3. Operare secondo una visione olistica partendo dall'enunciato di Platone secondo cui “bisogna procedere alla terapia delle parti non senza aver cura del tutto” o, come ha sempre sostenuto il Prof. Nano, “la piaga è l'espressione cutanea delle condizioni generali del paziente”
4. Fondare l'approccio alla LCC sul percorso “comprendere, intervenire, rivalutare, reintervenire”
5. Creare una cartella vulnologica interattiva che conduca l'operatore ad una scelta congrua della medicazione attraverso un percorso guidato
6. Responsabilità professionale (vedi capitolo sulla responsabilità)

ALGORITMO DI APPROCCIO ALLA LCC



(Fig.1)

L'obiettivo finale è quello di ottenere una riduzione dello score di ferita mediante la medicazione al fine di prepararla alla guarigione.

Come procedere attraverso l'algoritmo ? (Fig 1)

Innanzitutto occorre identificare cosa intendiamo per Score.

Viene utilizzato il Wound Bed Preparation Score secondo Falanga (modificato), percorso di osservazione della lesione che conduce ad una classificazione valutando le caratteristiche del fondo di ferita e dell'essudato. A questo score va unita l'analisi anatomico funzionale dell'ulcera. Prima di procedere alla medicazione vera e propria, è indispensabile confrontare i risultati ottenuti dalla prima fase clinica di lettura con i dettami della WBP, al fine di individuare qual'è, o quali sono, i bisogni della ferita per meglio rispondere alle sue esigenze.

Dopo un periodo di trattamento si perverrà ad uno score definito finale. Una rivalutazione clinica del quadro permetterà di paragonare lo score finale ottenuto con quello iniziale ed esprimere un giudizio sull'utilità o meno del trattamento in corso.