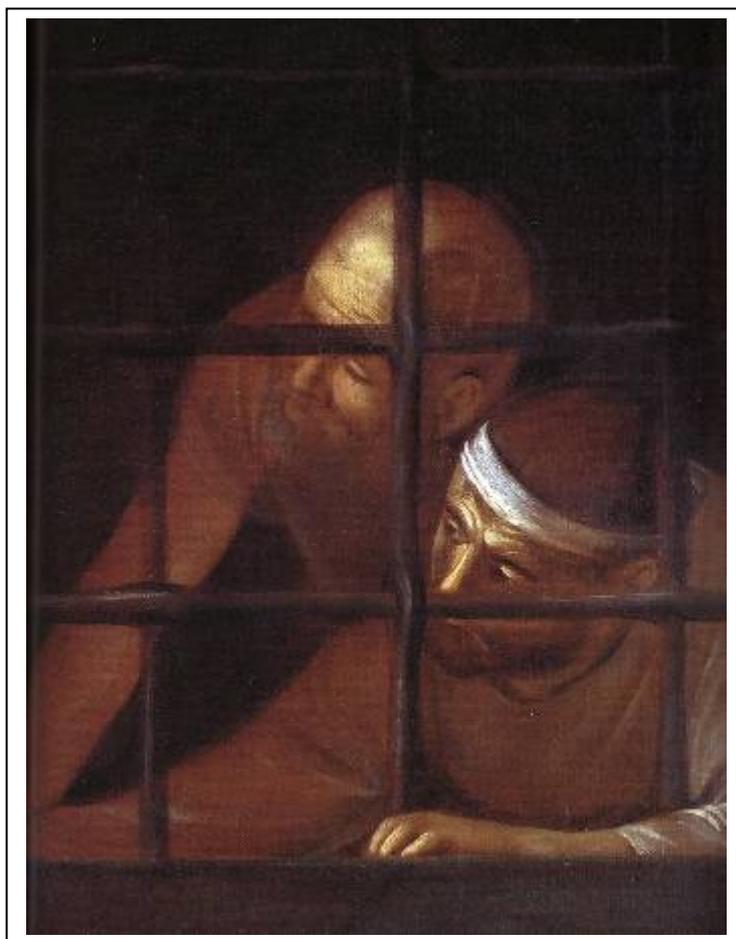


**CORSO CESPI  
INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA ANNO 2004-2005**

**IL DOLORE: UN PERCORSO ATTRAVERSO LA SOFFERENZA NEL  
PAZIENTE AFFETTO DA LESIONI CUTANEE CRONICHE (LCC) DEGLI  
ARTI INFERIORI DI ORIGINE VASCOLARE**



Caravaggio - *Decollazione di San Giovanni Battista* (particolare) 1608

A cura di:

**Emanuela Berlese** Asl 3 distretto 2 (TO), Infermiera Ass. Domiciliare

**Alberto Borello** Asl 18 Alba distretto Bossolasco (CN), Infermiere Ass. Domiciliare, socio AIUC

**Marinella Borgia** Asl 20 Alessandria, Infermiera Ass. Domiciliare

**Annarita Pistone** Asl 18 Alba distretto Bra (CN), Infermiera Ass. Domiciliare

**Katia Somà** Asl 7 Chivasso distretto Volpiano-San Benigno (TO), Infermiera Ass. Domiciliare, socio AIUC

## **INDICE**

<b>INTRODUZIONE</b>	pag. 3
<b>DIMENSIONI DEL PROBLEMA</b>	pag. 4
DOLORE e epidemiologia	
LESIONI CUTANEE CRONICHE e epidemiologia	
LCC di origine vascolare e dolore	
<b>QUESTIONARIO</b>	pag. 7
<b>IL DOLORE DI FERITA-METODOLOGIA DI APPROCCIO MULTIDIMENSIONALE</b>	pag. 8
<b>DOLORE E ULCERA CUTANEA</b>	pag. 8
<b>TEORIA DEL DOLORE: ASPETTI GENERALI</b>	pag. 9
Cenni di fisio-patologia	
Tipi di dolore	
Valutazione del dolore	
<b>ASPETTI LOCALI</b>	pag. 14
Etiologia	
Complicanza	
Trauma da medicazione - Iatrogeno	
<b>TRATTAMENTO FARMACOLOGICO</b>	pag. 24
<b>EDUCAZIONE TERAPEUTICA</b>	pag. 26
<b>L'IMPORTANZA DELL'ASPETTO PSICOLOGICO</b>	pag. 28
<b>CONCLUSIONI</b>	pag. 31
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	pag. 33
<b>ALLEGATI:</b>	
QUESTIONARIO - ELABORAZIONE DATI	
OPUSCOLO INFORMATIVO	

## INTRODUZIONE

Il gruppo di lavoro, con questo studio, intende creare un metodo di lavoro che faciliti l'operatore (medico ed infermiere) nella comprensione del sintomo dolore nel paziente affetto da lesione cutanea cronica di origine vascolare e nell'individuazione di un approccio olistico al paziente.

La nostra attenzione è rivolta alle lesioni cutanee croniche, intendendo per cronica una lesione che perdura da oltre 6 settimane.

Queste lesioni costituiscono un impegno ed una sfida costante per gli operatori sanitari, sia per il trattamento (spesso trattasi di lesioni "non healing", ossia resistenti anche alle nuove tipologie di medicazioni e presidi) che per la ricerca. Inoltre il quadro clinico sottostante certo non viene in aiuto in quanto insorgono generalmente in popolazioni particolarmente fragili: pazienti anziani e con numerose comorbidità (diabete, patologie cardio-vascolari ecc.).

Due sono le domande fondamentali che il gruppo di lavoro ha formulato:

- Quanto è importante la correlazione dolore-ulcera cutanea di origine vascolare?
- Quanto la compresenza dei due momenti patologici altera o peggiora la qualità di vita del paziente?

Il punto di partenza di questo lavoro è stato l'analisi dei dati esistenti in letteratura e loro contestualizzazione alla nostra realtà.

Troppo spesso, durante la gestione del paziente affetto da LCC, ci si scontra con la sintomatologia algica, ostacolo alla guarigione e causa di riduzione delle performance del malato: pessima qualità di vita, scarsa adesione alle terapie, frustrazione per gli operatori, frequente fenomeno del drop out.

I dati epidemiologici rispondono in modo abbastanza soddisfacente alle suddette domande anche se ci sembra doveroso ricordare che la dimensione dolore in questa categoria di pazienti è stata evidenziata soltanto negli ultimi anni. Quello che occorre sottolineare è una sostanziale carenza in termini di approccio al problema. Una possibile spiegazione del gap riscontrato potrebbe essere dovuta alla recente presa di coscienza degli operatori e quindi i dati presenti rappresenterebbero l'inizio del percorso clinico. Il nostro obiettivo, in quest'ottica, diviene quello di cercare di colmare quel gap evidenziato, proponendo un modello di approccio che contempli anche un piano di interventi e non soltanto l'analisi epidemiologica quantitativa.

## DIMENSIONI DEL PROBLEMA

### **DOLORE ed epidemiologia**

Secondo dati recenti dell'OMS, il dolore cronico opprime l'1% della popolazione mondiale, alterandone le capacità fisiche, emotive e lavorative. <sup>1</sup>

Se consideriamo inoltre che le persone maggiormente colpite sono anziani con patologie croniche associate, ci rendiamo subito conto che il dolore può essere uno dei tanti problemi che affliggono e debilitano una categoria di persone fragili, andando ad alterare pesantemente quella che viene definita "quality of life".

La presenza cronica di dolore dovuto alla malattia interferisce con le attività quotidiane e con le relazioni sociali; limita l'autonomia e, se protratta per lungo periodo, altera l'equilibrio psicologico del paziente. <sup>2</sup>

I progressi della farmacologia, dice Domenico Giofrè, consentono di controllare efficacemente il dolore nel 90% dei casi, eppure nel nostro paese a circa il 40% dei malati negli ospedali non vengono somministrati analgesici. <sup>3</sup>

### **LESIONI CUTANEE CRONICHE ed epidemiologia** <sup>4</sup>

Per quanto concerne la patologia ulcerativa cutanea, l'interpretazione dei dati relativi alle ulcere degli arti inferiori è resa difficile da diversi motivi.

Innanzitutto la molteplice eziologia delle ulcere cutanee porta il paziente ad essere visto da vari specialisti quali l'angiologo, il dermatologo, il chirurgo vascolare, plastico, l'internista, il geriatra, l'ematologo, l'ortopedico oltre che dal medico di base, con conseguente dispersione di informazioni.

Vi è inoltre la tendenza da parte di alcuni medici a non indirizzare i propri pazienti verso centri specialistici se non quando questi risultino affetti da lesioni croniche recidivanti e resistenti ad ogni tipo di terapia. All'opposto ci sono pazienti che, per inadeguata educazione sanitaria, non si rivolgono al medico, ma tentano di autocurarsi con scarsi risultati.

Infine, un'indagine epidemiologica, seppur completa, difficilmente potrà essere esauriente, in quanto rileverà un solo momento della storia naturale dell'ulcera, che prevede invece episodi di temporanea guarigione alternati a recidive.

La prevalenza indica il numero di eventi patologici presenti in una popolazione in un dato periodo di tempo.

Nel caso delle ulcere degli arti inferiori la prevalenza si può distinguere in:

- *Prevalenza attuale* (annovera solo i pazienti con ulcera aperta al momento dello studio, generalmente di tre mesi) serve a comprendere quali risorse siano necessarie per lo studio e la cura delle ulcere e quante persone ne debbano usufruire;
- *Prevalenza globale* (valuta i pazienti con ulcere sia aperte che chiuse) riflette meglio le dimensioni del problema e la percentuale della popolazione a rischio.

Se andiamo ad analizzare i dati esistenti in letteratura riguardanti le lesioni di origine vascolare degli arti inferiori troveremo che non sono frequenti in età giovanile. La loro diffusione aumenta con il progredire dell'età per l'instaurarsi di una insufficienza venosa agli arti inferiori, e per la possibile comparsa di un arteriopatia periferica. (Fig.1)

Per quanto riguarda il sesso, tra i quaranta e i settantanove anni il rapporto è di 3:1 femmine per maschio, per arrivare a 7:1 negli ottuagenari.

**Variazione della prevalenza secondo fasce d'età**

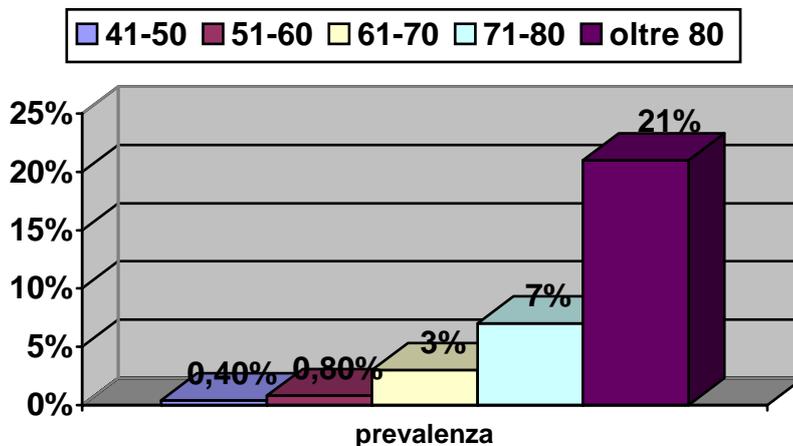


Fig.1

Dalla letteratura si possono desumere i dati di seguito riportati riguardo alla distribuzione etiologica:

<b>Venose</b>	<b>70-80%</b>
<b>Arteriose</b>	<b>10-15%</b>
<b>Miste</b>	<b>10-15%</b>
<b>Diabetiche</b>	<b>5%</b>
Vasculitiche	2%
Traumatiche	2%
Altro	1%

Approssimando, si può dire che le ulcere degli arti inferiori colpiscono circa l'1% degli adulti ed il 3,6% delle persone con più di 65 anni evidenziando una patologia che interessa in modo particolare le fasce avanzate d'età.

La diffusione della patologia, le fasce di età maggiormente colpite, le influenze sull'attività lavorativa, gli oneri derivanti dalla terapia medica conservativa o da quella chirurgica e la tendenza a recidivare impongono importanti riflessioni circa gli aspetti socio-economici della gestione delle ulcere vascolari. La Comunità Europea stanZIA il 2% del budget sanitario annuale, ammontante ad oltre 2.300 miliardi in lire italiane, per la cura di questa patologia. A ciò sono da aggiungere i costi indiretti (ore lavorative perse, costi e tempi di trasferimento a luoghi di cura, inabilità temporanea e definitiva, precoce pensionamento).

Tra i costi maggiormente valutabili e in qualche modo "condizionabili" ci sono quelli legati alla frequenza delle medicazioni e quindi al tempo dedicato dal personale infermieristico e al tempo di guarigione, oltre al costo legato alla singola medicazione.

Il costo di gestione delle ulcere degli arti inferiori si aggira, nel solo Regno Unito, intorno ai 400 milioni di sterline all'anno<sup>5</sup> in Italia 125.499 milioni di euro.<sup>6</sup>

Inoltre in alcuni studi condotti su pazienti affetti da LCC emerge l'impegno in termini di risorse:

- Il 60% degli interventi del Servizio Infermieristico Territoriale e' dedicato alla cura delle ulcere; <sup>7</sup>
- Questi interventi occupano dal 30 AL 50% del tempo totale dell'attività dell'infermiere del territorio <sup>8 9</sup>
- Il tempo medio per le medicazioni (esclusi i viaggi) è di circa 20-23' (Lambert 1992)

### **LCC di origine vascolare e dolore**

Dalla nostra esperienza, risulta che molto spesso i pazienti con LCC di origina vascolare accusano dolore di ferita.

Questo dolore, dalla letteratura internazionale, risulta correlato alle metodiche di medicazione, all'etiologia della lesione, ai fenomeni infettivo-infiammatori correlati. <sup>10</sup>

In uno studio condotto su un campione di 1.560 pazienti con ischemia cronica critica degli arti inferiori, il 61% aveva sia dolore che ulcera. <sup>11</sup>

Uno studio di prevalenza condotto nel 2002-2003 per 18 mesi nell'Asl7 di Chivasso (TO) su pazienti affetti da patologia oncologica e da LCC ha evidenziato: <sup>12</sup>

- che queste due forme morbose rappresentano l'80% del totale carico di lavoro del servizio di assistenza domiciliare
- i pazienti oncologici accusavano dolore nel 71% dei casi, il 58% era in terapia con analgesici
- i pazienti con LCC accusavano dolore nel 64% dei casi, il 20% era in terapia con analgesici
- il paziente affetto da tumore presto va incontro a decesso → il suo dolore e la frustrazione degli operatori, per quanto grandi, sono limitati nel tempo.
- il paziente affetto da LCC vive per molto tempo con la sua malattia → il suo dolore e la frustrazione degli operatori non hanno dimensione temporale (sopraggiunge la guarigione o il decesso per altre patologie)

Un aspetto spesso trascurato è l'impatto delle ulcere sulla qualità di vita del Paziente. Purtroppo pochi sono gli studi a disposizione: osservazioni anglosassoni hanno evidenziato che circa il 42% dei Pazienti (di cui solo l'11% con problemi deambulatori) era severamente o mediamente condizionato dall'ulcera sia nell'attività lavorativa sia in quella ricreativa <sup>13</sup> e che un terzo dei Pazienti colpiti da ulcera degli arti accusava un dolore tale da condizionarne l'umore per lunghi periodi della giornata. <sup>14 15</sup>

Si è calcolata in USA una perdita di 2.000.000 di ore lavorative l'anno per patologie interessanti il sistema venoso che determinano temporanea incapacità lavorativa da parte di chi ne è colpito. <sup>16</sup>

"Non possono essere calcolati i costi dei Pazienti relativi al dolore, allo sconforto, all'isolamento sociale e a tutti gli altri inconvenienti". (Homer 1994)

Dopo aver analizzato i dati esistenti relativi al problema Lesioni Cutanee Croniche e dolore ci siamo posti la domanda se nelle nostre realtà lavorative il problema fosse rilevante tanto da giustificare questo lavoro e quindi mettere in atto tutto un percorso terapeutico per i pazienti affetti da questo problema.

## QUESTIONARIO: CONSIDERAZIONI ED ELABORAZIONE DATI

Attraverso un'indagine descrittiva sono stati ricercati i dati che evidenziassero l'esperienza vissuta dal paziente affetto da lesioni cutanee croniche degli arti inferiori.

Dalla revisione della letteratura è emerso che il dolore rappresenta un problema importante. Per valutare la correlazione tra dolore e alterazione delle abitudini di vita del paziente e contestualizzarlo nella nostra realtà, abbiamo scelto di utilizzare un questionario a domande chiuse.

### *Limiti del questionario*

Durante la fase sperimentale vera e propria ci siamo resi conto di alcuni limiti strutturali del questionario. Alcune domande potevano essere evitate poiché non finalizzate alla raccolta di dati sul dolore e sulla qualità di vita, rendendo in tal modo più fluido e meno lungo il questionario. In alcuni pazienti si è osservata una riduzione dei livelli di attenzione alle ultime domande, confermata anche da alcune risposte contraddittorie emerse durante l'elaborazione dei dati.

La soggettività nella descrizione di una sensazione come può essere il dolore, l'umore, ecc. ha reso maggiormente difficile la raccolta ed elaborazione dei dati.

### *Commenti ai risultati*

I risultati ottenuti hanno dato sicuramente maggiore valore al lavoro che ci eravamo prefissati, mettendo in rilievo quali sono le criticità di un percorso assistenziale dove i personaggi principali sono rappresentati da figure completamente diverse tra loro.

Criticità:

- linguaggio differente
- diversa formazione e conoscenza di base
- preconetti sul dolore e sui farmaci
- mancanza di piani educativi mirati
- sfiducia da parte dei pazienti
- poca collaborazione tra professionisti

La strutturazione del questionario e le tabelle di elaborazione dei dati sono visionabili in allegato.

## IL DOLORE DI FERITA METODOLOGIA DI APPROCCIO MULTIDIMENSIONALE

### MOTIVAZIONI

Nasce quindi la necessità di una metodologia di approccio ragionata, giustificata da:

- Alta % legata ad una eziologia prevalentemente di origine vascolare (70-80%)
- Alta prevalenza della correlazione lesione vascolare-dolore
- Eccessiva variabilità nei comportamenti diagnostico-terapeutici

Il percorso di gestione del paziente affetto da lesioni vascolari dolorose ha come obiettivi:

- Migliorare gli standard assistenziali e, con questi, la qualità di vita del paziente;
- Uniformare il linguaggio e le modalità d'intervento di Infermieri e Medici di Medicina Generale del territorio così come delle figure Specialistiche via via interessate nella gestione del problema, in un clima di multidisciplinarietà e multidimensionalità;
- Adeguamento alle Linee Guida Internazionali e loro contestualizzazione ed implementazione a livello aziendale mediante collaborazione ed allineamento con Società Scientifiche riconosciute e dedicate all'argomento;
- Effettuare un piano di interventi programmati e personalizzati;
- Ottimizzare le risorse

In un contesto domiciliare, dove noi operiamo, più che in qualsiasi altra realtà, il lavoro in equipe è indispensabile coinvolgendo nel percorso assistenziale il paziente come attore protagonista.

Il trattamento di una lesione vascolare dolente necessita, per arrivare ad un miglioramento e/o ad un successo in termini terapeutici:

- **trattamento generale** (compensazione delle patologie correlate)
- **trattamento causale** (compensazione 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 del dolore 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 terapeutiche da adottare.

### DOLORE E ULCERA CUTANEA

Il dolore è un sintomo estremamente frequente in tutte le manifestazioni cliniche dell'ulcera cutanea, rappresentando una complicità molto temuta sia dal paziente che dal clinico.

Un manoscritto anonimo del XV sec., scoperto recentemente in Inghilterra e dedicato esclusivamente alle ulcere, descrive efficacemente un trattamento sequenziale. In questo

piccolo trattato, 9000 parole appena, si trovano preziosi spunti e posizioni d'avanguardia. Accanto ai provvedimenti locali che prevedevano l'uso di sostanze vegetali ma anche di composti a base di miele e di vino, di oli ed unguenti, viene sorprendentemente indicata una terapia analgesica per via orale, una corretta ed abbondante nutrizione per ovviare alle carenze alimentari incompatibili con la guarigione delle lesioni e, soprattutto, si sottolinea la assoluta necessità di curare malattie eventualmente associate alle ulcere, precursione da parte dell'anonimo autore (forse il chirurgo Thomas MORSTED [1380-1450]) dell'odierno approccio olistico al problema ulcere.

Negli ultimi decenni sono stati compiuti enormi progressi ed oggi disponiamo di ampie possibilità diagnostico-terapeutiche ma, cosa più importante, abbiamo raggiunto una maggiore consapevolezza dell'importanza del controllo del dolore ai fini della qualità della vita del paziente.

Anche se l'analgesico "ideale", ossia dotato di efficacia terapeutica senza effetti collaterali, attualmente non esiste, l'ulcera dolorosa può essere oggi affrontata secondo l'impostazione ormai nota della multidisciplinarietà, unendo attenzione, dedizione, umiltà e perché no, una mano esperta.

Il trattamento del dolore da lesione deve prevedere oltre la terapia farmacologia analgesica, una serie di interventi atti ad individuare ed eliminare la causa.

La scelta del trattamento non può prescindere quindi, dalla qualità e dall'intensità del dolore, dallo stadio dell'ulcera e dallo stato psichico ed emotivo del paziente tenendo conto delle condizioni cliniche generali e del contesto sociale in cui vive.

L'obiettivo di questo lavoro è quindi: *"Capire, indagando, prevalenza, gravità ed utilità diagnostica del sintomo dolore, quale sia la strada migliore da percorrere per migliorare la qualità di vita dei pazienti che per mesi soffrono con conseguenze invalidanti e notti insonni..."* (M.Marazzi)

## **TEORIA DEL DOLORE: ASPETTI GENERALI**

Prima di addentrarci nello specifico del nostro lavoro, è corretto fare un accenno a quella che è la teoria del dolore, questo permetterà di meglio comprendere ed applicare un percorso terapeutico-assistenziale volto a migliorare le conoscenze degli operatori interessati, ma soprattutto a darci degli strumenti che motivino il nostro operato e rendano edotti i nostri pazienti.

Il dolore è "Una spiacevole esperienza psicofisica associata a una effettiva o potenziale lesione tissutale o descritta come conseguenza di tale lesione. Ogni individuo apprende il significato di tale parola attraverso esperienze legate a traumi dell'infanzia. Essa è certamente una sensazione in una o più parti del corpo, ma è sempre spiacevole e per tale motivo emotivamente coinvolgente." <sup>17</sup>

"Il dolore è qualsiasi cosa che la persona che lo prova dice che è, ed esiste ogni qualvolta la persona dice che c'è." <sup>18</sup>

Il dolore è un complesso fenomeno neurobiologico altamente specifico, necessario per la sopravvivenza e l'integrità dell'organismo.

Molteplici meccanismi molecolari e cellulari operano da soli o in combinazione al livello del sistema nervoso periferico e centrale per produrre i diversi tipi di dolore. La comprensione di questi meccanismi è la chiave necessaria per lo sviluppo di trattamenti mirati specificamente alle cause piuttosto che solamente ai sintomi.

Il dolore è caratterizzato da due componenti, una sensoriale (percezione-identificazione) e una affettiva (emozione suscitata), controllate da meccanismi differenti.

L'esperienza del dolore è soggettiva cambiando per ogni individuo, cultura e società rendendo così differente anche il percepito dalle popolazioni di diverse culture.<sup>19</sup>

### **Cenni di fisio-patologia**

La catena di eventi che porta, a cascata, alla percezione e alla rappresentazione del dolore inizia in un terminale periferico capace di percepire stimoli potenzialmente dolorosi o dannosi per l'organismo. Questa terminazione prende il nome di nocicettore. Non esistono però nell'uomo recettori specifici per la percezione dello stimolo doloroso. Le strutture deputate a questo compito sono rappresentate da stazioni periferiche di percezione, capaci di differenziare tra stimoli innocui e stimoli nocivi. Esse rispondono a sollecitazioni di tipo termico, meccanico, o chimico dannose e sono quindi capaci di elaborare l'intensità di stimoli diversi. Il limite tra sensazione e dolore è determinato dalla soglia del dolore.

A livello periferico il danno tissutale, qualunque ne sia la causa, determina un danneggiamento a livello cellulare tale da indurre il rilascio di sostanze chimiche algogene che provocano vasodilatazione ed edema nella sede di lesione; l'aumentata permeabilità dei vasi determina un maggior rilascio di sostanze chimiche determinando un cambiamento di sensibilità dei nocicettori e provocando un'iperanalgesia primaria che se non adeguatamente e rapidamente trattata crea una forma di "memoria del dolore".

Memoria del dolore: "Il ricordo di spiacevoli sensazioni dolorose può influenzare significativamente la percezione di un nuovo stimolo doloroso" (Bryant 1993)

La teoria ipotizzata da Melzak e Wall chiamata anche teoria del gate-control: afferma che a livello delle corna posteriori del midollo vi è un meccanismo di controllo del dolore capace di "aprire" o "chiudere" la porta al passaggio dello stimolo doloroso. Ad aprire la porta concorrono tutte le strutture responsabili delle emozioni (talamo, ipotalamo) e alcuni mediatori es. istamina e la stimolazione delle fibre nervose di tipo C.

La chiusura può avvenire attraverso il controllo razionale della corteccia tramite mediatori come le endorfine, mediante stimolazione delle fibre di tipo Alfa Beta.

In pratica una sensazione piacevole, come può essere una carezza o un leggero massaggio, viene recepito attraverso le stesse fibre che rilevano il dolore, quindi in presenza di un dolore localizzato in un determinato punto (es. mal di testa), praticare un leggero massaggio (alle tempie o al collo) può alleviare il dolore in quanto le terminazioni nervose "dovranno scegliere quale stimolo far passare".

Esiste una classificazione del dolore a seconda delle cause e delle sue caratteristiche.

La distinzione del tipo di dolore è importante per fare una diagnosi ma anche per giungere alla terapia più corretta.

## **Tipi di dolore**

Come abbiamo descritto in precedenza il dolore può essere definito come un'esperienza negativa sia fisica che emotiva.

Nei pazienti portatori di LCC possiamo ritrovare questi due aspetti con molta frequenza.

In generale si distinguono:

### *Dolore somatico*

Superficiale dovuto alla stimolazione dei recettori dolorifici (nocicettori) della pelle

Profondo dovuto alla stimolazione dei recettori che si trovano nei muscoli, articolazioni

### *Dolore viscerale*

Origina dalla stimolazione dei recettori localizzati nei visceri.

### *Dolore neuropatico*

Alterata funzione di uno o più nervi.

In wound care risultano importanti il dolore somatico (più frequentemente di tipo superficiale) e quello neuropatico.

Secondo un criterio temporale si distinguono:

### *Dolore acuto*

È un campanello d'allarme, è il sintomo che qualcosa nel nostro organismo non funziona, è un dolore recente e di breve durata. Nello specifico delle lesioni cutanee può essere associato a un atto particolare come il debridement o la medicazione (danno tissutale che stimola la sensazione dolorifica come autodifesa). Se non trattato può trasformarsi in dolore cronico.

### *Dolore cronico*

È un dolore che persiste per lunghi periodi di tempo (3-6 mesi), persiste oltre il tempo di guarigione del danno e spesso non ha una causa identificabile (es. dolore da arto fantasma). La risoluzione sarà a lungo termine.

Esistono poi diverse dimensioni del dolore, che coinvolgono sfere diverse da quella fisica:

## **DOLORE PSICHICO**

Nasce dalla reazione che la psiche ha nei confronti del persistere e/o del progredire della malattia. Ciò si esprime attraverso l'ansia, l'aggressività, la depressione, la paura. Entra in gioco la soggettività dell'esperienza dolorosa precedente la malattia. L'adattamento alla malattia dipende dalla personalità, dalle emozioni, dai valori, dalle relazioni dei precedenti e attuali eventi della vita.

Una situazione dolorosa protratta nel tempo può instaurare una sindrome depressiva importante se non trattata in tempi e modalità utili, con conseguente stravolgimento delle abitudini di vita e dei rapporti sociali.

## DOLORE SOCIALE

Si manifesta con l'alterazione e la perdita dei ruoli che normalmente la persona ricopre; la malattia stravolge la famiglia, l'ambiente lavorativo, perdita dello status sociale, del benessere economico, e sovente perdita dell'autonomia.

Spesso la malattia diviene il punto centrale attorno al quale ruota la propria vita e quella di tutta la famiglia.

"Quando non si riesce a comunicare pensieri, emozioni, sentimenti, paure. Il parlare del dolore diventa l'unico modo di comunicare con l'altro"<sup>20</sup>

## DOLORE BUROCRATICO

Il malato e la famiglia sin dall'inizio della diagnosi si ritrovano in una spirale burocratica fatta di code negli ospedali, nelle sale d'aspetto, negli uffici per chiedere informazioni, di andare avanti e indietro da uno sportello all'altro, di lungaggini per avviare pratiche d'invalidità, d'accompagnamento, di fornitura di ausili, periodi lunghi d'attesa per eseguire indagini diagnostiche o avere il consulto di uno specialista.

Da tutte queste definizioni si può parlare di DOLORE TOTALE che influenza inderogabilmente la qualità della vita.

Se andiamo ad analizzare tutte le definizioni precedenti in chiave di LCC ci rendiamo conto come ben rispecchia la vita quotidiana dei nostri pazienti, che spesso sono anziani con difficoltà di autogestirsi a causa delle limitazioni dovute alle ulcere, si avvicinano da un ambulatorio specialistico all'altro per trovare una risposta ai loro problemi, senza parlare del tempo e dei soldi che tutto questo comporta per i familiari.

## Riassumendo

*Che cosa significa dolore se lo rapportiamo ad un paziente affetto da alcuni anni da lesioni cutanee di origine vascolare degli arti inferiori?*<sup>20</sup>

- Perdita della posizione sociale, di prestigio e di guadagno
- Perdita del ruolo in famiglia
- Stanchezza cronica ed insonnia
- Senso di abbandono
- Alterazioni nell'aspetto
- Difficoltà burocratiche
- Isolamento da amici e parenti
- Difficoltà nella diagnosi e cura
- Fallimento terapeutico
- Paura dell'ospedale e del ricovero
- Paura del dolore
- Problemi finanziari
- Perdita della dignità e del controllo del proprio corpo
- Incertezza di fronte al futuro

Il dolore si può quindi definire come una sensazione soggettiva legata ad una esperienza, un sintomo legato al proprio vissuto, alla propria condizione sociale, culturale, ambientale, all'età, al sesso. Per cercare di rendere il più possibile oggettivabile il sintomo dolore è indispensabile ricorrere all'utilizzo di strumenti codificati come le scale di valutazione del dolore.

## Valutazione del dolore

La valutazione clinica del dolore è fondamentale sia per decidere l'approccio diagnostico volto a comprendere le cause e la fisiopatologia, sia per definire la strategia terapeutica.

Importanti sono gli aspetti psicologici che influenzano la percezione e la soglia del dolore come ansie, paure, depressione, sofferenza, insonnia, dimensione affettiva, dimensione socio-culturale.

L'utilizzo di una scala di valutazione, associata ad un metodo di approccio multidisciplinare può essere una strategia di approccio vincente.

L'utilizzo di strumenti di valutazione, oltre a rendere più oggettivabile il dolore, rende possibile la monitorizzazione nel tempo e la verifica dell'efficacia delle terapie.

La scelta di uno strumento deve rispondere a dei criteri che sono: facilità di utilizzo e comprensione, riproducibilità (più operatori la utilizzano allo stesso modo), alta sensibilità e specificità.

Il gruppo di lavoro ha scelto di utilizzare la scala di valutazione numerica (NRS) in quanto semplice, facilmente riproducibile e comprensibile dai pazienti. Utilizza la numerazione da 0 a 10 su cui il paziente, verbalmente, può attribuire il suo punteggio.

La valutazione del dolore nella lesione deve tenere conto inoltre delle seguenti caratteristiche: localizzazione del dolore, durata del dolore e sua intensità, descrizione e relazione di impatto sulla qualità di vita e sulle attività quotidiane.<sup>21</sup>

Per una buona valutazione e compensazione del dolore è necessario che tutti i componenti dell'equipe adottino lo stesso sistema di rilevazione dei dati e comunicazione degli stessi, utilizzando un supporto cartaceo dove segnalare nel tempo le modifiche del sintomo, la terapia e i cambiamenti che possono influire direttamente e/o indirettamente sul dolore.

Abbiamo avuto modo di valutare, durante la nostra esperienza lavorativa, che spesso il maggiore ostacolo in termini di comunicazione e comprensione è dato proprio dal paziente.

La persona sana, che ad un certo punto della sua vita si trova a provare un'esperienza negativa come quella della malattia e del dolore, spesso non è in grado di comunicare quello che prova in modo chiaro.

Le maggiori difficoltà che si riscontrano nell'approcciare il problema dolore risultano:

- Assenza di un linguaggio comune tra paziente ed operatori
- Sottostima e sottovalutazione del dolore da parte dei pazienti e spesso anche degli operatori sanitari
- La terapia si preferisce al bisogno in quanto è considerata dal paziente "una pastiglia in più" oltre quelle che già assume per le altre patologie
- Esiste ancora la concezione che il dolore si deve sopportare perché fa parte della vita
- Spesso il dolore fisico si confonde con gli altri tipi di dolore rendendo più difficile quindi una interpretazione corretta da parte dell'operatore

Quindi l'intervento primario in questa parte del nostro percorso, risulta essere l'educazione al paziente rispetto all'importanza di una corretta valutazione del dolore con periodiche rivalutazioni, per arrivare ad una terapia mirata e personalizzata.

## ASPETTI LOCALI

Il sintomo dolore ha origini diverse. Fattore fondamentale, presente in maniera costante, è lo stato infiammatorio (tumor, calor, dolor, functio lesa).

Le lesioni possono essere dolenti per varie cause, dalla patologia principale (es. arteriopatia, vasculite, ecc), alla presenza di complicanze dovute all'edema o alla presenza di carica batterica aumentata (infezione, colonizzazione), alla tecnica di medicazione e al tipo di medicamento (iatrogeno), senza dimenticare la presenza di possibili alterazioni psicologiche.<sup>22</sup>

### Etiologia

Prendiamo in analisi le Lesioni Cutanee Croniche di origine vascolare che abbiamo considerato nel nostro studio: arteriopatiche, venose, diabetiche, miste (venosa-arteriosa), linfatiche.

La descrizione della lesione e delle sue caratteristiche è fondamentale per identificare l'etiologia (causa che genera ed automantiene la formazione della stessa), i bisogni della ferita, la motivazione della comparsa del dolore e gli interventi da attuare.

Vediamo di seguito le caratteristiche delle lesioni prese in esame, la presenza di dolore di ferita e le sue cause.

*Nell'arteriopatia obliterante periferica (AOP)*, l'ischemia gioca un ruolo fondamentale nello scatenare il sintomo dolore.

Esistono lesioni particolarmente dolorose in quanto il meccanismo etiopatogenetico che le sostiene comprende nel suo manifestarsi una forte componente algogena che si esprime nella sollecitazione continua ed insistente dei recettori cutanei del dolore.

L'ulcera arteriosa è causata dalla formazione di placche ateromasiche che provocano occlusioni o sub-occlusioni ad andamento cronico del sistema arterioso, con riduzione dell'apporto ematico e conseguente ipossia e sofferenza dei tessuti.

La classificazione dell'AOP secondo i quattro gradi di Fontane-Leriche, evidenzia la sintomatologia dolorosa proprio per dare un grado di importanza al danno arterioso:

- 1° grado assenza di segni e sintomi
- 2° grado claudicatio intermittens
- 3° grado dolore a riposo
- 4° grado dolore associato a lesioni cutanee

Le manifestazioni ulcerative sono in genere precedute da lesioni eritemato-cianotiche, in sede periungueale, alla base delle dita, o in sporgenze ossee perché queste zone sono più soggette a traumi e a deficit irrorativi.

La terapia di elezione è rappresentata dalla chirurgia vascolare. In attesa di un eventuale intervento chirurgico, il medico può supportare il paziente con terapie farmacologiche sistemiche che migliorino il flusso ematico, con terapia analgesica (in questi pazienti spesso si arriva al trattamento con oppioidi o anestetici), eventuali antidepressivi (innalzano la soglia del dolore). La deambulazione e soprattutto l'utilizzo costante della cyclete può migliorare la sintomatologia algica anche se nelle prime fasi è essa stessa causa di dolore.

<b>CARATTERISTICHE DELLA LESIONE</b>	
<b>CUTE</b>	Secca, fredda, priva di annessi, pallida
<b>FORMA</b>	Regolare, tondeggiante
<b>NUMERO</b>	Uniche, a volte multiple e confluenti
<b>SEDE</b>	Perimalleolare (esterna), dita dei piedi
<b>MARGINI</b>	Regolari, con aree più o meno estese di necrosi, destinati ad estendersi
<b>ESSUDATO</b>	Minimo o nullo (presente in cavo di compromissione venosa)
<b>DISCROMIE</b>	Assenti o molto tenui color bronzo (se mista)
<b>EDEMA</b>	Localizzato, periulcerativo, quindi distale
<b>FONDO</b>	Pallido, presenza di fibrina e/o necrosi, spesso evidenzia tendini, muscoli e strutture ossee
<b>DOLORE</b>	Molto dolenti soprattutto di notte, la causa è da ETIOLOGIA (ischemia)
<b>POLSO PERIFERICO</b>	Assente o estremamente debole



Donna di 101 anni, deambulante e lucida, trattata in regime domiciliare da vulnologo e infermiere, per rifiuto al ricovero. Lesione cutanea con presenza di necrosi secca a tutta superficie. Nel giro di 3 mesi andrà incontro ad autoamputazione di tutte le dita. Trattamento locale con iodopovidone sol. ad impacco per seccare e debridement chirurgici ripetuti. Trattamento generale con antidolorifici, eparina sc e antibiotici.



Uomo di 52 anni camionista. Lesione perimalleolare con fibrina, essudato 0, molto dolente. Trattato in regime ambulatoriale con idrocolloidi a livello locale per detergere e idratare la lesione (il riportare l'ambiente umido sul letto di ferita ha permesso una riduzione significativa del dolore). Terapia antidolorifica e antidepressivi a basso dosaggio.

Le ulcere diabetiche, altro non sono che una manifestazione dovuta alle conseguenze della neuropatia e dell'arteriopatia (polidistrettuale e precoce nel paziente diabetico).

La neuropatia, nella prima fase di malattia provoca forti dolori difficilmente controllabili con normali analgesici, per poi arrivare a dare una completa insensibilità della parte interessata. Le parti maggiormente colpite dalla neuropatia sono gli arti inferiori. Le lesioni nel paziente affetto da neuropatia hanno come meccanismo di insorgenza quello della lesione da decubito. Le possibili sollecitazioni della cute dovute alle calzature, ad un mal appoggio del piede (iper carico), uniti alla riduzione della sensibilità tattile e dolorifica e alla disidrosi tipica del diabetico (dovuta alla neuropatia) provocano la comparsa di lesioni da compressione e/o sfregamento.

Spesso il dolore tipicamente correlato all'infezione (comparsa o aumento del dolore di ferita) può essere confuso con i sintomi dell'angiopatia e perciò trascurato nel suo aspetto locale. In tal modo, è frequente che un'infezione sia in realtà più estesa di quanto non appaia.

Allo stesso modo nella sofferenza arteriosa il paziente con una ridotta sensibilità potrebbe non avvertire dolore ed accorgersi quindi del danno solo quando già importante (ischemia di uno o più dita del piede).

<b>CARATTERISTICHE PIEDE</b>		
	<b>PIEDE VASCOLARE</b>	<b>PIEDE NEUROPATICO</b>
<b>ASPETTO</b>	Atrofico	Deforme
<b>CUTE</b>	Sottile	Ipercheratosica
<b>COLORITO</b>	Pallido	Rossastro
<b>TEMPERATURA</b>	Ridotta	Aumentata
<b>VENE</b>	Esili	Turgide
<b>POLSI</b>	Iposfigmici, Assenti	Presenti
<b>DOLORE</b>	Presente direttamente proporzionale al grado di neuropatia	

Nelle lesioni diabetiche è ancora più pregnante l'approccio globale al paziente:

- raggiungere e mantenere l'equilibrio glico-metabolico
- terapia antinfettiva
- terapia chirurgica
- scarico delle lesioni con calzature apposite o apparecchi gessati

Il ruolo di educazione che l'infermiere ha nei confronti del paziente nella gestione della lesione, dell'ambiente in cui vive, delle abitudini alimentari e igieniche è fondamentale per prevenire o limitare le complicanze dovute al diabete e alla presenza di LCC.



Uomo di 68 anni, diabetico. Lesione ischemica 2 dito del piede provocata da conflitto da scarpa. Assenza di dolore. Trattato chirurgicamente in ospedale per amputazione dito e in seguito seguito a domicilio fino a completa guarigione.

Le lesioni di origine venosa di per se non provocano dolore, ma l'aumento della tensione cutanea dovuta all'edema, alla presenza di lipodermosclerosi (indurimento cicatriziale cutaneo agli arti inferiori, dovuto al processo infiammatorio cronico da insufficienza venosa cronica), a sindromi post-flebiche possono essere spesso causa di sintomatologia algica con associato un senso di peso assai fastidioso e limitante per lo svolgimento delle normali attività (deambulazione).

CARATTERISTICHE DELLA LESIONE	
<b>CUTE</b>	Calda, esiti cicatriziali
<b>FORMA</b>	Rotondeggiante, ovale
<b>NUMERO</b>	Solitamente è unica, dimensioni variabili
<b>SEDE</b>	III medio esterno della gamba di uno od entrambi gli arti
<b>MARGINI</b>	Irregolari
<b>ESSUDATO</b>	Medio, abbondante
<b>DISCROMIE</b>	Tipica fiamma bruna da deposito di emosiderina
<b>EDEMA</b>	Presente di grado moderato o grave
<b>FONDO</b>	Fibrina, granulazione, necrosi, colonizzazione a seconda della fase
<b>DOLORE</b>	Dolore presente per cause secondarie (flebite, colonizzazione, edema)

Diagnosi: di solito è sufficiente un'accurata anamnesi ed un esame obiettivo. In casi dubbi è indicata l'esecuzione di un esame ecodoppler.

L'utilizzo di un bendaggio compressivo, calze elastiche o maglia tubulare è spesso risolutivo nei confronti dell'edema e quindi nel miglioramento della lesione e del dolore. Nella scelta del presidio da utilizzare è indispensabile consultarsi con il paziente sulle sue preferenze, capacità residue (grado di autogestione del presidio), presenza di un caregiver, altre patologie che potrebbero limitare l'utilizzo del bendaggio o della calza elastica (artrite, obesità, dolore lombare, ecc) senza escludere la presenza di dolore. Coinvolgere il paziente nella decisione terapeutica lo farà sentire parte importante e garantirà un minore insuccesso o abbandono della terapia.

L'infermiere, in queste situazioni, gioca un ruolo fondamentale soprattutto per l'aspetto educativo legato alle abitudini di vita, all'igiene, alla prevenzione delle infezioni, all'autogestione e all'autocura. L'instaurarsi di un rapporto di fiducia reciproca tra operatore e paziente è garanzia di una buona compliance.



Donna di 82 anni. Lesione presente da 35 anni, dolore moderato. Presenza di fibrina per + del 50% della superficie, ipersudazione, bordi macerati. Trattata con antisettici locali (complicanza) e bendaggio per edema lieve.



Donna di 61 anni, obesa. Lesione da 3 mesi. Cute perilesionale fortemente irritata dai precedenti medicinali (automedicazione). Dolore elevato da errore di medicazione. Trattata con pomata cortisone e vaselina bianca filante + garza vaselinata fino a scomparsa dell'irritazione.

Lesione di origine linfatica. Il linfedema è una patologia legata ad un insufficiente drenaggio linfatico con conseguente stasi ed edema, questo porta ad un progressivo accumulo di proteine interstiziali che attivando il processo infiammatorio danno origine ad un quadro di fibrosi connettivale (indurimento dei tessuti con distensione della cute).

L'ulcera linfatica si manifesta con la comparsa di piccole bolle che tendono a confluire e rompersi al minimo trauma. Si presentano come abrasioni a fondo deterso e pianeggiante e molto essudanti

CARATTERISTICHE DELLA LESIONE	
<b>CUTE</b>	Fibrosa, anelastica, traslucida, fragile
<b>FORMA</b>	Piccole pustole sierose che confluiscono
<b>NUMERO</b>	Solitamente è unica, dimensioni variabili
<b>SEDE</b>	Arti inf. In zone dove è più facile procurarsi traumi
<b>MARGINI</b>	Irregolari, si scollano facilmente
<b>ESSUDATO</b>	Abbondante
<b>DISCROMIE</b>	nessuna
<b>EDEMA</b>	Presente di grado grave
<b>FONDO</b>	Deterso
<b>DOLORE</b>	Dolore presente per cause secondarie (flebite, colonizzazione, edema)

Il trattamento è sovrapponibile a quello della lesione di origine venosa. Il bendaggio elastocompressivo in fase precoce risulta essere efficace, cosa non più valida per il linfedema datato.



### Complicanza

Il meccanismo della riparazione tissutale prevede, nelle sue fasi, un controllo efficace della carica batterica fisiologicamente presente sulla cute. Talvolta, in seguito alle condizioni cliniche deficitarie (il diabete ne è un classico esempio), alla situazione igienico-sociale non congrua o ad errori specifici nella medicazione, si creano quelle condizioni che possono favorire il batterio a spese dell'organismo. Viene a saltare l'equilibrio fisiologico con conseguente rapida replicazione batterica e quindi viraggio alla colonizzazione. Questa situazione, si manifesta clinicamente con specifici segni e sintomi secondo Cutting ed Harding<sup>23</sup> (tab 2) tra cui una comparsa del dolore, ove questo sintomo non era presente, o una esacerbazione dello stesso quando vi fosse in precedenza un buon compenso della sintomatologia algica.

E' a questo punto che la situazione clinica crolla, con progressivo peggioramento del quadro locale vulnologico congiuntamente a quello generale, creando il quadro di colonizzazione clinica (=evidente) critica (=ad un passo dalla infezione e quindi dal rischio di diffusione sistemica con "host reaction").

La presenza contemporanea di tre segni o sintomi clinici indica una colonizzazione certa. La presenza di solo un segno o sintomo deve far porre da subito il sospetto e procedere al trattamento locale immediato con antisettici.<sup>32</sup>

Essudazione purulenta
Aumento di essudazione ma non purulenta
Arresto della riparazione
Allargamento dell'ulcera
Fragilità e facile sanguinamento del fondo di ferita
Aumento del dolore
Odore nauseante
Linfangite satellite (host reaction)
Cellulite satellite (host reaction)
Colore verdastro (Pseudomonas)

In un quadro come quello descritto il dolore può essere spia di una situazione clinica assai grave e compromessa che necessita di un intervento locale e sistemico rapido.

Proprio per questo duplice aspetto (locale e generale) l'intervento dovrà essere eseguito congiuntamente da infermiere e medico per meglio gestire una situazione che se trascurata può portare presto a complicanze come osteomieliti e setticemia.

Per meglio identificare una lesione con alterazioni della carica batterica è necessario ricordare la definizione di:

**CONTAMINAZIONE:** non esistono lesioni cutanee "sterili", quindi si intende la normale presenza di batteri senza replicazione e senza danno per la lesione (non c'è peggioramento e la lesione può andare incontro a riparazione).

**COLONIZZAZIONE:** esiste una proliferazione batterica con danno a livello locale (peggioramento della ferita). Il trattamento sarà locale con utilizzo di antisettici e controllo che i segni locali non si allarghino oltre il margine di ferita.

**COLONIZZAZIONE CLINICA CRITICA:** il danno locale invade i tessuti perilesionali con evidente segno di edema, cellulite satellite, linfangite. In questo caso il trattamento locale con antisettici non è sufficiente e bisogna chiedere l'intervento di un medico per il trattamento generale con antibiotici sistemici.

**INFEZIONE:** in questo caso il danno è dell'ospite e si manifesta come una vera e propria setticemia con shock, febbre, tachicardia. Il trattamento con antibiotici sistemici è indispensabile.

Quindi, compito dell'operatore (medico e infermiere) è una attenta valutazione della ferita per garantire l'identificazione precoce di segni e sintomi legati ad una alterazione della flora microbica e un tempestivo intervento che sarà diretto alla lesione e/o alla persona a seconda del grado di alterazione della carica microbica.

## Trauma da Medicazione - Iatrogeno

Molto spesso è proprio l'operatore sanitario a causare dolore al paziente portatore di LCC. Uno studio condotto a livello internazionale a messo in evidenza come il modo di operare degli infermieri sia spesso causa di trauma.<sup>26</sup>

Una medicazione frettolosa, il non rispetto dei tessuti e la non osservanza dei tempi di cambio dettati dall'essudato, portano a scegliere in modo errato il prodotto da utilizzare. Ogni lesione va inserita in un paziente con la sua cute perilesionale, la sua soglia del dolore, la sua patologia di base.....

L'inappropriatezza nell'uso dei materiali di medicazione risulta essere causa di disagio e soprattutto di danno per il paziente.

### Atraumatico

Se vogliamo dare un significato a questo termine, a nostro avviso, si deve considerare:

*La Lesione* rispettando la fisiologia della cicatrizzazione evitando il danneggiamento dell'orletto di ripitelizzazione e/o del tessuto di granulazione.

*Il Malato* rispettando la dignità del paziente, i suoi bisogni e, non ultimo, evitando la vasocostrizione adrenergica da dolore che causa ipossia tissutale.

Le domande da tenere in considerazione quando si approccia una lesione cutanea cronica e quindi un paziente...una persona, sono:

- COME MEDICARE (tecnica da utilizzare)
- COSA USARE (prodotto di medicazione idoneo)
- QUANDO (tempo di cambio e quanto tempo è opportuno impiegare per eseguire la medicazione)

In letteratura internazionale, molti sono i lavori e gli studi fatti sul dolore provocato e indotto da medicazioni incongrue o da tecniche di medicazione troppo cruento.

Un lavoro del canadese R. Kohr su una popolazione di 40.000 pz. reclutati in 11 paesi di tutto il mondo, "Curare il dolore con il NON DOLORE", mette in evidenza come l'impatto negativo sulla percezione del dolore provocato dalla medicazione (il 73% dei pz riferisce dolore da medicazione), influisca sulla componente psicologico-emotiva del paziente, che alla seconda medicazione avrà paura.

Molti altri sono gli studi pubblicati, in particolare quelli dal 1962 ad opera di Winter GD<sup>24</sup> (primo che elabora la teoria della medicazione in ambiente umido).

Possiamo pensare ad approcciare una LCC, intraprendendo un percorso, suddividendolo per semplicità in fasi:

**Incontro con il paziente**, in cui il compito di ogni operatore dovrebbe essere quello di entrare in contatto con la persona portatrice di una lesione e non con la lesione, ricercando un dialogo e una buona compliance. E' molto importante, prima di passare alla fase pratica della medicazione, cercare una posizione comoda sia per l'operatore che per il paziente: una medicazione è già di per sé un trauma se eseguita in una posizione scomoda può determinare delle contratture muscolari che aumenterebbero il dolore .

Il rapporto che si instaura fra operatore e paziente deve essere un contratto, dove ognuno si sente libero di esprimere le proprie esigenze, paure e richieste. L'operatore deve essere in grado di saper ascoltare e rispondere in modo appropriato alle difficoltà espresse dalla persona malata.

Questo eviterà insuccessi terapeutici dovuti alla paura (ansia anticipatoria) e alla diffidenza che il paziente prova nei confronti di un operatore "nuovo" in considerazione del fatto che i pazienti affetti da LCC spesso sono "esseri migranti" da un ambulatorio specialistico all'altro.

"La soddisfazione del paziente non è proporzionale al controllo del dolore ma spesso è dovuta alla considerazione che a esso si da".<sup>25</sup>

**Rimuovere la medicazione**, può essere la fase più lunga e dolorosa !!

Come effettuare questa fase può dipendere dal tipo di medicazione che si deve asportare: in caso di idrocolloidi o medicazioni con adesivi e collanti, la rimozione deve avvenire delicatamente e in modo tangenziale alla cute poiché una azione veloce potrebbe provocare danni alla cute perilesionale oltre che dolore al paziente.

In una lesione con scarso essudato e medicazione molto adesa, inumidire con fisiologica o acqua è indispensabile. Anche in questo caso un azione cruenta provocherebbe dei grossi danni all'orletto di riepitelizzazione ed al tessuto di granulazione neoformato. Provocare un sanguinamento del fondo di ferita altro non provoca che la rottura dei microvasi in formazione che sono deputati a portare nutrimento ed ossigeno ai tessuti (esiste la tecnica di medicazione fondata sul "wet to dry" ma il suo utilizzo dovrebbe essere limitato a pochi e specifici casi).

In lesioni molto dolorose, la rimozione può essere svolta associando lidocaina alla soluzione fisiologica o essere preceduta, su parere medico, da antidolorifici somministrati prima della medicazione stessa.

**Detersione = Debridement = Pulizia del fondo della ferita** = allontanamento *meccanico* del tessuto necrotico di residui di medicazione e batteri (*riduzione della carica*).

E' necessaria sempre in quanto predispone la lesione all'accoglimento di una nuova medicazione. In rari casi la detersione può essere evitata e ciò dipende da quale obiettivo ci siamo posti in primis: se il dolore è il sintomo principale forse questa fase può essere evitata per il "bene del paziente".

La scelta della soluzione deputata in questa fase è molto importante. A questo proposito ricordiamo le Linee Guida dell' EPUAP<sup>33</sup> che citano:

- Ridurre il rischio di infezione e promuovere la riparazione tissutale attraverso il lavaggio delle mani, la detersione dell'ulcera ed il debridement (evidenza A)
- Detergere le ulcere in base alla necessità con acqua corrente o con acqua potabile o con soluzione salina (evidenza C)

Molte sono le tecniche utilizzate per detergere, dall'utilizzo della siringa da 5cc, i nebulizzatori (da qualche tempo in commercio), al getto per caduta. Per la scelta della tecnica è bene ricordarsi sempre qual'è lo scopo della detersione e quindi ci verrà spontanea l'esclusione ad esempio della siringa...

La temperatura della soluzione che si intende utilizzare per questa fase deve essere compresa fra i 28°-30°. La sensazione di freddo provocata da una soluzione a temperatura più bassa (in inverno la temperatura ambiente in case non sufficientemente riscaldate), in pazienti con lesioni molto dolenti, potrebbe scatenare sensazioni dolorose importantissime.

**Osservare e leggere per scegliere:** questo è il momento in cui si sceglie il prodotto giusto per la fase in cui la lesione si trova.

“Non esiste una singola medicazione adatta a tutti i tipi di ferita né tanto meno a tutte le fasi di una ferita stessa...” (T.D. Turner 1984)

La scelta del prodotto è determinata dall'osservazione dei tessuti (necrotico, infetto, deterso), mentre la quantità di essudato (ferita asciutta, umida, iperessudante) ci indirizza sul tempo di cambio della medicazione. Determinante inoltre per la scelta del prodotto è l'osservazione della cute perilesionale che può essere fragile, eritematosa, macerata a tal punto da impedire talvolta l'utilizzo di idrocolloidi o collanti. In caso di infiammazione della cute circostante, può risultare utile e lenitivo l'uso di creme cortisoniche miscelate con vaselina bianca filante.

In caso di cute secca e ipercheratosica l'utilizzo di olii e creme emollienti è indispensabile per una buona riuscita del nostro intervento: a volte solo l'idratazione ha favorito il lenire di una situazione dolorosa locale. Inoltre la secchezza cutanea spesso provoca prurito che, se non trattato, diviene causa di lesioni da grattamento con peggioramento del quadro locale.

**Medicare**, significa creare l'ambiente ottimale per la guarigione della ferita, mantenere una corretta umidità nell'ambiente di interfaccia ferita-medicazione, garantire comfort al malato, lenire il dolore, rispettare la cute perilesionale.

Alcune regole pratiche che possono aiutare nella scelta della medicazione che eviti la comparsa o il peggioramento di una sintomatologia algica:

- Fra la lesione (+/- creme) e la garza in cotone interporre una garza grassa o una garza al silicone a bassa aderenza per evitare che la garza in cotone, assorbendo la crema, aderisca alla ferita.
- Evitare essiccanti (antisettici in soluzione alcolica o a diretto contatto con la lesione) su lesioni poco essudanti. Esistono ad oggi varie formulazioni di antisettici combinati o meno con altri principi attivi, l'argento è l'antisettico più antico, Assiri, Egizi, Persiani e Arabi già conoscevano le proprietà sue proprietà, risultando uno dei meno irritanti.
- Utili le garze in TNT in quanto più morbide, si prestano meglio alla rimozione, provocano meno irritazione alla cute perilesionale.
- Avvolgere le garze 36x40 a cravatta intorno all'arto inferiore, evitando così di far aderire il cerotto alla pelle.

“In letteratura esiste accordo fra i diversi autori sul fatto che le medicazioni avanzate siano in grado di ridurre il dolore, sia in fase di stato, sia durante la medicazione” (E. Ricci).

**Fissaggio della medicazione**, dovrebbe essere evitato l'uso, quando possibile di cerotti e adesivi in genere. L'utilizzo di materiali con collanti sulla cute fragile dei pazienti anziani, oltre a provocare spesso sensibilizzazioni e irritazione, può essere causa di lesioni secondarie da rimozione.

Per il fissaggio di medicazioni agli arti inferiori sono da preferire, reti, maglia tubolare elastica, bendaggio monostrato mobile, bendaggio pluristrato mobile, bendaggio fisso.

## CONCLUSIONI: tratto da European Wound Management Association <sup>26</sup>

- La rimozione della medicazione è spesso l'operazione più dolorosa
- Le medicazioni asciutte e i prodotti aderenti sono quelli che causano più dolore e traumi al momento della sostituzione della medicazione.
- La garza molto spesso causa dolore.
- La conoscenza della gamma dei prodotti disponibili e la capacità di scegliere le medicazioni opportune può limitare dolore e trauma.
- L'impiego di strumenti validi di valutazione del dolore è essenziale.
- Anche una cute perilesionale alterata può essere causa di dolore.

“Le lesioni causeranno sempre un certo grado di dolore

Attenuiamo il dolore causato dal cambio di medicazione mediante valutazione accurata, preparazione efficiente, analgesici adeguati e prodotti di pulizia e medicazione adeguati”.

## TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Abbiamo parlato fino ad ora di un paziente, di una persona affetta da una patologia dolorosa e quindi proprio nel rispetto di una visione olistica e multidisciplinare, la collaborazione del medico e/o dello specialista della terapia del dolore è indispensabile. Il supporto farmacologico di analgesici deve essere preso in considerazione prima che la sintomatologia da acuta diventi cronica con conseguenze invalidanti per il paziente.

Il trattamento del dolore deve rispettare alcune regole:

- La terapia antalgica deve dare sollievo al paziente e allo stesso tempo permettergli di svolgere le sue attività
- Trattamento personalizzato → la dose giusta è quella che controlla il sintomo
- Deve essere di facile gestione e somministrazione
- Dovrebbero essere somministrati per via orale ad orari fissi
- Gli effetti collaterali dovrebbero essere anticipati e trattati
- La terapia al bisogno prescritta va somministrata solo se necessario
- Paziente e famigliari devono essere istruiti e muniti di un piano scritto sul regime terapeutico e sugli effetti collaterali
- Il dolore deve essere monitorato attraverso l'utilizzo di scale di valutazione
- La terapia deve essere variata se non efficace

Il trattamento del dolore segue le linee guida dell'OMS, e il modello è chiamato "scala analgesica a tre livelli"

1° GRADINO FANS (antinfiammatori non steroidei) sono i più comuni analgesici utilizzati (acido acetil-salicilico, paracetamolo, ibuprofene, ketorolac, mimesulide, diclofenac, ketoprofene). Hanno effetto antidolorifico, antipiretico ed antiflogistico. I loro effetti collaterali sono rappresentati da gastriti, insufficienza renale e disturbi della coagulazione, pertanto vanno assunti dopo i pasti o con l'associazione di gastroprotettori. I FANS sono soggetti "all'effetto tetto" la loro efficacia non aumenta con l'aumentare della dose.

2° GRADINO OPPIOIDI MINORI associati ai FANS e ai farmaci adiuvanti, (sono ad esempio: buprenorfina, codeina, tramadolo). Hanno buona azione sul dolore ma effetti collaterali come sonnolenza, stipsi, ipotensione. Utilizzati in caso di dolore cronico, moderato o medio intenso.

3° GRADINO OPPIOIDI FORTI possono essere associati ai FANS e agli adiuvanti (sono ad esempio la morfina, fentanyl,). Bisogna raggiungere una concentrazione ematica efficace a mantenerla attraverso somministrazioni regolari ad orari fissi o per infusione continua. L'uso di oppioidi richiede un monitoraggio del paziente in modo da definire la dose efficace e di evitare l'insorgenza degli effetti collaterali. Gli oppioidi hanno dimostrato buona efficacia in diversi tipi di dolore cronico. Poco efficaci nel dolore neuropatico.

FARMACI ADIUVANTI in associazione agli oppioidi servono per aumentare l'efficacia analgesica; i più utilizzati sono:

- *Anticonvulsivanti* (es gabapentin, carbamazepina) utilizzati nei dolori neuropatici.
- *Antidepressivi* (triciclici). Le dosi, per avere effetto analgesico, sono ridotte rispetto al dosaggio per l'effetto antidepressivo.
- *Corticosteroidi* hanno attività antinfiammatoria, aumentano l'appetito, migliorano il tono dell'umore.

La scelta del tipo di farmaco e soprattutto della via di somministrazione dovrebbe essere fatta, per quanto possibile, tenendo conto delle caratteristiche del dolore e delle esigenze del paziente nel rispetto della sua autonomia, capacità residue, qualità di vita.

Compito dell'infermiere in questo contesto è quello di valutare il grado di dolore e le sue caratteristiche, educare il paziente ed il care giver sull'importanza della terapia e corretta modalità di assunzione, valutare e segnalare eventuali effetti indesiderati della terapia, monitorare l'effetto analgesico nel tempo.

In questa fase il medico di medicina generale può essere supportato, nelle scelte terapeutiche, dai servizi di terapia antalgica che nascevano per il dolore oncologico ma negli ultimi anni stanno sempre più interessandosi dei pazienti con dolore cronico di varia origine.

In situazioni particolari dove più operatori multiprofessionali ruotano intorno al paziente, l'infermiere di famiglia svolge un ruolo di interfaccia e mediatore con il paziente e la famiglia.

## EDUCAZIONE TERAPEUTICA

Negli ultimi anni, si è assistito ad un aumento del numero di persone affette da patologie cronico degenerative che necessitano di una continuità nei trattamenti e nella gestione delle problematiche correlate alla malattia tali da richiedere la partecipazione attiva del paziente al fine di migliorarne la qualità di vita e permettere il mantenimento al proprio domicilio.

Nel caso delle lesioni cutanee di origine vascolare è possibile parlare di patologia cronica. Infatti, dai dati della letteratura, emerge che il 20% delle ulcere è ancora aperto dopo 2 anni, e addirittura l'8% non è guarito dopo 5 anni. Altra caratteristica che rende tale patologia particolarmente importante è la tendenza alle recidive in misura del 67%. Tra dati di prima presentazione e recidive, si calcola che solo in meno dell'8% dei casi la patologia ha una durata inferiore ad 1 anno, nel 47% dei casi ha una durata compresa tra 1 e 10 anni, e in ben il 45% dei casi la patologia supera i 10 anni.<sup>28</sup>

E' evidente, alla luce di questi dati, come la gestione delle LCC e delle complicanze ad esse correlate, avvenga prevalentemente in ambito domiciliare.

Se pensiamo poi che parlare di dolore e lesioni cutanee, vuol dire parlare di un binomio inscindibile, è chiaro come questa malattia cronica incida profondamente sulla qualità di vita della persona.

La malattia cronica obbliga il paziente a scelte e comportamenti che investono la sua vita quotidiana anche negli aspetti più intimi.

Per affrontare al meglio la malattia e favorire l'autogestione, il paziente può trarre vantaggi da specifici interventi educativi.

L'educazione terapeutica è un'attività che progressivamente è entrata a far parte della gestione di soggetti portatori di malattie croniche ed è una responsabilità specifica le cui coordinate sono fornite dal codice deontologico, dal profilo professionale e dall'ordinamento didattico dei corsi di laurea di base e post base.

L'infermiere deve possedere specifiche competenze pedagogiche ossia essere in grado di esercitare correttamente la professione di educatore.

Secondo una recente definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (W.H.O. working group, 1998), l'educazione terapeutica del paziente è un'attività finalizzata ad aiutare il paziente e la sua famiglia a capire la natura della malattia e dei trattamenti, a collaborare attivamente alla realizzazione di tutto il percorso terapeutico e a prendersi cura del proprio stato di salute per mantenere e migliorare la propria qualità di vita.

Ciò implica un vero e proprio trasferimento pianificato ed organizzato di competenze terapeutiche dai curanti ai pazienti, grazie al quale la dipendenza lascia progressivamente il posto alla responsabilizzazione ed alla collaborazione attiva.

Infatti, l'educazione terapeutica condotta secondo criteri e metodi pedagogici rigorosi consiste in un programma di formazione, al termine del quale il paziente diviene capace di esercitare autonomamente delle competenze terapeutiche che, in un altro contesto, sarebbero di responsabilità del curante.<sup>29</sup>

Questo concetto si differenzia molto dall'educazione del paziente di tipo informale che consiste essenzialmente nel dialogo tra curante e assistito e si basa su un insieme di informazioni, consigli, raccomandazioni e istruzioni.

L'educazione è, quindi, una pratica più complessa che presuppone l'esistenza di una corretta informazione e di un buon livello di comunicazione tra paziente e curante e implica più fasi che vanno dalla diagnosi educativa, alla scelta di contenuti ed obiettivi d'apprendimento aderenti ai bisogni del soggetto fino all'applicazione di strategie d'insegnamento e di valutazione pertinenti al fine di consentire al paziente di:<sup>30</sup>

- Conoscere la propria malattia (sapere=conoscenza dell'origine del dolore e della lesione)
- Gestire la terapia in modo competente (saper fare=autogestione della medicazione e del trattamento del dolore)
- Prevenire le complicanze evitabili (saper essere=comportamenti atti a ridurre il dolore).

L'educazione terapeutica passa attraverso il vissuto della persona, quindi passa non solo attraverso la capacità razionale di intervenire, ma anche attraverso le modalità con la quale quella persona vive la malattia. Ciò significa che l'apprendimento è legato al grado di accettazione della malattia.

L'approccio al paziente deve essere di tipo OLISTICO e mirare alla personalizzazione dell'assistenza.

Il target dell'educazione terapeutica è la persona malata, si fa riferimento principalmente ad essa o al suo entourage, intendendo la sua famiglia e il care giver. Chi apprende è il malato/caregiver e gli argomenti sono la malattia e le terapie.

La figura del caregiver viene individuata spesso all'interno dell'ambito familiare o all'esterno un vicino, un amico/conoscente.

Il caregiver ha la volontà di prestare assistenza e di prendere decisioni condivise dal paziente, avendo:

- l'assenso della persona malata che è la protagonista;
- il desiderio oltre alla capacità di diventare care giver;
- la competenza, intesa non in termini di capacità tecnica, ma intesa in termini di possibilità fisica, emotiva e intellettuale di assolvere a tale funzione.

Nel paziente affetto da LCC e dolore gli ambiti dove si può e si deve pianificare un percorso terapeutico si possono maggiormente identificare:

- nell'autogestione e autocura della lesione
- nell'educazione all'igiene del proprio corpo intendendo anche la correzione, dove sia necessaria, delle abitudini alimentari, del sonno, della mobilizzazione
- nella conoscenza e comprensione del dolore
- nell'autosomministrazione dei farmaci per il controllo del dolore
- nell'utilizzo di presidi/ausili come bendaggi, calze elastiche, ortesi, plantari di scarico, deambulatori, ecc.

Una delle strategie di insegnamento che viene adottata per facilitare l'acquisizione di competenze da parte del paziente e del caregiver, è l'utilizzo di opuscoli informativi.

Abbiamo così pensato di elaborare un opuscolo da proporre ai pazienti affetti da dolore da lesioni cutanee croniche degli arti inferiori poiché pensiamo che uno strumento informativo cartaceo possa meglio supportare delle sole informazioni verbali.

## L'IMPORTANZA DELL'ASPETTO PSICOLOGICO <sup>31</sup>

Andiamo ad analizzare come può essere considerata la pelle con una lettura in chiave psicologica con l'aiuto di una psicoterapeuta.

La pelle.....specchio dell'anima

La pelle è l'organo più grande del corpo umano, costituisce il rivestimento esterno, il guscio dell'essere umano. La pelle ci permette di entrare in comunicazione con gli altri e ci protegge dalle aggressioni che possono provenire dal mondo esterno, è un organo di senso che riceve in continuazione stimoli tattili, termici e dolorifici.

La pelle quindi si trova al centro di un importante crocevia: risente dell'influenza dell'ambiente esterno (clima, agenti fisici, chimici, virali ecc.), di quello interno (età, costituzione, situazione endocrina ed immunitaria etc.), e di quello psicoaffettivo (relazione con i familiari e con l'ambiente esterno, conflittualità ed emozioni).

Un medico scrittore Mantegazza l'ha definita: " Il telegrafo per il mondo esterno e specchio per il mondo interno".

I disturbi della pelle sembrano segnalare che il "confine" con il proprio ambiente non è più in equilibrio, ci permette di comunicare in modo preferenziale il nostro vissuto emotivo all'esterno senza l'uso della parola, "la pelle urla quello che la mia voce non sa esprimere". La somatizzazione cutanea diventa un mezzo simbolico di espellere una repressa ostilità interna, il cosiddetto "PIANTO CUTANEO".

Anche dal punto di vista semantico la cute e le sue funzioni hanno sempre rivestito, nell'immaginario collettivo popolare, moltissimi significati simbolici: basti pensare a proverbi del tipo "non stare più nella pelle", "avere la pelle dura" o "da elefante", "fare la pelle a qualcuno", "avere i nervi a fior di pelle", avere molto o poco "tatto".

I primissimi accenni a malattie cutanee si trovano nella Torah, i cinque libri di Mosè che compongono la prima parte di quello che comunemente viene denominato Antico Testamento. Si tratta delle generica "tsarà ath", una sorta di lebbra che colpisce Miriam che ha dubitato di Mosè: il signore la risanerà dopo sette giorni di isolamento. La maldicenza viene colpita con una malattia della pelle. Giobbe è coperto di piaghe dolorose, a simbolo visibile delle sue immani sventure. In Levitico, 13-15, la diagnosi e la terapia delle malattie cutanee è compito del Cohen, il sacerdote: lebbra, ulcere, tigne, scolo sono oggetto di isolamento e purificazione attraverso un simbolismo del numero sette.

Tipiche sono alcune frasi riportate dai pazienti "la ferita bagna perché io devo spurgare i miei peccati", "se fa male fa bene", "ho quest'ulcera da 20 anni, se chiude io muoio perché il male non può uscire".

Per Anna Freud essere accarezzato ed abbracciato all'inizio della vita, aiuta il bambino a costituire un'immagine corporea ed un IO corporeo sano.

Anziu ha introdotto il concetto di IO-PELLE che può essere spiegato come una rappresentazione dell'IO del bambino utilizzata da questo nelle prime fasi dello sviluppo; grazie ad essa il bambino riesce a vedere il proprio io come capace di contenere materiale psichico, il tatto a partire dalla consapevolezza della propria superficie corporea che gli fornisce la possibilità di differenziare lo spazio interno da quello esterno.

L'IO-PELLE ha tre funzioni:

- è il sacco che contiene il buono che le cure materne vi hanno depositato
- è la barriera che delimita gli spazi e che quindi impedisce l'entrata di materiale esterno non gradito
- è il luogo privilegiato della comunicazione con gli altri

alcuni studi hanno analizzato l'influenza dell'ambiente familiare sulla gravità della sintomatologia. Un ambiente familiare "disimpegnato/organizzato" si correla ad un numero inferiore di sintomi, viceversa un ambiente familiare "invischiato" è associato a più sintomi. Spesso la percezione della malattia cutanea genera frequentemente nei rapporti interpersonali un senso di repulsione a volte ingiustificato, tale da condurre ad un comportamento di esitamento al contatto nei confronti del paziente che produce conseguenze estremamente negative nel rapporto medico-paziente.

Questa riluttanza al contatto della cute ulcerata determina delle ripercussioni sul paziente per il quale il sintomo dermatologico ha già caratteristiche totalizzanti rispetto all'immagine del corpo coinvolgendolo nel suo insieme, come superficie esposta all'ambiente ed alle relazioni collettive. La percezione del paziente non è quindi "il mio organo cute è malato" ma "io sono impuro".

Le ulcerazioni della cute determinano un'alterazione dell'immagine corporea del malato e di conseguenza della propria autostima determinando di una percezione di mancata integrità dell'involucro corporeo e un'angoscia di un corpo che può essere leso e perforato facilmente e quindi svuotato dei suoi contenuti positivi.

La medicina e l'assistenza infermieristica rimarcano l'importanza e la necessità di considerare la persona nel suo insieme al fine di ottenere il miglior risultato nella cura delle lesioni.

Secondo Platone è necessario conoscere profondamente la sofferenza e aver riflettuto sul senso della malattia per poter curare efficacemente.

Non basta la scienza, ma occorre la conoscenza dell'uomo. Tale conoscenza si raggiunge con l'empatia.

Noi infermieri, rileviamo frequentemente come chi ha una lesione cutanea, rinnega la parte del corpo interessata.

Il primo segnale che si evidenzia sono le cure igieniche scadenti, l'arto interessato è visto come improprio pertanto non è più degno di attenzione.

La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e nel prendersi cura della persona, nel rispetto della salute e della dignità dell'individuo, questo negli atti più semplici come per esempio: lavare non solo la ferita ma tutto l'arto interessato, massaggiare con creme idratanti la pelle e toccare con tatto per poter ripristinare nel tempo l'integrità dell'immagine corporea.

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, che non significa per forza far guarire una lesione ma a volte può essere sufficiente dare la giusta considerazione al suo problema.

Inoltre valutare ed interpretare i rapporti che intercorrono tra il paziente e i familiari può aiutarci a capire i motivi, non espliciti, per cui una lesione apparentemente "bella" non guarisce. Ci sono infatti situazioni in cui la presenza di una ferita crea legami che prima non esistevano, ad esempio in persone che vivono da sole il passaggio di qualcuno che esegue la medicazione è un pretesto per avere rapporti sociali.

Il marito di una nostra paziente riporta "Non posso abbandonare mia moglie perché è malata ed ha bisogno di me", una guarigione, dal punto di vista della paziente, non sarebbe stata auspicabile in quanto l'avrebbe messa di fronte alle difficoltà coniugali, era riuscita attraverso la sua malattia ed alle sue ulcere (che automanteneva aperte con pratiche cruente), a tenere in scacco marito e figlia.

In situazioni estreme, ma non così rare il supporto e la supervisione di uno psicoterapeuta può migliorare e risolvere situazioni che altrimenti andrebbero avanti per anni con rischi per l'integrità psicofisica dell'intero nucleo familiare.

## CONCLUSIONI

Di fronte all'argomento "terapia dell'ulcera", tutti si aspettano una trattazione sulla medicazione risolutiva, concetto fuorviante e soprattutto minimalista.

La vulnologia è qualcosa di più che la semplice medicazione.

Secondo E. Ricci, "La piaga è sintomo di malattia": a noi il compito della diagnosi (di lesione ed etiologica) e soltanto in seconda battuta della terapia. Le stesse cose possiamo dire del dolore.

Questo lavoro non ha la presunzione di essere esaustivo o risolutivo davanti ad un problema così importante ed ampio come quello trattato.

Gli argomenti toccati in questo lavoro potranno sembrare scontati, ma riteniamo che molti di noi sottovalutino ancora il tema dolore, soprattutto se unito alle Lesioni Cutanee Croniche.

Linus Pauling, dice che "Il primo passo nell'applicazione del metodo scientifico consiste nell'essere curiosi del mondo", ed è proprio da questo che è iniziato il nostro percorso.

Il malato di LCC ha necessità di personale preparato e sensibilizzato che oltre a curare una lesione sappia curare una persona nel suo contesto abitativo e familiare in un clima di collaborazione e motivazione professionale.

Sottostimare e sottovalutare una LCC e il sintomo dolore sono, a nostro avviso, sintomo di poca sensibilità nei confronti della dignità umana.

Questa esperienza ha certamente consentito un arricchimento delle nostre conoscenze sull'argomento ma, ancor di più, ha stimolato in noi il desiderio di condividere con i colleghi l'esperienza appresa, al fine di apportare all'interno della nostra realtà dei miglioramenti. Crediamo che questo lavoro possa rappresentare l'inizio di un lungo e appagante percorso di apprendimento e formazione volto a migliorare l'operato degli operatori sanitari e la qualità di vita dei pazienti.

Concludiamo con una frase di Sir William Osler nella speranza che la nostra curiosità ed interesse uniti ad una maggior consapevolezza del nostro ruolo ci conducano verso un'assistenza scevra degli errori del passato.

**"Siamo continuamente messi fuori strada dalla facilità con cui le nostre menti,  
sulla base di una o due esperienze soltanto,  
si lasciano incanalare nei solchi dell'abitudine"**

## **RINGRAZIAMENTI**

Si ringrazia per l'aiuto prestato e la collaborazione. Per il supporto del materiale fornito e del supporto morale nei momenti di sconforto, le seguenti persone:

Coordinatore Inf.co Asl 3, distretto 2, di Torino

Dr. Sandy Furlini, Coordinatore Regionale AIUC (Associazione Italiana Ulcere Cutanee)  
sez. Piemonte

Dr.ssa Marilia Boggio Marzet, Psicoterapeuta Asl 7 Chivasso (TO)

I colleghi che hanno contribuito alla somministrazione dei questionari rendendo il lavoro finale più ricco di informazioni.

Tutte le colleghe che hanno lavorato di più per la nostra assenza durante il periodo del corso.

## BIBLIOGRAFIA

1. Colombo G.L. La gestione del dolore cronico in Italia. Costo sociale e qualità di vita. *Minerva Anestesiologica* 2004; vol.70 suppl.1 n°3: 1-4
2. Mercadante S., Ripamonti C. Valutazione, diagnosi e trattamento del dolore da cancro. Milano: Edizioni Masson, 2000; cap. 1, pag 1
3. Giofrè D. Il dolore non necessario. Torino: Edizione Bollati Boringhieri, 2004; pag 20
4. Monti M. L'ulcera cutanea. Approccio multidisciplinare alla diagnosi ed al trattamento. Milano: Edizione Sprinter, 2000; pagg 171-174
5. London NJM, Donnelly R. Ulcerated lower limb. *BMJ* 2000;320:1589-91
6. Revisione della letteratura Collegio Italiano di Flebologia 2003, AA.VV: 1997
7. Polignano R. Analisi dei problemi e dei costi nella gestione delle ulcere venose degli arti inferiori. [http://www.medforum.it/focus/linfologia/ulcere\\_venose.asp](http://www.medforum.it/focus/linfologia/ulcere_venose.asp)
8. Moffatt C. [http://www.aislec.it/files/download/409\\_dw.pdf](http://www.aislec.it/files/download/409_dw.pdf), 1994
9. Furlini S., Somà K. Il dolore nel paziente con lesioni cutanee croniche, Convegno Asl7 Chivasso (TO), 20 settembre 2003. [http://www.vulnologia.it/studio\\_dolore.htm](http://www.vulnologia.it/studio_dolore.htm),
10. Karsten F., Sibbald G. et al. La gestione del dolore nelle lesioni: un approccio interdisciplinare basato su casi clinici. - *Helios III/IV* 2003, pagg.7-10
11. The ICAI Study group. Prostanoids for chronic critical leg ischamia. A randomized controlled, open label trial with prostaglandin E1. *Ann Int Med* 1999;130:412-21
12. Furlini S., Somà K. et al, Poster n°67, 13<sup>TH</sup> Congresso Europeo EWMA Pisa 2003 <http://www.ewma.org/pisa2003/>
13. Callam MJ. et Al., Chronic leg ulceration: socio-economic aspects. *Scott Med J* 33, 1988: 358-60
14. Hamer C. et Al., Patient's perceptions of chronic leg ulceration. In : Harding KG (eds) 2nd European Conference on advances in Wound
15. Polignano R. Analisi dei problemi e dei costi nella gestione delle ulcere venose degli arti inferiori, [http://www.medforum.it/focus/linfologia/ulcere\\_venose.asp](http://www.medforum.it/focus/linfologia/ulcere_venose.asp)
16. Grey JE, Lowe G, Bale S, Harding KG (1998) The use of cultered dermis in the treatment of diabetic foot ulcers. *J Wound Care* 7(7): 324-325
17. Internetal Association for Study of Pain 1979. <http://www.iasppain.org/05Cong.html>

18. Mc Caffery on pain: Nursing Assessment in the patient with pain  
<http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Ackley/NDH/Constructor/index.cfm?plan=37>
19. Giofrè D. Il dolore non necessario. Torino: Edizione Bollati Boringhieri, 2004; pag 39
20. Boggio Marzet M. Interpretazione psicologica del dolore: il dolore come comunicazione. 1° Congresso Ospedale senza Dolore, ASL7 Chivasso (TO) 18 Dicembre 2004
21. Karsten Fogh, La gestione del dolore nelle lesioni. Helios III/IV 2003, pag 7
22. Furlini S., Somà K. Il dolore nel paziente con lesioni cutanee croniche: una importante arma diagnostica. XI Congresso Nazionale SICP Società Italiana di Cure Palliative Forlì, 31 Marzo – 3 Aprile 2004
23. Cutting K.F., Harding K.G., "Criteria of identifying wound infection" Journal of Wound Care, 3; 4: 198-201, 1994  
<http://www.healthdirections.co.uk/pdf/CuttingandHarding94.pdf>
24. Winter GD: Formation of scab and rate of epithelialization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature* 1962; 193:293-294
25. Bonezzi C. II Convegno Nazionale sul dolore – Ai confini del dolore, Pisa 2004
26. Moffatt CJ, Franks PJ, Hollinworth H. Understanding wound pain and trauma: an international perspective. EWMA Position Document: Pain at wound dressing changes 2002: 2–7.
27. Briggs M. e Torra i Bou JE. Tratto da "Guida al contenimento del dolore in sede di cambio della medicazione", – EWMA 2002: 12-17
28. Buonagurio E., Guida R. Le ulcere cutanee degli arti inferiori: inquadramento diagnostico, Helios 1/2001
29. d'Ivernois J.F. Educare il paziente. Guida all'approccio medico-terapeutico. Mediserve 1998
30. Marcolongo R. e Rigoli A. L'educazione terapeutica per pazienti. Rivista ICARO n°28 novembre 1999 - <http://www.lupus-italy.org/icaro/educazionepazienti.html>
31. Boggio Marzet M. La piaga come metafora della dialettica fra mente e corpo, 13 Dicembre 2003 Congresso "La visione olistica della cura: il malato.... La lesione cutanea cronica" ASL 7 Chivasso (TO)
32. Ricci E., Cassino R.: Piaghe da Decubito - II ed. – Minerva Medica 2004
33. EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel), 1997  
<http://www.epuap.org/gltreatment.html>