

In questo numero

Presentazione

3

**Disease Management:
linee di indirizzo della
gestione del paziente
con lesione da decubito**

*S. Furlini, K. Somà,
C. Rizzati, L. Beltrame,
Prof. P. Bonadeo*

4

**Valutazione
degli atteggiamenti
e delle conoscenze
sul dolore da parte
degli operatori sanitari
impegnati nel trattamento
delle lesioni croniche
cutanee**

*A. De Martino, G. Nebbioso,
F. Petrella, E. Migliorini,
I. Ferraro, C. Maiorano*

9

**Medicazioni avanzate:
utilizzo modelli
di utilità per attività
didattiche ed
esercitazioni pratiche**

*Dott. R. Di Quirico,
I.P. G. Li Gioi*

14

**“Percorsi diagnostico-
terapeutici integrati
ospedale-territorio”
per la gestione
dei pazienti affetti
da ulcere cutanee**

*F. Campitiello, G. Nebbioso,
F. Petrella, S. Canonico*

16

La stadiazione delle lesioni da decubito: guai a banalizzare



Molti di noi hanno appreso il problema del trattamento delle lesioni da decubito a partire dall'assunto che il primo passo da realizzare fosse una buona stadiazione. Nel tentativo di semplificare il problema clinico anche ai colleghi meno esperti, spesso sono stati stesi protocolli nei quali la stadiazione veniva legata a una serie di trattamenti ritenuti adeguati. Nell'ultimo anno tuttavia alcuni di momenti di confronto fra panel internazionali autorevoli hanno rimesso in discussione gran parte dell'impianto clinico e semeiologico su cui molti di noi hanno costruito il proprio sapere sul tema. Prima l'NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) statunitense e poi l'EUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) hanno dedicato una parte dei loro eventi congressuali annuali del 2005 ad una rivisitazione di alcuni principi di stadiazione. L'NPUAP si è interrogata sul problema del danno tissutale profondo e della stadiazione delle lesioni al primo e secondo stadio, l'EUAP ha lavorato sul tema della distinzione fra lesioni da pressione e lesioni da macerazione. In uno dei prossimi numeri di Helios vi forniremo un sintetico contributo delle posizioni che si sono determinate a riguardo. Il messaggio è comunque lanciato: la stadiazione delle lesioni da decubito non è un processo banalizzabile e richiede una competenza clinica e una attenzione di assoluto riguardo.

Disease Management: linee di indirizzo della gestione del paziente con lesione da decubito.

Furlini Sandy MD - Coordinatore Regionale AIUC Sez. Regione Piemonte

Somà Katia RN, Rizzati Claudia RN, Beltrame Lorella RN - Servizio di Cure Domiciliari ASL 7 Chivasso (TO). Distretto di Settimo T.se.

Un particolare ringraziamento al Prof. Piero Bonadeo, Presidente Nazionale AIUC, per le note di storia della medicina.

L’**ulcera e la medicazione nella storia**

Come la storia ci insegna, la cura delle lesioni è sempre stata delegata all’attenzione degli infermieri. Il celebre Charcot nelle sue lezioni a Parigi, annoverava le piaghe da decubito fra le patologie di cui un medico non si doveva occupare. (M. Nano)

Le medicazioni venivano eseguite, dal personale infermieristico, quasi di nascosto in quanto la presenza della piaga era considerata come una colpa, una negligenza nell’assistenza infermieristica, “la vergogna dell’infermiere”. (F. Nightingale 1820-1910)

Come si legge nelle Sacre Scritture, il profeta Isaia guarì le ulcere del Re Ezechia con impiastri di fichi dopo suggerimento Divino: probabilmente l’acido boricico e le proteine del frutto avevano esercitato un’azione antisettica. Il buon Samaritano utilizzò l’olio ed il vino.

Nell’Antico Testamento (Levitico XIII-XIV) si trovano descritte le caratteristiche delle ulcere cutanee, specialmente di quelle secernenti allora conglobate nell’unica dizione di “lebbra”. Inoltre venivano distinti malati “immondi”, con piaghe aperte ed essudanti e pertanto contagianti, da altri “netti” le cui piaghe erano “seccate” ovvero cicatrizzate e, dunque, non contagianti. La guarigione di questi ultimi doveva essere verificata dal

Sommo Sacerdote che ne sanciva la riammissione nel consorzio umano con un rito religioso detto “dei mondati”.

D’altra parte nell’antico Egitto era comune l’applicazione del miele sulle ulcere. Il papiro di EDWIN SMITH (1500 a.C.) indica la protezione delle ulcere (e delle ferite in generale) con cerotti “ad X”, applicazione di carne fresca (ad azione emostatica) e di cataplasmi a base di miele e di burro (con funzione ipertonica e favorente il drenaggio delle lesioni secernenti).

Polvere di sangue disseccato, polvere di suole vecchie e mummificate, allume, urina di bambino, sterco, pepe, calce ecc.. citati dal Guasparino da Venezia... di tutto di più, “nel più spaventoso connubio” (G.C. Donati).

Facciamo ora un salto nel tempo osservando cosa utilizzavamo nel nostro passato prossimo.

Prodotti a base di alcool (in fondo il detto più fa male, più fa bene doveva pur servire a qualche cosa!), frizioni vigorose, saponate energiche, soluzioni colorate (mercurocromo, violetto di genziana, eosina) e... dulcis in fundo la famosa acqua ossigenata, che con le sue curiose bollicine portava via tutto (compreso il tessuto sano che timidamente faceva capolino fra il mare magnum della carica necrotica).

Un problema di metodo

Perché oggi si parla di Linee Guida in riferimento ad un trattamento così specifico come

quello delle Lesioni da Decubito (LdD)?

Fino a non molto tempo fa, e forse ancora oggi in qualche realtà, ogni infermiere adottava un suo personale metodo, legato alla esperienza, al perseverare di abitudini consuetudinarie, alla sua voglia di provare. Spesso la “terapia” veniva tramandata oralmente.

Tutti noi ricordiamo ancora bene come fosse comune l’uso di sfregare (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 mettono a disposizione degli operatori una gamma infinita di prodotti, come districarsi ora nella giusta scelta? Su due diverse lesioni è corretto utilizzare lo stesso prodotto? La scelta che io ho fatto oggi, può essere condivisa dall’operatore che domani medicherà al mio posto? Quale sarà il criterio che utilizzerà nella sua valutazione?

A questo punto è necessario avere un filo conduttore basato su evidenze cliniche e scientifiche.

Ben presto ci si rende conto che dopo tanto parlare e discutere in maniera più o meno

erudita, quello che manca, l'anello di congiunzione, il quid che costituisce per tutti "l'eureka" (espressione che identifica il momento in cui si trova la risposta ad un problema arduamente ricercato), è nient'altro che il metodo.

D'altra parte un manoscritto anonimo del XV sec., scoperto recentemente in Inghilterra e dedicato esclusivamente alle ulcere, descrive efficacemente un trattamento sequenziale consistente in una accurata detersione, nella cura dell'infezione ove presente e nella promozione di un tessuto di granulazione. In questo piccolo trattato, 9000 parole appena, si trovano preziosi spunti e posizioni d'avanguardia: una definizione di ulcera, una classificazione (desunta da testi latini) basata essenzialmente su criteri che oggi diremmo anatomo-patologici e una diagnosi posta sull'obiettività clinica, il programma terapeutico:

"The particular regimen has many aims:

Firstly, to enlarge the narrow mouth of the ulcer.

Secondly, to clear out and mortify the ulcer.

Thirdly, to mundify the mortified place.

Fourthly, to encourage the formation of the new tissue, and heal the part that has been cleansed.

Fifthly, if all of these steps are taken, the ulcer will heal."

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 MORSTEDÉ [1380-1450]) dell'odierno approccio olistico al problema ulcere.

L'individuazione di un metodo ha da sempre affascinato il ricercatore, lo scienziato, o comunque chi, di fronte ad un problema, ha lavorato per trovarne soluzione. Ne è testimone il noto Galilei...

Approccio al "Disease Management"

La base, su cui fondare la metodologia di lavoro per affrontare la LdD, è stata per il nostro gruppo il moderno concetto di "disease management", espressione anglosassone che indica un sistema integrato di cure o, in altri termini, un approccio alle cure che vede i pazienti come persone al centro del percorso clinico ora visto come ricerca di standard assistenziali appropriati.

Questa espressione, sempre più usata per la gestione dei processi diagnostici e terapeutici in medicina, offre la possibilità di disegnare a priori per le singole malattie percorsi razionali e controllati, definendo in anticipo un budget di spesa.

Quindi: ottimizzazione e razionalizzazione delle risorse umane ed economiche.

Ma è solo una mera definizione di tappe per il contenimento della spesa? A noi pare una definizione un po' riduttiva e sviscerato fino in fondo, conduce alla scoperta di un significato nuovo e quanto mai attuale: una proposta per un modello di confronto degli interventi sulla base di referenze "evidence based". Si giunge quindi ad un'offerta di procedure diagnostiche e cure più adeguate impiegando le risorse in modo qualificato: non spendere meno, ma spendere al meglio, migliorando l'utilizzo delle risorse ponendo il paziente al centro del sistema. Si cerca così di ovviare al fenomeno della frammentazione delle cure e della mancanza di coordinazione fra le varie tappe dei percorsi sanitari.

Un sistema integrato di cure presuppone un intervento sanitario a più livelli, che vanno dall'educazione dei pazienti, all'applicazione di linee guida,

a consulti medici appropriati, per finire con un'offerta di farmaci e/o prodotti efficaci e di servizi adeguati.

Una proposta di questo tipo ha sicuramente un certo fascino, tuttavia vi sono alcune perplessità: da una parte quelle degli operatori, che hanno paura di perdere la propria autonomia professionale diventando meri esecutori di qualcosa già deciso a priori, dall'altra quelle dei pazienti, che temono di perdere la loro autonomia decisionale (ma esiste davvero questa autonomia attualmente?)

In sintesi c'è la paura di una pianificazione esagerata anche se sappiamo che non è così: la discrezionalità rimane comunque l'arma più importante in mano al sanitario e grazie al moderno concetto del Disease Management, oggi lo zaino si riempie e le armi si moltiplicano. Alla fine esiste la possibilità di scegliere ma fra opzioni che hanno come identikit: appropriatezza, efficacia, efficienza.

Parametri essenziali per decidere quali malattie scegliere per un intervento integrato.

Si evidenzia da questo schema come il problema "lesioni da decubito" necessiti sicuramente di una gestione integrata.

Linee Guida e dintorni

Nel 2003 si è costituito all'interno della nostra azienda un gruppo di arditi sognatori che, stanchi di brancolare troppo spesso nel buio di fronte ad una LdD si è fatto promotore della elaborazione di una linea di indirizzo per la prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito in ambito domiciliare, in linea con gli obiettivi aziendali per gli anni 2003/2004.

Come punto di partenza del nostro lavoro di gruppo, abbiamo considerato valida la nozione di Linee Guida (LG): **"raccolta di affermazioni sviluppate in modo sistematico per assistere le decisioni sanitarie circa una assistenza appropriata a condizioni cliniche"**

Parametri	Perchè	I nostro obiettivi
Alta prevalenza della patologia	Giustifica le risorse impiegate (40 % del carico di lavoro ADI-ASL7)	Ottimizzare e Razionalizzare le risorse
Necessità di un intervento integrato tra medicina primaria e secondaria	Evita la frammentazione delle cure	Costituzione di riferimenti per i pazienti
Mancanza di certezza sulla migliore pratica clinica	Costituisce la spinta alla ricerca e analisi dei dati disponibili	Creazione di standard assistenziali
Necessità di migliorare i risultati ottenuti dai pazienti	Migliora la qualità assistenziale	Disporre di piani di interventi personalizzati

specifiche". Sono infatti elaborate in modo da essere di ausilio alla pratica clinica e offrono raccomandazioni per la gestione di problemi. Costituiscono una sintesi delle informazioni scientifiche disponibili, valutate criticamente da professionisti.

L'adozione di LG non limita l'attività di scelta ma consente di avere indicazioni sui comportamenti ottimali e di documentata efficacia, da adottare sulla maggior parte dei pazienti. Sta poi al singolo clinico decidere se seguire la linea guida, ma questi è tenuto anche a giustificare per quale motivo o in base a quali dati-osservazioni non ne ha tenuto conto.

Si cerca in questo modo di contenere la attuale presenza di estrema variabilità degli atteggiamenti clinici dovuta essenzialmente a:

- 1) ritardo nella disseminazione delle conoscenze
- 2) perseverare in atteggiamenti consuetudinari
- 3) diffidenza verso procedure e/o farmaci innovativi
- 4) influenze di mercato

Le LG non sono verità assolute ed incontrovertibili dalle quali non ci si può discostare ma raccomandazioni; come tali non sono vincolanti né tanto meno portano con sé il concetto di obbligatorietà.

Costituiscono indicazioni di massima che richiedono necessariamente la discrezionalità del clinico che le segue.

Infatti originano da studi clinici effettuati su popolazioni selezionate in trias clinici che impongono rigidi criteri di inclusione ed esclusione (come ovviamente deve avvenire in ogni studio clinico di un certo peso). In altri termini risulta in alcuni casi difficile trasferire i risultati di un trial clinico alla generalità dei pazienti affetti da una determinata patologia. Le LG fanno riferimento ad un paziente "astratto" ma non a tutti i possibili pazienti che possono essere oggetto di una LG.

Attribuire alle LG proprietà taumaturgiche sarebbe un grave errore in quanto indice di una scarsa conoscenza dello strumento, delle basi della epidemiologia clinica e fondamentalmente della differenza che corre tra il concetto di probabilità e quello di certezza.

Come strumento, una LG dovrà essere quindi contestualizzata alla realtà in cui si decide di utilizzarla.

Così è stato per il gruppo di lavoro della ASL 7.

Gli obiettivi del gruppo di lavoro

In una ricerca condotta dagli operatori del Serv. di Cure Domiciliari della nostra ASL 7, è emerso come la richiesta di interventi su pazienti affetti da lesioni cutanee croniche sia consistente.

Le Lesioni da Decubito costituiscono il 40% circa del carico di lavoro totale, in accordo con le statistiche nazionali.

E' sulla base dei dati rilevati che

il gruppo ha deciso di elaborare una specifica linea di indirizzo per la gestione del fenomeno con lo scopo di prevenire la patologia presa in esame e nel contempo arrestarne gli inesorabili sviluppi, garantendo un miglioramento della qualità di vita per il paziente.

La linea di indirizzo è stata elaborata con i seguenti **obiettivi**:

1. Migliorare gli standard assistenziali e, con questi, la qualità di vita del paziente ipomobile e/o allettato (per patologia intercorrente o definitivamente per terminalità oncologica o meno);
2. 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;
3. 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;
4. Effettuare un piano di interventi programmati e personalizzati;
5. Migliorare la conoscenza e l'applicazione del nomenclatore tariffario sulla prescrivibilità dei prodotti di medicazione.
6. Ottimizzare le risorse

attraverso l'utilizzo mirato di materiali di medicazione, degli ausili e presidi.

Una questione di metodo

1. Costituzione di una équipe multidisciplinare rappresentativa delle competenze necessarie per la gestione della patologia.

Il gruppo è costituito da :

- Infermieri del Servizio di Cure Domiciliari dei 3 Distretti aziendali
- Medici di Medicina Generale
- Referenti Medici del Servizio ADI
- Consulente scientifico esterno (Coordinatore Regionale AIUC sez. Regione Piemonte)
- Adest
- Consulenti specialisti del Presidio Ospedaliero della nostra azienda

2. Discussione e valutazione delle Linee Guida di riferimento e della letteratura in merito, e relativa contestualizzazione alla realtà locale.

In Wound Care esistono due linee guida ufficiali: una americana AHCPR ed una europea EPUAP. Queste, dovendo andare bene per tutti, rischiano di essere un po' asettiche, generiche; contestualizzarle vuol dire valutare le mie risorse e trasportare i contenuti della LG nella mia realtà.

3. Stesura delle Linee di Indirizzo

4. Divulgazione delle Linee di Indirizzo

5. Programmazione di strategie di implementazione e su questo punto il lavoro è già cominciato in quanto è stato individuato un test di conoscenza standardizzato in collaborazione con la Prof.ssa Paola di Giulio (Epidemiologia Università di Scienze Inf.che di Torino) e distribuito al personale del Serv. Sanitario Territoriale (MMG + Inf.) con l'obiettivo di individuare i punti critici su cui focalizzare il 6° punto.

6. Programma formativo con incontri dinamici tra personale discente e formatori, da cui in ultimo far scaturire: protocolli operativi, revisione annuale

delle Linee di Indirizzo.

Secondo le Linee Guida della AHCPR, la riduzione dell'incidenza delle LdD si ottiene attraverso la realizzazione di programmi educativi:

“Si dovrebbero strutturare ed organizzare programmi educativi completi per la prevenzione delle LdD ed essi dovrebbero essere diretti a tutti gli operatori sanitari, ai pazienti ed ai loro familiari” (VALIDITA' A).

Il lavoro è stato presentato in un Convegno tenutosi a Volpiano (TO) il 27 Novembre 2004 i cui atti sono interamente disponibili consultando il sito internet www.vulnologia.it

Il documento, rappresenta un sistema standardizzato di valutazione, prevenzione e terapia delle lesioni cutanee da decubito, e diviene per tutti uno strumento di lavoro che traduce nozioni scientifiche in attività cliniche. Indispensabile ausilio alla pratica quotidiana e si presenta come una sintesi delle informazioni scientifiche disponibili, spesso complesse, valutate criticamente secondo principi condivisi. Ha lo scopo, quindi, di erogare procedure assistenziali basate su prove di efficacia.

Il principio su cui si basa è: “la comprensione delle modalità di insorgenza, la precoce prevenzione, la consapevolezza del tipo di trattamento da porre in atto riducono i rischi e limitano l'incidenza delle lesioni, contribuendo in modo determinante alla cura, alla riabilitazione e al recupero totale della persona”.

Per la sua valenza multidisciplinare, questo lavoro potrebbe costituire un utile supporto nella gestione più generale del paziente allettato o ipomobile.

“La piaga da decubito è l'espressione cutanea delle condizioni generali del paziente”. Tale concetto ribadito da più autori, allarga il punto di vista degli operatori a 360 gradi e conduce all'immagine di prevenzione come “prendersi cura della per-

sona nella sua globalità”.

Il documento tuttavia non vuole dare ricette pronte, ma vuole spingere ad interrogarsi sul proprio operato. Viene chiesto a tutti noi di ripensare al perché di tanti comportamenti, frutto spesso dell'abitudine, che hanno fondamento nella ripetitività della pratica clinica quotidiana più che nelle evidenze scientifiche.

Conclusioni

Due parole di commento a quello che è stato il lavoro svolto finora.

Nessuno di noi all'inizio pensava che sarebbe stato facile realizzare questo lavoro, ma sicuramente nessuno pensava che sarebbe stato così difficile!

I motivi sono diversi:

- riuscire a mettere insieme un gruppo così ampio ha le sue difficoltà già solo logistiche (individuare il giorno per le riunioni, gli spostamenti...)
- spesso le necessità “operative” del lavoro quotidiano prendevano il sopravvento sulle necessità inerenti il progetto
- ci siamo resi conto strada facendo di come si lavorasse in maniera molto diversa pur facendo parte della stessa azienda

Nonostante le difficoltà non ci siamo lasciati scoraggiare e siamo andati avanti, ora possiamo dire di essere fieri del lavoro fatto, sicuri che questo è solo il primo passo di un percorso che ci vedrà ancora impegnati per il futuro, affinché quelle che ieri venivano chiamate “la vergogna degli infermieri”, alla luce di quanto detto divengano oggi “la responsabilità di un'equipe domiciliare” e vengano correttamente gestite e il più possibile evitate.