

## Analisi dei problemi e dei costi nella gestione delle ulcere venose degli arti inferiori

**Dott. Roberto Polignano** – Ambulatorio per la diagnosi e cura delle lesioni vascolari degli arti  
– ASL 10 Ospedale IOT Firenze Riabilitazione Vascolare

e-mail: polignan@dada.it

### INTRODUZIONE

Quando si parla di ulcere degli arti inferiori si ha la sensazione di affrontare un problema ineluttabile che si cerca in gran parte di scaricare sulla famiglia del Paziente. E' considerata una cenerentola delle patologie che trova sempre poco spazio sia nei piani organizzativi delle Aziende sia nei programmi di aggiornamento del personale sanitario. Al contrario è una patologia che colpisce un gran numero di pazienti (0.3-5% della popolazione generale) ed incide pesantemente sulla spesa sanitaria[1]. Ne è colpita soprattutto la popolazione anziana con tutte le intuibili complicazioni e costituisce una situazione di estremo disagio per la qualità di vita del Paziente e della sua famiglia.

La cura delle ulcere degli arti inferiori costituisce un grosso problema per il servizio infermieristico territoriale: tale attività occupa fino al 60% del tempo degli infermieri[1,2] con un peso economico rilevante e con un deciso spostamento di risorse infermieristiche a scapito di altri problemi domiciliari. I costi sono costituiti dalle spese per le medicazioni, per i trasporti, per il personale medico ed infermieristico, a queste si aggiungono quelle sostenute direttamente dai Pazienti (sanità privata, elastocompressione, cure coadiuvanti, ecc.) e quelle indirette a carico del S.S.N. (ricoveri, interventi chirurgici, complicanze infettive, perdite di giornate lavorative, ecc.). Il problema assume quindi dimensioni ancor più preoccupanti non solo dal punto di vista economico ma anche sociale.

Studi anglosassoni[3] sui costi annui per il materiale da medicazione per la cura delle ulcere degli arti inferiori, indicano una spesa annua che si aggira nel Regno Unito sui 550-1000 milioni di euro, circa il 2-3% del budget sanitario nazionale, di poco inferiore alla spesa per malattie tabacco-correlate, mentre in Svezia[4] si spendono più di 200 milioni di euro ogni anno, corrispondenti a circa l'1% del budget sanitario nazionale. In Italia, studi analoghi, hanno evidenziato una spesa di poco superiore. Spesso questi studi sottostimano il problema poiché difficile è la valutazione dei costi legati a complicanze, recidive, spese ospedaliere dirette od indirette e perdite di giornate lavorative[5].

Le variabili che più facilmente vengono analizzate in questi studi sono: il tempo per il cambio della medicazione, la frequenza dei cambi, il costo dei trasporti e del personale sanitario ed i tempi di guarigione. Tra queste la più rilevante sembra essere la frequenza dei cambi delle medicazioni che viene regolarmente considerata nella formula proposta per la simulazione dei costi in ciascuna scelta terapeutica:

$TCw = (M \times L \times T) \times c$  [(costo totale settimanale = costo per medicazione + costo per il tempo della medicazione + costo per i trasporti) x frequenza settimanale dei cambi delle medicazioni][6].

Fino a qualche anno fa il 70% del personale infermieristico cambiava la medicazione più di una volta alla settimana, più precisamente il 7% quotidianamente, il 28% tre volte alla settimana, il 35% due volte, il 27% una volta ed il 3% meno di una volta alla settimana[7]; tale situazione sembra in lento miglioramento grazie all'uso delle medicazioni avanzate. Una variabile importante che incide su questo dato è la formazione del personale; studi internazionali[8,9] hanno evidenziato la superiorità dei trattamenti eseguiti dal personale specificatamente addestrato, in termini di maggior percentuale di guarigioni e minori costi complessivi.

## **ANALISI DEI PROBLEMI**

Il primo problema riferito dal personale sanitario è l'insufficienza della formazione in questo campo data dalle ASL. Ciò stupisce se si considera il basso costo di tale investimento e la sua importanza per un uso adeguato dei materiali. La formazione riguarda non solo le medicazioni, ma anche l'uso dell'elastocompressione e l'applicazione di uno screening di base, cosa che permetterebbe un più rapido e corretto intervento in attesa della consulenza specialistica. Circa il 70-80% delle ulcere degli arti inferiori riconosce un'eziologia venosa o prevalentemente venosa e dovrebbero essere trattate con beneficio con l'elastocompressione, così come riconosciuto dalla Evidence Based Medicine (Cochran Revue 2002 – Ministero della Salute 2003), ma la conoscenza dei sistemi di bendaggio è scarsa così come la disponibilità di materiali per confezionarli.

Un altro problema è costituito dalla scarsa disponibilità in molte ASL di prodotti moderni per medicazioni, di bendaggi e, talvolta, dalla scarsa razionalità nella loro scelta. Mancano gruppi multidisciplinari che periodicamente controllino l'evoluzione dei prodotti del settore, valutino gli studi più recenti ed introducano i presidi più utili. Spesso il personale ospedaliero e quello territoriale non hanno a disposizione gli stessi materiali, cosa che non permette l'applicazione di protocolli comuni.

Sempre nell'ottica di una razionalizzazione del tempo dedicato alle medicazioni, non sempre viene programmata adeguatamente la sede in cui vengono praticate le cure. Probabilmente riuscire con trasporti ben organizzati, a concentrare più Pazienti in ambulatori distrettuali, sarebbe utile per il contenimento dei costi (il tempo medio del trasporto per un infermiere è di circa 20-25 minuti e raddoppia il tempo totale della medicazione). E' da tener presente anche la possibilità di procedere negli stessi spazi ad altre terapie complementari, ma utilissime, come ad esempio fisioterapia e terapie infusionali.

Un altro aspetto piuttosto carente è quello dei rapporti tra medici di medicina generale (MMG), infermieri del territorio e specialisti. Non esiste spesso un linguaggio comune. I MMG, oberati da molti problemi di tipo sanitario e burocratico, sembrano non poter sopportare il carico di Pazienti con ulcere (circa l'1-2% dei loro assistiti [10]) che quindi, dopo una prima valutazione, inviano al personale infermieristico territoriale. La profonda conoscenza dei problemi del Paziente fa del MMG l'unico in grado di decidere se questi possa essere affidato per un periodo iniziale (circa 4-6 settimane) alla sola cura topica ed elastocompressiva o se necessiti rapidamente di una valutazione specialistica. Ma talvolta il MMG non riesce immediatamente ad inquadrare il problema eziologico e lo specialista non è in grado di fornire una consulenza in tempi rapidi. Il personale infermieristico ha però bisogno di queste informazioni per iniziare un trattamento adeguato. Meccanismi più semplici e diretti che prevedano rapporti preferenziali tra infermiere e specialista, con il coinvolgimento del MMG, sarebbero quindi auspicabili, così come prevede ogni attività di integrazione ospedale-territorio.

Una delle carenze più evidenti è la mancanza in ogni ASL di una figura specialistica di riferimento e di protocolli comuni e validati. Questo è probabilmente dovuto alla stessa organizzazione degli studi universitari: non è prevista infatti una specializzazione ad hoc (Vulnologia) e quelle poche informazioni disponibili vengono variamente spalmate su diverse discipline (dermatologia, geriatria, chirurgia vascolare e plastica, medicina interna, diabetologia, ecc). Dal momento che circa il 90% delle ulcere ha un'origine vascolare, la figura che potrebbe farsi carico delle prime fasi di screening è l'angiologo medico; anche in questo caso però l'Università non ci aiuta, avendone praticamente cancellato la specialità. Ma il problema ancora più grande è la mancanza in molte ASL di protocolli per la diagnosi e cura delle ulcere degli arti inferiori: solo in questo modo si potrebbe avere una razionalizzazione dei trattamenti e della raccolta dei dati.

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[11] e che un terzo dei Pazienti colpiti da ulcera degli arti accusava un dolore tale da condizionarne l'umore per lunghi periodi della giornata[12]. Non dovremmo quindi curare solo l'ulcera, ma soprattutto il paziente che ne è affetto con i suoi problemi fisici e psicologici. E' importante quindi non dimenticare mai questi aspetti e ricercare una scelta terapeutica personalizzata, attraverso una sinergia che coinvolga di volta in volta le diverse figure specialistiche.

## **POSSIBILI SOLUZIONI**

Razionalizzare la scelta dei materiali per medicazioni e valorizzare l'elastocompressione come terapia di prima scelta nelle ulcere venose degli arti inferiori. *Anche se non vi è un'evidenza scientifica di grado elevato sulla superiorità delle medicazioni avanzate rispetto a quelle tradizionali, linee guida internazionali raccomandano l'uso delle prime per un maggior controllo del dolore, una migliore gestione dell'essudato e una minor frequenza delle medicazioni. I bendaggi, soprattutto a corta estensibilità e multistrato, vengono invece raccomandati nel trattamento delle ulcere venose da tutte le linee guida internazionali e nazionali con un grado di evidenza maggiore ed è davvero incomprensibile come a tutt'oggi il SSN non fornisca alcun materiale elastocompressivo (bendaggi e/o calze elastiche) a questi pazienti.*

Organizzare un aggiornamento costante del personale sanitario. *La formazione del personale infermieristico e dei MMG dovrebbe essere finalizzata soprattutto all'uso di un mini-doppler per la misurazione delle pressioni braccio-caviglia (Indice di Winsor), alla scelta del materiale per le medicazioni, alla scelta del bendaggio elastico e alla valutazione dell'evoluzione dell'ulcera. La misurazione dell'Indice di Winsor è indispensabile al momento della prima visita per escludere la presenza di una arteriopatia che controindicherebbe l'uso del bendaggio elastico ed è quindi fondamentale nello screening di questi pazienti.*

Studio e applicazione di protocolli aziendali per la cura delle ulcere degli arti inferiori. *Sono ormai molte le linee guida internazionali e nazionali che possono costituire la base di un protocollo in ogni ASL. E' importante che non vi sia difformità di comportamento e di linguaggio tra personale infermieristico, MMG e specialisti. I protocolli dovrebbero prevedere per ogni tipo di ulcera il percorso diagnostico, il trattamento e gli ambulatori specialistici dedicati. Il personale addetto dovrebbe essere in numero sufficiente da garantire tempi adeguati di intervento. Le terapie chirurgiche dovrebbero essere finalizzate con più attenzione ai problemi di questi pazienti (controllo delle recidive, salvataggio d'arto, controllo del dolore, ecc).*

Razionalizzare la scelta della sede dove praticare le medicazioni: domicilio, distretto o ospedale programmando le forme di trasporto più idonee. *Studi anglossassoni hanno evidenziato come terapie fisioterapiche associate al trattamento topico ed elastocompressivo, incrementano i tassi di guarigione delle ulcere degli arti inferiori. Molti di questi pazienti presentano inoltre uno stato depressivo rilevante e anche in questo caso un supporto psicologico ha dimostrato migliorare i tassi di guarigione.*

## **CONCLUSIONI**

Il nostro fine deve essere quindi quello di migliorare la qualità dei servizi di cura, pur nel contenimento dei costi: gli aspetti da considerare a questo scopo sono molteplici e non dipendono solo dal nostro giudizio, ma spesso da quello del Paziente e della sua famiglia. Ecco quindi che l'adeguatezza, l'accettabilità e l'accessibilità al servizio andranno valutati insieme al Paziente, mentre l'efficacia e l'efficienza dipenderanno dai nostri risultati che naturalmente potranno essere analizzati solo grazie ad una corretta raccolta dati[13]. Tale raccolta sarà indispensabile per confrontare l'efficacia dei diversi protocolli ed i miglioramenti che l'inserimento di nuovi modelli di trattamento potrebbero dare. Allo stesso modo bisognerà che

ogni azienda valuti i risultati di tutte le strutture convenzionate, per il trattamento di queste lesioni, allo scopo di ottimizzare i costi. L'efficienza dei servizi dipenderà dalla crescita della percentuale di guarigioni, dalla capacità di analisi dei fattori che la possono ritardare, dagli effetti sulla qualità di vita del Paziente, dal rapporto costo/beneficio del Servizio e dalla valutazione del grado di soddisfazione del Paziente e della sua famiglia. Studi sul management delle ulcere degli arti inferiori hanno comunque confermato l'importante incremento della percentuale di guarigioni quando la cura è affidata ad un servizio specialistico[10], mentre la formazione specifica del personale riduce lo spreco di materiale e migliora l'efficienza del servizio[14].

## BIBLIOGRAFIA

1. Morison M. et Al., In Leg Ulcers. Second ed. Mosby 1994
2. Marklund B. et Al., Telephone advisory service, visits to district nurses and home visits made by district nurses at a Swedish primary health care district. Scand J Prim Health Care 1991, 316(3):161-6
3. Wilson E. Prevention and treatment of venous leg ulcers. Health Trends 1989, 21:97
4. Nelzen O. et Al., Venous and non-venous leg ulcers. Br J Surg 1994, 81:182-187
5. Appelquist J. et Al., Diabetic foot ulcers in a multi-disciplinary setting. An economic analysis of primary healing and healing with amputation. J Int Med 1994, 235:463-71
6. Appelquist J. et Al., In Cost-effectiveness of wound treatments. 4th Annual Meeting of the European Tissue Repair Society, Oxford 26 August 1994
7. Johnson A. The economics of modern wound management. Br J Pharm Pract 1993, 294-96
8. Morrell CJ. et Al., Setting a standard for leg ulcer assessment. J Wound Care, Apr 1996, 316: 173-75
9. Lambourne LA et Al., Clinical audit and effective change in leg ulcer services. J Wound Care, Sept 1996, 316:348-51
10. Moffatt CJ. et Al., Evaluation of Community leg ulcer clinics. 2nd European Conference on Advances in Wound Management 1992
11. Callam MJ. et Al., Chronic leg ulceration: socio-economic aspects. Scott Med J 33, 1988: 358-60
12. Hamer C. et Al., Patient's perceptions of chronic leg ulceration. In : Harding KG (eds) 2nd European Conference on advances in Wound Management. Harrogate 1992. Macmillan M. London 1993, pp.178-180
13. Shaw CD. Introducing Quality Assurance. Paper n.64 Kings Fund, London 1986
14. Davies H. Role of the Audit Commission. Quality in Health Care 1 (suppl.) 1992, S36-39