

## L'infermiere di famiglia nella gestione delle ulcere croniche

**Biagia Vagali**

Infermiera professionale  
Castellaneta (TA)  
Responsabile Nazionale  
Dipartimento di Nursing AIMEF

*La cura delle ulcere croniche è l'esempio emblematico di come l'infermiere di famiglia possa integrare l'attività del Mmg, sia nell'ambulatorio sia al domicilio del paziente, e più in generale come questa figura professionale possa essere un'opportunità per tutto il sistema assistenziale*

**L**e ulcere vascolari e quelle causate dal diabete incidono per l'80% nell'ambito di tutte le ulcere e possono essere responsabili di quadri clinici drammatici, con sintomatologia invalidante e a rischio anche di amputazione.

I motivi principali di una lunga degenza in ospedale dei pazienti con ulcere vascolari e diabetiche sono spesso da ricercare nei problemi di gestione al domicilio. La degenza ospedaliera può rivelarsi molto lunga, costosa e psicologicamente devastante e i costi di cura per una sola ulcera in regime di ricovero sono molto più elevati di un'adeguata programmazione gestionale (ospedale-territorio) di più pazienti con tale affezione. Un esame clinico accurato e una corretta individuazione del danno alla base della patologia ulcerativa consente l'instaurarsi di un trattamento adeguato che costituisce la chiave del successo terapeutico.

Nell'ambito dell'insufficienza venosa esistono diversi quadri clinici che possono causare un'ulcera e disponiamo di una grande varietà di presidi terapeutici (dalle bende elastiche alla terapia farmacologica locale e generale). Vi è poi da sottolineare l'importanza di una corretta preparazione del letto dell'ulcera e della scelta di una adeguata medicazione. Rispondere al fatto oggettivo che una lesione ulcerativa non guarisce facilmente è relativamente semplice, meno semplice risulta l'esatta individuazione e applicazione in cia-

scun paziente degli specifici programmi domiciliari.

Il criterio guida, alla luce delle nuove evidenze cliniche, è quello di rendere rapidi ed efficaci i programmi di integrazione ospedale-territorio, tali da coinvolgere attivamente il medico di famiglia e l'infermiere di famiglia, ottimizzando i costi. Il ruolo dell'infermiere di famiglia nell'ambito delle cure primarie non è in antitesi, ma risulta essere un ingranaggio vitale nel motore della medicina di famiglia. Purtroppo bisogna prendere atto che questo ingranaggio è diffusamente mancante al motore delle cure primarie.

### Normativa di riferimento

L'abrogazione del Dpr n. 225/1974, noto come "mansionario degli infermieri professionali" e l'introduzione del Dl n. 42/1999, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", ha modificato la figura e il ruolo dell'infermiere. La responsabilità professionale e infermieristica ha assunto maggiore rilievo. Con il mansionario egli poteva compiere attività ("mansioni") di cui rispondeva limitatamente alla corretta esecuzione e non al risultato finale del processo in cui la prestazione stessa era inserita. Oggi il legislatore definisce nell'art. 1, comma 1, che l'infermiere è "l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica"; nel comma 2, dispone che "l'assistenza infermieristica è di natura tecnica, relazionale ed educativa, le cui principali funzioni sono:

- la prevenzione delle malattie;
- l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età;
- l'educazione sanitaria.

Inoltre, nello stesso comma 2, vengono individuate le principali fasi del processo, ovvero l'infermiere:

- identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività;
- formula i relativi obiettivi;
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico.

Pertanto l'infermiere non è solo responsabile delle prestazioni erogate, bensì la sua responsabilità si estende dall'identificazione dei bisogni che l'utente manifesta e non è in grado di soddisfare autonomamente, alla pianificazione e attuazione degli interventi infermieristici, nonché alla valutazione dei risultati ottenuti, quindi a verificare se effettivamente l'utente ha soddisfatto i propri bisogni.

Percorrendo le fasi del processo di assistenza (tabella 1) si comprende quanto sia indispensabile l'aiuto che la figura dell'infermiere di famiglia può dare.

**Tabella 1**

### Fasi del processo di assistenza infermieristica

- Identificazione dei bisogni
- Determinazione degli obiettivi
- Pianificazione e attuazione degli interventi
- Valutazione dei risultati

## ■ Strumenti operativi

Per l'identificazione dei bisogni l'infermiere si avvale di due strumenti operativi che si integrano tra di loro.

- Il primo è la valutazione multidimensionale, che valuta tre aspetti fondamentali:

- 1. valutazione delle comorbilità:** valuta non solo il paziente per quanto riguarda l'ulcera, ma anche l'associazione con le eventuali altre patologie presenti (diabete mellito, cardiopatie, broncopneumopatia cronica ostruttiva, neoplasie, ecc);

- 2. valutazione della terapia:** intesa come corretta conservazione e assunzione dei farmaci, approvvigionamento adeguato, rispetto degli orari di somministrazione, ecc.

- 3. valutazione bio-psico-sociale:** è il passaggio più importante nell'identificazione dei bisogni. Essa valuta se si è in presenza di deficit intellettivi, impossibilità a deambulare, alterazioni psicologiche e condizioni di disagio sociale (il paziente vive solo, in una casa malsana, ha pochi parenti o amici che lo aiutano, ecc).

- Il secondo concerne la stratificazione dei pazienti secondo il rischio di ospedalizzazione (pazienti a maggiore o a minore rischio). A tale scopo si usa una semplice classificazione:

- **livello 1, basso rischio di ricovero:** pazienti che necessitano solo del programma terapeutico da seguire al domicilio o in ambulatorio, per esempio ulcere agli arti in pazienti autosufficienti che lavorano o che presentano una patologia sistemica ben controllata e un livello socio-culturale sufficiente per autogestirsi;

- **livello 2, alto rischio di ricovero:** pazienti che presentano patologie sistemiche più impegnative e/o che non riescono ad autogestirsi;

- **livello 3, altissimo rischio di ricovero:** pazienti ad alta complessità, cioè pazienti allettati in gravi condizioni generali o appena dimessi per motivi di DRG o altro. Meglio si identificano i bisogni, meglio si potranno determinare gli

obiettivi e la pianificazione per quel paziente.

L'obiettivo finale è quello di fare chiudere le ulcere e di prevenire le recidive, ma a tale scopo bisogna valutare e riconoscere gli altri obiettivi intermedi:

- controllo dell'adesione alle terapie prescritte;

- contatto costante con paziente e familiari;

- gestione agenda degli appuntamenti;

- facilitazione dell'inserimento in attività riabilitative;

- affiancamento ai familiari per la gestione sociale;

- report di spesa per il singolo caso.

L'infermiere quindi affianca il medico nella gestione del caso mediante un valido collegamento.

Una volta identificati gli obiettivi intermedi, va pianificata la loro attuazione. A questo punto l'infermiere di famiglia realizza il progetto di gestione (naturalmente condiviso dal paziente e dal medico), mantenendo per il paziente i contatti con il proprio medico. Inoltre aiuta il paziente a identificare e accedere a tutte le opzioni di cura e assistenza possibili per il suo caso, lo segue in ambulatorio o al domicilio intervenendo direttamente nella gestione dell'ulcera, gestisce il calendario delle visite e degli accertamenti, controlla la compliance.

## ■ Gestione complessiva

Si intuisce che il progetto di gestione sia complesso: non più solo la semplice medicazione, anche se correttamente condotta, ma esso deve comprendere anche aspetti quali il sostenimento del paziente e dei parenti, educandoli, coordinandoli e con un sorriso essere in grado di porre attenzione alle loro richieste.

- **Educare** paziente e parenti a ridurre l'ansia e le paure che insorgono man mano che si procede nel trattamento dell'ulcera, offrendo l'aiuto psicologico che poi li renderà partecipi attivamente all'atto della medicazione. Spesso si viene chiamati d'urgenza per la compar-

sa di essudato, piccoli sanguinamenti, bruciore e dolore: educarli a tali evenienze riduce la loro ansia. Renderli partecipi attivamente alla medicazione rassicura e tranquillizza i pazienti e i parenti oltre a contribuire a ridurre gli accessi domiciliari. Fare adeguare lo stile di vita al problema in corso favorisce la guarigione delle lesioni: consigliare piccole passeggiate, il cambio frequente di posizione, muovere nel letto con regolarità gli arti o le zone di appoggio.

- **Coordinare** paziente e parenti a rispettare il programma di massima pianificato: orari della medicazione, tipo di medicazione, corretta esecuzione, regolarità nell'assunzione dei farmaci, tipo di alimentazione, ecc. Andrebbe fornita disponibilità telefonica per risolvere i problemi quando insorgono. Coordinare significa dirigere questo gruppo e controllarlo nel tempo e l'annotazione del progresso o dell'eventuale peggioramento su uno schema facile consente il necessario feedback.

- **Fornire** uno schema molto semplice dove annotare i dati fondamentali relativi al paziente: dati anagrafici, segnalazione del tipo di lesione e della sede, eventuali malattie concomitanti, terapie generali in corso, eventuali allergie o trattamenti speciali in corso. Ovviamente bisogna dettagliare in modo completo la medicazione proposta, quante volte al giorno va effettuata e i presidi da usare. L'annotazione su un piccolo calendario dell'avvenuta medicazione affiancata da un disegno della lesione base con il progresso avvenuto, usando colori diversi o linee con diverso tratteggio, consente di seguire a colpo d'occhio l'andamento reale della lesione. In pratica l'uso di un semplice schema facilita il monitoraggio e la valutazione dei risultati. Quanto meglio si tengono monitorati il movimento, l'adeguata alimentazione, i parametri bioumorali, la funzione cardiocircolatoria, la psiche, l'ulcera e la cute circostante (idratata e pulita) migliori saranno i risultati che si otterranno.