



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica
Polo Didattico di Macerata

**La gestione infermieristica delle
ferite difficili, dovute ad
insufficienza venosa e arteriosa**

Relatore: Chiar.mo
Rita Fiorentini

Tesi di Laurea di:
Federica Romaldi

A.A. 2020/2021

INDICE:

INTRODUZIONE	1
OBIETTIVO	2
MATERIALI E METODI	2
CAPITOLO 1. LE ULCERE VASCOLARI	4
1.1 Definizione di ulcera vascolare	4
1.2 Eziopatogenesi delle ulcere vascolari	7
1.3 Clinica delle ulcere vascolari	9
1.3.1 Sede e caratteristiche delle ulcere arteriose	10
1.3.2 Sede e caratteristiche delle ulcere venose	10
1.3.3 sintomatologia delle ulcere vascolari	10
1.4 Concetto di qualità di vita	11
CAPITOLO 2. RISULTATI	13
2.1 l'impatto fisico della gamba ulcerata	13
2.2 l'impatto sociale ed occupazionale	19
2.3 l'impatto psicologico	21
2.4 L'impatto dei trattamenti dell'ulcera	22
DISCUSSIONI	24
CONCLUSIONI	31
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	33
RINGRAZIAMENTI	

INTRODUZIONE

Il progressivo invecchiamento della popolazione, la riduzione della mortalità precoce, ed il continuo incremento della vita media, portano alla cronicizzazione dei processi patologici e negli ultimi anni si è evidenziato sempre di più il problema delle lesioni cutanee, che rappresentano una sfida per i professionisti sanitari. (ISTAT, 2011) Le ulcere croniche, in particolare le ulcere vascolari degli arti inferiori, rappresentano oggi un significativo problema di salute pubblica, e un carico economico importante per il sistema sanitario nazionale. Infatti, esse rappresentano un vero e proprio problema clinico-assistenziale, spesso invalidante e di difficile approccio. Dagli ultimi dati forniti dall'associazione Italiana Ulcere Cutanee (AIUC), si è visto che negli ultimi anni il problema delle ulcere vascolari ha assunto un'importanza crescente, soprattutto in funzione del progressivo aumento della popolazione in età avanzata e quindi della prevalenza delle patologie croniche e disabilitanti. In Italia sono stimate oggi circa 2 milioni di persone che lottano ogni giorno contro questa patologia. Dagli ultimi studi possiamo vedere che la prevalenza delle ulcere degli arti inferiori è dell'1-2% circa nella popolazione adulta, con un picco del 3,6% nella popolazione con età superiore ai 65 anni. (AIUC, 2021) Da uno studio recente, redatto nel 2019, possiamo stilare una classificazione di tali patologie, in base alla frequenza ed all'eziologia con cui si manifestano. Tra le ulcere vascolari, quelle con maggiore incidenza sono le ulcere venose, in quanto rappresentano il 70% delle ulcere dell'arto inferiore. Al secondo posto, in ordine di prevalenza troviamo le ulcere arteriose, che si presentano con una percentuale del 15%, poi successivamente abbiamo le ulcere di natura mista con un'incidenza del 7-10%. Inoltre, si calcola che circa il 5% delle ulcere dell'arto inferiore siano di origine diabetica e il 3% sono secondarie ad altre patologie e/o ad altre condizioni, come ad esempio: vasculiti, neoplasie, problemi ematologici, eventi post-traumatici pure, origine linfoedematosa, ulcera su base autoimmunitaria. (C. Ligresti, 2019) L'impatto che l'ulcera determina sulla qualità di vita del paziente è molto importante, in quanto il paziente si sentirà frustrato per paura che l'ulcera non potrebbe guarire, per paura delle recidive, il dolore, i problemi nella mobilità; questi precedentemente elencati sono una serie di problemi che se non trattati porteranno conseguentemente all'isolamento sociale del soggetto. L'infermiere insieme al medico rappresentano i professionisti sanitari, che operano attivamente nella gestione di tale patologia. (Nélia Cunha, 2017)

OBIETTIVO

L'obiettivo di questa revisione consiste nel condurre una sintesi degli studi disponibili in letteratura correlati a pazienti che sono affetti dalle ulcere croniche degli arti inferiori, e di descrivere attraverso la ricerca bibliografica l'impatto che le ulcere vascolari croniche hanno sulla qualità di vita dei pazienti, per definire poi quali interventi possono portare all'incremento del benessere e quindi della relativa qualità di vita in questi pazienti.

MATERIALI E METODI

Viene condotta una revisione narrativa, dove sono state utilizzate banche dati elettroniche come Pubmed e Cochrane, utilizzando i seguenti motori di ricerca Medline e Cdsr, e diverse fonti bibliografiche e linee guida.

Per la definizione del fenomeno indagato è stato sviluppato un quesito clinico seguendo la metodologia PICO:

- P (population/patient) – Pazienti portatori di ulcera vascolare cronica correlata a scarsa qualità di vita.
- I (intervention) – Interventi e metodi per promuovere e migliorare la qualità di vita dei pazienti.
- C (comparison) – Non viene effettuato.
- O (outcome) – Migliorare il benessere e la qualità di vita dei pazienti presi in oggetto.

La consultazione delle banche dati è stata effettuata utilizzando la combinazione delle seguenti parole chiave:

- Vascular ulcers
- Venous ulcers
- Arterial ulcers
- Sites of vascular ulcers
- Ulcer diagnosis
- Quality of life

- Chronic leg ulcers
- Emotions
- Life change events
- Depression
- Impact of chronic ulcer
- Ulcer treatment

Per la revisione e la selezione del materiale sono stati inclusi studi con abstract e full text disponibili in lingua italiana, inglese, spagnola; rivolti ad una popolazione adulta e coerenti al quesito clinico sviluppato.

Dalla selezione sono stati esclusi materiali non inerenti all'obiettivo della revisione, senza disponibilità di full text e riguardanti pazienti pediatrici e materiale pubblicato prima dell'anno 2010.

Sono stati inclusi quindi studi sia qualitativi che quantitativi, con particolare predilezione per le reviews sistematiche e le linee guida pubblicate dalle più significative agenzie scientifiche mondiali.

Sono stati inoltre consultati il sito dell'Associazione Italiana Ulcere Cutanee ONLUS (AIUC), e il sito dell'Istituto Flebologico Italiano, ed infine il sito International Association for the Study of Pain (IASP).

Ulteriori notizie sono state estrapolate dalla consultazione di alcuni libri di testo trattanti le lesioni cutanee e l'assistenza infermieristica, come: "Assistenza infermieristica nella cura delle lesioni cutanee" di Sue Bale e Vanessa Jones.

CAPITOLO 1. LE ULCERE VASCOLARI

1.1 Definizione di ulcera vascolare

Per ulcera vascolare si intende una ferita cronica di natura vascolare che tende a non guarire spontaneamente o anche dopo tre mesi di trattamento appropriato o non è ancora guarita dopo 12 mesi. (Agale VS., 2013) Per ulcera si intende infatti una soluzione di continuo, di forma rotondeggiante o di forma ovale, dei tegumenti e dei tessuti di rivestimento delle cavità interne, che interessa anche il tessuto connettivo sottostante e mostra scarsa tendenza alla risoluzione spontanea. (P. Mollo, 2018) Le cause delle ulcere sono diverse e di differente natura, possono essere: meccaniche, chimiche, infettive, trofiche, avitaminosiche, neoplastiche, fisiche (raggi X e radiazioni ionizzanti). Anatomopatologicamente, a carico dell'ulcera si distinguono un fondo e dei margini. Il fondo può essere appianato, scodellare, a cratere, i margini possono essere pianeggianti o rilevati, introflessi o estroflessi. (Treccani, 2010) In questa tesi verranno prese in considerazione soprattutto le ulcere di origine arteriosa, venosa e miste.

- Ulcere arteriose: sono causate da una riduzione del flusso di sangue arterioso e la successiva diminuzione della perfusione tissutale. La riduzione di flusso di sangue arterioso si può verificare a seguito di un'occlusione arteriosa. Essa a sua volta può essere causata da qualsiasi cosa che possa provocare un'ischemia dei tessuti cutanei e sottocutanei che potrebbe portare alla formazione di ulcere. La causa principale è: la malattia aterosclerotica delle grandi e medie arterie. Altre cause includono il diabete, tromboangioite (come la malattia di Burger), pioderma gangrenoso (malattia dermatologica caratterizzata dall'insorgenza ricorrente di ulcere cutanee), talassemia e anemia falciforme, malattia micro-vascolare o macro-vascolare, e / o vasculite. Alcune di queste cause sopracitate possono predisporre alla formazione di un ateroma (una placca formata da grassi, proteine e tessuto fibroso che si forma nella parete delle arterie e configura il quadro dell'aterosclerosi); che potrebbe portare all'ischemia della gamba con conseguente ulcerazione; difatti, una riduzione dell'apporto di sangue porta come risultato l'ipossia e il danno del tessuto nella zona alimentata dall'arteria interessata. Episodi trombotici e ateroembolici possono contribuire al danno dei

tessuti e la formazione di ulcere. (Emilio A. Loiacono, 2018) L'ulcera arteriosa si forma in genere sopra le dita o le prominenze ossee dei piedi, e dei talloni. Le ulcere arteriose si presentano con margini netti, fondo necrotico o fibrinoso, e cute perilesionale pallida con perdita degli annessi cutanei. (Agale VS., 2013) La comparsa dell'ulcera arteriosa si verifica di solito dopo un trauma apparentemente banale o come conseguenza di una pressione localizzata. La malattia vascolare periferica diviene più comune negli uomini di età superiore a 45 anni, e nelle donne di età superiore a 55 anni. Inoltre, i pazienti possono avere una storia familiare di malattia aterosclerotica precoce, e/o un'anamnesi clinica di problemi vascolari generalizzati, quali infarto del miocardio, angina, ictus, e claudicatio intermittens (dolore descritto come un crampo muscolare, che colpisce tipicamente il polpaccio; il dolore aumenta con lo sforzo e diminuisce con il riposo. Così da adottare una deambulazione intermittente, con delle pause necessarie per alleviare il dolore). Quelli appena citati sono dei fattori non modificabili predisponenti alla malattia, cioè sono tutte quelle condizioni non modificabili, su cui non si può agire direttamente, ma il cui effetto può essere attenuato grazie a dei buoni comportamenti e a delle misure di prevenzione. Invece, i fattori di rischio modificabili per questa patologia includono: il fumo, iperlipidemia, ipertensione, diabete e obesità, con associata diminuzione di attività. (Emilio A. Loiacono, 2018)

- Ulcere venose: si tratta di una lesione della cute, riscontrata comunemente negli arti inferiori, dovuta da un danno al sistema venoso profondo o superficiale che porta a ipertensione venosa. Per capire la genesi delle ulcere venose bisogna ricordare alcuni cenni di anatomia del sistema circolatorio venoso dell'arto inferiore. Esso è formato da un sistema venoso profondo e da uno superficiale, in comunicazione tra loro a livello dell'anastomosi safeno-poplitea e safeno-femorale, oltre alle numerose vene perforanti. Il sistema venoso superficiale drena il ritorno venoso dalla cute e dal sottocutaneo, e ha una funzione termoregolatrice, mentre il sistema venoso profondo drena il ritorno venoso dei muscoli sotto la fascia profonda. I due sistemi, grazie alle numerose valvole, danno luogo ad un'unità funzionale che rende possibile il deflusso di sangue essenzialmente verso il circolo venoso profondo, attraverso il polpaccio che esercita l'azione di pompa muscolare durante la deambulazione. È da sottolineare l'assenza del sistema valvolare all'altezza della caviglia, dove il circolo venoso di

Cockett risulta del tutto insufficiente e così ne consegue la comparsa precoce di segni clinici prodromici delle ulcere cutanee venose proprio in questa zona. Le forze che intervengono dinamicamente nel consentire il ritorno venoso sono numerose e si dividono in forze aspirative e propulsive. Durante la camminata i meccanismi propulsivi compiono il loro massimo lavoro, soprattutto le pompe muscolari del piede e del polpaccio. A ogni passo, durante la contrazione muscolare si ha una vera e propria spremitura delle vene profonde: il sangue, costretto dalla chiusura delle valvole poste distalmente, ritorna per forza verso l'alto. (Sue Bale, 2008) La causa della formazione di un'ulcera venosa sembra sia l'ipertensione venosa, causata dal reflusso di sangue dal sistema venoso profondo verso quello superficiale. Ciò avviene essenzialmente per tre motivi: disfunzione valvolare o reflusso a livello delle vene profonde, perforanti o superficiali, delle singole vene o in combinazione tra loro; ostruzione parziale o totale delle vene (come nel caso della trombosi venosa profonda); deficit di pompa muscolare del polpaccio, riduzione dell'attività fisica, paralisi, riduzione della motilità della caviglia dovuta a malformazioni. Le ulcere da insufficienza venosa sono in genere la conseguenza di un'insufficienza venosa cronica con conseguente aumento della permeabilità vascolare, deposizione di fibrina, fenomeni trombotici e trombo flebitici, acidosi tissutale locale ed infine riduzione dell'apporto di ossigeno tissutale con necrosi e successiva formazione di lesioni ulcerative. Come abbiamo già spiegato sopra, siccome il danno di questa eccessiva pressione dipende dalla differenza di pressione fra il sangue nelle vene e la pressione dei tessuti; quindi, aumentando la pressione nei tessuti la cellula tornerà ad ossigenarsi. L'ulcera dovuta ad insufficienza venosa in genere si forma nella parte anteriore della gamba (nel 61% dei casi), ed intorno alla caviglia in posizione mediale e laterale (39% dei casi). Le dimensioni medie di un'ulcera venosa sono intorno ai 2.6 cm quadri, ma nei casi più gravi possono arrivare ad interessare in estensione tutto l'arto inferiore; di solito si presentano con la cute peri lesionale iperpigmentata, per l'accumulo di emosiderina, con zone di atrofia bianca di Milligan, lipodermatosclerosi. Il fondo della lesione può essere fibrinoso o granuleggiante, con bordo poco rilevato o piatto a forma irregolare. (Emilio A. Loiacono, 2018) I fattori di rischio non modificabili di questa patologia sono: ereditarietà (storia familiare di vene varicose, trombosi o ulcera venosa nella parte inferiore della gamba); età

avanzata. Mentre i fattori di rischio modificabili che conosciamo sono: sovrappeso; scarsa attività fisica; lunghi periodi di tempo passati in posizione seduta o in piedi; fumo e alcool; assunzione di ormoni, soprattutto di contraccettivi ormonali (“pillola”). (Dragan J., 2010)

- **Ulcere miste:** sono lesioni in cui patologia venosa ed arteriosa contribuiscono entrambe alla genesi della lesione vascolare. Sono più frequenti di quanto si possa pensare e possono presentarsi sotto due principali aspetti: Lesioni che presentano la sede tipica della ferita arteriosa (margine esterno, dita, dorso del piede), associate a pigmentazione peri lesionale, ectasie venose, dermoipodermite. Lesioni a sede peri malleolare mediale, con fondo fibrinoso, edema, iperpigmentazione con dolore intenso, che si accentua con la sopraelevazione dell'arto; caratteristiche tipiche della lesione venosa. Talvolta l'intolleranza al bendaggio elastocompressivo, in un paziente già trattato per ulcera venosa, fa ipotizzare la manifestazione di una concomitante patologia arteriosa. (Guillaume Chaby, 2011)

1.2 Eziopatogenesi delle ulcere vascolari

Analizzando l'epidemiologia delle ulcere vascolari precedentemente trattata e citata nell'introduzione, è evidente come la maggior parte delle ulcere sia per lo più di origine venosa. (C. Ligresti, 2019) In condizioni di salute il sistema venoso della gamba pompa il sangue indietro verso il cuore. Questa azione, presuppone uno sforzo per l'uomo, poiché ha luogo in senso contrario alla gravità. Nella gamba sono presenti tre categorie di vene: profonde, superficiali e comunicanti o perforanti. Le vene superficiali, grande safena e piccola safena che contribuiscono al drenaggio cutaneo, pompano il sangue a bassa pressione nel sistema venoso profondo attraverso le vene perforanti. Le vene profonde sono circondate da muscoli (pompa muscolare del polpaccio) che si contraggono e si rilassano durante la marcia, pompando il sangue lungo la gamba verso il cuore. Un corretto ritorno venoso non avviene solo grazie all'azione della pompa muscolare del polpaccio, ma anche grazie al movimento completo della caviglia; infatti, quando si muove la caviglia, il tendine di Achille si contrae e si rilassa, così facendo supporta il lavoro che deve compiere la pompa muscolare del polpaccio. Fisiologicamente parlando possiamo dire quindi, che durante la fase di riposo degli arti, il sangue venoso defluisce

dal sistema superficiale a quello profondo attraverso le vene perforanti, in maniera unidirezionale grazie al sistema valvolare. Durante la contrazione dei muscoli cavisti del piede e di quelli dell'arto, il sangue è spinto verso l'alto, sempre in modo unidirezionale. Nell'insufficienza venosa cronica, come succede nella sindrome post-trombotica, il danno valvolare determina un reflusso venoso dal circolo profondo a quello superficiale, con ipertensione venosa e rallentamento della circolazione sanguigna nelle vene (stasi venosa). Questi eventi si ripercuotono sul microcircolo, con un aumento della pressione idrostatica capillare, l'aumento della permeabilità e il passaggio nell'ambiente extravasale di liquidi e macromolecole come l'emosiderina, che è la causa della pigmentazione a ghetta della zona interessata; e del fibrinogeno, che è responsabile della formazione dei manicotti di fibrina per i capillari detti "fibrin cuff", che ostacolano gli scambi gassosi (diminuendo la diffusione di ossigeno nei tessuti, causando alterazioni trofiche, le ulcere). La teoria del "manicotto di fibrina" fu proposta per la prima volta dallo studioso Burnard (1976), poi successivamente fu confermata da Browse (1983), secondo il quale, la cute assume un aspetto "legnoso" dovuto alla graduale sostituzione della cute e dei tessuti sottocutanei con tessuto fibroso; questa condizione viene chiamata lipodermatosclerosi e si riscontra comunemente nei pazienti affetti da ulcere venose. (Sue Bale, 2008)

L'accumulo elevato di liquido nell'interstizio tessutale, invece, determina un sovraccarico della rete linfatica e di conseguenza la comparsa dell'edema. La stasi venulo-capillare genera un rallentamento del flusso microcircolatorio, che favorisce lo sviluppo di CO₂, con conseguente vasodilatazione ed aggravamento dell'ingorgo venulo-capillare, ed anche un rallentamento del flusso leucocitario intravasale e una successiva migrazione extravasale. I leucociti, attivati, determinano citolisi, provocando un danno microcircolatorio e tessutale. Il rallentamento del flusso leucocitario può inoltre portare ad una loro adesione alle pareti del vaso (plugging) con successiva formazione di tappi leucocitari, provocando un'ischemia, che aggrava ulteriormente la permeabilità capillare e attiva l'aggregazione piastrinica. Il risultato finale di questi processi fisiopatologici è la formazione di microtrombi e un generale sconvolgimento dell'assetto microcircolatorio.

L'anamnesi di insufficienza venosa include, di solito, una storia di flebiti, trombosi venosa profonda, una grave lesione alla gamba interessata come ad esempio una frattura, o vene varicose. Questo tipo di ulcere possono impiegare mesi a guarire e nel tempo questi pazienti, possono essere soggetti a ricadute. (David R. Thomas, 2013) Con l'avanzare

dell'età le ulcere venose diminuiscono del 20-30% e al contrario aumentano le ulcere di natura arteriosa o mista. Esse sono causate dalla perdita di elasticità e dalla deposizione di placche lipidiche e calcificazioni lungo le pareti dei vasi arteriosi, che contribuiscono a ridurre il lume degli stessi, con conseguente riduzione dell'apporto ematico ai tessuti. L'ulcera arteriosa è in genere il risultato dell'aterosclerosi del sistema arterioso degli arti inferiori, essa spesso è una patologia progressiva che può restare silente e misconosciuta per diversi anni. Inoltre, l'ulcera arteriosa può riconoscere la sua genesi anche nel danno ipossico cutaneo prolungato, legato a diverse cause. Nelle ulcere ischemiche tale danno è legato alla riduzione della perfusione cutanea distale, come accade nelle arteriopatie obliteranti in fase di scompenso o in arteriti o, più raramente, nelle occlusioni acute; Infatti, questa patologia è solitamente accompagnata da altri disturbi cardio-circolatori come: ipertensione, accidenti cerebrali vascolari e infarto del miocardio. Se un'arteriopatìa si associa al diabete, la percentuale delle ulcere arteriose o miste può triplicare. (Sue Bale, 2008)

1.3 Clinica delle ulcere vascolari

lo studio della lesione ulcerativa prende in considerazione diversi parametri univoci e adattabili per tutti i tipi di ferite, i quali sono:

- la localizzazione
- la molteplicità o l'unicità
- le dimensioni e la morfologia della lesione
- la stadiazione del fondo della ferita
- l'aspetto dei bordi e della cute periulcerosa
- la profondità con particolare attenzione alla presenza di sottominature, formazioni sinuose e tragitti fistolosi o raccolte purulente.

Partendo da questo elenco generale, iniziamo a spiegare in modo più esaustivo le precedenti caratteristiche.

1.3.1 Sede e caratteristiche delle ulcere arteriose

Di solito le ulcere arteriose insorgono lateralmente nella gamba ed hanno dei bordi netti. L'ulcerazione arteriosa in particolare si verifica spesso sopra le dita dei piedi, nei talloni, e nelle prominenze ossee del piede. L'ulcera in questo caso appare perforata, con bordi ben delimitati e pallida, non granuleggiante, spesso è di base necrotica. La pelle circostante si può presentare con un eritema scuro e può essere fredda al tatto, glabra, sottile e fragile con una tessitura lucida. Le unghie sono distrofiche, si ispessiscono e diventano opache, avvolte si può verificare anche gangrena alle estremità del piede. Nel caso di insufficienza arteriosa inoltre notiamo l'assenza parziale o completa dei peli a livello degli arti inferiori. (Emilio A. Loiacono, 2018)

1.3.2 Sede e caratteristiche delle ulcere venose

Solitamente le ulcere venose insorgono in sede mediale, e in regione peri malleolare. La cute peri lesionale appare iperpigmentata, per l'accumulo di emosiderina, con zone di atrofia bianca di Milligan, e lipodermatosclerosi. Il fondo della lesione può essere fibrinoso o granuleggiante, con bordi poco rilevati o addirittura piatti, e dalla forma irregolare. Nell'insufficienza venosa, troviamo a differenza di quella arteriosa la presenza dei peli negli arti inferiori, e le unghie delle dita dei piedi sono normali. (Emilio A. Loiacono, 2018)

1.3.3 sintomatologia delle ulcere vascolari

Nell'insufficienza arteriosa solitamente la sintomatologia è lieve o addirittura alcune volte non è presente. La claudicatio intermittens è il sintomo più comune di questa patologia; la claudicatio intermittens è attribuibile ad un dolore, solitamente descritto come crampo muscolare, che colpisce tipicamente il polpaccio, aggravandosi con l'esercizio fisico ed alleviandosi con il riposo. Il paziente assume così una deambulazione intermittente, con pause forzate per placare il dolore. Altri sintomi possono includere: gambe intorpidite o deboli; crescita lenta dell'unghia del piede; crescita lenta degli annessi cutanei se gambe e piedi o caduta degli stessi; polso debole o nessun battito a livello delle gambe e dei piedi; i piedi o la parte inferiore delle gambe può apparire lucida

o bluastria; i piedi o la parte inferiore delle gambe possono sentire freddo; piaghe alle gambe o ai piedi che guariscono lentamente e difficilmente. Invece nell'insufficienza venosa, la sintomatologia si manifesta con: una sensazione di pesantezza alle gambe; il prurito o il formicolio degli arti inferiori; la presenza di crampi notturni; un dolore che in questo caso diminuisce camminando. Inoltre, altri sintomi possono essere: la presenza di capillari violacei in evidenza; vene varicose; gonfiore della gamba e del piede; alterazioni cutanee che possono essere: iperpigmentazione della cute peri lesionale, zone di atrofia bianca, secchezza cutanea. Infine, possiamo notare la presenza di altre ferite guarite e/o nuove ulcerazioni. (Emilio A. Loiacono, 2018)

1.4 Concetto di qualità di vita

La qualità della vita (QOL) è un concetto molto importante nel campo della medicina e della salute. La QOL è un concetto complesso che viene interpretato e definito in modo diverso tra le discipline e nei campi della salute e della medicina. (Haraldstad K., 2019) Ad oggi non esiste una definizione condivisa dalla comunità scientifica, in quanto il concetto può sembrare intuitivo, ma possiamo prendere in considerazione la definizione proposta dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nel 1995. L'OMS definisce il concetto di qualità della vita come "la percezione che gli individui hanno della loro posizione nella vita nel contesto della cultura e dei sistemi di valori in cui vivono e in relazione ai loro obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni". Questo concetto non si ferma alla sola definizione, essendo un concetto molto ampio, in cui rientrano diversi ambiti; l'OMS ha individuato sei domini che descrivono a livello interculturale, gli aspetti principali della qualità della vita.

- Benessere fisico
- Benessere psicologico
- Livello di indipendenza
- Relazioni sociali
- Ambiente
- Credenze personali e spiritualità (OMS, 2017)

Inoltre, possiamo dire che il concetto di qualità della vita, è un costrutto soggettivo (deve essere quindi valutato dal soggetto); multidimensionale; è correlato alla cultura; dinamico in quanto può variare nel tempo e in base al mutare delle circostanze. (Daniel SJ., 2021) Nonostante sia stata dimostrata la difficoltà di stabilire una definizione precisa della qualità di vita, non significa che non sia necessario che essa venga presa in considerazione dalle équipe di cura o dagli stessi pazienti. (Haraldstad K., 2019) Infatti, nei pazienti con ulcere alle gambe la loro condizione molto spesso può essere cronica, dolorosa, e debilitante; un individuo con ulcere vascolari croniche può avere un numero di differenti sintomi tra i quali: la compromissione della mobilità, del sonno e delle normali attività quotidiane oltre che la presenza di odore ed essudato. Difatti proprio a causa di questi sintomi abbiamo una compromissione importante della qualità di vita dei pazienti affetti da questa patologia. (Upton D., 2014)

CAPITOLO 2. RISULTATI

Dalla ricerca bibliografica svolta sono emersi diversi aspetti riguardanti le ulcere vascolari e la loro correlazione con la qualità di vita dei pazienti. Dalla letteratura esaminata possiamo dire che la qualità di vita dei pazienti (QOL) con ulcere croniche alle gambe può essere compromessa da un insieme complesso di aspetti. Dalla ricerca sono stati distinti quattro aspetti fondamentali che impattano sulla qualità di vita delle persone con ulcere vascolari e sono:

- l'impatto fisico della gamba ulcerata
- l'impatto sociale ed occupazionale
- l'impatto psicologico
- l'impatto dei trattamenti dell'ulcera. (Patrick Phillips, 2018)

2.1 l'impatto fisico della gamba ulcerata

L'impatto fisico comprende numerosi fattori dove il dolore è uno dei principali, insieme a: l'essudato, il cattivo odore, il prurito, il gonfiore. Questi sintomi possono diminuire la qualità di vita, causando un disturbo del sonno, influenzando la mobilità e gli aspetti ad essa correlati come le attività di vita quotidiana. (Patrick Phillips, 2018)

Il dolore veniva definito nel 1979 dall'International Association for the Study of Pain (IASP) come: "un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta in rapporto a tale danno". Nel 2018 l'IASP ha aggiornato questa definizione ormai universalmente accettata ed utilizzata, allo scopo di introdurre delle variazioni che descrivano in modo ancora più accurato quella che è l'esperienza del dolore. La definizione del dolore viene implementata dall'aggiunta di sei note integrative per un migliore inquadramento:

- Il dolore è sempre un'esperienza personale influenzata a vari livelli da fattori biologici, psicologici e sociali.
- Il dolore e la nocicezione sono fenomeni diversi. Il dolore non può essere dedotto solo dall'attività neurosensoriale.

- Le persone apprendono il concetto di dolore attraverso le loro esperienze di vita.
- Il racconto di un'esperienza come dolorosa dovrebbe essere rispettato.
- Sebbene il dolore di solito abbia un ruolo adattativo, può avere effetti negativi sulla funzionalità e il benessere sociale e psicologico.
- La descrizione verbale è solo uno dei numerosi modi per esprimere il dolore; l'incapacità di comunicare non nega la possibilità che un essere umano o un animale provi dolore. (IASP, 2018)

Stando a quanto riferito da Green J. il dolore è uno dei temi principali riferiti dagli studi riguardanti la qualità di vita dei pazienti con ulcere vascolari. Esso, infatti, è riferito come uno dei peggiori sintomi e la causa di enormi sofferenze, tanto da venir descritto come travolgente, incessante ed implacabile. (Green J., 2014) Invece viene definito da Renner R. come un problema onnipresente nel paziente con ferite croniche, il quale può verificarsi a causa della patologia alla base dell'ulcerazione, dalla ferita stessa, dai trattamenti o da complicanze come irritazione della cute circostante l'ulcera. (Renner R., 2014) Inoltre, Phillips P. in uno studio afferma che il dolore è stato identificato come un sintomo particolarmente angosciante e invalidante tanto che ha avuto effetti significativi sulla qualità della vita. Molti partecipanti del suo studio hanno descritto il dolore come il peggiore di tutti i sintomi, per alcuni partecipanti il dolore era una costante, mentre per altri si alternavano periodi senza dolore a periodi di insorgenza improvvisa con forti dolori senza apparenti fattori precipitanti. Il dolore in questo studio è stato variamente descritto dai pazienti come: fastidioso, trafittivo, una sensazione di bruciore, palpitante, pungente. (Phillips P., 2018) Secondo Platsidaki E. la grandezza dell'ulcera è correlata ad un aumento dell'intensità del dolore che limita l'attività fisica dei pazienti come camminare, e di conseguenza porta gli stessi pazienti ad uscire meno frequentemente e a perdere i contatti con amici e parenti isolandosi. (Platsidaki E., 2017) Analizzando lo studio di Cwajda B. (condotto su 298 pazienti con ulcerazioni degli arti inferiori, causate da patologie venose n=101, o arteriose n=98, o ad eziologia mista n = 99), in cui i partecipanti, durante le loro visite di controllo alla clinica hanno compilato un questionario composto da 13 domande sul controllo del dolore: a livello personale (controllo interno e autonomo), trattato dal personale sanitario (potere di altri) o come risultato del caso, esprimendo la loro opinione tramite l'uso dei sei termini della scala Likert. Possiamo affermare dai risultati che il ruolo principale nel controllo del dolore è

quello dato dal personale sanitario, seguito da controllo personale e dal caso. Lo studio ha infatti rilevato che molti individui di questo gruppo sono dipendenti dal potere del personale sanitario sul controllo del dolore; invece, la letteratura suggerisce che un locus interno (avere la consapevolezza di avere il controllo di se stessi sostenendo che le proprie azioni possano modificare il corso degli eventi) costituirebbe un ottimo meccanismo di controllo del dolore; tanto che un controllo del dolore basato sull'interiorità promuove il coinvolgimento del paziente nei processi di trattamento e cura. Un altro modello favorevole al controllo del dolore riguarda la coesistenza tra il locus interno e il potere del personale sanitario, il paziente così sarebbe a conoscenza della disponibilità di supporto esterno, quindi maggiormente motivato al controllo del dolore. In contrasto però, la completa dipendenza dagli altri nel controllo del dolore potrebbe avere un possibile effetto negativo nello stato del paziente e nel suo coinvolgimento nel processo terapeutico. Alla base di ciò, la distribuzione del controllo del dolore in questo gruppo esaminato si può considerare sfavorevole. Si è quindi cercato di identificare i potenziali fattori che potrebbero indebolire il livello interno di locus per il controllo del dolore nei pazienti con ulcerazioni degli arti inferiori. Lo studio ha rivelato che il locus interno era negativamente influenzato dall'anzianità dei partecipanti e dagli elevati stadi della malattia. Questo risultato è coerente con l'evidenza di elevata prevalenza di sentimenti di impotenza e perdita della fiducia verso la ripresa, e nella guarigione nei pazienti che soffrono di persistenti e ricorrenti ulcerazioni. Inoltre, un alto punteggio di dolore costante si è rivelato essere un fattore significativo, indebolendo il potere del controllo del dolore dato dagli operatori; infatti, esperienze di dolore severo e persistente sono predisponenti a portare alla resa della malattia. In contrasto i fattori che hanno significativamente rafforzato il controllo del dolore dato dagli operatori includono la poca istruzione dei pazienti e gli alti livelli di attività professionale. In conclusione, possiamo dire che in molti pazienti, nel controllo del dolore in particolare in casi con eziologia arteriosa, è molto determinante il supporto del personale sanitario. Pazienti con un severo e persistente dolore, come gli anziani, persone poco istruite e individui attivi professionalmente costituiscono un gruppo nel quale la terapia e la cura dovrebbe essere completamente supportata da uno psicologo, allo scopo di ottimizzare particolari dimensioni del controllo del dolore. Secondo quanto riportato, il dolore, piuttosto che un parametro clinico, costituisce un determinante della scarsa qualità di vita dei pazienti con

ulcerazioni degli arti inferiori. Infatti, secondo diversi rapporti, il dolore associato all'ulcerazione può essere così devastante che il paziente prenderebbe in considerazione la possibilità di amputare la gamba come metodo per controllare il dolore, quindi oltre all'intensità, anche il controllo del dolore è un altro fattore significativo che incide sulla qualità della vita del paziente cronico. (Cwajda B., 2012)

Oltre al dolore che, come abbiamo detto, è uno dei sintomi principali, andiamo a parlare anche degli altri sintomi: il gonfiore ed il prurito, e l'essudato ed il cattivo odore. Nella revisione di Upton D. il prurito è definito come: un'irritante sensazione cutanea che produce il desiderio di grattare; che può essere di breve durata e quindi definito come un sintomo acuto, può durare da alcuni secondi ad una settimana o diventare cronico quando persiste per più di sei settimane. Di solito il prurito interessa la cute lesionale, perilesionale dell'ulcera o la zona attorno al bendaggio compressivo; e si è dimostrato essere un problema soprattutto nei pazienti con ulcere venose, in particolare quando sono associate ad eczema, tanto da venire classificato al quarto posto tra i dieci sintomi che causano stress; impattando dunque sulla qualità di vita, causando: ansia, depressione, perdita di sonno e ritardata guarigione. Il prurito nelle ulcere non è solo un problema fisico, ma anche psicologico e in relazione con la guarigione; tuttavia, nonostante il significativo impatto e la varietà dei trattamenti esistenti allo stato attuale non c'è ancora un accordo su quale trattamento sia il migliore. (Upton D., 2013) Secondo Phillips P. il prurito porta a problemi secondari come i problemi relativi al sonno che provocano stanchezza e di conseguenza isolamento sociale. Inoltre, molte volte il prurito viene visto dai pazienti come primo segno di recidiva, che può quindi comportare uno stato di angoscia nel paziente; mentre altri lo interpretano come segno di guarigione. (Phillips P., 2018) Per quanto riguarda il gonfiore, è menzionato in pochissimi documenti, in quanto sembra essere un problema meno significativo in confronto con gli altri sintomi. Infatti, secondo l'articolo di Platsidaki E. il gonfiore alle gambe è un sintomo associato allo scarico e alla poca mobilità; viene infatti riportato che la frequenza del gonfiore è relativamente alta nei pazienti con ulcere, aumentando soprattutto se stanno in piedi per molto tempo, aumentando così anche il dolore. (Platsidaki E., 2017) Parlando invece dell'essudato e del cattivo odore, Secondo l'articolo di Benbow M. l'essudato, anche conosciuto come fluido della ferita o drenato della ferita è un fluido sieroso derivato dal plasma che passa attraverso la parete sovraesposta o danneggiata della vena; e che, oltre

ad essere ricco di cellule e di proteine, è un fattore influente la guarigione della ferita. Sebbene la produzione di essudato sia necessario e auspicabile per la guarigione della ferita, i problemi sorgono quando l'essudato diventa eccessivo e difficile da gestire. (Benbow M., 2011) Infatti, anche secondo l'articolo di Maddox D. l'umidità è necessaria e fa parte del normale processo di guarigione dell'ulcera, ne sottolinea però che l'eccessiva umidità può portare a un danno del letto della ferita e della cute circostante, causando così: escoriazione, macerazione e cattivo odore; fa notare però che la perdita di essudato influisce nella salute psicologica, interferendo negativamente anche nella qualità di vita. (Maddox D., 2012) Inoltre, secondo Platsidaki E. le ulcere maleodoranti delle gambe, causate da un eccesso di essudato il più delle volte, hanno un effetto negativo sulla vita sociale del paziente e portano ad una ridotta QOL. A volte, i pazienti riferivano di non uscire di casa quando le medicazioni erano imbevute di liquido proveniente dalla ferita; in quanto si sentivano in imbarazzo per la fuoriuscita dell'odore sgradevole, trovando così difficoltà nel mantenere un aspetto esteriore dignitoso. Per cercare di nascondere la vergogna provata, è stato dimostrato che i pazienti oltre a non uscire di casa, cercano di adottare strategie per controllare l'odore e l'essudato come: mettere acqua di colonia, posizionare altre bende sopra quelle bagnate o indossare pantaloni larghi per nascondere i bendaggi. Tuttavia, queste strategie non migliorano lo stato emotivo dei pazienti ma, anzi, abbassano ulteriormente il livello di autostima degli stessi. (Platsidaki E., 2017)

Dopo aver parlato dei sintomi principali non ci resta che parlare dei sintomi secondari ad essi che sono: il disturbo del sonno, della mobilità e delle attività di vita quotidiana.

I disturbi del sonno dovuti dalle ulcere vascolari croniche sono citati in vari articoli esaminati. Secondo l'articolo di Upton D. dormire è essenziale per il processo di riposo, riparazione e recupero, tanto che gli ormoni prodotti durante il sonno giocano un ruolo fondamentale nella funzione corporea; difatti la diminuzione del sonno può dare problemi di salute fisica e psicologica. effettivamente, secondo quest'articolo la relazione tra dolore e sonno è molto importante, tanto che il dolore dato dall'ulcera può influenzare la capacità di dormire e quindi la qualità di vita. La perdita di sonno può aumentare la percezione di dolore nella persona, portandola così ad avere molte difficoltà a dormire. Dallo studio emerge che i disturbi del sonno sono molto comuni nelle persone con ulcere vascolari croniche, tanto da riportare di svegliarsi da una a cinque volte a notte per causa del dolore,

portando così a stanchezza ed a una mancanza di energia durante il giorno. Mentre le altre cause di disturbi del sonno sono date dai trattamenti legati all'ulcera, oltre che ad ansia e paura riguardanti la ferita, associate alla frustrazione di non averne il controllo. È stato inoltre riscontrato sempre in questo studio, che la mancanza di sonno nelle persone con ulcere vascolari croniche può contribuire allo sviluppo di emozioni negative, come sentimenti di disperazione. L'interazione tra dolore, problemi psicologici e sonno è complessa e multidimensionale e lo stesso vale per il rapporto con la guarigione; infatti, per quanto riguarda il dolore e i problemi psicologici è stata trovata una relazione con il ritardo nella guarigione; se ne deduce quindi che il sonno ha un ruolo importante sia direttamente che indirettamente nella guarigione. (Upton D., 2013) Anche nello studio di Green J. i disturbi correlati al sonno vengono associati al dolore legato all'ulcera, concordando quindi con l'articolo di Upton D., che porta ad un impatto negativo sul benessere, e alla mancanza di forza ed energia, causate dal poco riposo. Inoltre, in quest'articolo sono emersi dei dati in cui: il 45% dei pazienti aveva problemi del sonno e la principale causa era il dolore, il 38 % ha riportato come causa principale il prurito della ferita mentre il 12 % ha identificato come causa le perdite legate all'ulcera. (Green J., 2014)

Parlando invece della mobilità e delle attività di vita quotidiane (ADL), nella revisione di Phillips P. la mobilità è stata descritta dai partecipanti come se fosse influenzata da molteplici fattori, la causa principale indicata dai partecipanti è il dolore associato alla lesione. Un altro fattore che compromette la mobilità sono i vari trattamenti; in modo particolare sono stati segnalati dai partecipanti i trattamenti compressivi, in quanto l'effetto di tali bende limitano il movimento. Inoltre, i partecipanti hanno riscontrato una particolare difficoltà nella scelta dell'abbigliamento e delle calzature appropriate, a causa delle medicazioni ingombranti o/e al dolore provocato dalla pressione delle calzature e del vestiario sulle medicazioni. Dall'articolo possiamo dedurre perciò che la limitazione della mobilità dei partecipanti, comporta anche una limitazione nello svolgimento delle attività di vita quotidiane; in quanto la maggior parte dei partecipanti hanno dichiarato di doversi affidare a familiari ed amici per la pulizia della casa e della cucina, mettendo a dura prova le loro relazioni sociali. (Phillips P., 2018) Anche un altro studio condotto da Platsidaki E. afferma che, le attività di vita quotidiane come: la preparazione dei pasti, e lo svolgimento dei lavori domestici possono essere influenzate nei pazienti con ulcere

alle gambe, causando dei problemi a livello della manutenzione della casa. Si ricerca così l'aiuto da parte di partner e amici, che può provocare nel paziente un senso di colpa. In alcuni casi addirittura i pazienti riferivano di avere difficoltà a lavarsi poiché temevano che la medicazione si bagnasse, andando a compromettere il processo di guarigione; così facendo la paura ha impedito loro di condurre un'igiene personale adeguata al loro caso. (Platsidaki E., 2017) Da questi articoli possiamo dunque dedurre che la maggior parte dei pazienti ha riferito che l'ulcera cronica, ha avuto un impatto emotivo negativo sulle loro vite, inclusi sentimenti di paura, isolamento sociale, rabbia, depressione e un'immagine di sé negativa, portando alla conclusione che le ulcere alle gambe rappresentano una minaccia sostanziale per la qualità di vita del paziente.

2.2 l'impatto sociale ed occupazionale

Maddox, nella sua revisione riconosce gli effetti provocati dalle ulcere croniche dal punto di vista sociale, relazionale e terapeutico. Le ulcere croniche hanno un impatto negativo nel tempo libero, nelle amicizie e nella famiglia, soprattutto negli uomini piuttosto che nelle donne. (Maddox D., 2012) Secondo Platsidaki E., difatti gli uomini sono quelli che di solito accusano di più questi aspetti; in quanto in genere sono i principali percettori del reddito familiare. di conseguenza essi sviluppano pensieri negativi al riguardo, in quanto si sentono frustrati e pessimisti a causa della loro ridotta capacità di prendersi cura della propria famiglia, il che è associato ad un significativo aumento del livello di ansia. Invece sempre secondo Platsidaki, l'impatto dell'ulcera cronica nelle donne, sebbene sia presente, risulta essere un problema minore rispetto agli uomini nella sfera sociale ed occupazionale; infatti, secondo lo studioso, i pazienti di sesso maschile dovrebbero essere osservati con maggiore scrupolo riguardo ai sintomi dell'isolamento sociale. (Platsidaki E., 2017) Maddox e Green J., riportano che l'esclusione dalla rete sociale è data soprattutto da sintomi fisici come l'odore e l'essudato; oltre che dal dolore, e l'impatto psicologico dato dalle ferite antiestetiche, che spesso compromettono la mobilità, e l'incapacità di mantenere un'adeguata igiene personale, portando così a sviluppare una situazione di imbarazzo e un conseguente isolamento sociale come riportato da Parker K. (Parker K., 2012) Nello studio di Platsidaki, i pazienti con ulcere alle gambe, hanno

negato di sentirsi soli, ma si sono definiti socialmente disconnessi. Una possibile spiegazione dell'isolamento sociale dei pazienti presi in esame; potrebbe essere che essi avendo una qualità di vita ridotta e peggiore in relazione alla salute, provano un senso di insoddisfazione ritirandosi così dalla propria attività lavorativa e dalle attività di vita quotidiane. Di conseguenza a questo atteggiamento, i pazienti non riescono più a stabilire dei contatti sociali. Inoltre, i sentimenti di vergogna ed imbarazzo riguardo la propria immagine corporea, insieme alla paura della reazione degli altri al loro problema; li porta ad isolarsi anche dalla vita sociale. Maddox, infatti, nella sua revisione afferma che, i contatti con amici e parenti si riducono, fino ad arrivare a frequentare solo i più vicini; si arriva al punto che il modo più usato per restare in contatto con essi diventa il telefono, facendo sentire i pazienti in gran parte legati alla propria casa. Dallo studio condotto da Platsidaki, possiamo inoltre dedurre che, i pazienti sono ostacolati anche nello svolgimento delle attività piacevoli e di svago, poiché sentono di non poter mostrare la propria ferita in pubblico; infatti, nonostante il 57% dei pazienti intervistati sia in grado di mantenere i propri hobby, il restante 43% ha rinunciato ai propri hobby o a svolgere alcune attività di svago sperimentando così una situazione di isolamento sociale. Secondo Maddox e Herber, dal punto di vista sociale la relazione con il proprio infermiere domiciliare è positiva ed essenziale, tanto da riporre molta fiducia da parte dei pazienti e avere un ruolo determinante per far fronte all'ulcera. (Herber OR., 2010) Invece, contrariamente ad essi, Parker e Philips P.; descrivono il supporto sociale fornito dall'infermiere come insufficiente; in quanto il rapporto infermiere-paziente viene talvolta visto come un rapporto meccanico, destinato solo al trattamento attivo dell'ulcera, senza considerare tutti gli aspetti che compromettono la qualità della vita dei pazienti. Maddox suggerisce quindi, che sarebbe necessaria una buona rete o gruppi di supporto per il paziente; infatti, in questo studio viene citato il modello del club per la gestione dell'ulcera, che si propone di affrontare gli aspetti di vivere con un'ulcera cronica, come ugualmente riportato da Parker K., anche se purtroppo questo modello oggi si sta diffondendo solo in Australia e non in altre parti del mondo. Ma viene comunque dimostrato che da questo club si ha: un aumento dell'autostima, un miglioramento della qualità di vita, dell'umore, del dolore e delle abilità funzionali; esso è un modello costoso che ha bisogno di essere supportato e propagandato. L'uso del modello qui citato ha infatti evidenziato un miglioramento del tasso di guarigione e la

riduzione della recidiva, soprattutto quando i pazienti mantengono contatti sociali e educazionali con la clinica.

2.3 l'impatto psicologico

I pazienti affetti da una patologia cronica, come le ulcere vascolari; secondo quanto riportato da Salome GM., sono più a rischio rispetto ad un individuo sano di sviluppare alterazioni del loro stato emotivo e psicologico, che possono influenzarli dal punto di vista sia fisico che mentale. Infatti, il suo studio sottolinea la necessità di concentrarsi non solo sugli aspetti della salute fisica dei pazienti con ulcere vascolari, ma anche di identificare i sentimenti di impotenza e le esigenze di cura di base dei pazienti che vivono tutti i giorni con questa condizione. È inoltre importante garantire che gli operatori sanitari siano sufficientemente informati, per affrontare le difficoltà incontrate da questi pazienti. (Salome GM., 2013) J. Verde nella sua revisione afferma in accordo con Salome GM. che le ulcere croniche degli arti inferiori, sono comuni, intrattabili e spesso ricorrenti; ma, nonostante ciò, la cura tende ad essere focalizzata sulla ferita, trascurando potenzialmente l'impatto significativo che la lesione ha sulle condizioni di vita dei pazienti. Con la sua revisione ha dimostrato che le ulcere vascolari delle gambe hanno un impatto negativo sulla qualità di vita dei pazienti e che proprio per questo, queste persone sono soggette a sviluppare sintomi di cattivo umore e depressione, ma in genere l'impatto psicosociale della gamba ulcerata viene preso poco in considerazione. (J. Verde, 2014) Stando a quanto riportato da Upton D. e Kehua Z. nei loro articoli, è stato riscontrato che la presenza di fattori come l'ansia e la depressione legate alle ulcere vascolari croniche; ostacolano la guarigione e sono associate alla recidiva formazione delle ulcere. Per studiare la prevalenza dei sintomi depressivi, e dei fattori ad essa associati nei pazienti affetti da ulcere vascolari; è stato condotto uno studio retrospettivo in cui i sintomi depressivi sono stati valutati con un questionario, il Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9). I punteggi di questo questionario, sono stati raccolti su 260 pazienti, sono stati validati però solo i punteggi di 222 individui, di cui 112 di sesso maschile e 110 di sesso femminile, con età superiore ai 59 anni. Dai risultati del questionario è stato definito che l'81,5% dei pazienti affetti da ulcere vascolari riscontra

sintomi depressivi da minimi a gravi. I sintomi depressivi sono comuni soprattutto nei pazienti con ulcere che non guariscono in un tempo maggiore ai 90 giorni e nei pazienti che sviluppano dolore correlato alle lesioni. Pertanto, la cura olistica per le persone con ulcere vascolari è vitale e fondamentale; ma la cultura sanitaria corrente, le iniziative politiche e la mancanza di infermieri limita molto il supporto psicologico che si dovrebbe fornire a questi pazienti. Nonostante l'aspetto negativo dell'impatto psicologico dato dalle ulcere, comunque alcuni pazienti non si perdono d'animo e sperano, sono fiduciosi nella guarigione del loro problema. (Kehua Zhou, 2016)

2.4 L'impatto dei trattamenti dell'ulcera

Secondo quanto riportato dalla revisione sistematica di Phillips P., il pilastro del trattamento dell'ulcera venosa è la compressione; tuttavia, anche l'elevazione dell'arto, uno stile di vita adeguato, ed un'analgia adeguata sono aspetti importanti del trattamento dell'ulcera venosa. La compressione sembrava essere ben tollerata da alcuni pazienti, al contrario nella maggior parte dei casi non viene affatto tollerata, tanto che alcuni pazienti scelgono di abbandonare il trattamento a causa del disagio. (Phillips P., 2018) Questo disagio viene provocato dai bendaggi, che rendono difficile lo svolgimento anche delle attività più semplici; come, ad esempio, l'incapacità di lavare completamente la gamba e il piede, causando così una situazione di imbarazzo, oltre che uno stato di benessere negativo e un isolamento sociale come riportato da Green J. (Green J., 2014) Inoltre, la terapia compressiva sviluppa l'incapacità di fare lunghe passeggiate o tragitti a piedi, oltre ad obbligare i pazienti a dover indossare scarpe di dimensioni maggiori o inadeguate, come concordano infatti diversi autori; arrivando così ad avere diverse difficoltà a trovare quelle più adeguate a loro, a causa del volume dei bendaggi, e doversi così adattare ad indossare vecchie scarpe o pantofole tagliate, fino ad arrivare anche agli stivali in gomma. L'uso di queste calzature porta però a sviluppare una difficoltà nel camminare, soprattutto con pioggia o neve; all'incapacità di salire e scendere le scale dell'autobus; e riduce molto la capacità di guidare, dato che è presente il rischio che le pantofole si incastrino nei pedali, andando ad influire negativamente di conseguenza anche nelle relazioni e nei contatti sociali, come riportato da Ebbeskog B. (Ebbeskog B.,

2010) Oltre alla scelta delle scarpe; anche quella del vestiario risulta complicata come riportato da Green J. Infatti, i pazienti cercano vestiti larghi e comodi per nascondere le medicazioni e ciò diventa restrittivo e poco dignitoso, soprattutto per le donne che sentono di perdere il loro stile personale e la loro femminilità. Secondo quanto riportato da Herber O. i trattamenti legati all'ulcera vengono visti da molti pazienti come un'esperienza difficile da sopportare e che richiede molto tempo prima di arrivare al raggiungimento del risultato atteso. Per questo i pazienti tendono a chiedere aiuto a delle figure di supporto, perché molti di loro vedono la medicazione e il bendaggio come scomodi e difficilmente tollerabili. Per tanto per ridurre il disagio e il fastidio provocato dalla terapia compressiva, tolgono i bendaggi, soprattutto durante i periodi caldi o se li sentono troppo larghi o stretti; nonostante siano a conoscenza che ciò interferisca con la guarigione. Infatti, si riporta che molti pazienti si sentono intrappolati dalle loro bende e medicazioni; e per questo intrappolati a casa, a causa dei bendaggi compressivi, che restringono la capacità di svolgere le normali attività quotidiane. (Herber OR., 2010)

DISCUSSIONI

Le ulcere vascolari croniche, come riportato dalla letteratura, hanno un forte impatto debilitante nella qualità di vita dei pazienti, tanto che i pazienti presentano un complesso di emozioni e sentimenti, individuando un'importante relazione tra l'impatto che l'ulcera ha sulla vita del paziente ed aspetti e sensazioni negative. Alcuni pazienti vivono questa patologia, questa situazione come una sfida, tanto che, nonostante tutte le difficoltà, cercano di mantenere le loro attività quotidiane normalmente. Mentre, molti di loro, al contrario si ritirano da ciò che per loro è la quotidianità; limitando o annullando così i contatti con familiari e amici finché la loro situazione non migliora. Infatti, le persone con ulcere vascolari croniche vivono con la speranza di avere un futuro senza ferita, ma purtroppo avvolta la realtà non rispecchia le loro aspettative; in quanto questo tipo di ferita ha un decorso di guarigione molto lento e avvolta non guarisce così facilmente come i pazienti sperano, o addirittura si possono ripresentare delle recidive. Tutto ciò va a compromettere ulteriormente l'umore dei pazienti in modo negativo. (Nélia C., 2017)

Dalla letteratura esaminata, si può comprendere che il dolore è il sintomo principale e uno dei sintomi più significativi; che domina la vita dei pazienti che soffrono di ulcere vascolari croniche. Infatti, esso va ad impattare negativamente sulla qualità di vita di questi pazienti, alterando il sonno, influenzando la mobilità e gli aspetti ad essa correlati come le attività di vita quotidiana, e l'umore con tutto ciò che ne consegue. Si aggiunge poi, oltre al dolore e le sue relative conseguenze, anche la difficoltà nella gestione dell'essudato, del gonfiore, del prurito e dell'odore, che ha profondi ed importanti effetti avversi nelle attività funzionali, e porta oltre a ciò imbarazzo, vergogna e isolamento sociale. La paura e l'imbarazzo correlati all'odore e gli altri sintomi, impattano sul concetto di sé e ne risulta così un isolamento sociale autoimposto, perché i pazienti non vogliono sottoporre altre persone a questo sintomo umiliante, oltre che prevenire loro stessi da ulteriori danni. (Phillips P., 2018)

Attraverso i vari studi analizzati possiamo dedurre che i casi presi in osservazione, presentano anche un disagio dovuto dall'impatto dei trattamenti dell'ulcera sugli stessi; in quanto alcuni pazienti, non tollerano i trattamenti che impediscono loro lo svolgimento di attività molto semplici, come ad esempio compiere un'igiene personale autonomamente. Questo causa negli stessi soggetti una sensazione di imbarazzo, oltre che uno stato di benessere alterato e va a provocare

una situazione di isolamento sociale. (E. Condé Montero, 2020) Sempre stando a quanto riportato in letteratura, le ulcere vascolari croniche hanno un forte impatto anche a livello psicologico su questi pazienti; infatti la depressione, la rabbia, l'abbassamento dell'umore, l'ansia e il senso di impotenza sono spesso presenti in questi pazienti; anche se molte volte tutto ciò viene trascurato dagli infermieri e dal personale sanitario, che si vanno a concentrate solamente sulla ferita e sulla sua guarigione; e non si incentrano invece sul prestare assistenza al paziente in modo olistico. (Pierre Henry Frangne, 2019) Infatti, dagli articoli visionati emerge che attualmente, la pratica clinica si dedica prevalentemente alla guarigione della ferita; mentre secondo quanto riferito dai pazienti ciò è insufficiente, bisognerebbe quindi occuparsi di loro in maniera olistica. (Finja R., 2021) Per l'appunto, dagli studi è emerso che gli operatori sanitari devono impegnarsi di curare l'intera persona, il che significa: riconoscere e gestire il dolore e ciò che ne consegue, la sofferenza psico-sociale, oltre che ottimizzare la cura delle ferite locali. In realtà, porre attenzione solo alla lesione, può aumentare la sensazione di disperazione delle persone con lesioni croniche vascolari. Viene riportato perciò che una diversa attenzione può migliorare le strategie di coping, per strategie di coping intendiamo, dunque, le modalità che definiscono il processo di adattamento alla situazione stressante; esse contribuiscono a migliorare il punto di vista del paziente e incoraggiano l'infermiere a muoversi lontano dal solo focus della ferita. La stragrande maggioranza dei pazienti, riporta come una cosa positiva, il supporto offerto dal loro infermiere, che durante il percorso di guarigione diventa uno dei principali punti di riferimento. La sfida per gli infermieri è quindi quella di cambiare focus, dalla sola gestione della ferita alla comprensione degli specifici bisogni di ogni individuo nel contesto della loro vita quotidiana, portandoli a vivere una vita ragionevole, una vita degna di essere vissuta. Con la comprensione a pieno dei bisogni dei pazienti che hanno un'ulcera, gli infermieri sono in grado così di anticipare i problemi e fornire cure più sensibili. (Verde J., 2014) Delle buone pratiche di gestione della ferita, sicuramente migliorano la qualità di vita dei pazienti interessati. Molti pazienti tengono un diario durante il loro percorso di cura, dove riportano i problemi che si sono presentati durante i giorni intercorsi tra una visita dell'infermiere e l'altra, in modo che ogni preoccupazione che sorge può essere poi discussa con l'infermiere di riferimento. L'infermiere generalmente è il primo punto di contatto con il paziente, e sa quindi monitorare i progressi e di conseguenza ha anche una

buona comprensione del paziente, dei suoi pensieri, preoccupazioni e sentimenti. Infatti, è molto sostenuta l'importanza del processo decisionale congiunto tra infermiere e paziente e il coinvolgimento del paziente nella gestione delle proprie ulcere vascolari croniche. (Naomi Fearn, 2017) Tuttavia, in base alle prove disponibili raccolte, possiamo constatare le seguenti raccomandazioni per una buona pratica clinica:

- La presa in carico di una persona con lesioni vascolari dell'arto inferiore dovrebbe preferibilmente avvenire a cura di un team multidisciplinare; all'interno del quale le diverse figure professionali, nell'ambito delle proprie competenze, collaborano per ottimizzare il percorso di gestione della persona stessa. In quanto, adottare un approccio in team per l'erogazione dell'assistenza ad un paziente con lesioni cutanee appare la scelta più logica, dato che nessun singolo professionista possiede tutte le competenze necessarie per soddisfare i complessi bisogni di questo tipo di pazienti. inoltre, è oggetto di raccomandazione che le cure che questi pazienti ricevono, siano guidate o supervisionate da un professionista esperto in wound care. (AIUC-PDTA, 2021)
- Prima di intraprendere il trattamento con questi pazienti, è bene sottoporre tutti i soggetti con lesioni dell'arto inferiore a una valutazione globale per accertare l'eziologia della lesione; per definire se la lesione ha origini arteriose, venose o miste. Dopo aver accertato l'eziologia della lesione, si andrà a fare un inquadramento prognostico, dove si indagherà sui fattori in grado di ostacolare la guarigione della lesione vascolare per stimare l'attitudine alla guarigione; così da avere un efficace relazione terapeutica infermiere-paziente per sviluppare poi una buona strategia per affrontare il piano terapeutico e la vita di ogni giorno. L'infermiere deve attuare interventi differenti a seconda del caso, in una persona con lesione vascolare guaribile metterà in atto degli interventi fini all'obiettivo di guarire, chiudere la lesione con il ripristino dell'integrità funzionale; mentre in un individuo con lesione non guaribile, l'obiettivo del piano di cura dell'infermiere sarà il comfort dell'individuo, limitando l'impatto che la lesione ha sulla qualità di vita del paziente. (Allegato 5, 2016)
- Nei pazienti che presentano lesioni vascolari non guaribili, gli infermieri che tengono in cura gli stessi pazienti dovrebbero prendere in considerazione altri

aspetti oltre ai trattamenti locali e rivolti alle cause. Essi si devono concentrare soprattutto sugli aspetti legati alla gestione del dolore, e negli aspetti relativi alla gestione dell'odore e dell'essudato. Riguardo la gestione del dolore, l'infermiere deve valutare regolarmente il dolore (di fondo o procedurale) associato alla lesione, attraverso l'utilizzo di opportune scale validate, affidabili e compatibili con l'età e lo stato cognitivo del paziente, il dolore andrebbe valutato in tutti i suoi aspetti: le caratteristiche, l'esordio, la durata, la localizzazione, i fattori attenuanti e aggravanti e la presenza o assenza di claudicatio. Dopo aver inquadrato la tipologia di dolore, si valuta la strategia farmacologica o non, più indicata per trattare il dolore associato alla lesione; la terapia antalgica nel caso in cui venga usata, dovrà essere somministrata ad orari e non solo al bisogno, seguendo la scala a gradini dell'OMS. Parlando invece della gestione dell'odore e dell'essudato, le raccomandazioni indicate per effettuare una buona pratica clinica sono: aumentare la frequenza della detersione se questo è indicato, o/e rimuovere i tessuti non vitali se presenti. Inoltre, un'altra raccomandazione sarebbe quella di ottimizzare la gestione dell'essudato e gestire l'infezione se presente. Per il controllo del cattivo odore, si può prendere in considerazione l'uso di medicazioni a base di carbone attivo, e ricorrere a strategie ambientali, come: attuare un frequente ricambio d'aria nella stanza in cui il paziente soggiorna, o utilizzare prodotti in grado di assorbire o mascherare l'odore. È stato riscontrato come metodo molto utile quello di far tenere ai pazienti un diario, dove poter annotare i loro problemi per poter poi fare una pronta valutazione con l'infermiere sui risultati riscontrati. Inoltre, gli infermieri dovrebbero far fronte ad una rivalutazione ad intervalli ben precisi nella gestione di questi pazienti, in modo da verificare se siano stati raggiunti gli obiettivi preposti, di controllo del dolore, odore ed essudato. Così da continuare con l'attuale piano di trattamento oppure rivalutare la persona, la lesione e il piano di trattamento ed eventualmente consultare il professionista esperto in lesioni cutanee. (Allegato 5, 2016)

- Gli infermieri degli ambulatori territoriali o degli ambulatori specialistici, o i medici di medicina generale; dovrebbero dare più importanza e fare più attenzione nel fornire una corretta educazione sanitaria, volta alla prevenzione della formazione delle lesioni, in quanto oggigiorno questo tipo di patologia viene

ancora sottostimata nonostante gli effetti negativi che queste lesioni hanno sullo stato di benessere e sulla qualità di vita di questi pazienti. infatti i professionisti potrebbero prevenire questa problematica o attenuare le sue conseguenze sui pazienti, attraverso: l'effettuazione di esami diagnostici per la definizione del rischio, la messa in atto di misure correttive, implementare e migliorare l'igiene e la cura della cute, attuare modalità di controllo della cute finalizzate all'individuazione precoce delle lesioni, la prescrizione di presidi di prevenzione, e fornire un'educazione su un buon supporto dietetico, infatti la nutrizione e l'idratazione giocano un ruolo importante nel preservare la vitalità del tessuto e supportare la sua riparazione in un danno come l'ulcera. Un aspetto molto importante oltre alla prevenzione primaria è la prevenzione secondaria, cioè la prevenzione che viene effettuata a guarigione avvenuta dell'ulcera, per far sì che non si ripresenti nuovamente il problema; infatti si dovrebbe informare l'assistito i merito a: uso e manutenzione delle calze terapeutiche compressive; a riposo, elevazione dell'arto interessato al di sopra del livello del cuore; richiesta di consulenza tempestiva al primo segno di lesione o in caso di trauma all'arto; necessità di esercizio e mobilizzazione dell'articolazione della caviglia; appropriata cura della pelle e scoraggiare il fatto di curarsi da soli con prodotti da banco o prodotti noti come presumibili sensibilizzanti. (AIUC-PDTA, 2021)

- Per una gestione globale del paziente, bisogna considerare la cura del contesto relazionale ed ambientale, ed instaurare un rapporto empatico con la persona. Infatti, si è visto come interagire sempre con lo stesso infermiere porti ad un miglioramento dell'efficacia delle cure ricevute. Nel caso in cui la sofferenza e il dolore provati dal paziente non siano controllati o gestiti con i normali approcci relazionali e/o farmacologici, si dovrà prendere in considerazione il supporto di uno psicologo nei casi di particolare complessità. (Allegato 5, 2016)
- L'infermiere in accordo con il paziente dovrebbe scegliere un ambiente confortevole come setting di cura, ed attuare tecniche di distrazione durante i cambi di medicazione, come: la conversazione, l'utilizzo della televisione o della musica. Per minimizzare il disagio provocato dal trattamento, la medicazione andrebbe eseguita senza fretta, e preparando con anticipo tutto il materiale così da non doversi assentare durante l'esecuzione delle procedure; se il paziente lo

desidera, sarebbe buona cosa, permettere ai membri della famiglia di partecipare al cambio di medicazione e spiegare ad essi e allo stesso paziente cosa sarà fatto e quale metodo verrà utilizzato; così da permettere al paziente l'esecuzione dell'automedicazione in futuro. Difatti è stato dimostrato che ottimizzare l'autogestione può essere molto importante, in particolare tra i vantaggi avuti con l'auto-trattamento delle lesioni vascolari possiamo evidenziare: avere un senso di controllo, la soddisfazione di essere in grado di auto-curarsi, e la possibilità di farlo quando e per quanto tempo come si vuole, sono questi i benefici percepiti. (Linee guida AIUC, 2011)

Con l'uso di tutte queste implicazioni si può ottenere un miglior risultato terapeutico e un miglioramento della qualità di vita dei pazienti con ulcere vascolari croniche, infatti lo scopo nell'utilizzo di queste raccomandazioni è quello di curare il paziente in modo olistico; prendendo in considerazione la compliance del paziente, il suo stato fisico, emotivo e cognitivo, l'integrazione sociale nella famiglia, il cerchio delle conoscenze e le condizioni di vita, nonché le sue abilità occupazionali e di vita quotidiana. Appunto per questo si potrebbe elaborare un piano di cura con finalità terapeutiche suddivise in vari obiettivi, che sarebbero:

- Il mantenimento o il ripristino della capacità lavorativa
- Evitare la necessità di assistenza infermieristica professionale per tutta la vita
- Il miglioramento della qualità di vita
- Il prolungamento della vita

Per quanto riguarda la qualità di vita dal punto di vista del paziente e dell'infermiere, essa dovrebbe essere parte integrante sia all'inizio del piano di cura, sia nel mentre e dopo la guarigione dell'ulcera. Bisognerebbe raccogliere informazioni inerenti alla qualità di vita e all'impatto della malattia con una cadenza regolare e valutare eventuali cambiamenti nel corso del tempo; queste informazioni potrebbero essere raccolte attraverso l'utilizzo di unità di misura, di scale esistenti; come, ad esempio, la scala SF-36 o la scala SF-12; oppure attraverso l'elaborazione di semplici domande generiche da incorporare nella valutazione infermieristica, ad esempio (Tazim Virani, 2011):

Come descriveresti il tuo attuale stato di salute?

- Molto buono
- Buono
- Discreto
- Cattivo
- Pessimo

In quale misura l'ulcera alla gamba influisce sulla tua vita quotidiana?

- Pochissimo
- In maniera moderata
- Molto

CONCLUSIONI

Si può dunque concludere affermando che, attraverso la stesura di questa tesi si è potuto comprendere a fondo quanto le ulcere vascolari impattano sulla qualità di vita dei pazienti in questione. Infatti, l'impatto dato dalle ulcere vascolari è un evento che cambia completamente la vita di queste persone, la causa di tutto ciò sono i sintomi debilitanti, spesso mal gestiti; che portano ad avere effetti snervanti nella vita quotidiana dei pazienti interessati. La comprensione di tutto ciò, ascoltare il paziente e i suoi bisogni, e garantire una buona gestione dei sintomi per questa patologia cronica; porterebbe ad un miglioramento della qualità di vita. Si dovrebbe perciò prendere in considerazione il fatto di approcciarsi al paziente in modo differente da quello ordinario, in cui ci si concentra in maggior modo sulla guarigione della lesione e si trascura tutto il restante, ci si dovrebbe approcciare invece, al paziente in modo olistico. Diventerà quindi fondamentale non trascurare i suoi cenni, i suoi atteggiamenti, persino la percezione dei minimi cambiamenti nella posizione che assume, tutti possibili segnali di sofferenza o necessità che non riesce al momento ad esprimere; quindi, comunicare e capire i bisogni del paziente ci servirà per svolgere al meglio il nostro lavoro, oltre che per entrare in empatia con i nostri pazienti. Gli infermieri, quindi, dovrebbero fornire un'assistenza personalizzata sotto tutti i punti di vista e riconoscere come le ulcere vascolari croniche colpiscono il paziente, poi valutare ciò che si può fare per ottimizzare la sua gestione nonché per sostenere il paziente in modo empatico. Pertanto, i fattori fisici e soprattutto quelli psicosociali, dovrebbero essere inclusi nella valutazione e revisione continua dei pazienti con ulcere vascolari croniche degli arti inferiori. Un obiettivo che dovrebbero prefissarsi gli infermieri sarebbe quello di allargare le proprie conoscenze e focalizzare la loro attenzione nel campo della qualità di vita e far diventare essa il focus nell'assistenza e nella gestione di questi pazienti, così da sviluppare delle capacità che risultano essere fondamentali sia per i pazienti che per i professionisti sanitari. È chiaro quindi che, considerando la complessità dei pazienti con ulcere croniche, è necessario che gli infermieri acquisiscano conoscenze e competenze specialistiche che permettano loro di gestire in maniera appropriata, efficace ed efficiente tutti i problemi legati al mantenimento dell'integrità cutanea. Infatti, i fattori che possono ostacolare la guarigione sono molteplici, pertanto un'adeguata preparazione teorica e competenza pratica

rappresentano l'unico mezzo in grado di garantire il raggiungimento di obiettivi assistenziali e migliorare di fatto l'esito dei trattamenti. Un approccio standardizzato per l'accertamento del paziente portatore di ulcera cronica aiuterebbe ad individuare i fattori che possono ritardare la riparazione tissutale e a sviluppare strategie in grado di prevenire lunghi tempi di guarigione. L'accertamento deve prevedere una valutazione accurata ed olistica del paziente e della lesione, in cui ricercare tutti quei fattori individuali, sociali, psicologici o relativi all'ulcera che possono ostacolare il normale processo di guarigione della lesione. Infine, quindi, possiamo concludere affermando che, sarebbe necessario introdurre nella gestione delle ulcere croniche una figura altamente specializzata e formata come, l'infermiere esperto in Wound Care. L'infermiere specialista in Wound Care è un professionista in possesso del master universitario di I livello per le funzioni specialistiche, che esercita una competenza specifica nell'area assistenziale clinica, nell'ambito della prevenzione e cura delle lesioni cutanee, oltre che nell'utilizzo delle medicazioni cosiddette "avanzate", egli presta la propria opera nei settori assistenziali, organizzativi e gestionali, con lo scopo di realizzare un'assistenza orientata al paziente e impegnata nello sviluppo delle strutture e delle tecnologie, esso esercita con autonomia professionale, assumendosi la diretta responsabilità del processo di cura.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. AIUC – Associazione Italiana Ulcere cutanee Onlus – 2021
2. AIUC – “PDTA per la prevenzione e cura delle ferite cutanee difficili sul territorio marchigiano” – 2021
3. Agale VS. – “chronic leg ulcers: epidemiology, aetiopathogenesis, and management” – 2013
4. Benbow M, Stevens J. – “Exudate, infection and patient quality of life” - 2011
5. C. Ligresti, I. Passaro. – “Linee guida delle ulcere cutanee croniche: nuovo approccio orientativo nella gestione delle ferite difficili” - 2019
6. Cwajda-Bialasik J, Szewczyk MT, Moscicka P, Cierzniakowska K. – “the locus of pain control in patients with lower limb ulcerations” - 2012
7. Commissione Regionale Dispositivi Medici, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l’integrazione. – “le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche. Allegato 5: Protocollo di trattamento delle lesioni vascolari dell’arto inferiore” - 2016
8. Daniel SJ Costa, Qual Life Ris – “how is quality of life defined and evaluated in published research?” - 2021
9. David R. Thomas – “management of venous stasis and ulcers” – 2013
10. Dizionario di Medicina, Treccani - 2010
11. Dragan J. Milic, Sasa S. Zivic, Dragan C. Bogdanovic, Nevena D. Karanovic, Zoran V.
12. E. Condé Montero, Actas Dermosifiliogr – “theory and practice of compression therapy for the treatment and prevention of venous ulcers” – 2020
13. Eftychia Platsidaki, Al wounds. – “psychosocial aspects in Patients with chronic leg ulcers” – 2017
14. Ebbeskog B, Ekman SL. – “elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment” - 2010
15. Emilio A. Loiacono – “differenza tra ulcera venosa e arteriosa” – 2018

16. Finja Reinboldt Jockenhofer, *Int Wound J.* - “association of wound genesis on varying aspects of health-related quality of life in patients with different types of chronic wounds: results of cross-sectional multicentre study” - 2021
17. Green J, Jester R, McKinley R, Pooler A. – “The impact of chronic venous leg ulcers: a systematic review” – 2014
18. Guillaume Chaby – “prise en charge des ulcères de jambe” – 2011
19. Haraldstad K., *Qual Life Res.* – “a systematic review of research on the quality of life in medicine and health sciences” – 2019
20. Herber OR, Schnepf W, Rieger MA. – “a systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life” – 2010
21. Hopman WM., Vandenkerkhof EG, Carley ME., Kuhnke JL., Harrison MB. – “factors associated with health-related quality of life in chronic leg ulceration” – 2014
22. IASP - International Association for the Study of Pain – 2018
23. ISTAT statistiche – “il futuro demografico del paese” – report 2011 previsioni fino al 2050
24. Linee Guida AIUC – “AISLEC per la gestione del dolore nel paziente con lesioni cutanee croniche” – 2011
25. Maddox D., *Nurse stand.* – “effects of venous leg ulceration on patients' quality of life” - 2012
26. Naomi Fearn, *J. Tissue Viability.* – “placing the patient at the centre of chronic wound care: a qualitative evidence synthesis” - 2017
27. Nélia Cunha, *Br. J. Community Nurs.* – “chronic leg ulcers disrupt patients' lives: a study of leg ulcer-related life changes and quality of life” – 2017
28. OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità - 2017
29. P. Mollo, F. Pomella, M. Lucchi, S. Bilancini, G. Guarnera – “ulcere vascolari degli arti inferiori. Approccio clinico a terapia medica” - 2018
30. Patrick Phillips, Elisabetta Lumley, Rosie Duncan, Ahmed Aber, Helen Buckley Woods, Georgina L. Jones, Jonathan Michaels. – “a systematic review of qualitative research on the life experiences of people with venous leg ulcers” – 2018
31. Parker K., *Nurse stand.* – “psychosocial effects of living with a leg ulcer” – 2012

32. Pierre Henry Frangne, Soins Gerontolo – “approche philosophique de la qualité de vie” – 2019
33. Renner R, Seikowski K, Simon JC. – “association of pain level, health and wound status in patients with chronic leg ulcers” - 2014
34. Sue Bale, Vanessa Jones – “assistenza infermieristica nella cura delle lesioni cutanee” - 2008
35. Salome GM., Openheimer DG., de Almeida SA., Bueno ML., Dutra RA., Ferreira LM. – “feelings of powerlessness in patients with venous leg ulcers” – 2013
36. Tazim Virani, Josephine Santos, Jane Schouten, Carrie Scott, Elaine Gergolas Keith Powell – Registered nurses association of ontario – 2020
37. Upton D, Andrews A. – “venous leg ulcers: what about well-being?” - 2014
38. Upton D, Richardson C, Andrews A, Rippon M. – “Wound pruritus: prevalence, aetiology and treatment” - 2013
39. Verde J., R. Giullare, R. McKinley, A. Pooler. – “the impact of chronic venous leg ulcers: a systematic review” – 2014
40. Zhou Kehua, Wound Repair Regen. – “depressive symptoms in patients with wounds: a cross-sectional study” – 2016

RINGRAZIAMENTI

Eccomi giunta alla fine di questa tesi e di questo splendido percorso, nel quale penso di essere maturata come professionista, ma anche e soprattutto come persona. Sono tante le persone che devo ringraziare e vorrei dedicare queste ultime pagine proprio a loro; a tutte le persone che hanno sempre creduto in me e che mi hanno sempre sostenuta sia nei momenti difficili sia in quelli felici e più spensierati. Vorrei iniziare col ringraziare la mia relatrice, la dott.ssa Rita Fiorentini, tutti i miei professori e gli infermieri che ho incontrato durante il mio percorso, grazie perché sono stati proprio loro che mi hanno fatto appassionare a questo lavoro, con i loro consigli sono riuscita a superare tutti gli ostacoli che mi sono trovata lungo questa strada, grazie a loro che mi hanno spronata a dare sempre del mio meglio anche quando l'unica cosa che volevo fare era mollare tutto, hanno sempre creduto in me e nelle mie capacità facendomi crescere sia in ambito professionale che come persona. Come secondi ma non meno importanti vorrei ringraziare la mia famiglia, perché senza di loro tutto questo non sarebbe stato possibile, per merito loro sono riuscita a raggiungere uno dei miei obiettivi più importanti, fare il lavoro che amo, mi ritengo fortunata ad averli accanto poiché fin da piccola mi hanno sempre incoraggiata ad inseguire i miei sogni e mi hanno dato sempre libera scelta nel percorso di studi da seguire per far sì che fossi felice, oggi spero di averli resi orgogliosi di me almeno la metà di quanto io lo sono di loro. Inoltre vorrei ringraziare tutti i miei amici, poiché sono i migliori amici che potessi trovare, nonostante in molti siano estranei a questo percorso, mi hanno sempre capita e sostenuta facendomi credere in me stessa e restandomi sempre accanto quando avevo bisogno di loro; insieme a loro vorrei ringraziare anche tutti i miei compagni di corso, in particolare tutte quelle persone con cui ho instaurato un rapporto di amicizia vero e sincero, che va oltre il fatto di avere una passione in comune; insieme abbiamo affrontato tutte le nostre crisi dove non credevamo più in noi stesse e in quello che stavamo facendo, ma sempre insieme le abbiamo superate e siamo andate avanti. Senza di loro questo percorso non sarebbe stato lo stesso, lo hanno reso più leggero con le nostre pause dallo studio e tutte le giornate passate insieme a divertirci. Infine, vorrei ringraziare me stessa, ho aspettato questo momento per tanto tempo, spendendo tante energie per arrivare fino a qui; mi sono lasciata andare, per poi ritrovarmi ad avere una forza che non credevo di avere e da lì mi sono ripresa tutto ciò che pensavo di meritare;

perché come recita il famoso detto è proprio vero che, “gli unici limiti che abbiamo sono quelli che noi stessi ci poniamo”. La laurea è solo la ciliegina sulla torta di un percorso che sicuramente mi ha cambiata e mi ha insegnato tanto, anche se solo adesso alla fine, posso dire che ha tirato fuori la parte migliore di me. Mi auguro di essere sempre felice come lo sono questo giorno e di continuare ad inseguire tutti i miei sogni nel cassetto, affinché questo sia solo l’inizio dei tanti traguardi che mi sono prefissata di raggiungere. Grazie a tutti.