



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA VAC THERAPY: SCENARI
PROFESSIONALI PER
L'INFERMIERE**

Relatore: Chiar.mo
Sandro Di Tuccio

Tesi di Laurea di:
Lucia Bianchini

A.A. 2018/2019

INDICE

| | |
|--|---------|
| INTRODUZIONE | Pag. 2 |
| CAPITOLO 1 | |
| LA VAC THERAPY | |
| 1.1 Definizione | Pag. 4 |
| 1.2 La pressione negativa | Pag. 4 |
| 1.3 Il kit di medicazione | Pag. 5 |
| 1.4 Come applicare la medicazione | Pag. 9 |
| 1.5 Interruzione della terapia e controindicazioni | Pag. 15 |
| 1.6 Feedback dai pazienti | Pag. 15 |
| CAPITOLO 2 | |
| LE FERITE | |
| 2.1 Definizione | Pag. 17 |
| 2.2 Ferite acute | Pag. 17 |
| 2.3 Ferite croniche | Pag. 20 |
| 2.4 Riparazione tissutale | Pag. 23 |
| 2.5 Valutazione delle ferite | Pag. 26 |
| 2.6 Responsabilità infermieristiche nel “Wound Care” | Pag. 31 |
| CAPITOLO 3 | |
| DALL’OSPEDALE AL TERRITORIO | |
| 3.1 L’assistenza infermieristica domiciliare | Pag. 36 |
| 3.2 L’assistenza infermieristica ambulatoriale | Pag. 39 |
| 3.3 Gli ospedali di comunità | Pag. 41 |
| 3.4 L’infermiere di famiglia e di comunità | Pag. 41 |
| CONCLUSIONI | Pag. 45 |
| BIBLIOGRAFIA | Pag. 46 |
| RINGRAZIAMENTI | Pag. 48 |

INTRODUZIONE

La VAC therapy anche conosciuta come Vacuum Assisted Closure therapy, rappresenta una terapia che, a partire dalla metà degli anni '90 del secolo scorso, nel quale fa il suo ingresso nel commercio Europeo, viene largamente utilizzata intervenendo con l'uso della pressione negativa nella gestione di numerose tipologie di lesioni.

Questa tecnica trova in realtà principio nella storia già nel 1979, in Russia, Paese nel quale la prima pubblicazione a riguardo trattava di un sistema di suzione e irrigazione; successivamente, nel 1992, in Germania dei pazienti con delle fratture esposte vengono sottoposti ad una terapia con base la somministrazione della pressione negativa sul letto della ferita estremamente simile a quello utilizzato al giorno d'oggi. Ancora più tardi, nel 1997, viene validata la sperimentazione su modello animale (maiali) e successivamente su pazienti con ulcere di difficile guarigione. Grazie a questi studi che ne hanno verificato l'efficacia, e ad uno studio effettuato nel 2000 (Joseph et al. and McCallon et al) che trattò la comparazione di efficacia tra la terapia a pressione negativa e l'utilizzo dei metodi standard per il trattamento delle lesioni e che mostrò una significativa riduzione del letto della ferita nonché una riduzione dei tempi di guarigione, oggi possiamo usufruire di questa tecnica.

Questa terapia innovativa, attraverso l'utilizzo di un dispositivo medico, ci permette di intervenire a favore di pazienti nei quali il processo di guarigione è compromesso o difficoltoso in relazione alla tipologia della lesione o a processi patologici preesistenti in pazienti complessi.

Sappiamo che gran parte delle ferite evolve rapidamente verso la risoluzione ma in alcuni pazienti la fase di guarigione delle ferite risulta essere particolarmente tortuosa e non sempre con le medicazioni normali o avanzate riusciamo ad ottenere i risultati sperati; in condizioni come queste il rischio è sempre più rappresentato dall'aggravarsi del quadro clinico generale per complicanze che risultano essere talvolta anche gravi.

In autonomia o addizionata al trattamento gold standard, che caratterizza ognuno dei processi patologici che man mano andremo a prendere in esame, la VAC therapy va a costituire un incremento in termini di riduzione di complicanze. L'infermiere interviene non solo in ambito ospedaliero, dove opera al fine di garantire il massimo livello di assistenza con una riduzione dei costi rappresentati dai tempi prolungati di ricovero ed

elevato consumo di risorse, ma anche e soprattutto in ambito domiciliare e territoriale dove viene fornita un'assistenza infermieristica in alternativa al ricovero in regime ospedaliero.

CAPITOLO 1

LA VAC THERAPY

1.1 Definizione

Ogni forma di ferita rappresenta, nella maggior parte dei casi, un presente invalidante per la persona. Questa se non gestita nel modo adeguato può portare a un aumento della sofferenza e alla diminuzione dei risultati.

La VAC therapy è un sistema integrato e non invasivo di suzione, che permette la guarigione di molte ferite, sia acute che croniche, garantendo esiti clinici superiori.

Questa terapia consiste nell'applicazione, per mezzo di un macchinario, di uno strato di pressione in grado di agire sulla guarigione di quelle ferite compromesse da bruciature, infezioni, scarsa circolazione, impianti artificiali ed esposizione ossea.

1.2 La Pressione negativa

L'uso della pressione negativa, ossia una pressione più bassa rispetto alla pressione atmosferica o sub atmosferica, per questo specifico utilizzo, generalmente compresa fra -125 e -25 mmHg in base al tipo di apparecchiatura utilizzata, alla tolleranza del paziente ma anche in base ai tipi di lesione, ha significato in termini clinici un cambiamento in quanto a livello tissutale agisce in modo da:

- garantire la retrazione della ferita, ovvero una riduzione dell'area per trazione meccanica dei bordi verso il centro che attraverso la loro contrazione provoca un rimodellamento dei tessuti. Questo rimodellamento dovuto ad una lieve deformazione del tessuto provoca un cambiamento in termini di reazioni biochimiche e trascrizioni di geni, infatti si rileva un incremento dei recettori e dei fattori di crescita angiogenici e quindi la creazione di nuovi vasi sanguigni. Questo stress meccanico che la pressione applica interviene inoltre come promotore della produzione di collagene ed elastina;
- stimolare la formazione del tessuto di granulazione (dato dall'unione di tessuto connettivo e capillari) in un ambiente umido ottimale che sappiamo essere di vitale importanza in quanto facilita il processo di riepitelizzazione;
- detergere meccanicamente e in maniera continua il fondo della lesione con pulizia ed allontanamento di materiale non vitale;

- rimuovere l'essudato della ferita al fine di rimuovere tutti i fattori che potrebbero causare macerazione della cute perilesionale, accumulo di tessuto necrotico e slough che alterano la componente biochimica del letto della ferita e che potrebbe causare l'insorgenza di processi infettivi in un sistema chiuso che garantisce la creazione di un ambiente umido (ne consegue anche una riduzione dei cambi di medicazione che riflette una riduzione dei costi);
- ridurre la pressione correlata all'edema interstiziale che causa un aumento di pressione a livello del letto della ferita che si riflette con una compromissione del microcircolo; in questo modo la pressione negativa che vi si applica sembra aver effetto in quanto provocando la decompressione del tessuto sul letto della ferita si ottiene la riduzione dell'edema che si riflette con la stimolazione del flusso ematico e conseguente aumento dell'ossigenazione tissutale;
- riduzione di materiale infetto.

1.3 Il kit di medicazione

La VAC therapy è un sistema che include una pompa da vuoto (fig. 1.3.1), un tubo per il drenaggio (fig. 1.3.2) e un set di medicazione (fig.1.3.3). La pompa può essere fissa o portatile, permette la regolazione della forza di aspirazione, emette allarmi per indicare la perdita di aspirazione e ha una serie di contenitore sostituibili. Il set di medicazione può contenere schiuma o garza da posizionare nella ferita e un film adesivo per sigillare la ferita stessa. I tubi di drenaggio sono disponibili in una varietà di misure e calibri a seconda delle medicazioni usate o delle ferite da trattare.

La medicazione (o materiale riempitivo) deve essere posizionata sulla parte lesionata e deve essere fissata con una pellicola trasparente. Il tubo di drenaggio è collegato alla medicazione attraverso un'apertura della pellicola stessa. Il collegamento avviene praticando una incisione sulla pellicola attraverso la quale viene fissato un capo del tubo di drenaggio, mentre l'altro capo viene connesso al contenitore di aspirazione fissato alla pompa che crea il vuoto. Questo, una volta azionato, applica la pressione di aspirazione prefissata, rimuovendo l'essudato in eccesso.

I materiali di medicazione impiegati sono generalmente pellicola trasparente, schiuma di poliuretano e garze che possono essere addizionati a prodotti antisettici. Relativamente ai tre tipi di riempimento, una volta applicata la medicazione, viene

attivata la pompa che crea il vuoto attraverso l'erogazione di pressione con valori compresi fra -125 e -25 mmHg. La pressione può essere applicata continuamente, in modo intermittente o variabile, alcuni studi sperimentali sembrano evidenziare un aumento del tessuto di granulazione in modalità intermittente ma di contro i pazienti riferiscono una maggiore sintomatologia dolorosa associata alla terapia in questa modalità; quindi si potrebbe trovare forse giovamento senza rinunciare agli effetti benefici determinati dal gap pressorio usufruendo dell'applicazione variabile della terapia a pressione negativa quindi sostituendo periodi di assenza del vuoto (quindi a 0 mmHg, tipici dell'intermittenza) con periodi di riduzione della pressione (di circa il 50%). In base al tipo di ferita, agli obiettivi clinici e al paziente si applica a questo punto la medicazione più idonea: la garza può essere utilizzata per i pazienti più sensibili al dolore in quanto tende a ridurre il dolore collegato al cambio della medicazione, per i pazienti con ferite superficiali o irregolari, ferite sotto minate o fistole esplorate anche tenendo conto del fatto che risulta adattarsi meglio a fondi della ferita dai caratteri irregolari ma va tenuta in considerazione anche quando vogliamo che il letto della ferita venga meno traumatizzato. Le medicazioni in schiuma di poliuretano si adattano meglio alle ferite di pazienti che si presentano con contorni regolari ma rappresenta una metodica più traumatica, soprattutto in fase del cambio della medicazione.



fig. 1.3.1- pompa da vuoto Suprasorb CNP P2, è visibile nello scomparto a sinistra, trasparente la presenza del contenitore riservato alla raccolta dell'essudato, in figura al momento che succede il cambio della medicazione appare vuoto.



fig. 1.3.2- tubo di drenaggio per suzione, drena aria dalla medicazione e successivamente mantiene l'aspirazione a scopo terapeutico e drena l'essudato. È necessario che il punto di raccordo venga posto a contatto con la medicazione sovrastante la lesione per garantirne il corretto funzionamento.



fig. 1.3.3 kit di medicazione sterile composto in questo caso dal tubo di drenaggio posto in basso a sinistra, spugna in poliuretano in posizione centrale di colore nero, calza per arto inferiore e numerose medicazioni adesive anch'esse in poliuretano trasparente poste sopra la spugna.

1.4 Come applicare la medicazione

Della medicazione, di documentare la tecnica e i miglioramenti misurabili del percorso intrapreso con il paziente è diretta competenza dell'infermiere.

Il materiale necessario per applicare la medicazione è:

- Guanti sterili e guanti puliti
- Forbici sterili
- Calza e medicazioni aderenti in poliuretano di varie misure
- Soluzione salina 0,9% NaCl sterile
- Pompa da vuoto
- Spugna di poliuretano o garza sterili in base all'esigenza
- Contenitore di raccolta
- Tubo di drenaggio

Dopo aver adeguatamente idratato la cute del paziente andrà effettuato il lavaggio

antisettico delle mani dell'infermiere, una detersione del letto della ferita, della cute perilesionale e un'eventuale toilette chirurgica per garantire la completa rimozione della medicazione precedente, una riduzione dell'odore dato dall'essudato e per la rimozione di tessuto necrotico o anche solo in presenza di fibrina. Successivamente può anche essere applicata sul letto della ferita una medicazione aggiuntiva che permetta di separarla dalla spugna allo scopo di impedirne la completa aderenza, ad esempio una garza grassa. La spugna, a questo punto, andrà tagliata e modellata sulla ferita così che non vada oltre i bordi della stessa per far sì che la lesione non si ampli grazie all'effetto lesivo dell'essudato (fig. 1.4.1 e fig. 1.4.2). In caso di lesioni discontinue possono essere usati più pezzi della stessa spugna in poliuretano per unire le lesioni al vuoto (fig. 1.4.3), in questo caso la cute non lesionata nel mezzo delle due medicazioni andrà protetta con medicazione adesiva trasparente al di sotto della spugna così da isolarla (come in fig. 1.4.4). La cute perilesionale prima dell'applicazione definitiva della spugna andrà necessariamente protetta con un apposito protettore. A questo punto si posizionerà la spugna in sede definitiva e sopra vi si apporrà la calza sterile la cui estremità verrà "serrata" con le medicazioni in poliuretano trasparente che garantiranno la tenuta del vuoto. In prossimità della spugna, sulla calza verrà fatto un foro al quale verrà fatto aderire il tubo di drenaggio che connette la medicazione propria alla pompa del vuoto. Solo adesso si potrà agganciare la sacca di raccolta del drenato al tubo di drenaggio e inserirla nel macchinario, impostare la pressione negativa e drenare l'aria nel circuito (fig. 1.4.5). È fondamentale controllare la quantità e il tipo di essudato drenato e cambiare la sacca di raccolta nel caso in cui occorra. È consigliato cambiare la medicazione ogni 48/72 ore se la ferita non risulta essere infetta, in quel caso potrebbe rendersi necessario un cambio più frequente.

Infine, in genere, si esegue un'ulteriore medicazione al solo scopo protettivo, essendo l'arto (inferiore ma non solo) o parti del corpo, che durante la movimentazione potrebbero trovarsi ad essere inclini a subire urti che causano verosimilmente una compromissione della tenuta della medicazione e più precisamente del vuoto creando lesioni nella medicazione stessa. Quest'ultima è effettuata tramite la sovrapposizione di una calza (questa volta elastica) per separare le due medicazioni, cotone di Germania e garza autocoesiva del diametro più adeguato e si procede dalla porzione distale a quella prossimale con andamento a spirale fino a coprire la medicazione della VAC therapy

(fig. 1.4.6).



fig. 1.4.1 rappresentante la misurazione della lesione.



fig. 1.4.2 rappresentante il modellamento rigorosamente sterile della spugna così che possa calzare perfettamente il letto della ferita.



fig. 1.4.3 che rappresenta come la spugna possa essere applicata su lesioni multiple vicine tra loro per poi essere collegate con un “ponte” di spugna stessa per permettere di collegare ogni pezzo della medicazione al sistema di aspirazione.



fig. 1.4.4 rappresenta il posizionamento della medicazione trasparente sulla cute perilesionale al fine di isolarla dal contatto con la medicazione assorbente.



fig. 1.4.5 dove troviamo rappresentata la medicazione dopo l'attivazione della pompa da vuoto e la conseguente aspirazione di tutta l'aria da circuito.



fig. 1.4.6 in cui si mostra la medicazione di copertura al fine di proteggere la medicazione sottostante da eventuali traumi e lesioni che potrebbero causarne la perdita dell'aspirazione.

1.5 Interruzione della terapia e controindicazioni

Il paziente va informato riguardo al dolore e ai casi in cui dovrebbe chiamare l'infermiere che lo ha in cura come ad esempio in caso di sanguinamento o dolore acuto e valutarne insieme l'interruzione in base alla gravità dei segni e dei sintomi.

L'applicazione della pressione negativa andrebbe interrotta nei seguenti casi:

- se il paziente, dopo esser stato adeguatamente informato, riferisca sanguinamento o dolore acuto e dopo una valutazione da parte dell'operatore;
- quando appare sufficiente tessuto di granulazione a livello della cute perilesionale;
- se la produzione e raccolta dell'essudato è minore di 20 ml/die;
- se non c'è una riduzione delle dimensioni della ferita in due settimane;
- se vi è un cambiamento nello stato di salute del paziente o le condizioni ambientali non garantiscono più l'utilizzo efficace e in sicurezza della VAC therapy;
- quando ci sono segni di infezione sistemica.

Le controindicazioni alla VAC therapy sono confinate a delle tipologie di ferite o a delle specifiche condizioni, infatti non è possibile effettuare questa terapia se la ferita risulta essere caratterizzata dalla presenza di tessuto necrotico con escara in quanto la pressione negativa non sorbirebbe alcun effetto sulla lesione, altre controindicazioni riguardano le osteomieliti, le fistole non enteriche e non trattate e le lesioni neoplastiche per quanto riguarda le tipologie di ferite. Controindicazioni invece riguardanti alcune condizioni delle ferite stesse riguardano la presenza di vasi, nervi, anastomosi e organi esposti.

1.6 Feedback dai pazienti

Alla luce delle metodiche, delle indicazioni, delle controindicazioni ecc.ecc., un fattore altrettanto importante è sicuramente il grado di soddisfazione da parte dei pazienti in terapia con la pressione negativa. La qualità di vita viene intesa come tutti quegli aspetti che possono essere direttamente correlati ad una variazione dello stato di salute che sia esso mentale o fisico; la gran parte degli studi rilevano una maggior soddisfazione in questi termini da parte di pazienti trattati con la VAC therapy rispetto a pazienti trattati con medicazioni avanzate di altro tipo e questo dato potrebbe essere tradotto come pazienti che provano meno dolore e che vedono risultati in minor tempo che si riflette in

minori tempi di ospedalizzazione. Il dolore è un fattore che caratterizza tutti i pazienti in corso di trattamento di lesioni e sappiamo anche essere un parametro estremamente soggettivo, nel caso specifico della VAC therapy ci sono diverse testimonianze di alcuni pazienti che provano molto dolore difficilmente trattabile con i normali antidolorifici, altri studi rilevano insignificanti differenze con le altre medicazioni o che l'uso della VAC therapy ne riduca il dolore. In sintesi, con riguardo al fatto che questo tipo di medicazione è causa di dolore soprattutto in fase del cambio della medicazione e maggiormente con l'uso della schiuma di poliuretano piuttosto che della garza; per ovviare a questo problema sappiamo che l'infermiere può somministrare anestetici a livello locale come la lidocaina o consigliare al paziente di assumere antidolorifici in prossimità del cambio.

Alcuni pazienti possono accusare oltre al dolore vero e proprio anche altri disturbi derivanti dal fatto che trattasi di un presidio che il paziente deve necessariamente portare con sé 24/7 per la durata del trattamento, rappresentando così una presenza costante e spesso ingombrante che potrebbe causare delle restrizioni nella vita di tutti i giorni o nella normale mobilità del paziente; a questo proposito l'industria ogni anno fa passi da gigante in questo e altri ambiti per permettere l'uso di presidi sempre più piccoli e portatili, garantendo l'efficacia del trattamento.

Passiamo ad analizzare l'aspetto psicologico e nello specifico della visione di sé che hanno i pazienti (studi rilevano che è la donna a risentirne di più) in funzione del fatto che l'uso della VAC therapy essendo vistosa gli ricorda continuamente di avere una lesione e che gli altri lo notano con maggior facilità rispetto ad altre medicazioni e anche riguardo l'aspetto sociale queste considerazioni possono provocare un isolamento volontario da parte dei pazienti che potrebbero sentirsi stigmatizzati o più banalmente imbarazzati e "diversi". È qui che l'infermiere ricopre un ruolo primario e che si impegna sempre all'interno sue competenze di carattere sociale ma anche tecnico per rilevare tutti questi fattori e cercare soluzioni personalizzate per ogni paziente.

CAPITOLO 2

LE FERITE

2.1 Definizione

Una ferita rappresenta una soluzione di continuità di uno o più tessuti corporei, può essere definita in base alla modalità con cui si determina o a modalità e tempi di guarigione, in quest'ultimo caso vengono suddivise in acute o croniche.

Andiamo in questo capitolo ad elencare e ad esaminare quelle che sono le ferite che possono essere trattate con la VAC therapy.

2.2 Ferite acute

Rappresentano la maggioranza delle ferite trattate dagli infermieri in ambito ospedaliero e sono:

- Le ferite traumatiche sono generalmente rappresentate da dei danni tissutali causati da oggetti di varia natura (contendenti, taglienti, laceranti, perforanti e così via) che possono coinvolgere a partire da strati cutanei superficiali fino ad arrivare a tessuti più profondi conseguentemente ad un danno più esteso. Rientrano in questa categoria anche le ustioni che interessano i tessuti tegumentari a seguito di esposizioni a agenti termici (caldo o freddo), elettrici, chimici, o radianti (fig. 2.2.1) che possono essere classificati in tre modi, e cioè l'agente lesivo appena citato, la profondità (primo secondo e terzo grado se interessa rispettivamente epidermide, derma e ipoderma) e la gravità (lieve moderata o grave calcolata in relazione alla profondità e all'estensione); l'estensione viene poi calcolata tramite la regola del nove attribuendo ad ogni parte del corpo una predeterminata percentuale. In generale la VAC therapy è consigliata in caso di ustioni/ferite traumatiche con un'estensione maggiore di 30 cm² o che interessino due o più tessuti. Il tutto va assolutamente preceduto da eventuale bonifica dei tessuti da corpi estranei o tessuti devitalizzati che rappresentano controindicazioni all'uso della terapia stessa. Anche il trattamento di ferite superficiali non prevede l'uso della VAC therapy come prima scelta a meno che non presentino essudato copioso.



fig. 2.2.1 raffigurante un'ustione con una flittena tipica del grado d'ustione in questione (secondo grado).

- Le ferite chirurgiche sono ferite prodotte da un agente meccanico e nella pratica clinica è possibile trovare principalmente due tipi di ferite, quelle che guariscono per prima intenzione e quelle che guariscono per seconda intenzione. Nel caso specifico della VAC therapy, questa non viene utilizzata nel caso della guarigione per prima intenzione in quanto non ci sono sufficienti evidenze al riguardo, fatta eccezione per ferite ad alto rischio infettivo per le quali si valuta caso per caso. Per quanto concerne la guarigione per seconda intenzione questa terapia viene utilizzata nello specifico nei casi di deiscenza delle prime che a causa di una spontanea riapertura di una sutura vengono lasciate guarire per seconda intenzione, in questo caso può essere valutata l'applicazione della VAC therapy (fig. 2.2.2). In caso di applicazione di innesti cutanei poi, la VAC therapy viene presa in considerazione in quanto può conferire un importante ruolo nel preoperatorio qualora vi sia la necessità di aumentare la vascolarizzazione nel sito di innesto o quando la ferita presenta dei bordi frastagliati che necessitino di essere “regolarizzati”.



fig. 2.2.2 che rappresenta la deiscenza di una sutura chirurgica in sede mediastinica.

- Addome aperto: è una ferita addominale aperta con l'esposizione di organi intraperitoneali, la VAC therapy si inserisce in questo contesto se si parla di decompressione addominale come nei casi di anasarca (edema massiccio e diffuso del tessuto sottocutaneo visibile nell'addome in fig. 2.2.3) o sindrome compartimentale addominale (condizione patologica caratterizzata da un danno d'organo determinato da un aumento della pressione intraddominale) ma le raccomandazioni NICE raccomandano l'uso di questa terapia solo da personale adeguatamente formato al fine di riconoscere eventuali complicanze correlate come l'insorgenza di fistole intestinali, perforazione intestinale, sanguinamento, infezioni, ernia, laparocèle e dolore. In ogni caso la terapia può essere protratta per non più di 10 giorni.



fig. 2.2.3 anasarca molto accentuato a livello addominale.

2.3 Ferite croniche

Le ferite croniche sono quelle lesioni che non raggiungono la riparazione tissutale entro 8/10 settimane dalla loro insorgenza e sono generalmente rappresentate da:

- Ulcere vascolari cutanee che interessano generalmente la parte distale degli arti inferiori; esse sono lesioni tipicamente cicliche e croniche che cioè alternano periodi di guarigione a periodi di recidiva che impatta negativamente nella vita dei pazienti che ne soffrono con dolore cronico, riduzione della mobilità e isolamento. L'ulcera di tipo arterioso (fig. 2.3.1) appare "perforata", con bordi ben delimitati e pallida, non granuleggiante, spesso di base necrotica. La cute perilesionale può mostrare un eritema scuro e può essere fredda al tatto, glabra, sottile e fragile, con una tessitura lucida. Le unghie si ispessiscono e diventano opache e potrebbero cadere. Può verificarsi anche gangrena delle estremità. L'esame del sistema arterioso può mostrare un ridotto o assente polso nel dorso del piede e nelle arterie tibiali posteriori. Soffi nelle arterie prossimali delle gambe indicano la presenza di aterosclerosi. I pazienti con ulcere arteriose hanno un ridotto tempo di riempimento capillare. Nell'ulcera venosa invece il fondo della lesione può essere fibrinoso o granuleggiante, con bordo poco rilevato o piatto, a forma irregolare mentre la cute perilesionale è tipicamente iperpigmentata per l'accumulo di emosiderina (proteina che lega il ferro e che insieme alla ferritina fungono da sistema di stoccaggio del ferro, alti livelli della stessa compaiono

nei tessuti sede di stasi ematica). La sintomatologia dolorosa è, in genere, assente, o quando presente si attenua con la sopraelevazione dell'arto. I polsi periferici sono presenti. L'uso della VAC therapy non è consigliato nel caso di lesioni vascolari venose dove il gold standard rimane il bendaggio elastocompressivo, per elastocompressione intendiamo l'applicazione sulla superficie di un arto di materiali atti a bilanciare condizioni d'ipertensione venosa e/o di stasi linfatica. Il passaggio di liquidi attraverso una membrana è regolato dalla legge di Starling, secondo la quale la forza di filtrazione dipende dalla permeabilità della parete capillare e dal gradiente di pressione idrostatica e oncologica tra sangue e tessuti. In presenza di un gradiente di pressione oncologica su una membrana semi-permeabile, capillare, si determina un passaggio di liquidi attraverso la barriera fino al raggiungimento della stessa concentrazione da entrambi i lati. L'applicazione esterna di una compressione provoca un aumento della pressione tissutale locale, riducendo la perdita dei fluidi e determinando contemporaneamente un riassorbimento degli stessi nei vasi. La VAC therapy è consigliata nelle ulcere vascolari arteriose a seguito di una rivascolarizzazione, infatti, l'aumento del flusso sanguigno periferico tramite la chirurgia ricostruttiva (per la malattia diffusa) o angioplastica (per stenosi localizzata) è l'intervento più in grado di influenzare il processo di guarigione delle ulcere arteriose soprattutto con lesioni di dimensioni maggiori di 30 cm² che necessitano di guarire per seconda intenzione.

- Piede diabetico: (fig. 1.4.4) trattasi di ulcere del piede tipiche di pazienti affetti da diabete mellito di tipo 1 e 2, possono essere causate da una neuropatia o da un'arteriopatia degli arti inferiori che compromettono la struttura del piede o la sua funzione. L'OMS stima che nel 2025 il numero di diabetici sarà superiore a 300 milioni in confronto ai 120 milioni stimati nel 1996 e che circa il 15% di questi andrà incontro ad un'ulcerazione del piede. Nel caso del piede diabetico l'uso della VAC therapy va accostato ad una lesione di origine vascolare piuttosto che neuropatica, in quest'ultima il gold standard è rappresentato da un adeguato scarico dell'appoggio del piede. Di fronte a una lesione vascolare di tipo arterioso ne consideriamo l'utilizzo dopo un'eventuale rivascolarizzazione che anche qui rappresenta il gold standard. Va considerato l'uso della pressione

negativa anche dopo l'amputazione con moncone aperto e toilette chirurgica.

- Lesioni da pressione o da decubito (fig. 2.3.2): rappresenta una lesione tissutale, con evoluzione necrotica che interessa l'epidermide, il derma e gli strati sottocutanei fino a raggiungere, nei casi più gravi, la muscolatura e le ossa; la necrosi cellulare si verifica quando i tessuti molli vengono compressi tra una prominenza ossea e una superficie solida per un tempo prolungato. Più specificamente la compressione esterna diventa lesiva quando supera i 32 mmHg (pressione di chiusura dei capillari) e se prolungata nel tempo causa una diminuzione della circolazione fino ad un arresto del flusso capillare con conseguente ipossia e ischemia. È un fenomeno che seppur largamente prevenibile, costituisce un evento importante in termini di numero di pazienti coinvolti e di tempo e risorse necessari per il trattamento della lesione; nei pazienti ospedalizzati infatti queste lesioni si sviluppano con una prevalenza che va dal 18% fino al 29%. La lesione va valutata tramite un sistema di classificazione uniforme e condiviso che risulta essere riconosciuta dalla definizione internazionale sviluppata da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) e European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) nel 2009 e che prevede una progressione da 1 a 4 in base alle conseguenze dell'ischemia sulla perdita di tessuto: stadio I (eritema persistente non sbiancabile alla digitopressione, compare una zona di rossore a volte con tonalità violacee), stadio II (perdita parziale di spessore cutaneo, del derma che si presenta come un'ulcera aperta superficiale di colore rosso senza fibrina), stadio III (piena perdita di spessore tissutale, è presente un danno a livello del tessuto sottocutaneo senza coinvolgimento di muscoli, tendini o ossa), stadio IV (perdita completa dello strato cutaneo, con esposizione di ossa, tendini o muscoli che sono direttamente palpabili) e infine lo stadio non classificabile (piena perdita di spessore cutaneo o tessuto con profondità non conosciuta perché completamente oscurata da fibrina e/o escara nel letto dell'ulcera; in questo caso la reale profondità non sarà conosciuta fino alla loro rimozione). I gold standard per il trattamento di queste lesioni sono ovviamente rappresentati dalla rimozione delle cause che le provocano, ad esempio il riposizionamento del paziente (cambi di decubito ogni 2 ore almeno) e l'uso di presidi antidecubito, il

trattamento della lesione stessa e il trattamento delle comorbidità che possono interferire con il normale processo di guarigione delle ferite come la malnutrizione. La VAC therapy può essere anche di grande aiuto nella guarigione delle lesioni da pressione di terzo e quarto stadio dove si evidenzia una riduzione dei tempi di ricovero e guarigione e una riduzione dell'utilizzo di terapie supplementari.



fig. 2.3.1 esempio di ulcera arteriosa dalla cute dell'arto tipicamente sottile e fragile con assenza di annessi cutanei.



fig. 2.3.2 lesione da decubito prodottasi a livello sacrale di primo grado.

2.4 Riparazione tessutale

La guarigione delle ferite rappresenta la capacità dell'organismo di riparare un tessuto leso, quindi quando un tessuto riceve un insulto che ne lede l'integrità l'organismo ha

l'istinto di evolvere in favore di un processo riparativo. Questo processo può essere mediato tramite due meccanismi: il primo prevede il rimpiazzo delle cellule danneggiate con cellule dello stesso tipo mentre il secondo prevede il rimpiazzo con cellule di tipo connettivo (fibrosi).

Le ferite possono andare incontro alla guarigione con tre differenti modalità:

- Per prima intenzione ovvero ferite da taglio generalmente rappresentate da ferite chirurgiche dai margini netti favorite dall'accostamento e sutura dei lembi cutanei che velocizzerà il tempo e ridurrà lo spazio da occupare dal tessuto cicatriziale.
- Per seconda intenzione vale a dire nel caso di ferite come le ustioni o lacero contuse o cavitare o ancora inquinate/infette che sono caratterizzate dall'impossibilità di accostarne i margini per via delle loro caratteristiche esterne (margini frastagliati e irregolari) o interne (infezioni, cavità con ascesso, necrosi...). In questo caso il tessuto di granulazione inizierà a formarsi dal fondo della lesione per poi procedere verso l'alto, è un processo più lungo ma sicuro e che generalmente causa inestetismi, anche gravi.
- Per terza intenzione e cioè quando, non raramente, alcune ferite chirurgiche normalmente suture vanno incontro a processi infettivi nel postoperatorio che rendono necessaria un'intenzionale riapertura per consentire la detersione, la rimozione di tessuti e delle aree necrotiche per poi procedere, nei casi migliori, al confezionamento di una nuova sutura e qualora, invece, si preveda la recidiva della complicanza si lascia la ferita aperta per permetterne una guarigione per seconda intenzione.

La risposta di guarigione può essere suddivisa in diverse fasi:

- Emostasi: caratterizzata da *vasocostrizione* per il controllo della perdita ematica, *vasodilatazione* per aumentare la permeabilità per leucociti e piastrine e infine la *formazione del coagulo*. Tutto questo al fine di prevenire la perdita ematica, prevenire un aumento della carica batterica e sostituire la perdita di sostanza con un coagulo ematico che è costituito da una rete di fibrina, globuli rossi, piastrine e altre componenti.
- Infiammazione: fase caratterizzata dalla disintegrazione e liquefazione delle

cellule o dei tessuti mediante il meccanismo fisiologico dell'autolisi per azione dei leucociti e degli enzimi. Abbiamo inoltre la comparsa di macrofagi e cellule mononucleate che presentano capacità fagocitaria e quindi utili nel ripulire la lesione dalla fibrina, dai residui cellulari e detriti che si depositano sul letto della ferita.

- Proliferazione: fase caratterizzata dal riempimento e dalla chiusura del letto della ferita. Si compone di *neoangiogenesi* ossia la creazione di nuove rete capillari, *granulazione* cioè la creazione di tessuto connettivo e *contrazione dei margini* della lesione che tendendosi l'uno verso l'altro ne diminuiscono le dimensioni. Dopo le prime 24-48 ore compare il tessuto di granulazione in cui i fibroblasti operano al fine di sostituire la fibrina con le miofibrille dotate di elevata capacità contrattile mentre sui margini della lesione inizia la produzione di componenti vascolari che si allungheranno fino al centro dove incontrando il moncone mancante creerà una rete vascolare. Questi fibroblasti inoltre hanno la capacità di secernere acido ialuronico necessario per la produzione di fibre di collagene, in questa fase la ferita appare tumefatta e arrossata in quanto ricca di tessuto vascolare neoformato.
- Riepitelizzazione: questo processo si occupa della copertura del tessuto neoformatosi e perciò della copertura della lesione stessa; con l'avanzare del tempo i fibroblasti e i capillari si riducono mentre aumentano le fibre collagene. È così che il tessuto di granulazione si trasforma in tessuto cicatriziale caratterizzato da scarsa elasticità, scarsa irrorazione e innervazione, modesta epitelizzazione e assenza di annessi cutanei. L'epitelio prolifera fino a coprire tutta la superficie della ferita.
- Rimodellamento: è la fase di maturazione della ferita che porta nel giro di due settimane alla formazione di una cicatrice solida mediata dall'azione contrattile delle miofibrille. Successivamente avverranno altri tipi di cambiamenti che la porteranno ad appiattirsi e modificare il suo colore assumendo l'aspetto definitivo nel giro di alcuni mesi. La resistenza alla trazione viene ripristinata fino all' 80% nelle persone giovani ma rimane comunque più bassa rispetto a tessuti che non hanno subito lesioni.

I fattori che influiscono su questo processo riparativo delle lesioni sono numerosi e possono essere sia sistemici che locali, ma anche la posizione stessa della lesione è determinante in quanto se la zona dove si sviluppa risulta essere molto irrorata verosimilmente la lesione tenderà a guarire più velocemente rispetto ad aree meno vascolarizzate; anche la presenza di infezioni è causa di guarigioni ritardate.

I fattori sistemici sono direttamente mediati dallo stato di salute generale del paziente ed alcuni di essi possono essere causa diretta dell'instaurarsi della lesione e sono riconducibili a: età del paziente che soprattutto se avanzata è caratterizzata da comorbilità come sistema immunitario debole e patologie croniche, degenerative o invalidanti; stato nutrizionale sia esso in eccesso o in difetto; stato immunitario; malattie di base come il diabete o ipertensione o ancora scompenso cardiaco sinistro eccetera; complicanze post-operatorie; conseguenze di traumi acuti/shock; terapia farmacologica; situazione psico-sociale del paziente.

I fattori locali e quindi direttamente riconducibili alla lesione stessa che possono comprometterne la normale guarigione sono: macerazione della cute perilesionale dovuta da essudato proveniente dalle lesione stessa o di provenienza esterna come può capitare in caso di incontinenza; traumi ricorrenti soprattutto se la lesione è in una posizione soggetta a sfregamenti o traumatismi; presenza di tessuto necrotico; insufficiente apporto ematico; pressione sulla ferita; infezione locale.

È a causa di questi fattori sistemici e locali o meglio, la concomitanza di uno o più di questi, che la lesione va incontro a disturbi della guarigione quali sieromi (raccolte di essudato sieroso nella cavità delle ferite che si possono infettare o creare ascessi), ematomi, necrosi di parti molli, deiscenze, formazione di cicatrice ipertrofica o cheloidi (tessuto di granulazione che si estende oltre i confini della ferita senza segni di regressione).

2.5 Valutazione delle ferite

Abbiamo visto illustrate nel capitolo quelle che sono le principali lesioni e il campo di applicazione nella quale la VAC therapy si inserisce, risultando illustrati anche quelli che sono i normali processi riparativi tipici del nostro organismo. E' inoltre fondamentale, nonché diretta responsabilità infermieristica, fare una valutazione delle lesioni al fine di poter documentare l'evoluzione e aiutare la guarigione.

È prioritario prima di procedere al trattamento della lesione stessa formulare un'ipotesi di diagnosi, questa può essere effettuata con una dettagliata storia clinica che include informazioni come la durata dell'ulcera, recidive dell'ulcera, storia pregressa di traumi, familiarità, caratteristiche dell'ulcera (sito, dolore, odore, essudato), temperatura, patologie di base preesistenti, precedente chirurgia arteriosa o venosa, fumo di sigaretta, terapia in atto, allergie eventuali.

Importantissimo da indagare è il fattore relativo alla dimensione della lesione che va valutata già al primo incontro e successivamente ad ogni medicazione o visita in maniera regolare. Si può utilizzare un foglio di acetato tarato (con quadratini di 0.5 cm^2) da sovrapporre alla lesione stessa per consentire all'infermiere di tracciarne al di sopra i limiti della lesione o molto più banalmente si può misurare con l'ausilio di un righello e rilevare la grandezza della lesione in senso verticale e orizzontale (fig. 2.5.1), in ogni caso è da tenere in considerazione che nessuno di questi metodi risulta essere preciso risultando comunque fondamentali per dare al personale infermieristico (e non solo) un feedback riguardante le tecniche approcciate nella guarigione delle lesioni stesse permettendo di valutarne il restringimento o l'ingrandimento.



fig. 2.5.1 in cui si rileva la grandezza della lesione con l'ausilio di un righello.

Oltre quindi alla grandezza della lesione un altro fattore da indagare è rappresentato dal letto della ferita, un tessuto di granulazione sano è di colore roseo e ci dice che la ferita

sta guarendo in modo normale. Un tessuto di granulazione anormale può essere di aspetto rosso scuro e spesso al contatto tende a sanguinare, può essere segno di infezione, questo tipo di lesioni vanno trattate in funzione di esami microbiologici che possano darci indicazione su che tipo di agente patogeno sta affliggendo la lesione (esame colturale) e a che tipo di terapia antibiotica il patogeno risponde (antibiogramma) così da utilizzare una terapia mirata e ridurre gli episodi di antibiotico-resistenza e non dimentichiamo che quella dei processi infettivi è un'ulteriore valutazione preziosa e di cui un infermiere deve saper riconoscere i segni e sintomi che sono calore, rossore, dolore, produzione di essudato spesso maleodorante in aggiunta ai fattori già sopracitati. Lesioni croniche possono avere il letto ricoperto di tessuto bianco o giallo lucido tipico aspetto della fibrina che è un tessuto non vascolarizzato e che quindi impedisce la guarigione della lesione a meno che non venga rimosso.

Il letto della ferita può anche essere ricoperto di tessuto necrotico (non capace di assolvere le proprie funzioni a seguito di un'insufficiente apporto di sangue), slough (tessuto devitalizzato che può presentarsi sotto forma di materiale che aderisce al letto della lesione in filamenti o in ammassi ispessiti o materiale mucillaginoso e che appare di color giallo beige o biancastro a seconda della combinazione delle sue componenti: un mix di tessuti devitalizzati, materiale cellulare di sfaldamento, essudato, leucociti, e batteri; inoltre, se è presente una notevole quantità di globuli bianchi, tende ad assumere un aspetto cremoso, di colore giallo) o escara (un'area di tessuto deprivata di un adeguato apporto di ossigeno o nutrienti che diviene non vitale e tende a disidratarsi fino a formare uno strato ispessito, per lo più duro, coriaceo, di color marrone o nero che aderisce saldamente al letto della lesione o ai margini della lesione). Questi tessuti possono causare facilmente infezioni e devono necessariamente essere rimossi tramite il debridement (o sbrigliamento) che può essere effettuato in diverse maniere:

- il debridement chirurgico interviene attraverso l'utilizzo di strumenti chirurgici quali bisturi, curette eccetera al fine di rimuovere escare secche e fibrina in cui possiamo eseguire una rimozione totale o parziale eseguibile in s.o. o in ambulatorio, valutando però il dolore e la possibilità di eseguire la procedura in anestesia;
- il debridement meccanico risulta essere non selettivo verso i tessuti è doloroso per il paziente e traumatizzante per il letto della ferita, ne fa parte anche la VAC

therapy e si può riassumere come una metodica di detersione diretta del letto della lesione;

- il debridement autolitico poi è una stimolazione dei processi autolitici, mediati dai leucociti e dagli enzimi proteolitici presenti nell'essudato, mediante la creazione di un microambiente ad umidità ideale a livello del letto dell'ulcera tramite l'utilizzo di medicazioni come idrogel (polimeri idrofili derivati dall'amido ad alta saturazione d'acqua) o idrocolloidi (fogli di poliuretano idrofobo esterno e massa idrocolloide di carbossimetilcellulosa inserita in una rete di pectina nello strato interno che a contatto con l'essudato gelifica) che risultano però richiedere molto tempo per preparare il letto della ferita ma con processi indolori;
- il debridement osmotico si esplica tramite l'azione osmotica esercitata da alcuni tipi di sostanze contenute in particolari medicazioni con rimozione per intrappolamento dell'essudato e dei batteri;
- il debridement enzimatico consiste nell'applicazione di enzimi proteolitici che provocano l'eliminazione della fibrina e dei tessuti necrotici agendo sulla fibrina stessa, sul collagene denaturato e sull'elastina;
- il debridement biologico consiste nella detersione del fondo dell'ulcera mediante l'azione delle larve della mosca *Lucilla Sericata* (Maggot Therapy) ed è una soluzione molto rapida, efficace e con effetto stimolante la produzione del tessuto di granulazione.

Altro fattore nella valutazione della ferita è la sua profondità; non esistono metodi accurati nella pratica clinica ma valutazioni dell'andamento del processo riparativo, anche approssimative, sono necessarie durante ogni medicazione/visita e soprattutto va sottolineata la presenza di processi fistolosi.

Anche la cute perilesionale è un principale fattore che può darci indicazioni sulla guarigione e sull'adeguatezza del trattamento, la macerazione della stessa infatti potrebbe indicare che la medicazione usata non sta adeguatamente drenando l'essudato e si può risolvere con la modifica della medicazione con una più assorbente o con cambi di medicazione più frequenti. Anche la presenza di calli o di inspessimenti della cute perilesionale andrebbero adeguatamente rimossi (soprattutto in ulcere di tipo diabetico) per non creare zone in cui vi sia una pressione maggiore e che potrebbero causare

conseguentemente un ingrandimento della lesione piuttosto che una sua regressione.

Abbiamo anche spesso affrontato il tema della presenza di essudato, questo viene definito come un liquido infiammatorio extravascolare con elevata concentrazione proteica che quindi caratterizza tessuti in cui vi sia un processo infiammatorio, per azione dell'istamina le venule aumentano la loro permeabilità e il plasma, le proteine, i globuli bianchi, le piastrine in esso contenuti fuoriescono dal tessuto, in questo caso il riversandosi sul letto della ferita. Questo può essere in base alla composizione sieroso, sieroematico, o ematico mentre in base alla quantità può essere abbondante (+++), moderato (++) o scarso (+).

Un altro fattore di pertinenza infermieristica che rappresenta inoltre niente meno che un parametro vitale e un fattore eticamente necessario da rilevare e trattare è il dolore, definito come “una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale”, in questo caso rapportato al wound care dobbiamo saper riconoscere alcuni aspetti di questo processo che può essere provocato da stimoli nocicettivi ma anche neuropatici. Un dolore intermittente può essere facilmente correlato alla pratica del cambio della medicazione della ferita e così può essere aggirato, nel caso in cui questo si renda necessario, semplicemente tramite l'assunzione di un normale analgesico in previsione del cambio di medicazione. Un dolore invece che risulti essere persistente, costante andrà imputato ad altre cause e a condizioni patologiche come già detto in precedenza nel caso di infezioni ma anche a causa di condizioni preesistenti come ischemia o neuropatia. In ogni caso la natura e il tipo di dolore dovrà necessariamente essere identificato e trattato adeguatamente anche facendo uso delle scale di valutazione del dolore che ricordiamo essere: *monodimensionali*, che rappresentano l'approccio più semplice e diffuso in quanto riguarda una sua caratteristica isolabile che può essere la sede o l'intensità; i diagrammi del corpo vengono utilizzati per l'accertamento della sede anatomica del dolore che relazionata alle lesioni può essere anche di facile intuizione, mentre le scale maggiormente utilizzate in pratica clinica riguardano la misurazione dell'intensità del dolore e sono la scala VAS (o analogico visiva in cui il paziente segna su una linea retta il punteggio corrispondente all'intensità del dolore da nessun dolore, dolore e massimo dolore), la scala NRS (o numeric rating scale, di più facile comprensione in cui si attribuisce all'intensità del dolore un valore numerico che va da 0 assenza di dolore a 10

massimo dolore, ci permette inoltre un monitoraggio longitudinale), la scala VRS (o verbal rating scale in cui sono presenti una serie di descrittori tra cui scegliere dal più debole al più intenso: nessuno, molto lieve, lieve, moderato, forte, molto forte), la scala Wong-Baker faces pain rating (che presenta una serie di facce con varie espressioni facciali tra le quali il paziente sceglie quella che più rappresenta ciò che egli sente anche se maggiormente utilizzata nei bambini o in adulti con deterioramento cognitivo o di lingua diversa dalla nostra con cui abbiamo difficoltà di comunicazione ma un limite dell'uso di questa scala è rappresentato dalla possibilità di rilevare lo stato d'animo del paziente piuttosto che l'entità dello stimolo doloroso); *multidimensionali*, che, alternative alle scale monodimensionali permettono un approccio globale al dolore, sono schede auto compilabili dal paziente e possono contenere al suo interno scale monodimensionali e scale che valutano come il dolore interferisce con le sue normali attività e sulla qualità di vita oltre che sulla sua presenza, intensità, sede e sollievo.

2.6 Responsabilità infermieristiche nel “Wound Care”

In generale il termine responsabilità è riferito all'attitudine del soggetto ad essere consapevole delle proprie azioni, dei propri ambiti operativi e del proprio profilo professionale ma è anche riferito alla conseguenza che deriva al soggetto per aver violato una disposizione normativa e quindi la condizione di colui che è chiamato a rispondere di qualche cosa. In Italia, il passaggio storico che ha determinato il cambiamento dell'approccio all'assistenza infermieristica, è rappresentato dalla Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Questa legge, abolendo il mansionario ha definitivamente portato al superamento del carattere di ausiliarità della professione infermieristica, indicando che il “campo proprio di attività e di responsabilità” è determinato dai contenuti del D. M. 739 del 1994 che istituisce il nostro Profilo Professionale, degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di laurea e dei corsi di formazione post-base e dello specifico Codice Deontologico.

Secondo quanto definito dal Profilo Professionale, l'infermiere è responsabile dell'assistenza infermieristica e le sue tre principali funzioni sono: la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e l'educazione sanitaria. L'assistenza può essere preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, e l'infermiere è ritenuto responsabile di tutte le fasi del processo assistenziale infermieristico: dall'identificazione dei bisogni di

assistenza della persona e della collettività, alla formulazione dei relativi obiettivi, alla pianificazione, attuazione e valutazione degli interventi assistenziali. In relazione all'educazione sanitaria e alla prevenzione, l'infermiere deve saper partecipare insieme ad altri professionisti all'identificazione dei bisogni della persona e della collettività. Mentre gli interventi che egli applica sono di natura tecnica, relazionale ed educativa anche se nella pratica clinica essi sono composti da tutti questi fattori ma che si applicano con piena responsabilità e autonomia. Etica, deontologia e legge sono comunque tre istanze fondamentali che esprimono semplicemente tre punti chiave a cui il professionista può e deve fare riferimento, il Codice deontologico di una professione presuppone una visione etica e una condivisione di valori da parte del gruppo di professionisti che lo esprime. I principi etici, quindi, sono norme generali derivanti da una teoria etica; l'azione dunque viene considerata eticamente corretta quando è conforme a determinati principi, le regole deontologiche sono l'espressione dell'etica professionale e sono formulate dagli infermieri al fine di garantire il buon funzionamento sociale della professione, esprimendo valori condivisi dalla comunità infermieristica. Convenzionalmente per definire il concetto di responsabilità professionale in riferimento al campo giuridico si suddivide la stessa in tre ambiti: responsabilità penale (obbligo di rispondere per azioni che costituiscono reato), responsabilità civile (obbligo di risarcire un danno ingiustamente causato) e responsabilità disciplinare (obblighi contrattuali e di comportamento).

La responsabilità penale in relazione all'esercizio professionale, deriva dai comportamenti che l'infermiere mette in atto e che costituiscono un reato contemplato dal Codice penale o da altre leggi dell'Ordinamento giuridico. Essendo il diritto penale una branca del diritto pubblico che determina in modo tassativo quali sono i comportamenti che sono puniti dalla società, chi pone in essere questi comportamenti, chiaramente incorre nell'assegnazione di una pena che corrisponde ad una azione sanzionatoria ed afflittiva sul colpevole. I punti sostanziali che riguardano il reato conseguente alla condotta professionale sono: il dolo, che è caratterizzato dalla volontarietà dell'offesa e dalla prevedibilità di un evento dannoso conseguente a quel comportamento; la colpa, che si caratterizza per la non volontarietà di un fatto/reato e che si verifica a causa di negligenza (atteggiamento di trascuratezza o mancanza di attenzione, accortezza o anche omissione volontaria di alcune precauzioni che il

soggetto conosce ma non adotta), di imperizia (insufficiente capacità e preparazione che in realtà un soggetto dovrebbe avere in termini quindi di inettitudine, deficit culturale e di pratica, nonché incapacità di osservazione e intuito) o di imprudenza (comportamento avventato del soggetto che, nonostante il pericolo e la probabilità che quel comportamento produca un evento dannoso, agisce lo stesso).

La responsabilità civile fa riferimento ad un diritto privato e quindi si pone come finalità la tutela degli interessi privati e la reintegrazione degli interessi lesi con un risarcimento economico. I fatti illeciti civili, per essere considerati tali, richiedono la presenza di alcuni fattori: il fatto deve essere doloso o colposo, tra il fatto e l'evento deve esistere un nesso di causalità e quindi essere direttamente o indirettamente imputabile al fatto stesso e infine il danno procurato deve essere ingiusto; il risarcimento a questo tipo di danno che quindi riguarda il danno biologico vale a dire che viene procurato sulla persona e sulla sua salute viene trasformato in termini economici.

La responsabilità disciplinare è caratterizzata dal potere amministrativo/disciplinare che il datore di lavoro può esercitare nei confronti del dipendente e che corrispondono, a seconda delle trasgressioni a: rimprovero verbale, rimprovero scritto, multa, sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino a dieci giorni, licenziamento con e senza preavviso.

Il professionista che opera nel wound care deve focalizzare la sua attenzione ad ambiti precisi che riguardano in primo luogo le competenze che permettono il giusto approccio al mondo delle lesioni cutanee. Le lesioni cutanee sono riconosciute universalmente come un problema sanitario di peso rilevante per il Servizio sanitario nazionale, e per i professionisti della salute per quattro ragioni, e cioè: la frequenza dei casi, i costi, le complicanze e la complessità assistenziale. Il verificarsi delle lesioni sarebbe evitabile se venissero attuate le opportune strategie di prevenzione. La responsabilità dell'insorgenza di lesioni, esclusi alcuni casi inevitabili, risulta essere a carico del professionista infermiere, che nella pianificazione dell'assistenza è tenuto ad attuare tutti gli interventi utili ad evitare l'insorgenza di un danno che sono: valutazione del paziente al momento della presa in carico in relazione al rischio di insorgenza di lesioni, utilizzando le opportune scale di valutazione infermieristiche (Norton, Norton modificata Scotts e Braden che sono le più conosciute ed utilizzate) e la scala di Braden

che è comunque a tutt'oggi la più raccomandata dalle linee-guida internazionali. Sempre in relazione alla valutazione del paziente a rischio, è necessario prestare particolare attenzione allo stato della cute e delle condizioni generali quali: età, stato nutrizionale, diabete, arteriopatia, ipertensione, sedazione, farmaci. Per i pazienti accertati a rischio sono inoltre da attuare le opportune strategie preventive, fra le quali: impostare un piano di riposizionamento del paziente ad intervalli regolari, osservazione e cura quotidiana della cute, fornire strategie per garantire la giusta nutrizione e idratazione, l'uso di presidi antidecubito se necessari. Il paziente va poi rivalutato con l'opportuna frequenza, la documentazione infermieristica va continuamente aggiornata con ogni intervento effettuato, redigere un piano educativo in collaborazione con altre figure professionali da dare in dotazione al paziente o alla famiglia/care giver, aggiornamento attraverso l'ECM, l'uso delle linee guida di riferimento e la revisione della letteratura. Quando tutte queste accortezze sono state esaudite e comunque si verifici la formazione della lesione cutanea le responsabilità infermieristiche si riflettono su: rimozione delle cause, valutazione globale del paziente, valutazione della lesione, prevenzione delle complicanze, registrazione delle valutazioni e degli interventi effettuati in cartella infermieristica, collaborazione con gli altri professionisti.

CAPITOLO 3

DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO

In questo capitolo voglio andare a considerare una porzione fondamentale del lavoro degli Infermieri e di un sistema di Sanità pubblica che intenda prestare dei servizi paziente-centrici senza perdere di vista l'aspetto economico, e quindi prenderò in esame i progetti che intendono rispondere alle emergenti sofferenze socio-sanitarie dei cittadini ricoverati in ospedale e che vengono dimessi con necessità di completare il percorso di salute sia per l'aspetto terapeutico/riabilitativo che per l'aspetto socio-assistenziale nell'articolazione di un percorso chiaro e condiviso tra istituzioni e cittadino e che assicuri delle dimissioni protette dall'ospedale al territorio. Ma per fare questo è necessario prima inquadrare la struttura epidemiologica e demografica della popolazione, secondo il rapporto OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) del 2015 che ha evidenziato che l'aspettativa di vita nei Paesi aderenti si innalza di circa 3-4 mesi ogni anno grazie a diversi fattori come il miglioramento delle condizioni di vita, il miglioramento del livello di cure prestate, il maggior livello di istruzione e i progressi della medicina. Secondo il rapporto OCSE Health at a Glance 2019 l'Italia è il quarto Paese con la più alta aspettativa di vita, circa 83 anni, anche se alcuni Paesi Europei hanno registrato una notevole riduzione (7.2 mesi in Italia) provocata da cause multifattoriali che affliggono popolazioni anziane e fragili. Il dato italiano evidenzia che l'offerta di assistenza a lungo termine e alle persone anziane, risulta essere inferiore rispetto a quella erogata nella maggior parte dei Paesi considerati (OCSE, 2016) e non in grado di rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni di pazienti cronici, fragili, non autosufficienti e sempre più longevi. Rispetto a questo stesso dato nel rapporto dell'OCSE aggiornato al 2019 troviamo un incremento delle cure a lungo termine in Italia dello 0.6% che risulta, comunque, rispetto agli altri Paesi aderenti essere ancora notevolmente sotto la media (primo Paese, i Paesi Bassi con un incremento del 3.7%). Perciò il soggetto fragile spesso raggiunge una diminuita capacità di effettuare attività quotidiane e una maggior dipendenza dagli altri perché non ha possibilità di accedere ad una serie di servizi territoriali.

La dimissione protetta deve assicurare: la continuità assistenziale fra ospedale e territorio, l'integrazione fra servizi territoriali e i servizi ospedalieri nel passaggio della

presa in carico del paziente nei modi e tempi previsti. Il concetto di continuità assistenziale è piuttosto recente e considera la prosecuzione di cure per soggetti, solitamente affetti da patologie cronico degenerative che necessitano di riabilitazione e/o di assistenza, in regime di residenzialità, semi residenzialità e a domicilio.

3.1 L'assistenza infermieristica domiciliare

L'OMS ha definito nel 1962 l'assistenza domiciliare come l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a domicilio della persona malata o invalida il cui stato di salute non richiede il ricovero. Le cure domiciliari, in quanto sostitutive del ricovero ospedaliero, sono gratuite e non soggette a ticket, indipendentemente dal reddito. Indubbiamente, l'intervento domiciliare là dove è possibile considera due variabili: la possibilità per chi continua le cure di averle direttamente a casa (personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza) e contenimento della spesa sanitaria. Il sistema per gli interventi e i servizi domiciliari si ispira al modello della domiciliarizzazione delle prestazioni e dei processi, intendendo per domicilio il normale ambiente di vita della persona, sia essa la propria abitazione, sia una struttura comunitaria, casa di riposo o casa protetta a residenzialità permanente. La continuità assistenziale che il sistema garantisce, si basa sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e sulla complementarità delle risorse necessarie per il raggiungimento dei risultati di salute. L'assistenza a domicilio si diversifica in numerosi servizi che si distinguono per la maggiore o minore intensità e/o complessità assistenziale, per il numero e la competenza professionale specifica degli operatori coinvolti, per il profilo di persona/paziente a cui si rivolgono, per la modalità di lavoro degli operatori e per il livello operativo territoriale coinvolto. Nell'ultimo decennio l'assistenza domiciliare è stata progressivamente riconosciuta dai decisori di ambito sanitario del nostro Paese come una delle modalità assistenziali su cui investire maggiormente.

Con il Decreto del presidente del consiglio dei ministri del 12 Gennaio 2017 si definiscono e aggiornano i livelli essenziali di assistenza (LEA) assicurati dal Sistema Sanitario Nazionale che garantiscono prestazioni sanitarie a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa (ticket) e rappresentano l'insieme di tutte le prestazioni, servizi, e attività che i cittadini hanno diritto di ottenere in garantite condizioni di uniformità a tutti i cittadini e su tutto il territorio nazionale. All'interno del decreto, con

l'art.22 si legifera in materia di cure domiciliari e il comma 3 ci dice che in relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

- cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo caratterizzati da un CIA (coefficiente di intensità assistenziale = GEA / GdC ossia giornata di effettiva assistenza con un effettivo accesso domiciliare / giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessione del programma) inferiore a 0.14;
- cure domiciliari integrate (ADI) di primo livello: costituite da prestazioni professionali a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci (di cui all'art. 9) e dei dispositivi medici (di cui all'art.11 e all'art.17), nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un PAI;
- cure domiciliari integrate di secondo livello: differisce da quelle di primo livello solo per il target che risulta essere in questo caso a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50 in relazione alla criticità e complessità del caso, per il resto rimangono le garanzie a livello di esami diagnostici, farmaci, dispositivi medici e nutrizione artificiale, nonché i criteri di valutazione e programmazione dell'assistenza;
- cure domiciliari integrate di terzo livello: questa volta a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati di un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

L'ADI (assistenza domiciliare integrata) rappresenta infatti uno degli strumenti che meglio rispondono all'esigenza di integrazione sociosanitaria degli interventi in favore

di anziani e disabili e, in campo solidaristico, delle politiche sociali di sostegno ai soggetti “fragili”.

L’ADI può essere definita quale insieme coordinato di prestazioni di carattere sanitario integrate con interventi di natura socio-assistenziale erogate a domicilio e rivolte a soddisfare le esigenze di anziani disabili e di pazienti affetti da malattie cronicodegenerative, parzialmente, totalmente, temporaneamente o permanentemente non autosufficienti, aventi necessità di un’assistenza continuativa. Questa forma di assistenza viene spesso riferita come un’alternativa al ricovero ospedaliero i cui vantaggi sono principalmente rappresentati dal risparmio economico che offre, anche se, all’atto pratico l’assistenza domiciliare non è una forma assistenziale che si possa definire come alternativa al ricovero ospedaliero in fase di acuzie bensì se adeguatamente effettuata è fondamentale per prevenire ed evitare il ricorso ripetuto al ricovero. Può però essere considerata come alternativa ad altre forme assistenziali a medio-lungo termine e questa viene effettuata secondo un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e concordato; con esso, infatti, vengono progettati e programmati gli interventi mirati sull’assistito e contengono gli obiettivi della salute del paziente divisi per aree di intervento e per modalità di attuazione (Come? Dove? Per quanto tempo?), comprendendo le azioni da realizzare, gli operatori coinvolti o l’individuazione dell’*équipe*, i tempi di attivazione, la durata prevista e la durata della rivalutazione, nonché la verifica del raggiungimento degli obiettivi.

I principali obiettivi dell’ADI sono sostanzialmente orientati alla soddisfazione di bisogni plurimi correlati ad una condizione di non autosufficienza parziale o totale, attraverso la continuità e l’integrazione assistenziale, con una particolare attenzione alla qualità di vita del paziente, perseguita attraverso il mantenimento del suo abituale ambiente quotidiano e delle sue relazioni significative. Secondo alcuni studi, la possibilità di preservare tali elementi rassicuranti sarebbe alla base di una migliore compliance e di migliori esiti. Il corretto utilizzo dell’assistenza domiciliare deve soddisfare le seguenti condizioni: fondare la presa in carico sulla verifica di criteri di eleggibilità predefiniti dei pazienti da assistere (è fondamentale che sia attiva l’Unità Valutativa Multidisciplinare, cioè un’*équipe* che si impegna a caratterizzare i casi più complessi con una valutazione multidimensionale che indaghi lo stato fisico, mentale, funzionale, socio-economico del paziente); garantire una gestione esauriente e

coordinata degli interventi (dipende sostanzialmente dalla disponibilità di tutte le figure professionali necessarie, adeguatamente formate, con la quale è stato dimostrato che si possa erogare a livello domiciliare prestazioni complesse come ad esempio la ventilazione meccanica, la nutrizione enterale e parenterale, il trattamento di lesioni da decubito di III e IV stadio nonché terapie palliative); poter valutare realmente gli interventi attuati (è particolarmente rilevante l'esistenza di un flusso informativo dedicato).

Va ricordato anche come l'assistenza domiciliare, nelle sue diverse forme di applicazione, sia compresa tra i Livelli Essenziali di Assistenza definiti dal DPCM del 29 novembre 2001. Ciò comporta che le Aziende Sanitarie Locali si rendono garanti dell'erogazione di tale modalità assistenziale, laddove ritenuta efficace ed appropriata e per tutti i cittadini iscritti nella anagrafe degli assistiti.

3.2 L'assistenza infermieristica ambulatoriale

L'ambulatorio infermieristico territoriale potrebbe essere un punto di raccolta del bisogno degli interventi sanitari infermieristici e anche la raccolta di altri bisogni che la cittadinanza esprimerebbe una volta che ha trovato risposte e fiducia nel servizio sanitario territoriale evitando di rivolgersi in servizi extraterritoriali. L'ambulatorio infermieristico è la struttura o il luogo fisico organizzato e gestito da infermieri - che ne assumono la responsabilità e in cui vengono garantite prestazioni assistenziali infermieristiche autonome o su prescrizione. Gli ambulatori infermieristici possono erogare prestazioni generaliste o avanzate o specialiste correlate alla "wound care", alla gestione delle enterostomie, della nutrizione enterale e non solo, le prestazioni infermieristiche di natura tecnica riguardano soprattutto la terapia iniettiva, fleboclisi, cateterismo vescicale, clisteri, rilievo pressione arteriosa, elettrocardiogramma, medicazioni, prelievi, rimozione dei punti di sutura, bendaggi, vaccinazioni; quelle di natura educativo-relazionale invece sono atte ad informare il cittadino per l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari, orientamento alla domanda, educazione alla consapevolezza e all'autogestione (processo di empowerment). Gli ambulatori infermieristici possono rappresentare un nodo significativo del sistema delle cure primarie/infermieristiche di comunità; attraverso gli infermieri di comunità operanti negli ambulatori infermieristici è possibile effettuare, in correlazione con i medici di

medicina generale (mmg), il monitoraggio dei fattori di rischio, l'informazione e l'educazione sanitaria, l'orientamento all'utilizzo appropriato e razionale dei servizi sanitari, socio sanitari e assistenziali offerti, il follow up e erogare variegate risposte sanitarie. Nella realtà nazionale la diffusione degli ambulatori infermieristici è presente a macchia di leopardo e non tutti sono aperti dalle aziende sanitarie; in uno scenario nazionale e internazionale che vede l'invecchiamento della popolazione in correlazione con l'avanzare di patologie cronico-degenerative, nonché una società con mutamenti in continua evoluzione, caratterizzati dalla formazione di gruppi multietnici, gli infermieri dovranno essere preparati per rispondere adeguatamente alle domande di salute, semplificare le procedure burocratiche, migliorare la possibilità di accesso della popolazione ai servizi. L'OMS nel 1982 dichiara che "gli infermieri dovrebbero essere i maggiori fornitori dei servizi di assistenza sanitaria primaria". Gli infermieri di comunità che operano negli ambulatori infermieristici partecipano e si integrano nei processi e nei percorsi territoriali e collaborano all'effettuazione della Valutazione Multi Dimensionale (VMD) e alla stesura del PAI. In questa realtà l'infermiere è un Case Manager che coordina l'attività tra ospedale e territorio e favorisce l'empowerment. Quello di Case Management rappresenta un modello organizzativo, cioè l'idea attraverso la quale viene organizzato il lavoro in un contesto assistenziale. Il modello organizzativo assistenziale del Case Management si propone come strumento empirico, nella realizzazione di percorsi di cura, atto a favorire l'efficacia e il controllo dei costi attraverso la massima individualizzazione delle risposte ai bisogni assistenziali; considerato una figura professionale rilevante nella pratica clinica avanzata, è un professionista che fornisce e coordina i servizi sociali e sanitari, per una gestione clinica di un target di popolazione di utenti dall'ammissione alla dimissione, creando un modello unico di assistenza centrato sul singolo paziente, garantendo la continuità delle cure. Per lo svolgimento di questo ruolo è richiesta una formazione di tipo avanzato.

Una dimensione innovativa del setting infermieristico ambulatoriale è il triage telefonico per il monitoraggio a distanza. Attraverso il telenursing, la cui efficacia è comprovata da diversi studi che documentano un significativo miglioramento nell'aderenza alla terapia e riduzione dei comportamenti sociali a rischio, può essere favorito sia un utilizzo razionale delle risorse, sia una corrispondente ottimizzazione del servizio offerto. Attraverso i follow-up telefonici, inoltre, potrebbero essere ipotizzati

anche controlli standard riferiti a percorsi clinico-assistenziali territoriali e dare, in tal modo, ulteriori ed efficaci strumenti alla sanità di iniziativa.

3.3 Gli ospedali di comunità

Gli Ospedali di comunità sono strutture intermedie tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale, in sostanza un ponte tra i servizi territoriali e l'ospedale per tutte quelle persone che non hanno necessità di essere ricoverate in reparti specialistici, ma necessitano di un'assistenza sanitaria che non potrebbero ricevere a domicilio; sono quindi uno strumento di integrazione tra ospedale e territorio. Sono strutture a vocazione multifunzionale operative nelle 24 ore e destinate a trattare persone affette da patologie cronico-degenerative in fase non acuta, tendenzialmente stabilizzate, e con esigenze diversificate. L'assistenza erogata si pone con modalità intermedia tra il ricovero ospedaliero e l'assistenza domiciliare o residenziale con le quali non si pone in alternativa, ma in rapporto di forte integrazione e collaborazione. L'infermiere di famiglia/comunità operante in tali strutture, prende in carico prevalentemente pazienti che necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa o di interventi sanitari che sarebbero potenzialmente erogabili a domicilio a causa del riacutizzarsi di patologie croniche ma che, in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare), necessitano di ricovero in queste strutture. La gestione dei processi di cura, assistenza e gestione negli ospedali di comunità è infermieristica. Gli infermieri, oltre a porre in essere quanto prescritto dal MMG di ognuno dei pazienti "ricoverati", pianificano e attuano i processi assistenziali, valutano e comunicano ai MMG la risposta ai trattamenti, individuano elementi di eventuale instabilità clinica, attivano, in accordo con i mmg, le figure sanitarie necessarie al paziente e pongono in essere quanto di necessità per garantire la continuità assistenziale e l'interazione con la rete dei servizi territoriali e ospedalieri.

L'obiettivo da raggiungere è il recupero della stabilità clinico assistenziale e della maggiore autonomia possibile per il rientro al proprio domicilio del paziente.

3.4 L'infermiere di famiglia e di comunità

L'OMS Europa, nel documento "Salute 21" del 1998, propone la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, quale consulente specialista-generalista con formazione post

base, in grado di agire soprattutto a livello preventivo attraverso la valutazione e la gestione integrata dei bisogni di salute di un gruppo di cittadini a lui assegnato, in stretta collaborazione con il medico di medicina generale. L'infermiere di famiglia e comunità è colui che è responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito familiare/comunitario, agisce come risorsa di salute fornendo consigli sugli stili di vita e sui fattori comportamentali a rischio e rappresenta il promotore chiave della salute nella comunità individuando i bisogni inespressi e rendendosi garante della presa in carico lungo l'intero percorso assistenziale del paziente, della continuità delle cure e del suo nucleo familiare; promuove inoltre la cooperazione tra gli operatori coinvolti nel progetto di cura ed effettua educazione terapeutica rendendosi garante dell'adesione dei pazienti ai diversi follow-up e del fatto che i problemi sanitari delle famiglie siano rilevati e curati al loro insorgere attraverso la valutazione medico-infermieristica precoce; identifica anche gli effetti dei fattori socio economici sulla salute della famiglia e attiva l'intervento o l'inserimento nella rete dei servizi territoriali. L'infermiere di famiglia/comunità è responsabile dell'assistenza infermieristica rivolta alle persone, alle famiglie in ambito comunitario con attenzione agli aspetti preventivi, clinico-assistenziali e psico-educativi in una prospettiva multidisciplinare.

Le funzioni caratterizzanti questa figura possono essere catalogate in cinque macro aree:

- Area Assistenziale (gestire i percorsi assistenziali alla persona/famiglia; gestire il rischio clinico/assistenziale; attivare la rete di servizi sociali);
- Area della Ricerca applicata (collaborare/attuare effettuare progetti di ricerca selezionati sia in ambito sanitario che sociale) ;
- Area della Consulenza (erogare consulenza in qualità di esperto) ;
- Area della Prevenzione (attuare interventi educativi, sul singolo, su gruppi di persone e sulla comunità rilevando situazioni a rischio per il mantenimento della salute e proporre interventi);
- Area Manageriale (facilitare la cooperazione integrata dei servizi territoriali anche attraverso la realizzazione di modelli organizzativi).

Le funzioni svolte dall'infermiere di famiglia/comunità sono una naturale evoluzione di funzioni professionali già svolte in ambito territoriale; l'innovazione si evidenzia nel metodo proattivo e nell'estensione dell'assistenza dal singolo alla famiglia e alla comunità.

Il pool degli infermieri di famiglia/comunità, utilizzando gli ambiti di esercizio professionale domiciliare, ambulatoriale e degenziale di prossimità (ospedali di comunità), opera per:

- migliorare l'accessibilità e la fruibilità da parte dei cittadini dei servizi sanitari e delle prestazioni di assistenza sanitaria primaria in stretta collaborazione funzionale con i punti territoriali di accesso alle strutture sanitarie e socio sanitarie quali, ad esempio, il Punto Unico di Accesso sociosanitario (PUA);
- costituire una cerniera tra i servizi ospedalieri, territoriali quali, ad esempio, i servizi di salute mentale, materno-infantile, disabilità degli adulti e dei bambini;
- dare corso a quanto definito nell'ambito della specialistica clinica ambulatoriale e dei medici di medicina generale;
- garantire risposte appropriate ai bisogni di assistenza della popolazione attraverso l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e la definizione di percorsi assistenziali integrati;
- promuovere nelle persone i processi di autocura (self care), anche al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di natura assistenziale (Empowerment del cittadino);
- promuovere l'attività di prevenzione ed educazione alla salute;
- avvicinare l'offerta sanitaria ai bisogni dei cittadini e alla loro percezione di "buona salute" e qualità assistenziale.

L'infermiere così inquadrato è infatti un professionista che agisce su livelli individuali, familiari e comunitari e non potrebbe essere altrimenti se si vuole riformare l'assistenza territoriale in modalità proattiva, lavorando sulle reti, sulle risorse e sui determinanti della salute che non possono e non devono fermarsi al singolo individuo. Un nodo da sciogliere è infatti quello di non immaginare l'infermiere di famiglia e comunità come unico infermiere erogatore di assistenza, esso deve integrarsi e non sostituirsi, o almeno non del tutto, agli infermieri che già oggi erogano prestazioni territoriali, deve diventare un riferimento riconoscibile e raggiungibile liberamente sia da quella popolazione di riferimento ma anche dai MMG e dai PLS che hanno in carico quella stessa popolazione, è importante che egli possa avvalersi delle consulenze specifiche degli infermieri esperti (es. wound care, stomacare, nutrizione artificiale domiciliare, ventilazione domiciliare, cure palliative e altre).

L'Infermiere di famiglia/comunità integra con un ruolo che non è nuovo, ma che ha bisogno di essere formalizzato, sostenuto e reso evidente, preventivo, proattivo e collaborativo, il contributo degli attori delle Cure Primarie, delle Cure Intermedie e della Residenzialità Sociosanitaria, per la salute dei cittadini, collaborando con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera scelta in primis con i quali si potrebbero/dovrebbero costituire veri e propri team che diano all'assistito certezze su tutti gli aspetti che riguardano la sua salute dalla diagnosi alla terapia all'assistenza e alla compliance con la sua famiglia. I dati a nostra disposizione che pervengono dalle aree nelle quali il modello è già attivo ci dicono che l'infermiere di famiglia e comunità evita ricoveri impropri, previene e diminuisce le complicanze, promuove auto cura e consapevolezza generando appropriatezza economica oltre che clinica proprio partendo dall'educazione al singolo e alle comunità, armonizza i percorsi aumentando fiducia nel sistema e facendo diminuire i contenziosi, ma soprattutto risponde ai bisogni delle persone che dopo brevi esperienze di ospedalizzazione necessitano di lungo supporto assistenziale. I risultati che tale modello ha prodotto sono: risposta immediata e tempestiva alle esigenze della popolazione, che pertanto si rivolge al servizio di Pronto Soccorso in modo più appropriato; riduzione dei ricoveri; garanzia della continuità assistenziale e della presa in carico integrata in fase intensiva ed estensiva; miglioramento della presa in carico dei pazienti dimessi dall'ospedale; sgravio dei MMG da accessi impropri in ambulatorio; promozione di un rapporto di maggiore fiducia tra infermiere e cittadino; migliore offerta assistenziale che va oltre la dimensione tecnica della prestazione erogata per andare verso una dimensione sociale e relazionale; migliore qualità di vita dei cittadini (la quasi totalità del campione, il 93%, ritiene che la presenza dell'Infermiere di Comunità risponda meglio ai propri bisogni assistenziali rispetto alla precedente modalità di prestare assistenza infermieristica a domicilio).

CONCLUSIONI

In definitiva, la VAC therapy è una terapia che sfrutta la pressione negativa a scopo terapeutico. Interviene nei meccanismi fisiologici di riparazione tissutale così da garantire efficace rimozione dell'essudato, rimozione di materiale infetto, stimolazione del tessuto di granulazione, detersione meccanica della ferita e retrazione dei bordi della ferita stessa in tempi rapidi comparati ad altri tipi di medicazioni avanzate. Si avvale dell'uso di una pompa da vuoto, di un tubo di drenaggio e un set di medicazione che viene applicato sulla lesione come abbiamo approfondito all'interno dell'elaborato. Abbiamo inoltre visto come sono classificate le lesioni, quale eziologia le genera, quali sono le loro peculiarità e come l'infermiere attua le proprie competenze soprattutto riguardo la valutazione, e il trattamento specifico della VAC therapy.

In aggiunta alla tecnica e alla efficacia della terapia con questo elaborato ho voluto mettere in evidenza la figura dell'infermiere ponendo attenzione all'autonomia e alle responsabilità del professionista infermiere.

L'infermiere, in ultima analisi, è da ritenere un professionista che ha un ruolo centrale nell'assistenza e in questo ruolo mantiene il focus sul comfort del paziente senza mai però ledere la sua salute e i suoi diritti, sempre tenendo in consapevole considerazione le problematiche che rileva e applicando le proprie competenze e conoscenze per la scelta delle soluzioni più appropriate. Infermiere che garantisce professionalità dal campo della prevenzione a quello della cura senza trascurare la divulgazione dell'educazione sanitaria, dai nosocomi fino al domicilio, al paziente, alla propria famiglia e alla comunità.

BIBLIOGRAFIA

- ABC of wound healing: wound assessment, di Joseph E grey, Stuart Enoch e Keith G Harding via PMC US National Library of Medicine National Institute of Health
- Assistenza domiciliare di Maurizio Marceca via Care 2003
- Assistenza infermieristica, continuità delle cure: ospedale-territorio di L. Tonietti del 08/12 via DottNet.it
- Che cos'è la terapia topica negativa e perché è importante (aggiornato al 2018) via nurse24.it
- Criteri per l'uso appropriato della Terapia a Pressione Negativa nelle ferite acute e croniche, Novembre 2013 via evidencebasednursing.it Regione Emilia-Romagna
- Curare le ferite difficili con la VAC Therapy o Terapia Topica Negativa, via medelit.it
- Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015), (G.U. Serie Generale , n. 65 del 18 marzo 2017) Art. 22
- Differenza tra ulcera arteriosa e venosa, pubblicato il 13/01/18 via medicinaonline.it
- EWMA document: Negative Pressure Wound Therapy, overview challenges and perspectives, Gennaio 2018
- Guideline for the use of Negative Pressure Wound Therapy (2017), Worcesterstershire acute hospitals NHS trust
- Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare, disegno di legge n. 1346 comunicato alla Presidenza il 19 Giugno 2019
- La responsabilità infermieristica nel Wound care, Angela Peghetti, Giovanna Baccilieri via professione infermiere, rivista del Gennaio 2007
- La terapia a pressione negativa presso i reparti acuti dell' Ospedale Regionale di Mendrisio: risultati di un audit clinico di P. Maffenini, A. Cavicchioli, P.

- Moeller, G. Cestaro, F. Fasolini, M. De Monti, via woundcarejournal.it (2019)
- Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche, Gennaio 2016 via evidencebasednursing.it Regione Emilia-Romagna
 - Memoria della Federazione Nazionale delle Professioni Infermieristiche sull'Atto Senato 1346 "Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare" - Audizione del 28 gennaio 2020
 - Ministero della Salute "Tavolo tecnico scientifico della professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute"
 - Trattato di cure infermieristiche, Luisa Saiani e Anna Brugnolli, edito da Sorbona
 - V.A.C. Therapy Clinical guidelines A reference source for clinicians (Nov 2005) Paul Banwell, BSc(Hons), MB BS, FRCS(Eng), FRCS(Plast)
 - V.A.C. Therapy e trattamento delle lesioni da pressione (2016) via infermieritalia.com
 - Vac Therapy: la pressione topica negativa per gestire lesioni e ferite cutanee difficili. (2020) via assocarenews.it

RINGRAZIAMENTI

Un doveroso ringraziamento va al mio Relatore, Sandro Di Tuccio, che in questo periodo difficile si è dimostrato un professionista dal grande cuore che non ha trascurato né i suoi pazienti né i suoi studenti, che hanno potuto contare sul suo aiuto e sostegno senza mai vederlo vacillare.

Uno speciale ringraziamento va poi alla mia famiglia. Al mio “sponsor” che con sacrificio ha dedicato la sua vita al lavoro e alla famiglia: non smetterò mai di ringraziarti per avermi sostenuto lungo questo percorso garantendo l’appoggio di cui, spesso, ho avuto bisogno. A mia madre che è stata la mia compagna in questi anni. A Roberto e Eleonora che hanno raggiunto questo traguardo prima di me ed ai miei nipoti che spero di vedere realizzarsi con successo.

Infine, ai miei amici che hanno condiviso con me gioie e soddisfazioni, ma non solo, grazie.