Ferite accidentali in età matura: approcci e trattamento

La valutazione e il trattamento delle ferite acute rappresentano un problema clinico ed organizzativo rilevante. Dalla letteratura emerge che i più colpiti sono i bambini e gli anziani. Per ridurre questo fenomeno sono opportuni degli interventi specifici di informazione ed educazione sanitaria. L'articolo fornisce delle indicazioni pratiche ai cittadini più fragili in caso di ferite accidentali, al fine di far adottare un approccio preventivo rispetto all'insorgenza di complicanze.

Di Lorenzo Righi *(Infermiere, U.A. Centrale Operativa 118 Siena-Grosseto, USL Toscana Sud Est)*, Viola Santelli *(Infermiere Neolaureata presso l'Università degli Studi di Siena)*, Stefano Trapassi *(Infermiere, U.A. Processi Assistenziali e Comfort Alberghieri Stabilimento Campostaggia (SI), USL Toscana sud est)*

Per "**ferita acuta**", generalmente, si intende la **lesione traumatica caratterizzata dalla soluzione di continuo di tessuti molli**, le cui cause possono essere molteplici, come ad esempio le forze da taglio o l'impatto accidentale con il suolo. I luoghi dove queste lesioni accidentali più frequentemente accadono sono al domicilio o altri luoghi chiusi, sulla strada, durante l'attività sportiva, a scuola o sul lavoro, per contatto con animali. Di base, richiedono l'attenzione infermieristica quei casi dove un primo soccorso non è sufficiente, o quando sono considerate subordinate a un trauma maggiore.

Le ferite accidentali in età matura

Il Database europeo (IDB), riporta che in Italia il tasso medio di accesso in PS ospedaliero per infortunio domestico è di 3.075 pazienti l'anno ogni 100.000 abitanti, con netta prevalenza del genere femminile. Nella metà dei casi il tipo di lesione è rappresentato dalle lesioni superficiali (contusione/livido/abrasioni/escoriazioni), ustioni e scottature, ferite aperte. Gli anziani (36%) e i bambini (10%) sono le fasce di età più colpite, inoltre **negli over 65 si notano tassi progressivamente maggiori al crescere dell'età** (Pitidis et al., 2014).

Le lesioni di origine traumatica portano il maggior lavoro nei Pronto Soccorso (PS). Nel 2018, in Toscana, le contusioni e le ferite aperte sono state la seconda e terza più frequente causa di accesso nei PS, nel 87,7% dei casi si è risolta con una dimissione domiciliare e per l'8,3% in un ricovero ospedaliero. Negli over 65 si rilevano le conseguenze sanitarie più gravi (ARS Toscana, 2020). Con questi numeri gli infermieri dovrebbero essere formati al fine di garantire un approccio corretto mentre, il cittadino, dovrebbe essere educato per tutta la vita a riconoscere quei casi che richiedono attenzione specialistica dato tali che affezioni, poiché accidentali, possono coinvolgere ognuno di noi, in ogni fascia d'età.

La Legge n. 493/1999 indica le funzioni del Servizio Sanitario Nazionale in materia di sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici, dando rilievo alle azioni di informazione ed educazione sanitaria **Gli approcci più efficaci per ridurre il fenomeno sono quelli che integrano l'informazione e l'educazione sanitaria** con gli interventi su ambienti e strutture, mirati per i singoli gruppi di popolazione (bambini, anziani, casalinghe etc.) in quanto i rischi e le modalità di accadimento sono differenti (Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane).

L'obiettivo principale di questo lavoro è di contribuire a costruire un set minimo di azioni da adottare in caso di ferite accidentali, rimarcando il bisogno di un approccio preventivo rispetto all'insorgenza di complicanze. È evidente che nulla deve essere dato per scontato, dato che in emergenza/urgenza l'aspetto più marginale è in grado di influenzare il

paziente, modificando gli esiti.

Fonte: elaborazione degli autori

Figura 1 – Brochure informativa

Approcci per il trattamento delle ferite: confronto fra metodo italiano e

anglosassone

Si vuole porre l'accento su alcuni caratteri distintivi tra l'Italia e il Regno Unito, nella convinzione che la condivisione informazioni ed esperienze, sia la precognizione per garantire un'assistenza di qualità, olistica e basata sulle evidenze. **La realtà italiana prevede la gestione delle emergenze a partire dai servizi intra ed extraospedalieri**, che fanno principalmente riferimento alla codifica di triage e alle flow chart disponibili, a esso associati, per la cura di ferite acute, pur essendo prevalentemente correlati a quelli da applicare in caso di trauma maggiore. In aggiunta, da qualche anno è ormai utilizzato il ***See&Treat***, ovvero un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori, nato in Inghilterra ma largamente sperimentato in Italia, che si occupa tra l'altro della gestione, a carico totalmente infermieristico, delle ferite acute che non richiedono l'attenzione medica, ma che consentono invece la valutazione e la medicazione, in base alle caratteristiche, secondo protocolli lineari e specifici (Roselli, 2012).

La valutazione della ferita in triage viene effettuata dal personale infermieristico ogni qualvolta il paziente si presenta in pronto soccorso. In Italia infatti, il triage ospedaliero è il primo momento di accoglienza e di presa in carico per l'assistito, che ha lo scopo di identificare le priorità clinico-assistenziali, attraverso la valutazione delle condizioni cliniche dei pazienti, del rischio evolutivo e dell'impegno di risorse stimate per il trattamento (Regione Toscana, 2018).

In particolare, in Toscana il nuovo modello organizzativo per percorsi omogenei è organizzato su 5 livelli di priorità, in ordine decrescente dal codice 1 (ex codice rosso) al codice 5. Questi livelli vengono correlati a tre flussi omogenei di pazienti (alta, media e bassa complessità) e gli utenti sono distribuiti sulla linea di attività più idonea alle loro necessità (Righi et al, 2020). Secondo questo modello l'infermiere triagista deve valutare fin dove il corpo lesivo ha ferito la cute per sospettare e/o evidenziare l'esistenza di ulteriori lesioni a strutture anatomiche importanti contenute nello spessore del sottocute o più in profondità.

Nel caso, infatti, queste sarebbero una controindicazione al *See&Treat*, mentre in assenza di lesioni profonde si può programmare una sutura adeguata. L'individuazione di tale codice avviene attraverso l'applicazione rigorosa dell'algoritmo decisionale di Triage, così come previsto dalla DGRT 806/2017. In questa fase, l'infermiere di Triage raccoglie i primi dati clinici relativi al paziente come eventuali allergie, vaccinazioni e informazioni quali la modalità del trauma e la motivazione dell'accesso in pronto soccorso. Oltre alla identificazione dell'agente lesivo e del meccanismo di azione, è fondamentale acquisire notizie che permettono di definire, con maggiore precisione possibile, l'accaduto, e verificare l'assenza di situazioni a maggior rischio evolutivo quali il trauma maggiore o altri sintomi principali dove la ferita assume il ruolo di sintomo associato (per esempio, ferita in trauma cranico, trauma toracico ecc.) (Gruppo Formazione Triage, 2019).

Importante è anche la raccolta di notizie sulle manovre di primo soccorso effettuate, eventuali manovre emostatiche e trattamenti eseguiti prima dell'arrivo in pronto soccorso, definendo anche il tempo trascorso dall'evento e l'andamento delle condizioni naturali. Con questo modello dopo una prima valutazione infermieristica viene attribuito un codice di priorità in base ai rilievi effettuati e all'algoritmo decisionale di riferimento.

Il Regno Unito, invece, si contraddistingue per la disponibilità di risorse digitali. A queste si può attingere da qualsiasi dispositivo elettronico, semplicemente entrando nel portale del NHS (National Health Service), dove sono a disposizione anche consulenze online personalizzate in base ai sintomi inseriti. Aprendo la pagina web del NHS, infatti, e andando nella sezione dedicata alle ferite, sono state inserite tutte le indicazioni di primo soccorso. Pur sembrando banale, questo risulta essere un metodo immediato e accessibile a tutti, che educa la popolazione al riconoscimento e, in parte, al trattamento di una lesione. Così facendo, infatti, le indicazioni generali non solo sono alla portata di tutti, ma risultano essere anche chiare, schematiche e in linea con quanto venga effettivamente fatto nella struttura ospedaliera. Tale approccio, seppur discutibile, riesce a mantenere un contatto con il cittadino educandolo, ove possibile, al riconoscimento dei segnali che dovrebbero spingerlo a raggiungere l'unità operativa di Emergenza/Urgenza.

Indicazioni minime di primo soccorso per ferite accidentali

A seguito di una revisione della letteratura, le indicazioni sulla gestione delle lesioni acute in ambiente sanitario sembrano essere le medesime nelle varie Nazioni europee, nelle quali si dà importanza non solo all'anamnesi, ma anche alla dinamica dell'evento. Esiste, inoltre, una sostanziale la concordanza delle fasi sequenziali atte alla medicazione. Sono compresi **nell'accertamento iniziale** le indagini su dolore e allergie, così come l'ispezione completa e accurata della ferita e l'attenzione allo stato vaccinale. E' sempre prioritario individuare i casi in cui si ha la **presenza di corpi estranei e rimuoverli**. Successivamente poi le fasi di: **valutazione della cute lesa**, detersione e antisepsi, applicazione di colla, di punti di sutura o di adesivi cutanei, ove richiesti e copertura con garza e cerotto da lasciare in sede per le prime 48h. Seguono la **rivalutazione e la sostituzione periodiche della medicazione**, in base alla necessità. Dal momento che a minor dolore si associa anche una riduzione dell'ansia e una maggior qualità percepita del servizio, viene trattato e valutato il quinto parametro vitale (dolore) prima, durante e dopo le procedure. Infine, sono simili i protocolli per la profilassi antitetanica (Santelli, a.a. 2019/2020)

Pur essendo un reale problema, queste affezioni sono trattate principalmente come elemento marginale o subordinato a un evento maggiore, piuttosto che come motivo di ingresso presso l'unità di pronto soccorso e, quindi, con un approccio caratterizzato dalla carenza generale di protocolli specifici. Da questo deriva **scarsa considerazione al loro trattamento** sia da parte del sanitario che del cittadino, e l'instaurarsi di comportamenti errati come l'utilizzo di medicamenti senza un fondamento ma solo per sentito dire o, ancora, all'uso di due antisettici alla volta e così via. **Le conseguenze sono l'insorgenza di complicanze**, infettive o estetiche, specie nelle persone a maggior rischio, in coloro affetti da patologia invalidante o in grado di interferire con la guarigione (per esempio il diabete).

Fonte: elaborazione degli autori

Figura 2 – Brochure informativa

Per quanto concerne il primo soccorso, **non sono da usare rimedi casalinghi** poiché questi non sono quasi mai retti da evidenze scientifiche e spesso non solo risultano inefficaci, ma addirittura nocivi. Deve essere sempre detersa bene la ferita, con soluzione fisiologica o acqua corrente. Successivamente, se disponibile, si procede con l'irrigazione del tessuto con soluzioni disinfettanti non aggressive, per evitare di infiammare maggiormente il tessuto e rallentare il processo di guarigione. L'impiego di cotone idrofilo è da evitare perché rilascia fibre che si depositano sulla lesione e, pertanto, è preferibile il

tamponamento con l'utilizzo di garze sterili. È consigliabile recarsi in ospedale quando la lesione non smette di sanguinare, ha corpi estranei all'interno o risulta particolarmente profonda o provoca un eccessivo dolore.

In linea di principio, le ferite devono essere occluse con una medicazione appropriata e rivalutate periodicamente, malgrado vi sia la convinzione popolare che guariscano meglio se aperte e lasciate all'aria. Rispetto alla scelta della medicazione, questa deve essere sterile e traspirante, tale da garantire un buon grado di umidità. Se applicate, l'infermiere deve educare il paziente a mantenere le suture asciutte per le prime 24-48h.

Conclusioni

La gestione infermieristica delle ferite acute risulta sovrapponibile nelle realtà internazionali europee e, dunque, sembra potersi dire che la conoscenza condivisa del corretto approccio sia un aspetto fondamentale tanto per formare il sanitario quanto per educare l'utente. Ciò che cambia è l'organizzazione dei Sistemi Sanitari Nazionali, circa l'accesso alle cure e le informazioni fornite al cittadino sulla gestione domestica delle lesioni accidentali. Tuttavia, **si riscontra una carenza di protocolli specifici ed esclusivi rispetto a tale argomento**, problema dovuto forse alla subordinazione frequente delle ferite acute e delle ustioni minori a un trauma maggiore, piuttosto che motivo di accesso presso l'unità operativa.

A tal proposito, si evidenzia la necessità sia di indicazioni più chiare e alla portata di tutti, sia la disponibilità di materiali in strutture territoriali. Così facendo, non solo si ridurrebbero gli accessi ospedalieri gestibili piuttosto al domicilio, oltre che la comparsa di complicanze nei casi in cui, invece, si ritiene opportuna la valutazione infermieristica, ma sarebbe oltretutto possibile diminuire l'utilizzo indiscriminato di antisettici, da scegliere con criterio senza provocare danno ulteriore.

BIBLIOGRAFIA

Delibera di Giunta Regione Toscana n. 806 del 24/07/2017, *Modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso. Linee di indirizzo*.

Gruppo Formazione Triage (GFT), (2019), *Triage infermieristico*, Mc Graw Hill.

Lazzeretti M., a cura di, (2020), *Gli incidenti domestici in Toscana nel 2019*, Ars Toscana.

Legge 3 dicembre 1999, n° 493, *Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici*.

Osservatorio Nazionale sulla salute delle regioni italiane, (2018), *Rapporto Ossevasalute 2017: stato di salute e la qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*.

Pitidis A., Fondi G., Giustini M., Longo E., Balducci G., e Gruppo di lavoro SINIACA-IDBet al. (2014), *Il sistema Siniaca-Idb per la sorveglianza degli incidenti*, Not. Ist. Super Sanità. 27 (2):11-16.

Regione Toscana, Gruppo formatori regionale triage e gruppo pronto soccorso, a cura di, (2018), *Modello organizzativo per percorsi omogenei in pronto soccorso triage intraospedaliero*, Manuale di formazione. I versione

Righi L., Trapassi S., Ramacciani I., (2020), *L'implementazione del nuovo sistema di triage in Toscana*, in L'Infermiere, vol.64, num.1.

Roselli A., Becattini G., Cappugi M., Francois C., Ruggeri M., (2012), *See & Treat Protocolli medico-infermieristici: la sperimentazione toscana nei pronto soccorso*, Giunti Editore.

Santelli V., *La gestione e il trattamento infermieristico delle ferite in emergenza: modelli e realtà internazionali a confronto*. Tesi di laurea in Infermieristica Università di Siena a.a. 2019-2020.