



Prefatio

Nasce con questo “quaderno” la prima di una serie - speriamo fortunata - di monografie che la redazione di **Dialogo sui farmaci** ha deciso di pubblicare inaugurando così un'altra linea editoriale che si affianca alla rivista e alle edizioni annuali dell'Elenco dei farmaci.

I temi saranno scelti tenendo conto del gradimento di quanto già trattato in articoli o dossier della rivista o introducendone di completamente nuovi orientandosi sempre sulle reali esigenze e attese dei lettori.

La scelta dell'argomento di questo primo numero dedicato alle lesioni da decubito deriva dall'osservazione che il dossier del numero 6 dell'anno 2000 di

Dialogo sui farmaci, dedicato a questo tema, ha raccolto interesse e consenso da parte del personale sanitario sia medico che infermieristico. Dedicare un intero dossier a questo tema è stato, a suo tempo, oggetto di un lungo dibattito nel Comitato di Redazione dato che sembrava (ed in realtà lo è) un argomento poco “eccitante” dal punto di vista scientifico e farmacologico. Pensavamo, però, (ed avevamo ragione) che fosse un buon esempio di come spesso in medicina l'interesse tecnico del terapeuta non collimi con quello più concreto e urgente del malato di trovare sollievo e assistenza nell'ambito di una patologia che comporta sofferenze e disagi anche ai familiari che lo assistono. Abbiamo tentato, quindi, di offrire un contributo per favorire una “corrispondenza” sempre più necessaria tra le due realtà.



L'invecchiamento progressivo della popolazione e l'efficacia degli interventi terapeutici disegnano uno scenario assistenziale sempre più popolato da pazienti lungo-assistiti che rivendicano il diritto a interventi assistenziali qualificati a livello ospedaliero, nelle residenze assistite e, per i più fortunati, a casa loro.

Con questa situazione deve confrontarsi il nostro Sistema Sanitario Nazionale che, per riuscire a rispondere a tutte queste esigenze, deve essere "assistito" da alcune "idee forti" che diano contenuto al percorso di continuità assistenziale fra ospedale e territorio.

Nella realizzazione di questo processo, tener conto delle necessità dei pazienti costituisce un approccio metodologico sicuro.

Il riequilibrio della rete assistenziale non può essere rappresentato solo dalla necessaria razionalizzazione economica e dalla diminuzione dei posti letto negli ospedali, ma deve includere anche una particolare attenzione alla qualità della vita (e della morte) dei pazienti.

Nella classica suddivisione dei compiti della struttura ospedaliera, l'aforisma "la piaga da decubito è la vergogna dell'infermiere" segnala due concetti: uno giusto e uno errato.

È giusto sottolineare che, nel prevenire e nel curare questo tipo di patologia, il ruolo dell'assistenza infermieristica è fondamentale. Sbagliato è sottintendere che sia un compito solo dell'infermiere. In realtà, si tratta di un impegno che deve essere assunto da un gruppo di assistenza nel quale, a domicilio, devono essere coinvolti anche i familiari.

Affrontare e gestire questo problema richiede un consapevole impegno sul fronte della formazione e un'esplicita volontà per la stesura di procedure operative comuni per definire comportamenti e metodi di trattamento e cura. In questo senso, va sottolineata l'importanza di una corretta informazione all'atto della dimissione dei pazienti a rischio, trasferiti dall'ospedale a un'altra unità di assistenza residenziale o a domicilio.



Aspetto cruciale di questo problema è il dolore, soprattutto per quei pazienti con lesioni da decubito di stadio più avanzato (a questo proposito è dedicato uno specifico approfondimento). Specie in questo campo si misurerà la riuscita o la sconfitta di un tipo di assistenza che abbia cura delle necessità e della dignità del paziente anche di quelli non più guaribili ma sempre curabili.

La redazione si augura che questa monografia possa essere di aiuto nel migliorare i percorsi della continuità e della qualità assistenziale e, per questo scopo, è stato ideato uno strumento informativo che contiene indicazioni specifiche per la famiglia.

In conclusione, come contributo per la realizzazione di un concreto modello di continuità assistenziale, si propone che la misurazione standardizzata della comparsa e dell'evoluzione delle lesioni da decubito nei pazienti lungo-assistiti sia assunta come indicatore (forse l'indicatore principale) non solo della qualità dell'assistenza a domicilio, ma anche della qualità delle cure fornite nei reparti ospedalieri e nelle strutture di assistenza residenziali non ospedaliere.

Massimo Valsecchi