

# Problemi psicologico-relazionali nella terapia delle ulcere degli arti inferiori: domande e risposte

Alberto Garavello,<sup>1</sup> Orazio Caudullo,<sup>2</sup> Paola Fiamma,<sup>3</sup> Enrico Oliva,<sup>4</sup> Ginevra Oliva<sup>5</sup>

<sup>1</sup>SILFO - Società Italiana Linfo Flebologia Oncologica, Roma; <sup>2</sup>Psicologo, Roma; <sup>3</sup>Collaboratore Professionale Sanitario, Presidio Ospedaliero San Filippo Neri, ASL RM1, Roma; <sup>4</sup>Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, Roma; <sup>5</sup>Facoltà di Neuroscienze Cliniche e Cognitive, Università Europea di Roma, Italia

## RIASSUNTO

Il trattamento dell'ulcera varicosa comporta non solo la terapia locale, ma anche l'interazione con il paziente, le problematiche psicologiche legate alla malattia e le sue limitazioni. Conoscerle ed affrontarle può fare la differenza tra guarigione e fallimento terapeutico. Abbiamo condotto una revisione della letteratura sull'argomento dal 2013 al 2023 utilizzando parole chiave "ulcera venosa", "psicologia", "qualità di vita" e "sintomi"; abbiamo selezionato 33 lavori che soddisfacevano i criteri di ricerca. L'impatto fisico e psicologico dell'ulcera hanno dimostrato un'influenza importante sulla qualità di vita dei pazienti; il dolore e la depressione sono risultati i fattori predominanti, il rapporto con il medico, la nurse e l'attivazione del "counseling" sono fondamentali nell'ambito del trattamento. Comprendere le difficoltà psicologiche del paziente, assumere un corretto approccio nei confronti dei famigliari e del personale di supporto appaiono come fattori chiave per il trattamento e l'aderenza alla terapia.

Corrispondenza: Alberto Garavello, SILFO - Società Italiana Linfo Flebologia Oncologica, via Manfredi Azzarita 41 - 00189 Roma, Italia.  
E-mail: garavellalberto@gmail.com

Parole chiave: ulcera flebostatica, qualità di vita, dolore, depressione, *counseling*, psicologia.

Contributi: AG, disegno dello studio; OC, concetto dello studio; PF, GO, ricerca bibliografica; EO, revisione dello studio.

Conflitto di interesse: gli autori dichiarano di non avere conflitto di interesse.

Finanziamenti: il lavoro non ha ricevuto finanziamenti.

Approvazione etica e consenso alla pubblicazione: non applicabile.

Disponibilità di dati e materiali: tutti i dati generati o analizzati durante questo studio sono inclusi nell'articolo pubblicato.

Ricevuto: 3 aprile 2024.  
Accettato: 20 maggio 2024.

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution Non-Commercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright: the Author(s), 2024  
Licensee PAGEPress, Italy  
Italian Journal of Wound Care 2024; 8(1):112  
doi:10.4081/ijwc.2024.112

## Introduzione

La terapia dell'ulcera Venosa (UV) si occupa di persone fragili e non autosufficienti, spesso affette da patologie sistemiche croniche ed ha un impatto importante sulla qualità di vita (Quality of Life, QOL).<sup>1</sup> L'aumento dell'età media e della popolazione anziana ha spinto il servizio sanitario nazionale ad interessarsi anche al trattamento domiciliare, in cerca di soluzioni per coloro che hanno difficoltà a recarsi nei centri di cura. Tuttavia entrare in un ambito familiare può essere difficile a causa degli ostacoli posti non solo dal paziente, ma anche dai parenti o dal personale di supporto; questi conflitti possono inficiare il risultato della terapia, indurre un protrarsi delle cure e delle spese, con insoddisfazione del paziente e degli operatori.<sup>2</sup> Gli aspetti psicologici del rapporto con il paziente non hanno ancora avuto l'attenzione necessaria, ma l'esperienza di tutti i giorni ci racconta di conflitti insorti nel corso della terapia;<sup>3</sup> la presenza di un'UV comporta dolore, disturbi del sonno, mancanza di energia, restrizione delle attività quotidiane, frustrazione e perdita dell'autostima.<sup>4</sup> I pazienti affetti da Insufficienza Venosa Cronica (IVC) hanno una QOL migliore rispetto ai pazienti affetti da IVC e ulcera flebostatica;<sup>5</sup> in questo lavoro abbiamo inteso analizzare la Letteratura sul tema dei problemi psicologici nel wound care dell'UV, così da identificare, prevenire e affrontare le più comuni situazioni di disagio del paziente e dei famigliari. Maddox ha evidenziato come gli infermieri del territorio dedichino oltre la metà del loro tempo nella medicazione dell'ulcera, focalizzando l'attenzione solo sulla terapia locale;<sup>6</sup> i complessi effetti psicologici e sociali dell'UV vengono spesso trascurati, così come le criticità del rapporto con il paziente e le possibilità del "counseling", con un impatto negativo sulla cura. Abbiamo condotto una ricerca su PubMed con le parole chiave "ulcera venosa", "psicologia", "qualità di vita", "sintomi" per ottenere un quadro dei problemi psicologico-relazionali più frequentemente riscontrati nei pazienti affetti da UV: sono stati

presi in considerazione articoli pubblicati dal 2013 al 2023. Abbiamo selezionato 33 studi; i problemi più frequentemente citati in letteratura sono relativi al dolore, al benessere psicologico, alla depressione, alle limitazioni dell'interazione sociale ed alla restrizione della capacità lavorativa. Emerge quindi il pesante impatto delle UV sulla QOL che si riflette sulla salute mentale, con insorgenza di una depressione conseguente. Quattro aspetti fondamentali risultano condizionare le relazioni del paziente sia con la malattia che con le persone che si prendono cura di lui: i) l'impatto fisico della gamba ulcerata; dolore, prurito, gonfiore essudato e cattivo odore che rappresentano una sfida quotidiana; ii) l'impatto psicologico; depressione, stress, disturbi del sonno; iii) l'impatto sociale e occupazionale; iv) l'impatto dei trattamenti dell'ulcera.

Molti fattori influiscono pesantemente sulla QOL dei pazienti affetti da UV, che necessitano sin dall'inizio del trattamento di un approccio globale e multidisciplinare.<sup>5</sup> Possiamo distinguere in fattori dipendenti dall'impatto fisico dell'ulcera e delle sue manifestazioni e fattori dipendenti dall'impatto psicologico sul paziente.

## L'impatto fisico

### Il dolore

La Letteratura ha evidenziato come il dolore, di maggiore intensità nelle lesioni più estese, rappresenti il problema più grave per i pazienti affetti da UV, nonostante altre patologie concomitanti;<sup>3,5,7</sup> generalmente si presenta di notte, impedisce il sonno e talvolta i pazienti si svegliano quando termina l'effetto degli antidolorifici.<sup>7</sup> Purtroppo la terapia spesso è trascurata o insufficiente<sup>3,8</sup> e si innesca un circolo vizioso poiché il paziente pensa all'ulcera e perde ulteriormente sonno.<sup>7,9,10</sup> Il dolore, quando diventa cronico, dà la sensazione di non essere controllabile<sup>7</sup> e peggiora se il trattamento non dà risultati; domina quindi la vita del paziente e lo deprime,<sup>10</sup> ne limita le attività<sup>11</sup> con un impatto psicologico devastante ed una ridotta QOL.<sup>5</sup> Il dolore impedisce il sonno, abbassa il tono dell'umore, limita la mobilità, è descritto come insopportabile, intrattabile, difficile o impossibile da eliminare.<sup>11,12</sup> Uno studio di De Oliveria<sup>13</sup> ha dimostrato come la QOL, nel soggetto affetto da UV, sia legata all'intensità del dolore che compromette l'attività fisica e sessuale, porta ad alterazioni dell'umore e ad una riduzione dell'autostima;<sup>5,12</sup> possono inoltre presentarsi sentimenti come disperazione, disfunzioni nei ruoli familiari, nel lavoro e nel tempo libero. Tipo e intensità del dolore variano a seconda della cultura e dell'emotività di ogni individuo, della gravità della condizione e del grado di "compliance" ai trattamenti.<sup>14</sup> In uno studio di Goncalves la maggiore intensità del dolore si aveva nel sesso femminile ed in soggetti a basso tenore economico, dato rilevato anche da altri.<sup>7,15</sup> Purtroppo le strategie terapeutiche spesso sono insufficienti e il dolore viene talvolta sottostimato anche dal medico,<sup>7,8,10</sup> con diminuzione della QOL e ritardo nella guarigione dell'ulcera. Un recente studio di Leren ha evidenziato che meno del 60% dei pazienti dispone di un trattamento specifico per il dolore dell'ulcera e che questo si dimostra efficace in circa il 45% dei casi<sup>16,17</sup> e quindi largamente insufficiente. Strategie non farmacologiche per il trattamento del dolore possono essere: camminare attorno al letto, condurre attività che possano distrarre il paziente, evitare posture che scatenino il dolore, sopraelevare l'arto, assumere posizioni antalgiche, massaggiare l'arto, utilizzare calze elastiche, assumere diuretici per ridurre l'edema dell'arto (se non già in terapia).<sup>7,13,18</sup>

È però importante non dimenticare che il dolore, in molti casi, è dovuto all'infezione dell'ulcera e dei tessuti circostanti per cui sarà necessario agire secondo le linee guida internazionali sul tema. Misure atte a ridurre le possibilità di un trauma, come evitare aree affollate, animali domestici e bambini, sono efficaci, ma possono condurre all'isolamento del paziente.<sup>7</sup> Tuttavia il dolore può anche avere un effetto positivo; il suo ricordo spingerà il paziente a porre cura nell'evitare una recidiva ulcerosa.<sup>7</sup> La terapia, per cui esistono linee guida precise e trattamenti medici e chirurgici,<sup>18</sup> dovrà avere frequenti verifiche della sua efficacia, in caso apportando modifiche basate sul dialogo con il paziente;<sup>10</sup> generalmente i FANS sono i farmaci più utilizzati.<sup>15,16</sup>

### Il prurito

Secondo Upton il prurito è definito come "un'irritante sensazione cutanea che produce il desiderio di grattare";<sup>4</sup> nelle ulcere si tratta non solo di un problema fisico, ma anche psicologico e in relazione con la guarigione e incide sulla QOL.<sup>19</sup> Alcuni pazienti lo vedono come primo segno di recidiva, altri lo interpretano come segno di guarigione;<sup>7</sup> di solito il prurito interessa l'area lesionale, peri-lesionale o attorno al bendaggio compressivo, tanto da venire classificato al quarto posto tra i dieci sintomi che causano stress, impattando sulla qualità di vita e causando ansia, depressione, perdita del sonno, ritardo nella guarigione.

Anche in questo caso sarà necessario agire con il "caregiver" per il trattamento dell'area perilesionale secondo protocolli internazionali.<sup>19</sup>

### Gonfiore, essudato e cattivo odore

Nell'ulcera l'edema ed il gonfiore possono avere molte cause che è necessario approfondire. Essudato e cattivo odore danno un disagio nei confronti degli altri in particolare quando la medicazione è intrisa di liquido, con un profondo effetto sulla socializzazione e portando all'isolamento del paziente.<sup>5</sup> Sono quindi necessarie precise strategie che possono essere uso di deodoranti, sovrapposizione di un altro bendaggio, sovrapporre altri pantaloni per nascondere il gonfiore del bendaggio, divieto della posizione seduta, controllo dei farmaci assunti, norme posturali, deambulazione.<sup>7,10,11,20,21</sup>

Esiste un'ampia gamma di medicazioni per assorbire l'essudato, tuttavia in alcune lesioni può essere necessario un cambio ogni ventiquattro ore per prevenire la macerazione ed evitare l'insorgenza di infezioni.<sup>20</sup> L'essudato e il cattivo odore vengono descritti come disgustosi, insopportabili, devastanti e in grado di provocare vergogna, aggravati dal fatto che i bendaggi devono rimanere in sede per alcuni giorni e non è possibile una detersione dell'arto.<sup>7</sup> Isolamento, depressione e bendaggio limitano amicizie e contatti, il paziente giunge a sentirsi discriminato dalla società e perfino dalla sua famiglia; si viene così a creare un quadro di rassegnazione, impotenza e perdita di fiducia verso la guarigione, con ansia, depressione, insoddisfazione, alterazione dell'immagine corporea ed autoisolamento del paziente che può arrivare ad idee di suicidio.<sup>5,11,12</sup>

### La mobilità

La mobilità è un altro grave problema che, unitamente a quello di trovare una calzatura adatta, è tra i principali motivi di preoccupazione del paziente; Herber ne ha individuato alcuni fat-

tori: la percezione del dolore che impedisce l'attività fisica, la medicazione che agisce come deterrente per le attività all'aperto, la paura di muoversi liberamente, le difficoltà nella propria igiene personale.<sup>5,7,10</sup>

Oltre a ciò, Heinen e Green hanno riportato altre motivazioni: la paura di cadere e di ferire la gamba, il bisogno di sedersi e riposare l'arto, le restrizioni date dagli orari dalle medicazioni.<sup>11,12</sup>

La paura di traumi nelle aree affollate può contribuire a spingere il paziente a non muoversi dalla propria abitazione.<sup>7</sup> In uno studio di Heinen nel 26% dei casi le limitazioni alla socializzazione e della mobilità erano causate da dolore, impossibilità alla stazione eretta, essudato, paura di traumi alle gambe, senso di vergogna.<sup>10</sup> Le difficoltà per una corretta igiene personale sono un altro dei motivi che riducono le possibilità di socializzazione, così come la limitazione nell'abbigliamento, altro motivo di perdita di autostima,<sup>11</sup> tutto ciò porta a dover rivedere le proprie attività e dipendere dagli altri, influenzando pesantemente sulla socializzazione.<sup>5,10</sup>

L'intervento del caregiver dovrà riguardare l'uso di calzature adeguate, per migliorare motilità e deambulazione e per attivare correttamente la pompa venosa del polpaccio; stimolare il paziente ad attività che inducano alla mobilitazione; effettuare un cambio della medicazione il più possibile atraumatico, per evitare un'esperienza dolorosa che il paziente sa che dovrà ripetere.<sup>10</sup>

## L'impatto psicologico

La letteratura ha da tempo evidenziato come la presenza di un'UV influisca sulla QOL e sullo stato mentale del paziente,<sup>5,11,22,23</sup> con la sensazione di essere "controllato" dalla sua patologia, una visione pessimistica del futuro e dell'immagine corporea.<sup>7</sup> Secondo Heinen i pazienti lamentano sensazioni di impotenza (37%), dipendenza (48%) e depressione<sup>10</sup> e la maggioranza ha un pensiero pessimistico sulla terapia, in particolare se la guarigione non avviene in un certo periodo di tempo;<sup>7</sup> tuttavia non si perde mai la speranza di guarire, sebbene questa diminuisca con l'avanzare dell'età. La QOL dei pazienti affetti da ulcera è stata da tempo valutata in relazione agli aspetti sociali; capacità funzionale, vitalità e dolore appaiono più gravi nei non coniugati e nei separati.<sup>24</sup> Dias ha rilevato come bassi livelli di istruzione e bassi salari siano una costante, così come la difficoltà ad accedere alle strutture sanitarie; il costo delle medicazioni in situazioni di difficoltà economica appare come un ulteriore fattore destabilizzante.<sup>5</sup> I pazienti con UV croniche, sono a rischio di problemi emotivi e psicologici, che possono influenzerli dal punto di vista fisico e mentale.<sup>10,25</sup> Anche la sfera sessuale ne viene coinvolta con perdita di autostima, paura di essere rifiutati ed impossibilità di avere esperienze sessuali,<sup>26</sup> in particolare nei giovani e nelle donne; l'ulcera è quindi un ostacolo all'approccio affettivo ed a mantenere una relazione stabile.<sup>27</sup>

La malattia cronica implica per il malato: perdita del senso d'integrità, in cui pazienti percepiscono un arto del proprio corpo come estraneo; sensazione d'incertezza; i pazienti affetti da UV hanno un basso livello di spiritualità, non credono alla presenza divina nella loro vita quotidiana, non pregano ed hanno una scarsa speranza di guarigione;<sup>25,28,29</sup> modificazione dell'immagine di sé e degli altri rispetto al sé.<sup>13,30</sup>

Per Ebbesko il concetto di "immagine corporea" appare cruciale nei pazienti affetti da UV; comprendere la percezione del-

l'ulcera da parte del paziente e l'impatto sul suo benessere appaiono particolarmente importanti.<sup>31</sup> In pratica si tratta di una lotta tra la prigione dell'ulcera e del bendaggio contro la speranza di guarigione; il lavoro dell'infermiere è di grande importanza nel riconoscere questi problemi. Vivere con un'ulcera rappresenta una relazione dialettica tra sentirsi imprigionato nel corpo, nel bendaggio e nella propria casa con la speranza di esserne liberato; il concetto di immagine corporea è quindi molto rilevante nel trattamento di questi pazienti.<sup>31,32</sup> La UV comporta spesso cambiamenti del ruolo familiare e sociale, e lo stato coniugale è un fattore importante nell'aspetto psicologico della qualità di vita. Lin ha rilevato come essere maschio, single/divorziato, vedova o disoccupato metta il paziente affetto da UV a rischio di una bassa qualità di vita.<sup>33</sup> Ulteriori cambiamenti nello stile di vita riguardano mutamenti delle prestazioni professionali e familiari, una costante e consapevole partecipazione alle cure, e una continua attenzione allo stile ed all'ambiente di vita.<sup>26</sup>

Le conseguenze psicologiche sul malato di tali situazioni possono essere:<sup>11,29,30,33,32</sup> i) regressione a comportamenti infantili; ii) riduzione degli interessi, iii) egocentrismo, iv) dipendenza dagli altri; v) comparsa del "pensiero magico"; una persona che si trova a vivere una situazione angosciante o che la mette faccia a faccia con la propria impotenza può sviluppare inconsciamente un pensiero magico allo scopo di controllare, spiegare o, anche, cambiare la realtà. In questo modo sfugge all'angoscia di non poter avere alcun controllo sulla situazione; vi) complicità con la malattia o l'ulcera vissuta come una punizione; vii) sottrazione alle relazioni frustranti, introversione; viii) fuga nell'immaginario; ix) senso di impotenza, diminuzione della fiducia in se stessi, riduzione della forza di volontà; x) sensazione di "sporcizia" causata dall'essudato e dal cattivo odore; xi) delusione, tristezza, rabbia, ansia. Emerge il concetto di "distruzione biografica" ovvero una chiara distinzione tra la vita prima e dopo la comparsa dell'ulcera che, tuttavia, non toglie la speranza per il futuro; xii) potenziale desiderio di amputazione e pensieri suicidari.

Al momento della presa in carico sarà quindi importante condurre sempre una valutazione dei fattori di rischio e di protezione del paziente ovvero considerare:<sup>11,12,13,34,35</sup> i) stato psicologico precedente alla comparsa della lesione; ii) scolarizzazione; un basso livello di istruzione e di educazione interferisce con la capacità di capire la patologia ed applicare le procedure domiciliari ne derivano un senso di impotenza e problemi di aderenza al trattamento con difficoltà di guarigione; bassi livelli di scolarizzazione sono stati spesso associati a scarsi risultati terapeutici e questo spiegherebbe gli insuccessi della terapia nei settori socioeconomici più disagiati; iii) situazione familiare-affettiva (fidanzata/o compagno/a): la capacità funzionale, il dolore, la vitalità e gli aspetti fisici e sociali sembrano migliori per i coniugati rispetto ai single o separati;<sup>24</sup> anche lo stato sociale di maschio e disoccupato mette il paziente a rischio di QOL;<sup>33</sup> iv) stile di "coping" ovvero i comportamenti messi in atto dai pazienti per cercare di tenere sotto controllo, affrontare e/o minimizzare conflitti e situazioni o eventi stressanti.

Ansietà, depressione, vergogna, bassa autostima, impotenza e depressione, hanno un impatto anche sull'evoluzione dell'ulcera; più studi hanno dimostrato che stress e emozioni negative interferiscono sul processo di guarigione, inibendo la proliferazione di fibroblasti e cheratinociti.<sup>36,37</sup> Promuovere il benessere psicologico è quindi necessario per il miglioramento della condizione clinica;<sup>34</sup> l'aumento dell'attività fisica, la perdita di peso, la

cessazione del fumo e modifiche della dieta possono migliorare la prognosi del paziente.<sup>8</sup> Bisognerà sempre stimolare e coltivare le risorse psicologiche “positive” del paziente nel corso del percorso terapeutico dell’ulcera per evitare crisi emozionali.

## La depressione

Si tratta del disturbo più frequente, causato proprio dalle limitazioni dell’ulcera e provoca, come detto, un ritardo di guarigione.<sup>36,37,38</sup> Dalgart ha evidenziato una maggiore incidenza di depressione nei pazienti affetti da ulcera degli arti inferiori rispetto a ogni altra patologia cutanea.<sup>39</sup> In lesioni dolenti e datanti a più di 90 giorni la depressione è di riscontro comune e rappresenta un fattore importante nella QOL.<sup>38</sup> Kumar ha evidenziato una forte associazione tra ansia, depressione e guarigione, legata ad un deficit dell’immunità cellulare ed umorale.<sup>40</sup> Stanno emergendo evidenze che collegano i pazienti affetti da ulcera venosa con dolore medio-grave ad elevati livelli di faticabilità, depressione ed ansia; a questo complesso patologico è stato dato il nome di sindrome psiconeurologica (SPN).<sup>8</sup> Alcuni autori hanno ipotizzato una relazione tra i meccanismi cellulari e molecolari che sottendono all’ulcera e lo sviluppo della SPN; sono attualmente in corso studi per comprendere meglio i legami tra mediatori dell’infiammazione e il comportamento nelle condizioni mediche acute e croniche. Il 30% dei pazienti affetti da ulcere croniche “non healing” ha un’incidenza di depressione tre volte maggiore rispetto ai pazienti “healing”;<sup>41</sup> prevenire, riconoscere e trattare la depressione è un fattore critico, per migliorare l’aderenza del paziente alla terapia, specie se poco gradita come l’elastocompressione.<sup>42</sup>

## Lo stress

Lo stress secondo Selye è “una risposta (generale) aspecifica a qualsiasi richiesta (“demand”) proveniente dall’ambiente”.<sup>43</sup> È un meccanismo biologico che presiede alle risposte di adattamento di un organismo di fronte ad un agente nocivo, con segni e sintomi tra loro correlati e coerenti denominati “sindrome generale di adattamento” (SGA). Stimoli differenti possono indurre alla risposta stereotipata “stress”, determinata non tanto dalla natura dello stimolo, ma dalla sua intensità. Per questo motivo tale stimolo non deve essere necessariamente negativo o dannoso per attivare una SGA, ma può anche essere intensamente piacevole o gioioso: tale risposta è aspecifica perché la sua finalità è favorire un generale adattamento dell’organismo. Lo stress è un fattore ben noto nella secrezione di citochine proinfiammatorie a livello dell’ulcera.<sup>40</sup> Uno studio di Walborn ha dimostrato che alti livelli di stress, depressione e una percezione negativa della patologia sono associate ad una guarigione più lenta, indipendentemente dal livello socio-demografico, dalle comorbidità e dalle caratteristiche dell’ulcera.<sup>35</sup> Il dover dipendere da altri per le attività domestiche può generare un senso di colpa nei confronti dei parenti; sarà quindi necessario impegnare il paziente in attività utili e ricreative in base alle sue possibilità.<sup>7</sup>

## I disturbi del sonno

In uno studio di Heinen nel 45% dei pazienti affetti da ulcera con disturbi del sonno la causa principale era il dolore, il prurito nel 38% e l’essudato nel 12%. I disturbi del sonno sono correlati ad una bassa QOL<sup>4,33</sup> come conseguenza del dolore della piaga, del trattamento o di preoccupazioni di tipo psicologico; Upton ha

rilevato come il 69% dei pazienti affetti da ulcera soffre di disturbi del sonno, l’88% si sveglia almeno una volta di notte e il dolore ne è la causa più frequente.<sup>44</sup> Leren ha rilevato come una bassa qualità del sonno aumenti le possibilità di dolore moderato-severo e questo in particolare nelle donne in età avanzata;<sup>16</sup> la soluzione dei problemi del riposo notturno appare fondamentale per il processo di guarigione. In una review di Green l’insonnia portava a stanchezza diurna, perdita di forza e riduzione del benessere, ovvero “più si pensa all’ulcera” e più crescono debilitazione e preoccupazioni;<sup>3,7</sup> ciò implica una dipendenza dai parenti ed una restrizione della attività quotidiane.<sup>33</sup> Dormire è essenziale per il processo di riparazione tissutale, poiché gli ormoni prodotti durante il sonno giocano un ruolo vitale nella funzione corporea; i disturbi del sonno ostacolano la guarigione dell’ulcera, interferendo nel ruolo dei macrofagi e dei linfociti.<sup>40,44</sup> Un’azione terapeutica può essere quella creare un “diario del sonno” annotando risvegli, difficoltà di addormentamento ed eventuali disturbi all’arto inferiore. Stimolare il soggetto in attività come la preparazione dei pasti, il giardinaggio o prendersi cura di un animale domestico nell’arco dell’intera giornata, farà sì che arrivando stanchi alla sera si riducano le difficoltà notturne.

## I cluster symptoms

Del tutto recentemente si è fatto strada il concetto di “cluster symptoms” e della loro correlazione con la QOL. Nell’ulcera si avrebbe un “cluster” di sintomi “locali” quali dolore, faticabilità, essudato, infiammazione, edema e “cluster” di sintomi “sistemici”, come dolore, fatica e depressione, altamente correlati con la QOL; in entrambi i cluster si avrebbero difficoltà a compiere attività fisiche.<sup>45</sup> Una forte correlazione si avrebbe tra cluster di sintomi “sistemici” e la QOL della salute mentale; la depressione sarebbe così correlata a bassi livelli di funzionalità fisica e psicologica.<sup>45</sup> Finlayson ha evidenziato una relazione significativa tra guarigione dell’UV e l’appartenenza al “cluster” di sintomi costituito da dolore, depressione, faticabilità e disturbi del sonno.<sup>42</sup> La relazione tra cluster di sintomi e prognosi dovrebbe spingere gli operatori a cercare la presenza di “cluster” sintomatologici piuttosto che focalizzarsi sul “singolo” sintomo, per un planning efficace della terapia; ciò sottolinea l’importanza di condurre un’analisi completa dei sintomi per identificare le ulcere “difficili ed intervenire precocemente sui sintomi”.<sup>42,45</sup>

## Rapporto medico-paziente

Il rapporto medico-paziente è una relazione fatta di fiducia e di stima reciproca. Per reciprocità si intende che anche il medico deve potersi “fidare” del fatto che il paziente, e chi si prende cura di lui, seguiranno le sue indicazioni e che siano motivati a risolvere il problema.

A tal fine sarà necessario<sup>33,34,37,46</sup> i) rendere il paziente il più autonomo possibile nel processo di cura, anche insegnando l’automedicazione; ii) ridurre “l’evitamento” stimolando “l’empowerment” ovvero fare quelle cose che il paziente vorrebbe ma che rimanda per paura, così che quelle stesse azioni possano rafforzare il potere di scelta propria e far crescere poteri e responsabilità, migliorando competenze e conoscenze.; iii) intervenire su “procrastinazione vs autostima”; ovvero evitare di “rinviare a un altro

momento”, quello che vogliono fare affinché si possa ripristinare l'autostima; iv) intervenire su “dipendenza vs autonomia”, ovvero favorire l'indipendenza per implementare l'autonomia, anche con programmi di educazione volti ad evitare la recidiva dell'ulcera.

Numerose variabili possono modificare l'aderenza alla terapia, ad esempio un'elevata complessità del regime farmacologico; talvolta, i pazienti o il “caregiver” la modificano per disattenzioni o distrazioni. Sarà necessario creare un diario della terapia prescritta, impostare allarmi o suonerie telefoniche “memorandum”, e scrivere sul calendario settimanale i farmaci quotidiani.

Tutto ciò per organizzare e non dimenticare le assunzioni giornaliere che in casi particolari (come la terapia anticoagulante) necessitano di un rispetto assoluto; l'incapacità di comprendere le cause dell'UV aumenta nel paziente la sensazione di impotenza e provoca problemi nella “compliance”.<sup>11</sup> La gestione di un soggetto fragile è molto impegnativa e il ruolo delle badanti è critico poiché devono avere una preparazione adeguata, supportare la famiglia nell'assistenza dal punto di vista pratico, psicologico ed emotivo. Il supporto infermieristico è considerato dai pazienti<sup>11</sup> come fattore chiave della cura; competenza nella medicazione e un regolare aggiornamento sui progressi della terapia appaiono indispensabili.

## Il counseling

Con il counseling il medico accede ai meccanismi decisionali e comportamentali del paziente e delle persone che si prendono cura di lui, per aiutarlo a cambiare comportamenti disfunzionali con altri più utili per la guarigione, poiché l'aderenza al trattamento è spesso insoddisfacente. Un trial su pazienti affetti da UV ha dimostrato che interventi di counseling sullo stile di vita hanno migliorato l'attività fisica e ridotto i giorni di malattia.<sup>47</sup> Nel counseling la comunicazione è lo strumento centrale di comprensione e risoluzione del problema; l'intervento non è una terapia di scompensi psicopatologici, ma è finalizzato ad affrontare disagi e difficoltà emergenti. Le strategie comunicative sono tese ad attivare e riorganizzare le risorse dell'individuo e favorire scelte e cambiamenti adattivi. Le tecniche di counseling domiciliare, di ascolto ed empatia, consentono al paziente di chiarire a sé stesso la propria situazione e di prendere le decisioni migliori al fine di raggiungere i suoi obiettivi. Inoltre, favoriscono la comunicazione della diagnosi e prognosi, l'aderenza terapeutica, la modificazione dello stile di vita e la comunicazione intra ed extra familiare. L'educazione del paziente è di grande importanza per comprendere e partecipare alle scelte terapeutiche diventando protagonista del suo processo di guarigione.<sup>34</sup> La cura del paziente deve estendersi all'aspetto bio-psico-spirituale e socioeconomico; si dovrà prestare attenzione alle debolezze del malato, incoraggiandolo ad affrontare le difficoltà e migliorando la sua qualità di vita.<sup>34</sup> L'importanza del rapporto con la nurse è fondamentale e i pazienti riferiscono che si tratta di uno dei pochi aspetti positivi della UV, in cui appare fondamentale la “continuità” del trattamento, esprimendo una sensazione di gratitudine.<sup>11</sup>

## Conclusioni

È fondamentale trattare il paziente affetto da ulcera nella sua totalità, mantenendo una buona relazione medico paziente, implementando la comunicazione e supportandolo in modo che

possa partecipare attivamente alla sua cura;<sup>33</sup> Maddox ha sottolineato come sia ormai imperativo un approccio “olistico” al paziente per migliorare la prognosi e la qualità di vita.<sup>6</sup> Una lesione che non guarisce rappresenta una fonte di preoccupazione sia per il medico che per il paziente e familiari. Il ruolo del personale nella “motivazione” del paziente appare fondamentale;<sup>46</sup> l'azione comunicativa del medico con il paziente può aumentare o diminuire tali stati motivazionali nei confronti di un particolare comportamento dannoso per la salute poiché i) identifica con maggiore precisione i problemi del paziente; ii) i pazienti sono più soddisfatti del modo in cui vengono seguiti e comprendono meglio i loro problemi, le indagini e le opzioni di trattamento; iii) è più probabile che aderiscano ai trattamenti e seguano le indicazioni relative alle modifiche comportamentali; iv) diminuisce l'angoscia e la predisposizione all'ansia e alla depressione; v) lo stesso medico vive meglio.

Heinen ha rilevato come i pazienti esigano attenzione da parte dei loro parenti, informazioni chiare sulla patologia e le sue cause da parte del medico, più attenzione per le loro preoccupazioni e la prevenzione delle ulcere.<sup>10</sup> A questo proposito l'utilizzo di programmi di e-learning anche per anziani ha dimostrato di poter ottenere buoni risultati nella prevenzione della recidiva dell'ulcera

## Referenze

1. Launois R. Health-related quality-of-life scales specific for chronic venous disorders of the lower limbs. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 2015;3:219-27.e1-3.
2. Briggs M, Flemming K. Living with leg ulceration: a synthesis of qualitative research. *J Adv Nurs* 2007;59:319-28.
3. Green J, Jester R, McKinley R, Pooler A. The impact of chronic venous leg ulcers: A systematic review. *J Wound Care* 2014;23:601-12.
4. Upton D, Andrews A. Sleep disruption in patients with chronic leg ulcers. *J Wound Care* 2013;22:389-92.
5. Araújo Farias Dias TY, Fernandes Costa IK, Dantas Medeiros Melo M. Quality of life assessment of patients with and without venous ulcer. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2014;22:576-81.
6. Maddox D. Effects of venous leg ulceration on patients' quality of life. *Nurs Stand* 2012;26:42-49.
7. Herber OR, Schnepf W, Rieger MA. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5:44.
8. Stechmiller JK, Lyon D, Schultz G, Gibson DJ. Biobehavioral mechanisms associated with nonhealing wounds and psychoneurologic symptoms (pain, cognitive dysfunction, fatigue, depression, and anxiety) in older individuals with chronic venous leg ulcers. *Biological Res Nursing* 2019;21:407-19.
9. Hyland ME, Ley A, Thomson B. Quality of life of leg ulcer patients: questionnaire and preliminary findings. *J Wound Care* 1994;3:294-8.
10. Heinen MM, Persoon A, van de Kerkhof P, et al. Ulcer-related problems and health care needs in patients with venous leg ulceration: A descriptive, cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2007 11;44(8):1296-1303.
11. Green J, Jester R, Pooler A. Patient perspectives of their leg ulcer journey. *J Wound Care* 2013;22:58-66.
12. Green J, Jester R, McKinley R, Pooler A. The impact of chro-

- nic venous leg ulcers: a systematic review. *J Wound Care* 2014;23:601-12.
13. De Oliveira A Júnior S, De Souza Oliveira AC, et al. Influence of pain on the quality of life in patients with venous ulcers: Cross-sectional association and correlation study in a Brazilian primary health care lesions treatment center. *PLoS One* 2023;18:e0290180.
  14. Cwajda-Białasik J MT, Mościcka P, Cierzniaowska P. The locus of pain control in patients with lower limb ulcerations. *J Clin Nurs* 2012;21:3346-51.
  15. Goncalves ML, De Gouveia Santos VL, De Mattos Pimenta CA, et al. Pain in chronic leg ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2004;31:275-83.
  16. Leren L, Aslaug Johansen E, Eide H, et al. Prevalence and factors associated with ulcer-related pain in persons with chronic leg ulcers-an explorative study. *J Clin Nurse* 2021;30:2732-41.
  17. Leren L, Eide H, Johansen EA, et al. Background pain in persons with chronic leg ulcers: An exploratory study of symptom characteristics and management. *Int Wound J* 2022;19:1357-69.
  18. Orhurhu V, Chu R, Xie K, et al. Management of lower extremity pain from chronic venous insufficiency: a comprehensive review. *Cardiol Ther* 2021;10:111-40.
  19. Jockenhöfer F, Anne Zaremba A, Caren Wehrmann C, et al. Pruritus in patients with chronic leg ulcers: A frequent and often neglected problem. *Int Wound J* 2019;16:1464-70.
  20. Benbow M, Stevens J. Exudate, infection and patient quality of life. *Br J Nurs* 2010;19:S30-2.
  21. Jones JE, Robinson J, Barr W, Carlisle C. Impact of exudate and odour from chronic venous leg ulceration. *Nurs Stand* 2008;22:53-58.
  22. Hopman WM, VanDenKerkhof EG, Carley ME, et al. Factors associated with health-related quality of life in chronic leg ulceration. *Qual Life Res* 2014;23:1833-40.
  23. Lopes Joaquim F, Costa Rosa Andrade Silva RM, Garcia-Caro MP, et al. Impact of venous ulcers on patients' quality of life: an integrative review. *Rev Bras Enferm* 2018;71:2021-9.
  24. Nogueira GS, Zanin CR, Miyazaki MCOS, De Godoy JMP. Quality of life of patients with chronic venous ulcers and socio-demographic factors. *Wounds* 2012;24:289-92.
  25. Salomé GM, Aguinaldo de Almeida S, Masako Ferreira L. Association of sociodemographic factors with hope for cure, religiosity, and spirituality in patients with venous ulcers. *Adv Skin Wound Care* 2015;28:76-82.
  26. Da Silva HM, Pinto de Jesus MC, Aparecida Barbosa Merighi M. The daily life of men who lives with chronic venous ulcer: phenomenological study. *Rev Gaucha Enferm* 2013;34.
  27. De Santana Carvalho ES, Santos Paivab M, Casado Aparicio E, et al. Sexual-affective trajectories of people with chronic leg ulcers: aspects of therapeutic listening. *Rev Gaucha Enferm* 2013;34:163-70.
  28. Salomé GM, Aguinaldo de Almeida S, Masako Ferreira L. Association of sociodemographic factors with hope for cure, religiosity, and spirituality in patients with venous ulcers. *Adv Skin Wound Care* 2015;28:76-82.
  29. Salomé GM, Pereira VR, Ferreira LM. Spirituality and subjective wellbeing in patients with lower-limb ulceration. *J Wound Care* 2013;22:230-2, 234-6.
  30. Salomé GM, Aguinaldo de Almeida S, De Jesus Pereira MT. The impact of venous leg ulcers on body image and self-esteem. *Adv Skin Wound Care* 2016;29:316-21.
  31. Ebbeskog B, Ekman SL. Elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. *Scand J Caring Sci* 2001;15:235-43.
  32. Jones J, Barr W, Robinson J, Carlisle C. Depression in patients with chronic venous ulceration. *Br J Nurs* 2006;15:S17-23.
  33. Lin HC, Fang CL, Hung CC, Fan JY. Potential predictors of quality of life in patients with venous leg ulcers: A cross-sectional study in Taiwan. *Int Wound J* 2022;19:1039-50.
  34. Lopes Joaquim FL, Costa Rosa Andrade Silva RM, Garcia-Caro MP, et al. Impact of venous ulcers on patients' quality of life: an integrative review. *Rev Bras Enferm* 2018;71:2021-9.
  35. Walburn J, Weinman J, Norton S. Stress, illness perceptions, behaviors, and healing in venous leg ulcers: findings from a prospective observational study. *Psychosom Med* 2017;79:585-92.
  36. Situm M, Kolić M, Spoljar S. Quality of life and psychological aspects in patients with chronic leg ulcer. *Acta Med Croatica* 2016;70:61-3.
  37. Cifuentes Rodriguez JE, Guerrero Gamboa S. Psychosocial factors of patients with venous leg ulcers and their association with healing. *J Enterostomal Ther* 2020;18:e0720.
  38. Zhou K, Jia P. Depressive symptoms in patients with wounds: A cross-sectional study. *Wound Repair Regen* 2016;24:1059-65.
  39. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol* 2015;135:984-91.
  40. Kumar N, Huda F, Mani R, Singla T. Role of hospital anxiety and depression on the healing of chronic leg ulcer: A prospective study. *Int Wound J* 2020;17:1941-7.
  41. Wachholz PA, Masuda PY, Nascimento DC, et al. Quality of life profile and correlated factors in chronic leg ulcer patients in the mid-west of Sao Paulo State, Brazil. *An Bras Dermatol* 2014;89:73-81.
  42. Finlayson K, Edwards E, Courtney M. The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers. *J Clin Nurse* 2010;19:1289-97.
  43. Selye H. Stress and disease. *Science* 1955;122:625-31.
  44. Upton D, Andrews A. Venous leg ulcers: What about wellbeing? *J Wound Care* 2014;23:14-6.
  45. Do HTT, Edwards H, Finlayson K. Identifying relationships between symptom clusters and quality of life in adults with chronic mixed venous and arterial leg ulcers. *Int Wound J* 2016;13:904-11.
  46. Kapp S, Miller C. The experience of self-management following venous leg ulcer healing. *J Clin Nurs* 2015;24:1300-9.
  47. Heinen M, Borm G, van der Vleuten C, et al. The Lively Legs self-management program increased physical activity and reduced wound days in leg ulcer patients: results from a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2012;49:151-61.