



RESPONSABILITA' DEL PODOLOGO NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE DIABETICO

M. MONTESI, G. ANTONACCI

2010

Assisi

Annuario Statistico ISTAT 2008

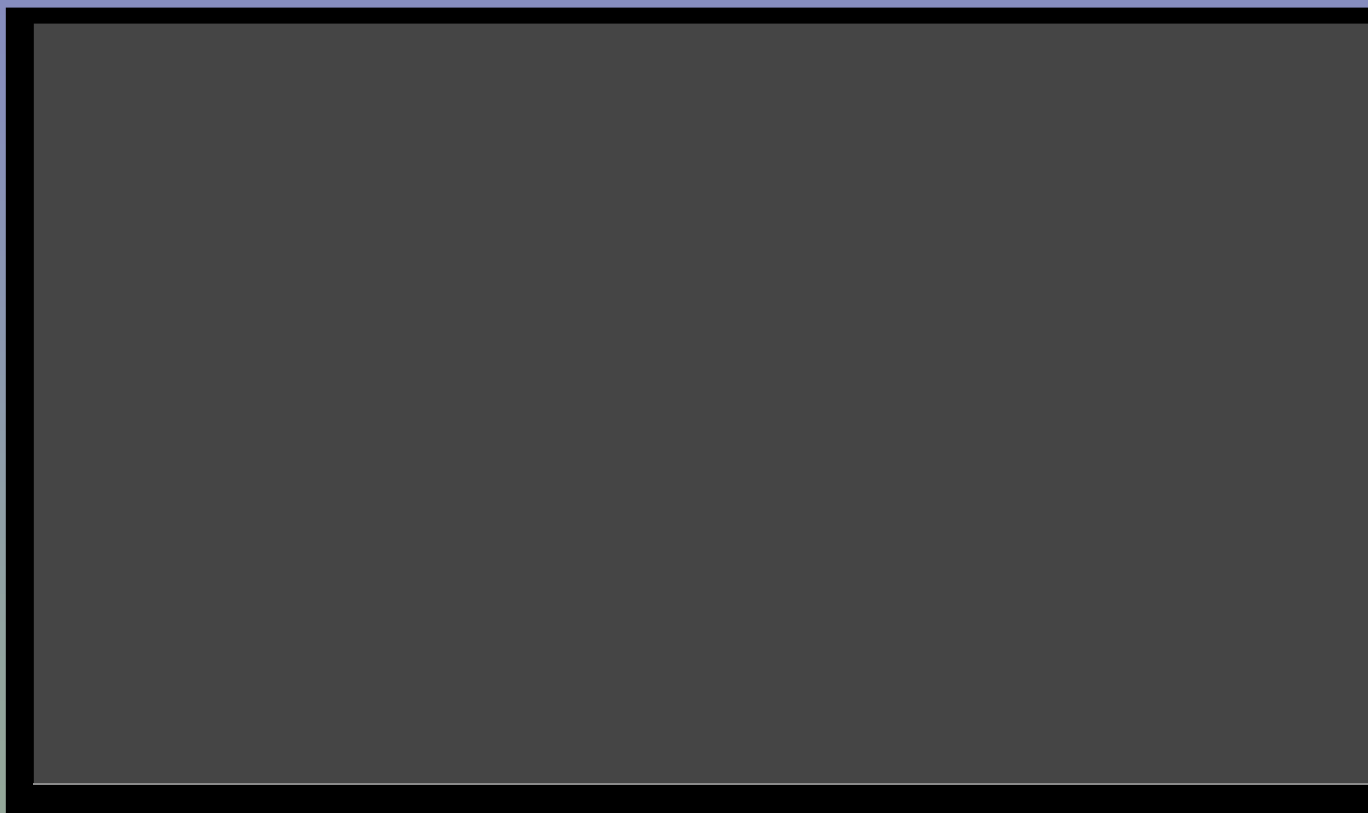
della prevalenza del diabete in Italia (2



E' diabetico il 4,8% degli italiani (5,2% le donne e 4,4% gli uomini), pari a circa 2.900.000 persone.

Prevalenza del Diabete per sesso e fascia di età 2008

Fonte ISTAT 2008, elaborazione ISS



Nella fascia d'età 18-64 anni la prevalenza è maggiore fra gli uomini, mentre oltre i 65 anni è più alta fra le donne.

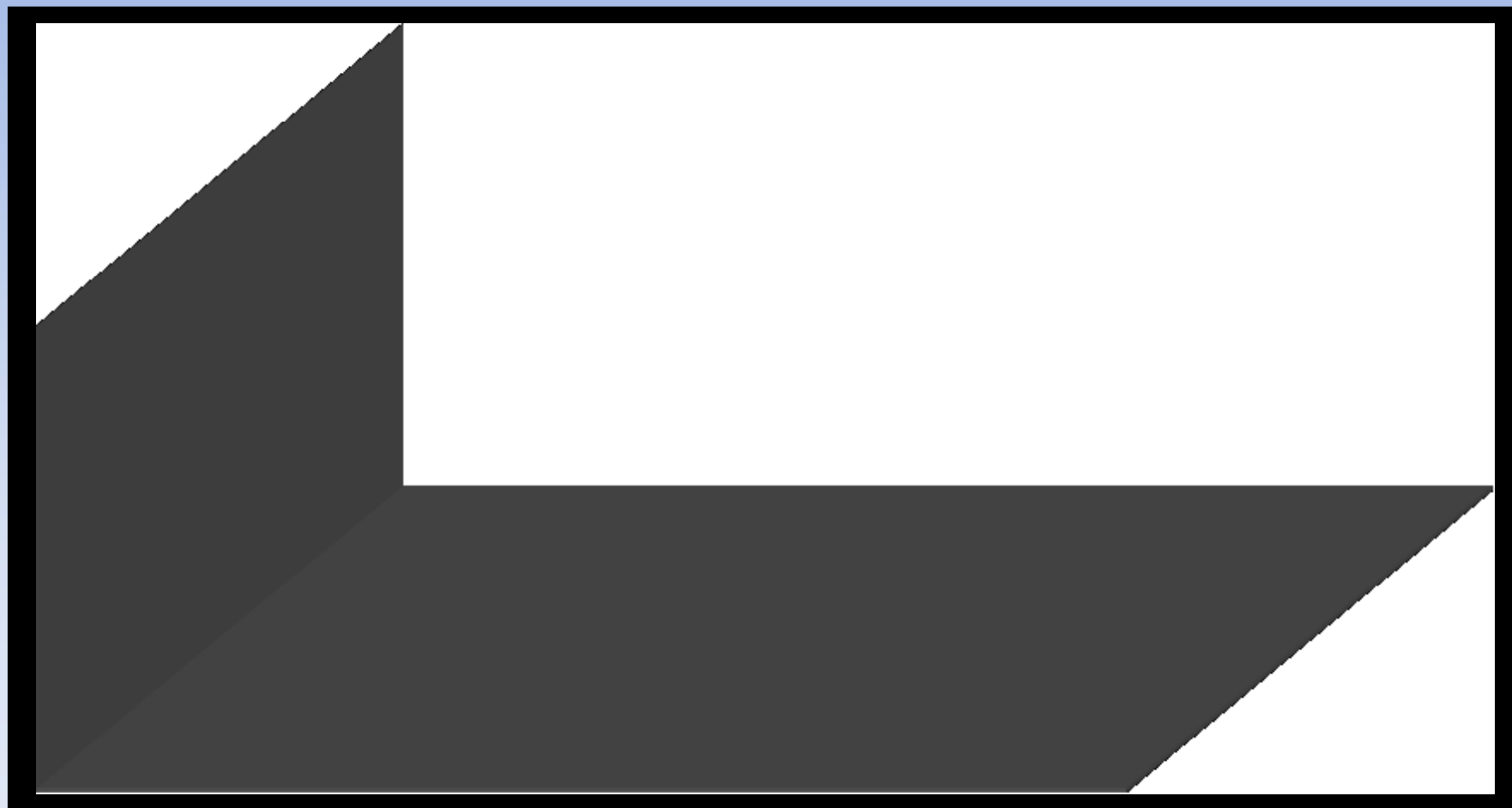
Prevalenza del diabete per area geografica

Fonte ISTAT 2008, elaborazione ISS



Prevalenza del Diabete nelle regioni italiane 2008

Fonte ISTAT 2008, elaborazione ISS



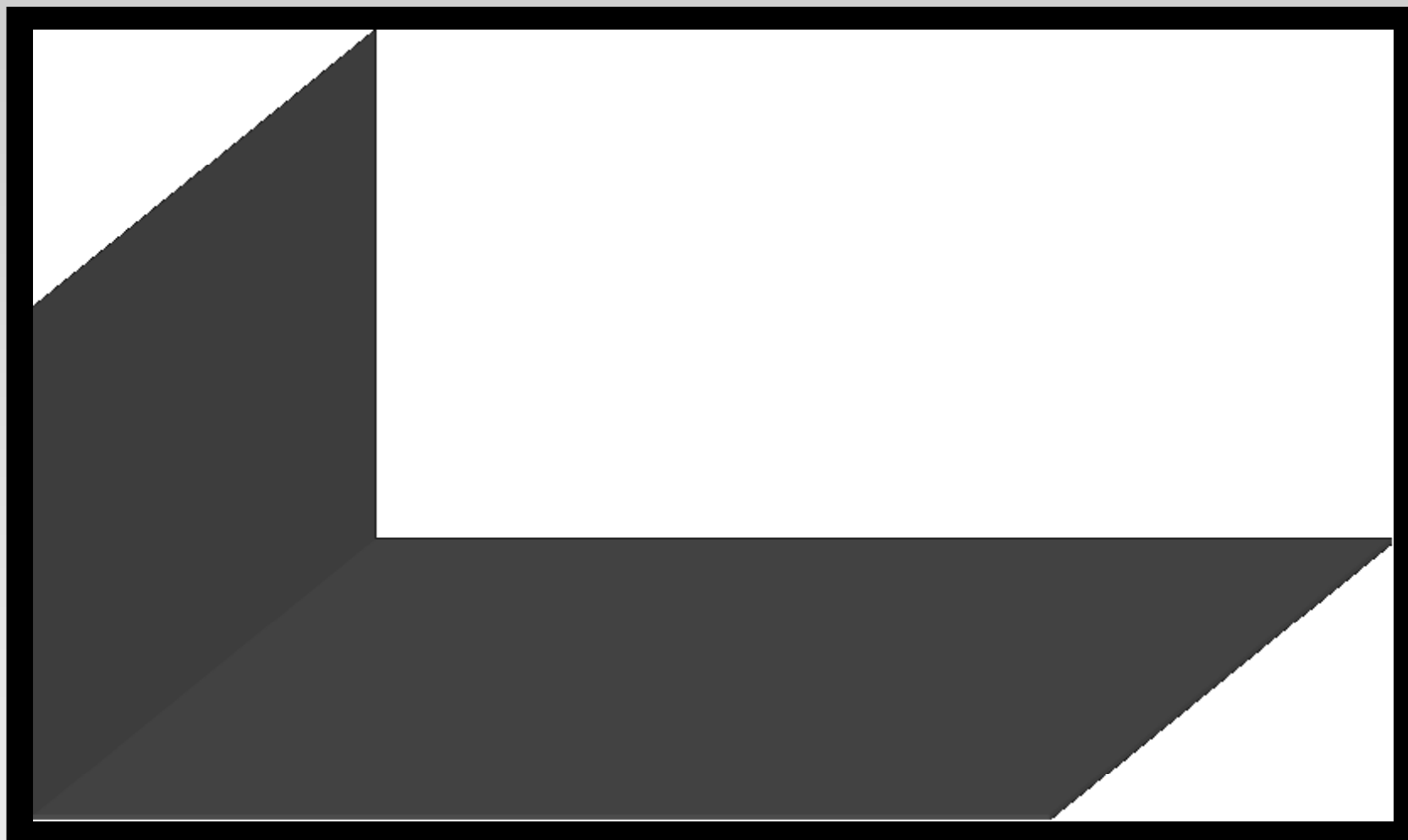
Amputazioni minori e giorni di degenza nel quinquennio 2003-2007 (dita e piede)

Dati del Ministero della Salute



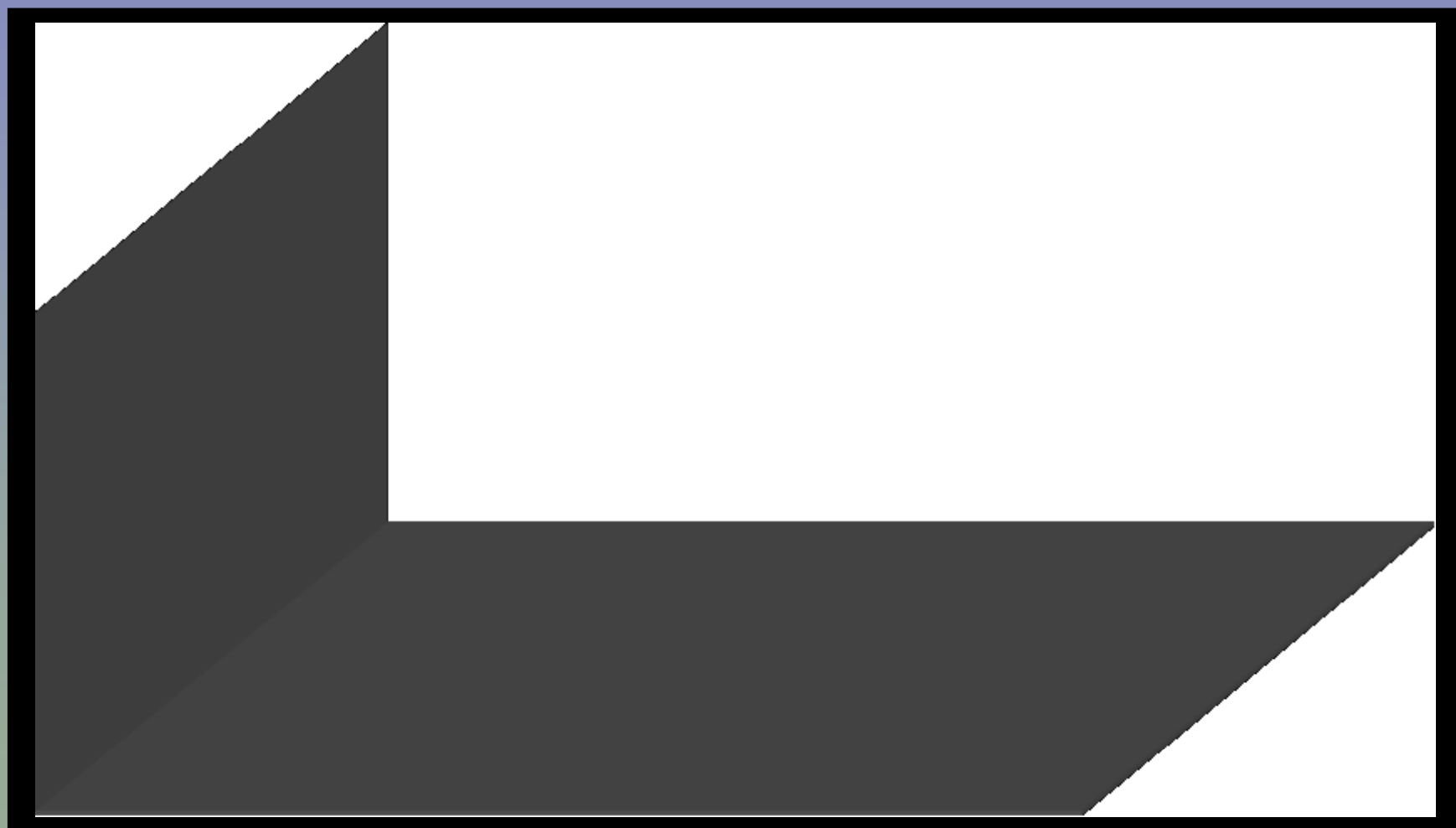
Totale amputazioni arti inferiori per regione 2007

Dati del Ministero della Salute



Totale giorni di degenza arti inferiori per regione 2007

Dati del Ministero della Salute



Amputazioni di tutto l'arto inferiore e Degenze 2007

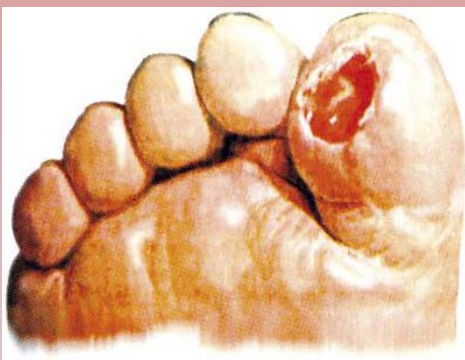
Dati del Ministero della Salute

Cliccate per

U m b r i a

struttura

L'assistenza podologica al paziente diabetico è fondamentale per:

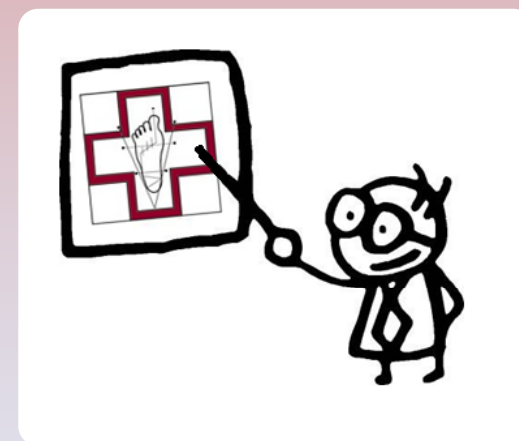


Prevenire e curare le **complicanze del piede**

Effettuare **l'educazione sanitaria**



Abbattere i relativi **costi ospedalieri**



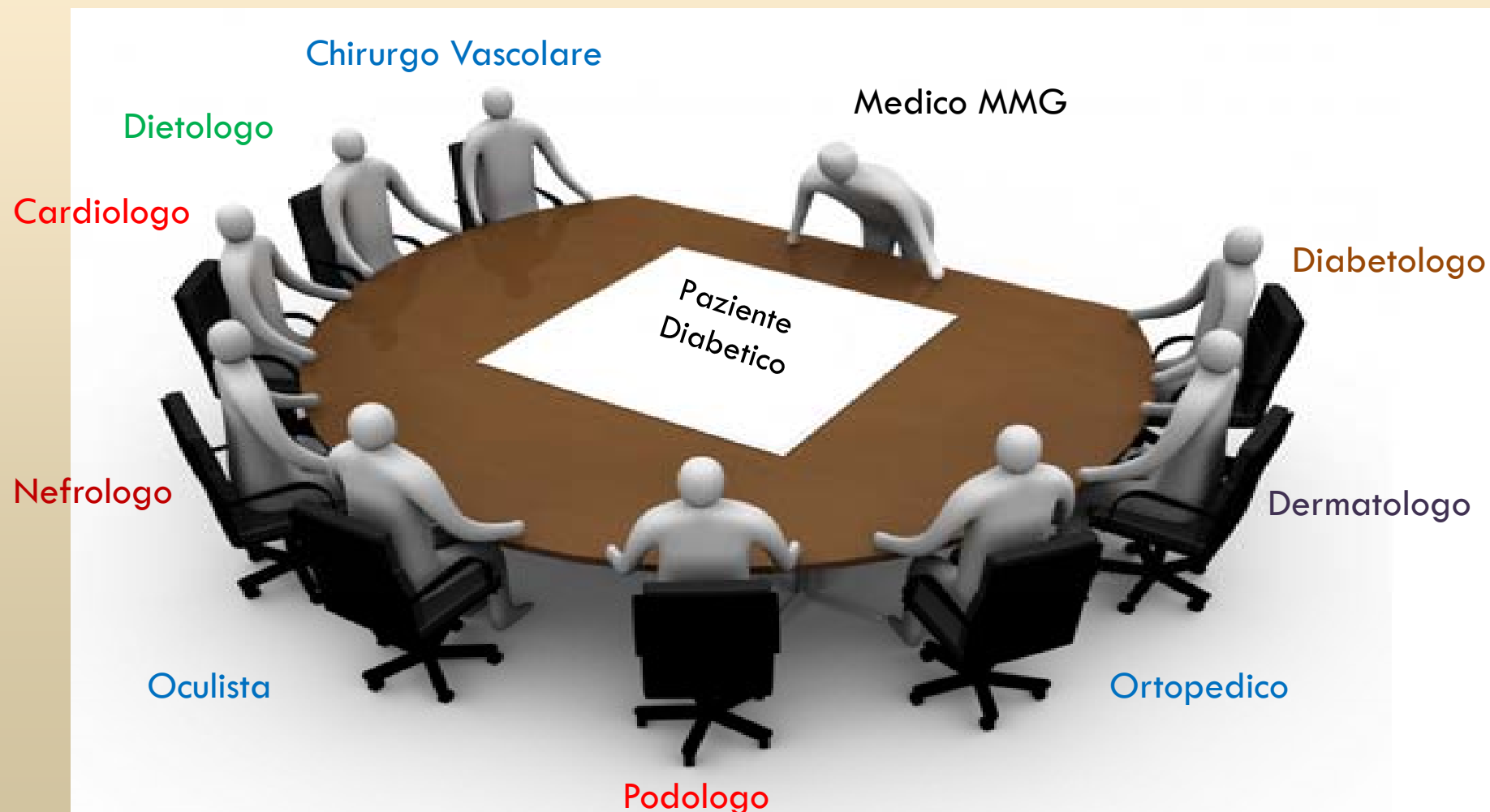
L'assistenza podologica sul territorio deve essere
prevista:

In **studi podologici** (accreditati e/o convenzionati)

Aziende Sanitarie Locali e Aziende ospedaliere (
con ambulatorio podologico)

R.S.A. (con annesso ambulatorio podologico)

Team per la cura del piede diabetico



Studi podologici accreditati e non

- Punto di riferimento per i pazienti diabetici e gli ambulatori di medicina generale e diabetologici
- Raccolta dei dati per la realizzazione della cartella clinica podologica computerizzata
- Osservazione (E.O.), valutazione delle patologie topico-sistemiche, diagnosi, programma terapeutico-riabilitativo e archiviazione dei dati anamnestici, diagnostici, iconografici.
- Collegamento in rete per la comunicazione in tempo reale ed interscambio con gli studi professionali dei medici di famiglia (strategia terapeutica), studi professionali specialistici nonché la possibilità di prenotare via telematica visite specialistiche ed esami strumentali

Screening e Prevenzione



Tutti i pazienti con diabete mellito devono essere sottoposti a un esame completo del piede almeno una volta all'anno.

L'ispezione dei piedi nei pazienti a elevato rischio, invece, deve essere effettuata a ogni visita.

A tutti i diabetici deve essere garantito un programma educativo sul piede diabetico

Screening e Prevenzione



Al momento dello screening devono essere individuati i fattori di rischio per il piede diabetico.

Il controllo successivo può essere programmato in base al rischio o alla presenza di lesioni

Deformità del piede

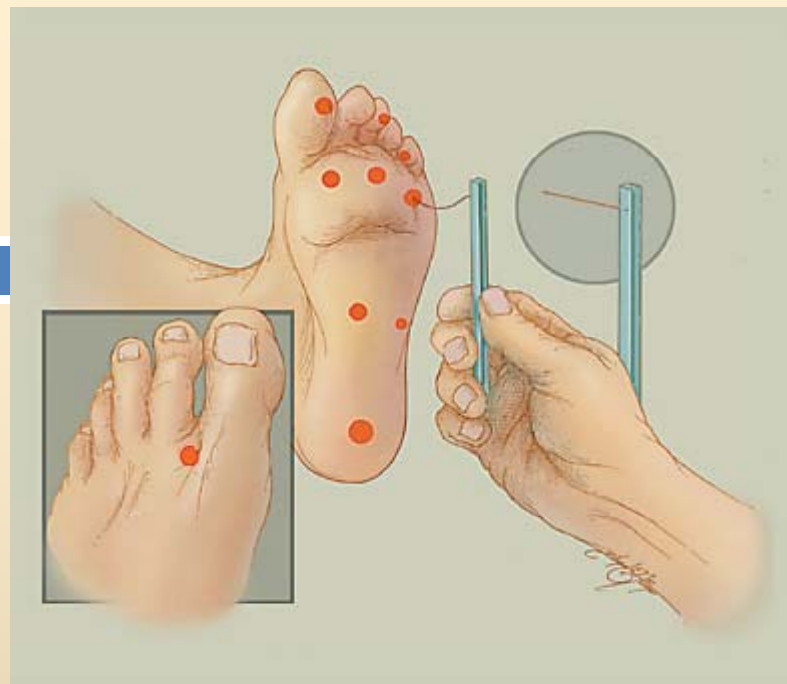
le deformità del piede, *dovute alla neuropatia o alle pregresse amputazioni*, sono un importante fattore di rischio per la formazione dell'ulcera e per una nuova amputazione, specie se a esse si associa la vasculopatia periferica.

La pregressa amputazione conferisce un altissimo rischio di mortalità (68% in 5 anni) e aumenta di 3 volte il rischio di una nuova ulcerazione

Neuropatia

Le severe deformità del piede
diabetico neuropatico che spesso

si accompagnano ad una grave instabilità
articolare creano una condizione di elevato rischio
di ulcerazioni recidivanti che possono portare a
processi infettivi dei tessuti profondi con elevato
rischio di amputazione maggiore.



ULCERA

Un'ulcerazione del piede è presente nell'85% dei casi di amputazione e la pregressa amputazione predispone a una ulteriore amputazione.

Fattori di rischio locali per l'ulcerazione sono le deformità del piede e le callosità, specie se associate alla neuropatia



Anziani

È necessario prestare particolare attenzione ai soggetti anziani (età >70 anni), specialmente se vivono soli, se hanno

una lunga durata di malattia,
problemi visivi, ed anche
economici, in quanto
a maggior rischio di lesioni
al piede.



Le Responsabilità del Podologo

Il podologo ***individua*** e ***segnala*** al medico le sospette condizioni patologiche che richiedono un approfondimento diagnostico o un intervento terapeutico.



Test della glicemia casuale: strategia preventiva presso gli studi podologici, sui pazienti che non sanno di essere affetti da diabete ed eventualmente indirizzarli al medico di famiglia o al diabetologo.

La Cartella Clinica Informatizzata

GAPP - CARTELLA CLINICA PAZIENTE

DATI PAZIENTE

Cognome Nome

Codice Fiscale

Età

Prossima Visita

Medico


Listino

CARTELLA PODOLOGICA

Cartella podologica

- ANAMNESI
- PROFILO SANITARIO
- ESAMI
- VISITE CLINICHE
- PATOLOGIE NON PODOLOGICHE
- PRESTAZIONI
- PRESCRIZIONI**
- CARTELLA PODOLOGICA**
- IMMAGINI
- MODELLI PRESTAMPATI
- CARTELLA DIABETOLOGICA
- CARTELLA POSTUROLOGICA

CARTELLA PODOLOGICA






Legenda

☒ Patologia non curata ☐ Patologia curata ☐ Evidenziazione ☐ Rimuovi evidenziazione

Patologie

Data Visita	Patologia	Data Inizio Cura	Data Fine Cura	Guarita	Recidiva	Entrambi I Piedi	Tutto Apparato	Ortesi

Raccolta dei dati anamnestici, personali e familiari, eventuale valutazione esami ematochimici, radiografici, ecografici, ecc.





Prescrizioni

Ai pazienti con piede a rischio di lesioni devono essere realizzati ortesi plantari su misura e consigliate calzature adeguate, per ridurre i picchi di pressione a livello della superficie plantare e dorsale del piede.



Valutazione obbligatoria del tasso glicemico nell'ambito della cura delle lesioni (Glucotest)

È IMPORTANTE VALUTARE IL TASSO GLICEMICO OGNI VOLTA CHE SI CONTROLLA IL PAZIENTE PERCHÉ LA GUARIGIONE DELLE LESIONI ED IL CONTROLLO DELLA NEUROPATIA NON POSSONO PRESCINDERE DA UN OTTIMO CONTROLLO METABOLICO



Screening Neuropatia

L'esame del piede deve includere la valutazione anamnestica di pregresse ulcere e amputazioni, l'ispezione, la palpazione, la valutazione della percezione della pressione (con il monofilamento di Semmes-Weinstein da 10 g) e della vibrazione (con diapason 128-Hz o con il biotesiometro).



Screening Vasculopatia

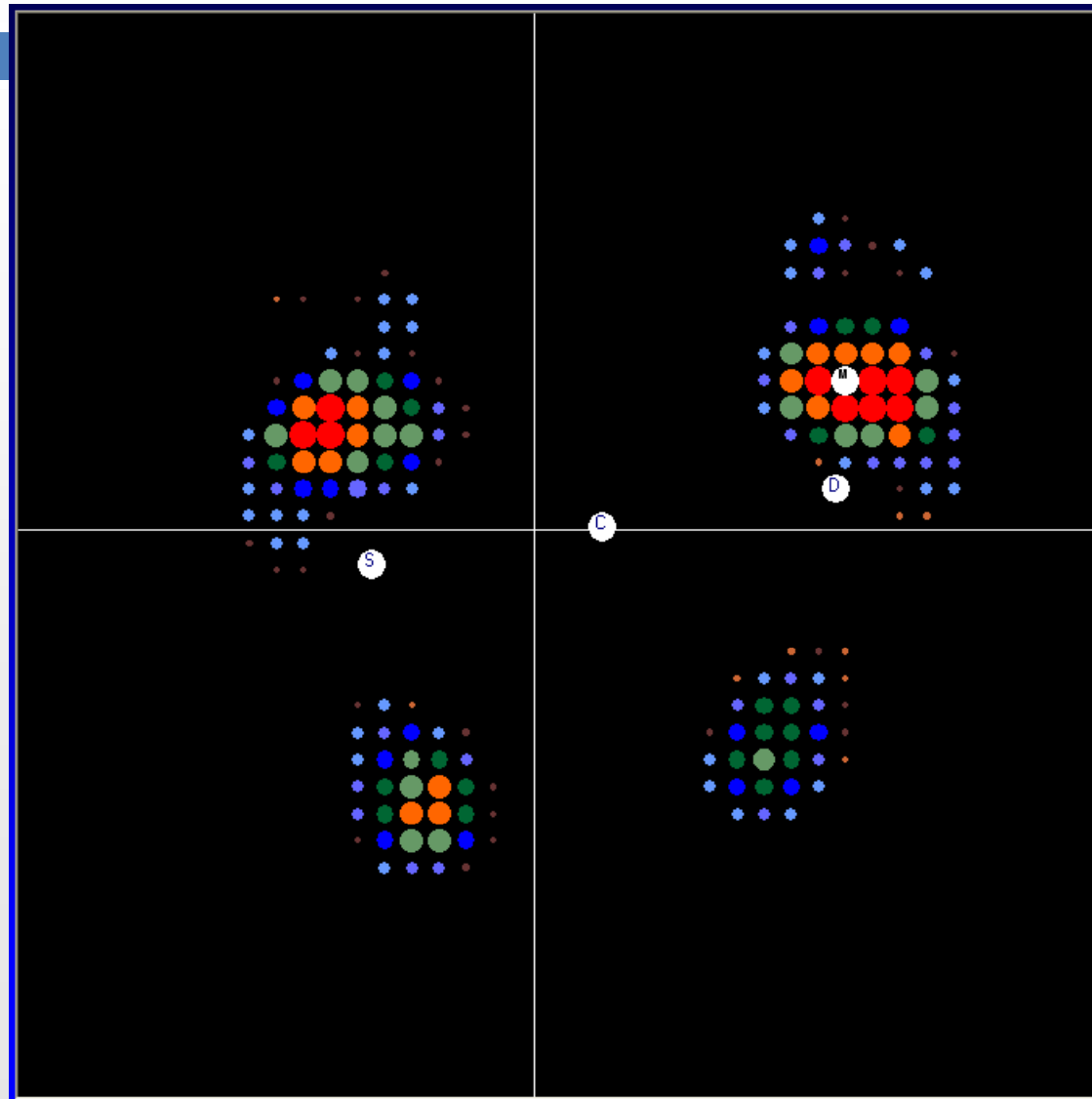
Lo screening per l'arteriopatia periferica dovrebbe prevedere la valutazione della presenza di claudicatio, la rilevazione dei polsi pedidii e la misurazione dell'indice caviglia/braccio (ABI).



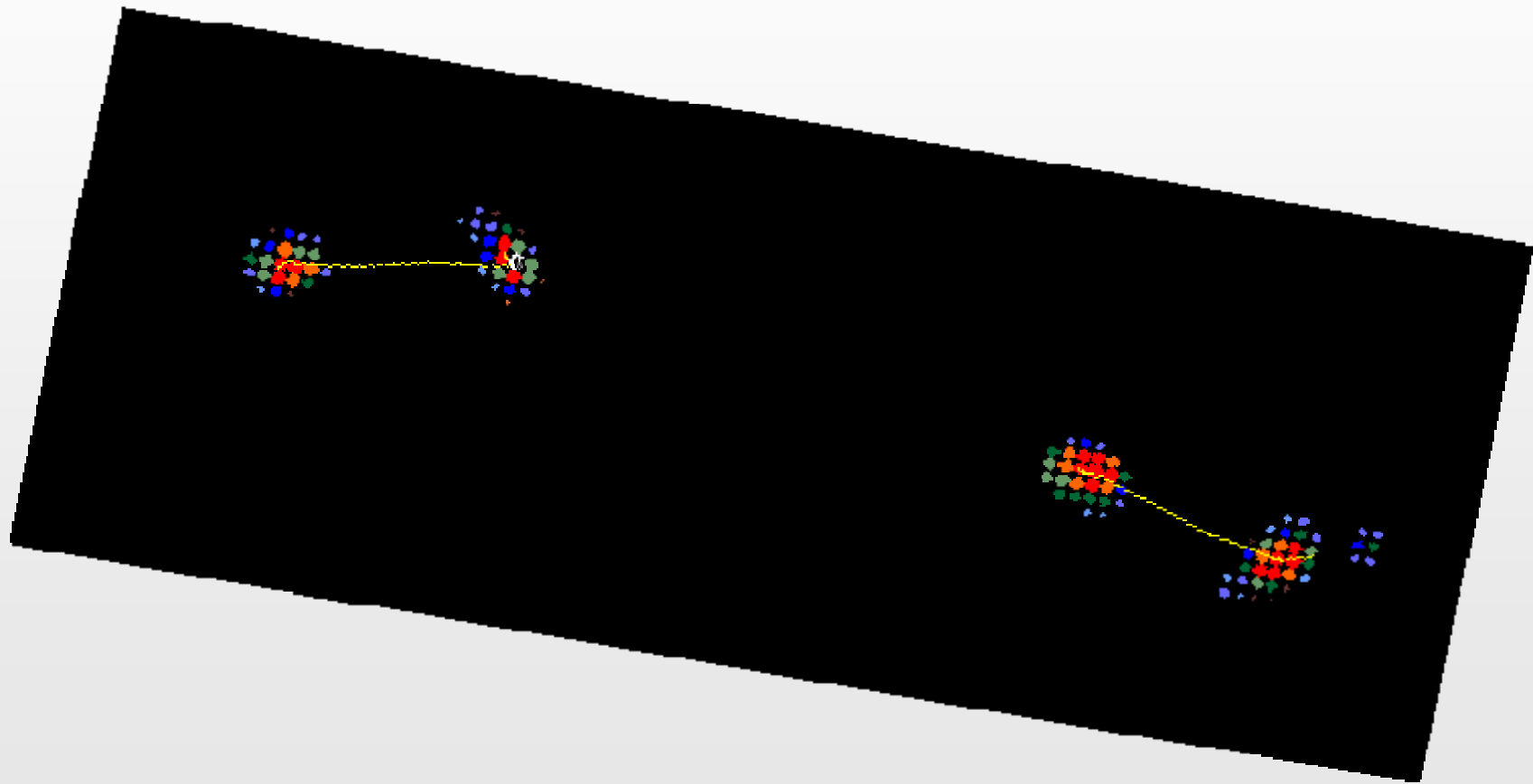
PODOSCOPIO



Baropodometria Elettronica



Analisi Dinamica



Livello di rischio per l'insorgenza di piede diabetico

Non a rischio	Conservazione della sensibilità, assenza di segni di vasculopatia periferica, assenza di altri fattori di rischio
A rischio	Presenza di neuropatia o di altri singoli fattori di rischio
Ad alto rischio	Diminuita sensibilità e deformità dei piedi o evidenza di vasculopatia periferica Precedenti ulcerazioni o amputazioni
Piede ulcerato	Presenza di ulcera al piede

Gestione del paziente con piede diabetico, in accordo con il livello di classificazione del rischio

Non a rischio	Concordare con ciascun paziente un programma di gestione che includa l'educazione alla cura del piede
A rischio	Organizzare regolari visite, approssimativamente ogni 6 mesi, con un team specializzato nella cura del piede diabetico A ciascuna visita: <ul style="list-style-type: none">- ispezionare entrambi i piedi; garantire i presidi per la cura dei piedi- esaminare le calzature; fornire adeguate raccomandazioni- rafforzare l'educazione alla cura dei piedi
Ad alto rischio	Organizzare frequenti visite, ogni 3-6 mesi, con un team specializzato nella cura del piede diabetico A ciascuna visita: <ul style="list-style-type: none">- ispezionare entrambi i piedi; garantire presidi per la cura dei piedi- esaminare le calzature; fornire adeguate raccomandazioni, plantari specifici e calzature ortopediche, se vi è indicazione- considerare la necessità di una valutazione o di una presa in carico del paziente da parte dello specialista vascolare- verificare e rafforzare l'educazione alla cura dei piedi

Lettera o testo per la comunicazione on-line per medico MMG e/o Diabetologo

Roma, 16/04/2010

Egregio dottore,

abbiamo visitato presso il nostro ambulatorio podologico la sig.ra M. M. di anni 75 affetta da DM2 da oltre 20 anni. All'esame obiettivo presenta piede con cute secca, metatarsalgia bilaterale ed ipercheratosi plantare in corrispondenza del II e III metatarso bilateralmente.

La glicemia, misurata mediante glucotest, a quattro ore dal pasto risultava essere di 300 mg/dl.

La paziente è stata sottoposta ad un protocollo di valutazione delle complicanze degli arti inferiori (esame della sensibilità pressoria attraverso il monofilamento di Semmes Weinstein, valutazione della sensibilità vibratoria attraverso l'uso di un biotesiometro, percezione della temperatura, valutazione vascolare degli arti inferiori con il calcolo dell'indice caviglia-braccio, esame dei riflessi OT, ecc.).

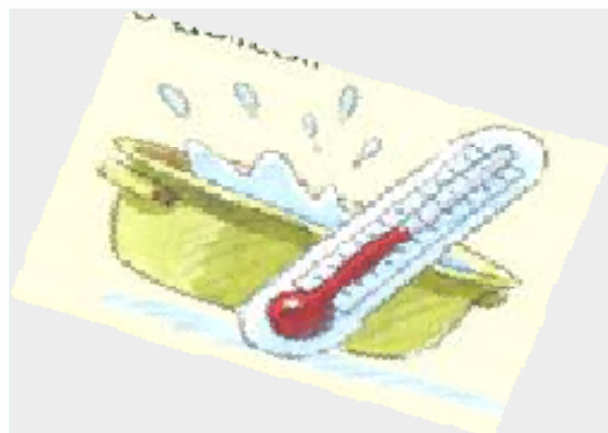
Per questo motivo è stata inserita nella classe di rischio 1 e quindi necessita di un follow up di 6 mesi.

Pertanto si è ritenuto utile un approfondimento educativo che ha riguardato i seguenti argomenti rispetto alla gestione del piede: conoscenza delle complicanze; igiene; ispezione; cura del piede; scelta ed uso di calzature adeguate.

Si invia alla sua cortese attenzione per ulteriori accertamenti diagnostici e terapeutici rimanendo a disposizione per ulteriori sue comunicazioni

Cordiali saluti

Educazione sanitaria



Fare clic
per
modificare
stili del
testo dello
schema



o
livello
Quin

Prevenzione e cura del Piede Diabetico



Riduzione delle amputazioni del 60%



★ IN SINTESI

Occorre, quindi:

Valorizzare lo studio podologico sul territorio

Sensibilizzare i medici MMG e dei diabetologi da parte delle Istituzioni Sanitarie. È necessario ricordare loro il ruolo del podologo nella malattia diabetica e l'esigenza di integrazione. Le iniziative concrete debbono riguardare la programmazione di incontri sul territorio con i medici MMG che nella stragrande maggioranza ignorano o conoscono ben poco, i risultati che possono essere conseguiti ricorrendo all'assistenza podologica. Tali incontri saranno utili per richiamare il protocollo d'intesa AIP – FIMMG del 1998

Dare attuazione pratica a quanto già prevedono i LEA in merito alle patologie podaliche di competenza del podologo, procedendo anche ad un ampliamento di esse tenendo conto, soprattutto, della complicità del piede diabetico. Il primo provvedimento da assumere, per tanto, è l'accreditamento o la convenzione degli studi

Attivare la rete informatizzata tra podologi – medici MMG – diabetologi

CONCLUSIONI

“ Il ruolo della podologia sul territorio”, questo è il tema al centro del nostro Congresso.

Le strategie che abbiamo illustrato sono del tutto coerenti con il tema stesso. Occorre, però, che alle parole facciano seguito i fatti: solo così possono essere conseguiti importanti risultati nella lotta alla malattia diabetica.

È necessario, quindi, che le Istituzioni, sia a livello centrale che a livello territoriale, si assumano le proprie responsabilità circa la realizzazione pratica di quanto prospettato.



.... **GRAZIE PER L'ATTENZIONE**