

# RESPONSABILITÀ DEL PODOLOGO NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE DIABETICO

**M. MONTESI, G. ANTONACCI**  
2010

Assisi

# Annuario Statistico ISTAT 2008

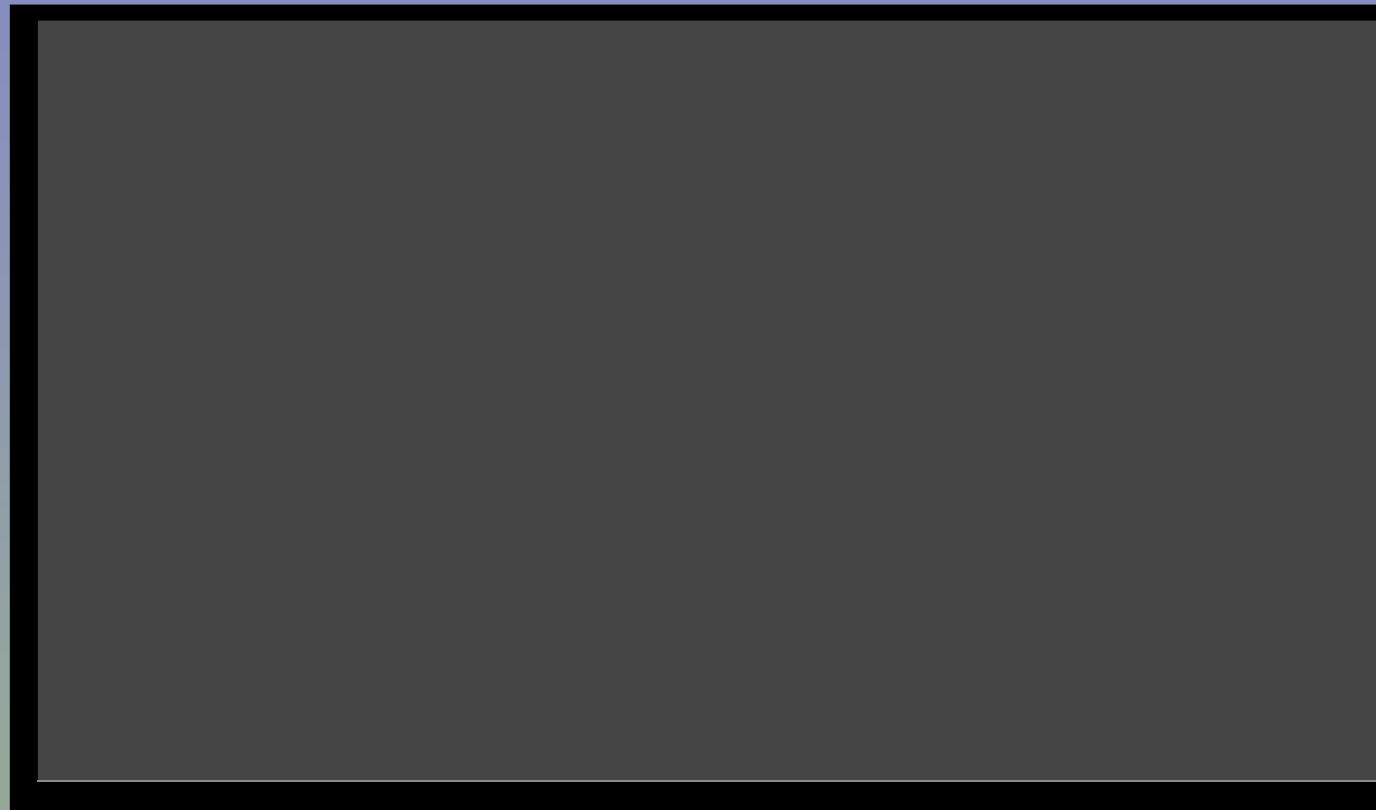
• della prevalenza del diabete in Italia (2



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.

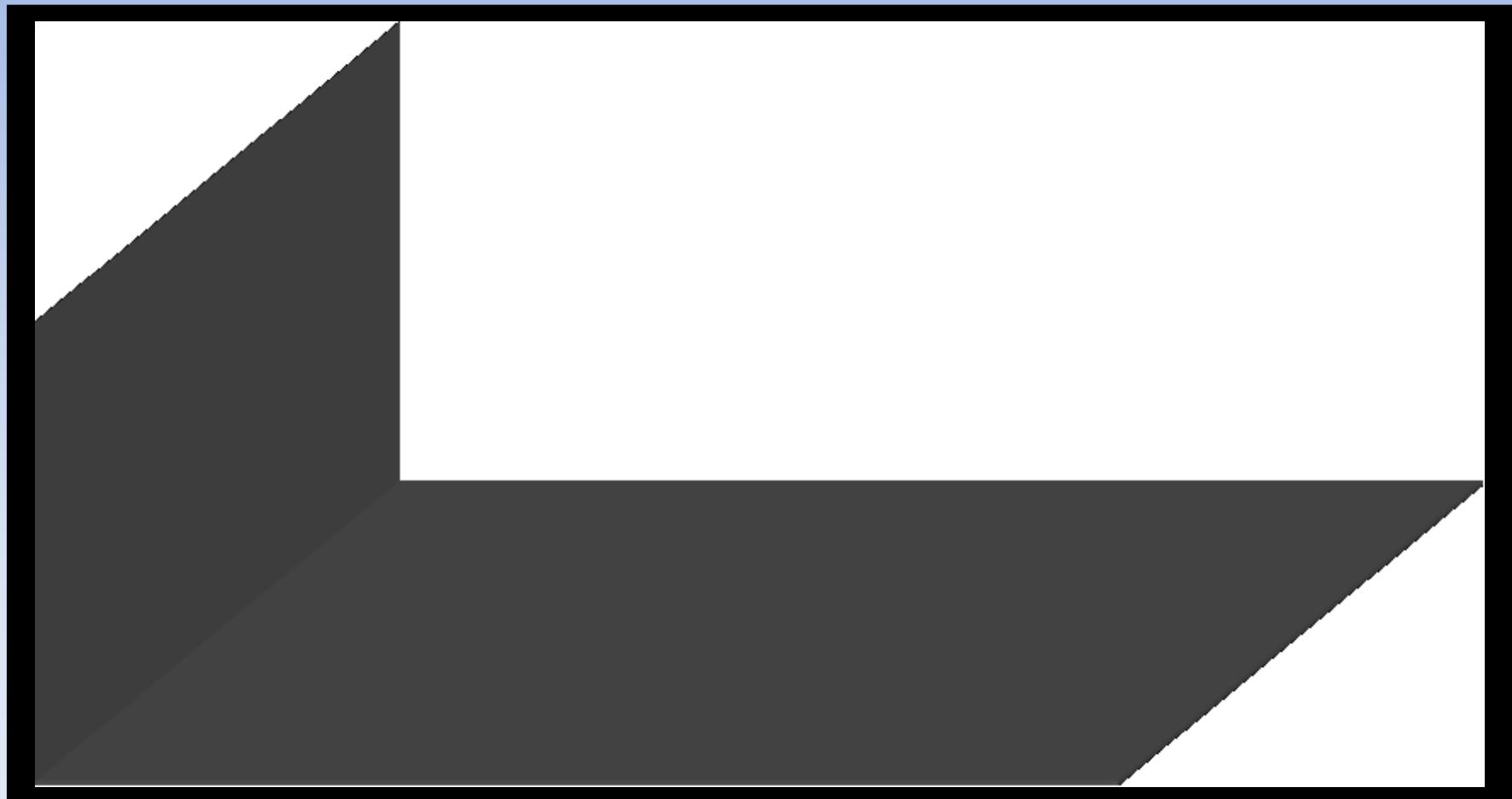
# Prevalenza del diabete per area geografica

Fonte ISTAT 2008, elaborazione ISS



# Prevalenza del Diabete nelle regioni italiane 2008

Fonte ISTAT 2008, elaborazione ISS



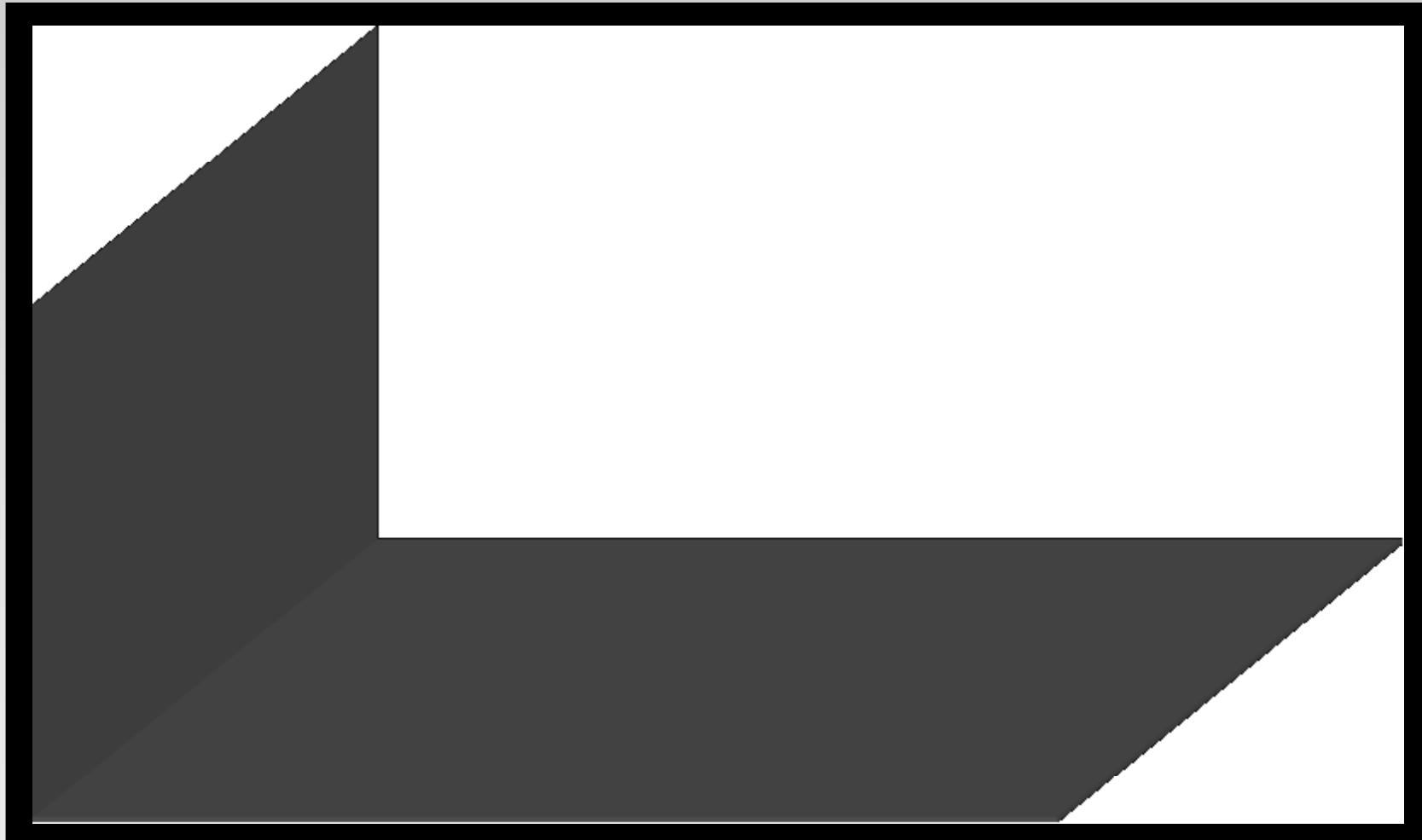
# Amputazioni minori e giorni di degenza nel quinquennio 2003-2007 (dita e piede)

Dati del Ministero della Salute



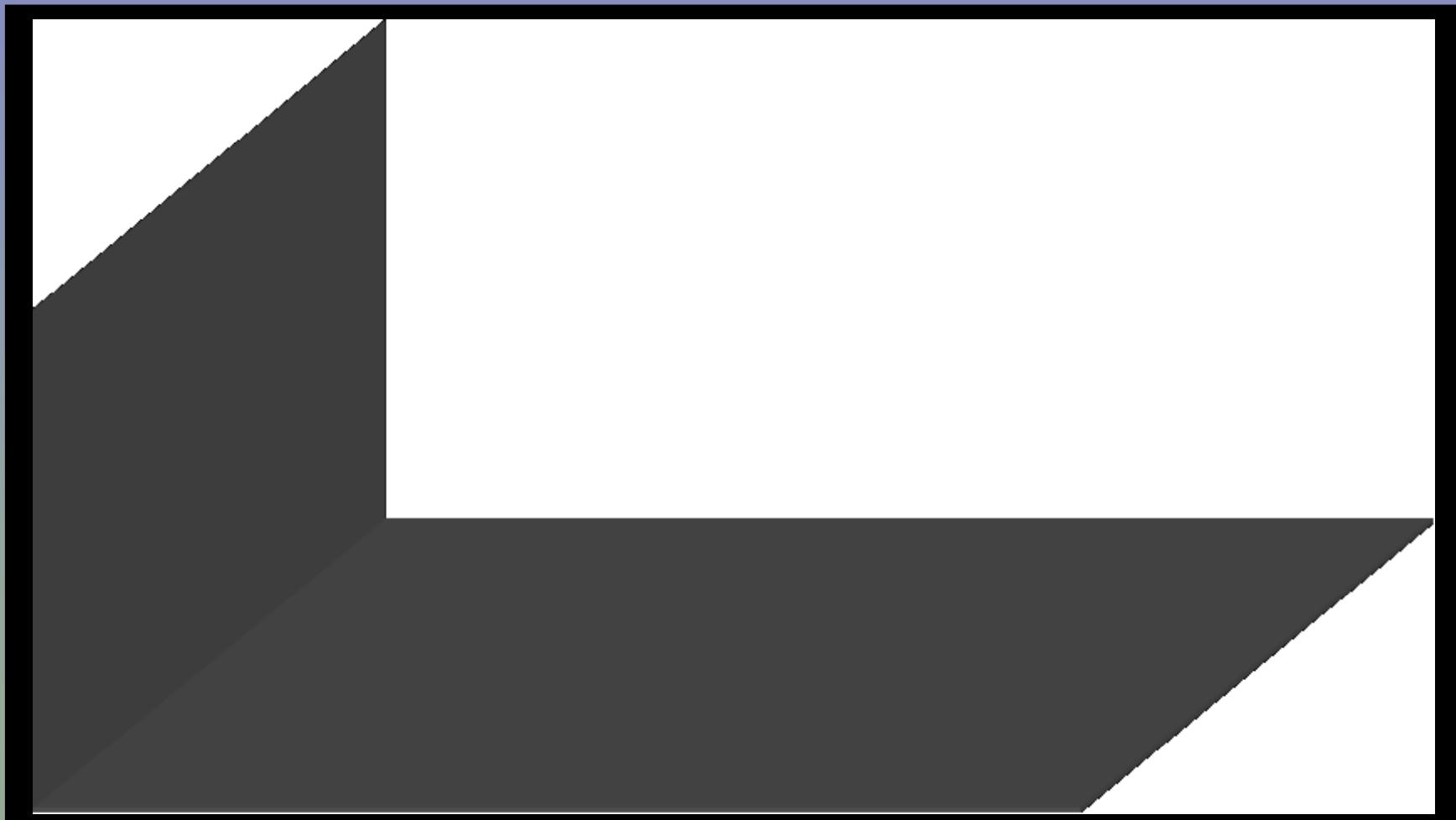
# Totale amputazioni arti inferiori per regione 2007

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

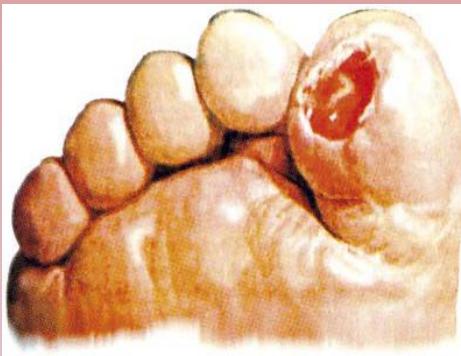
Dati del Ministero della Salute

**U m b r i a**

Cliccate per

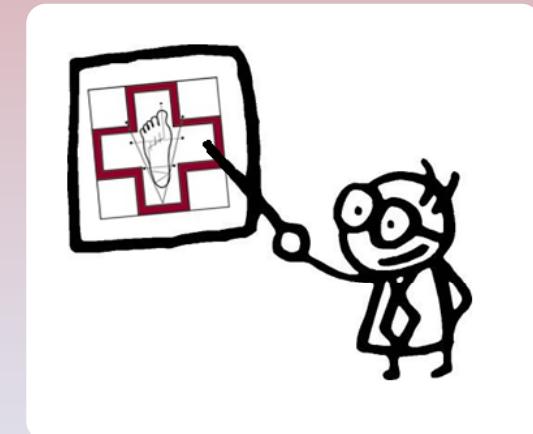
struttura

# 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**

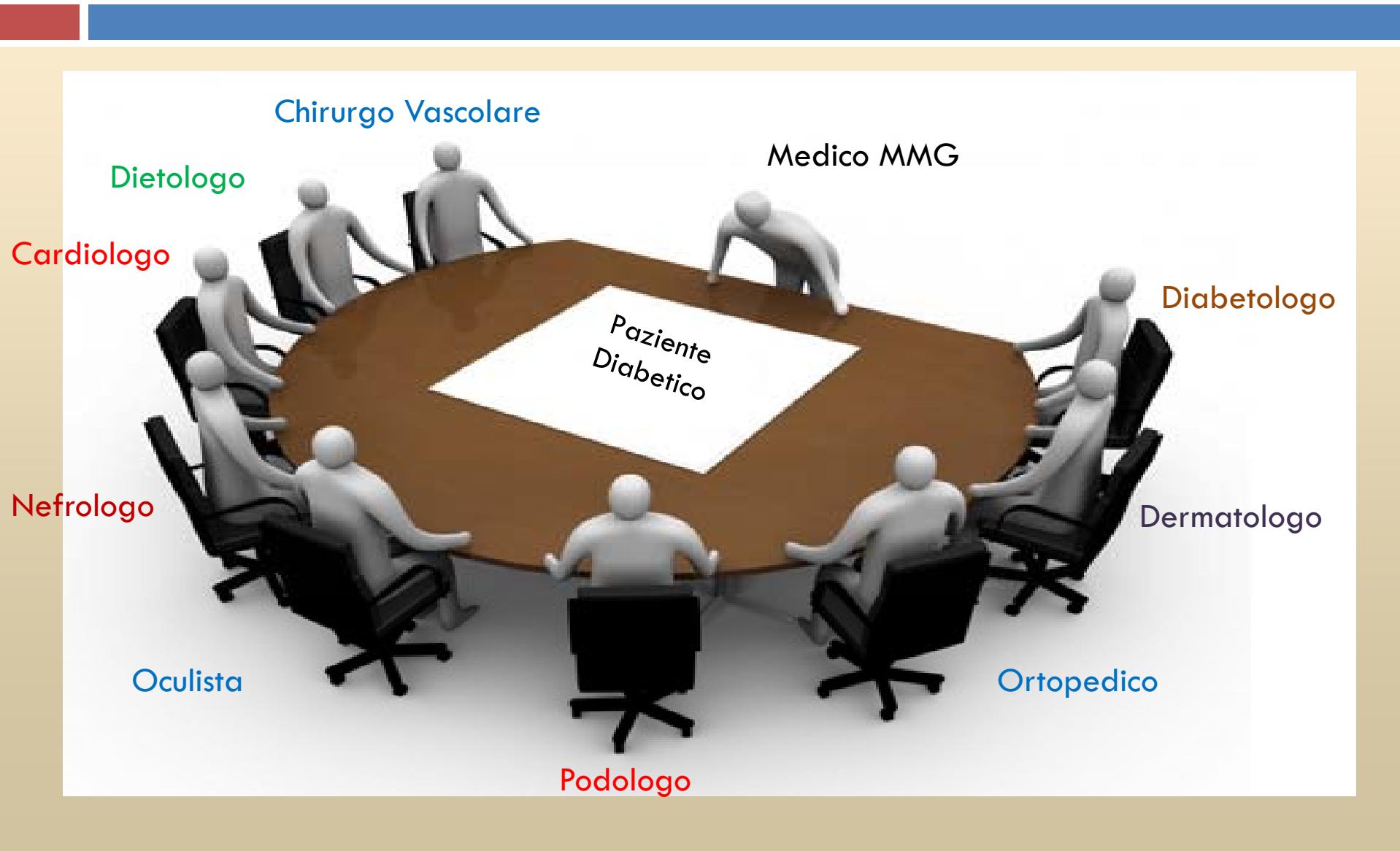
**L'assistenza podologica sul territorio deve essere  
prevista:**

**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.

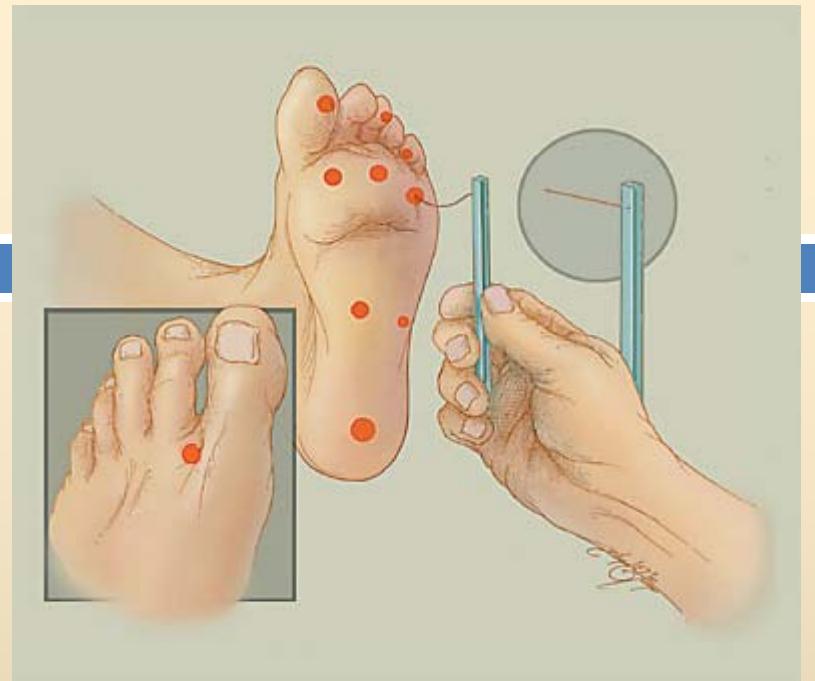
Il controllo successivo può essere programmato in base al rischio o alla presenza di lesioni

# 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 predisponde a una ulteriore amputazione.

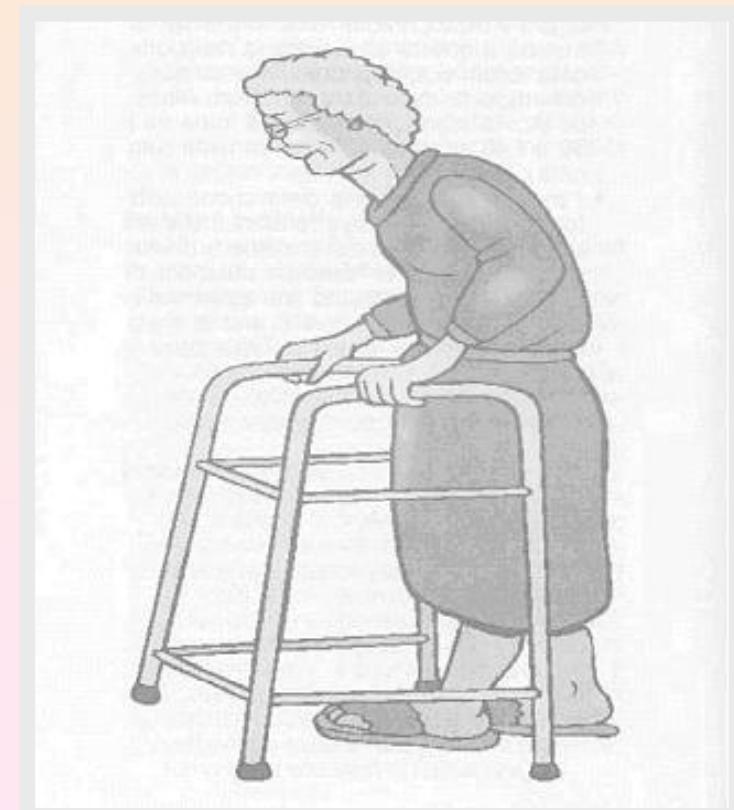
Fattori di rischio locali per l'ulcerazione sono le deformità del piede e le callosità, specie se associate alla neuropatia



# 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.



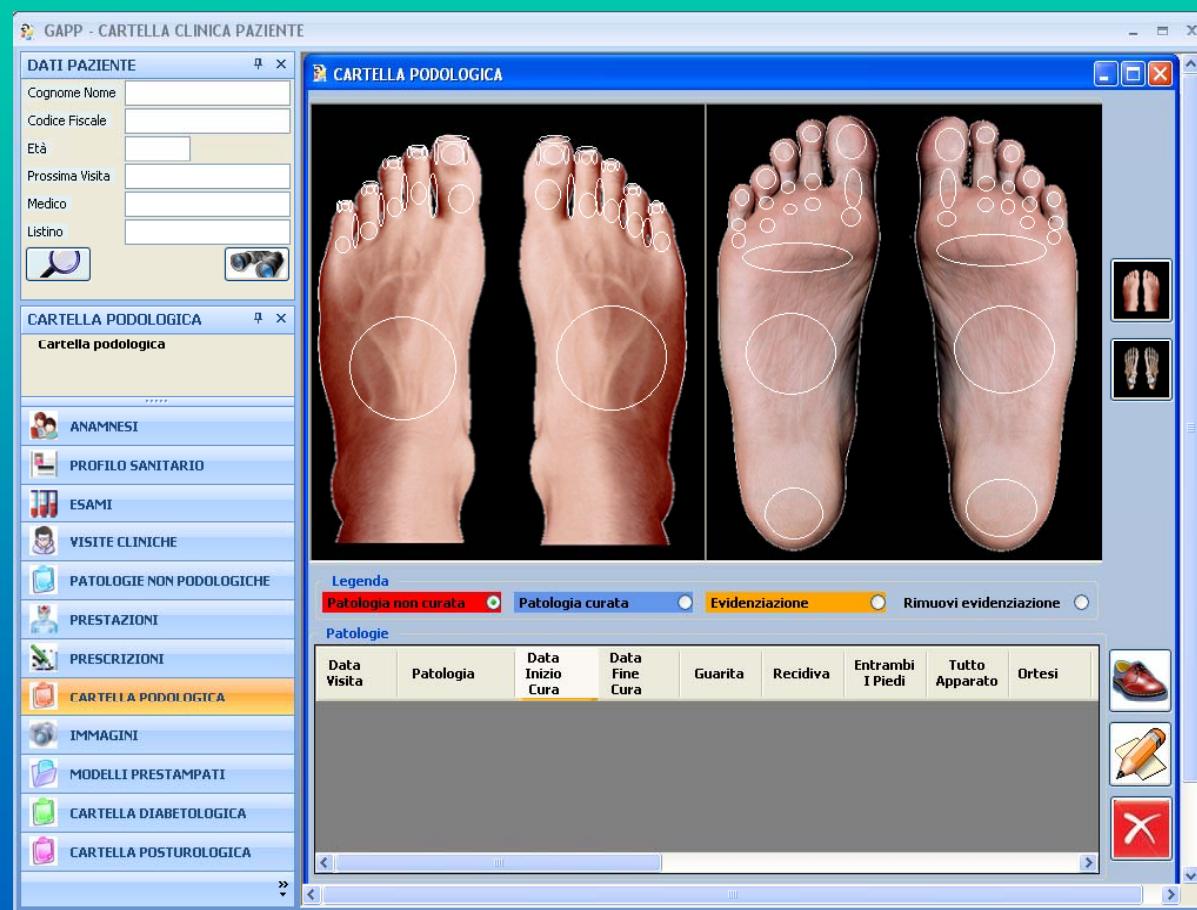
# Le Responsabilità del Podologo

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



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 NEUROPATHIA 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

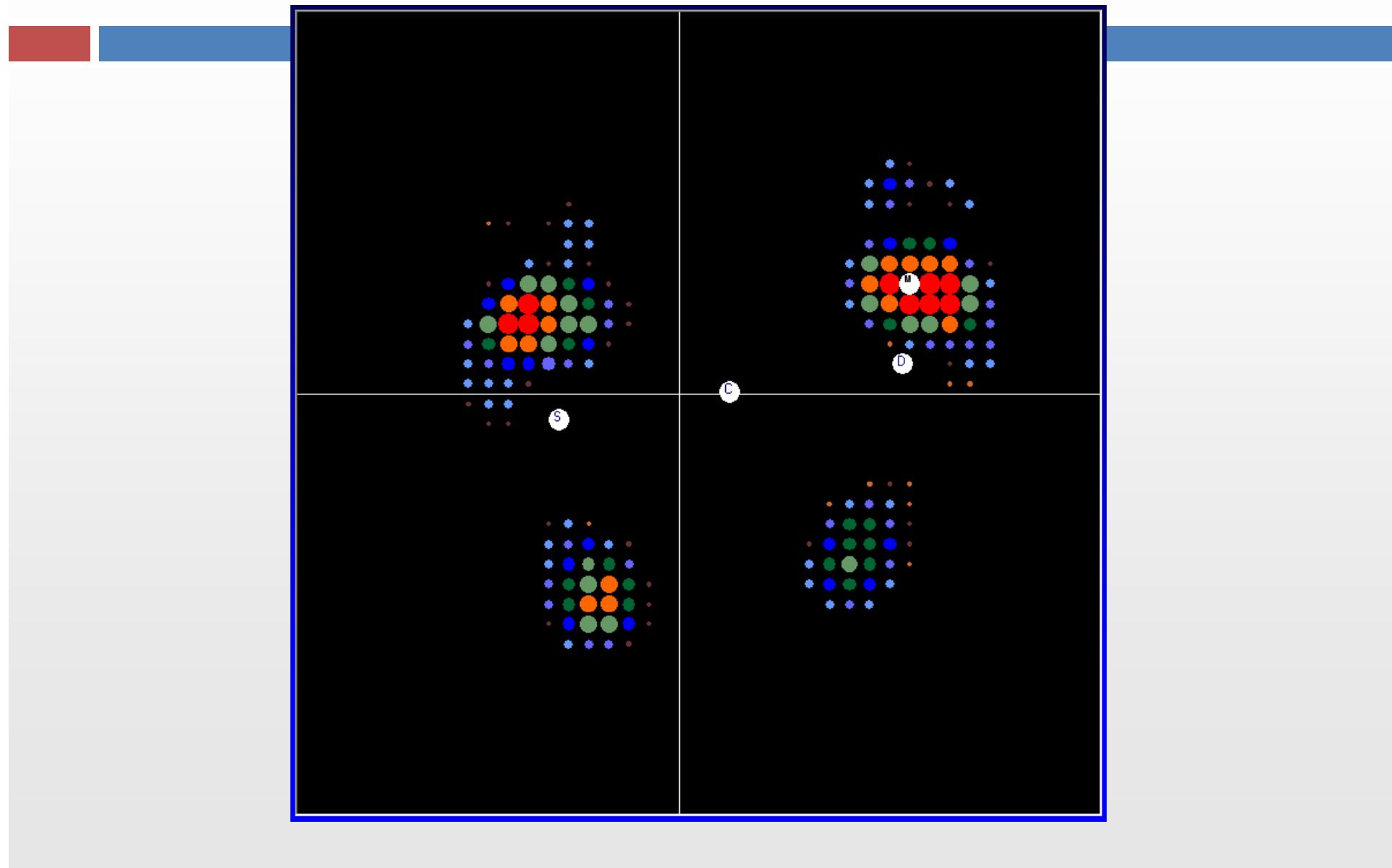
Lo screening per l'arteriopatia periferica dovrebbe prevedere la valutazione della presenza di claudicatio, la rilevazione dei polsi pedidii e la misurazione dell'indice caviglia/braccio (ABI).



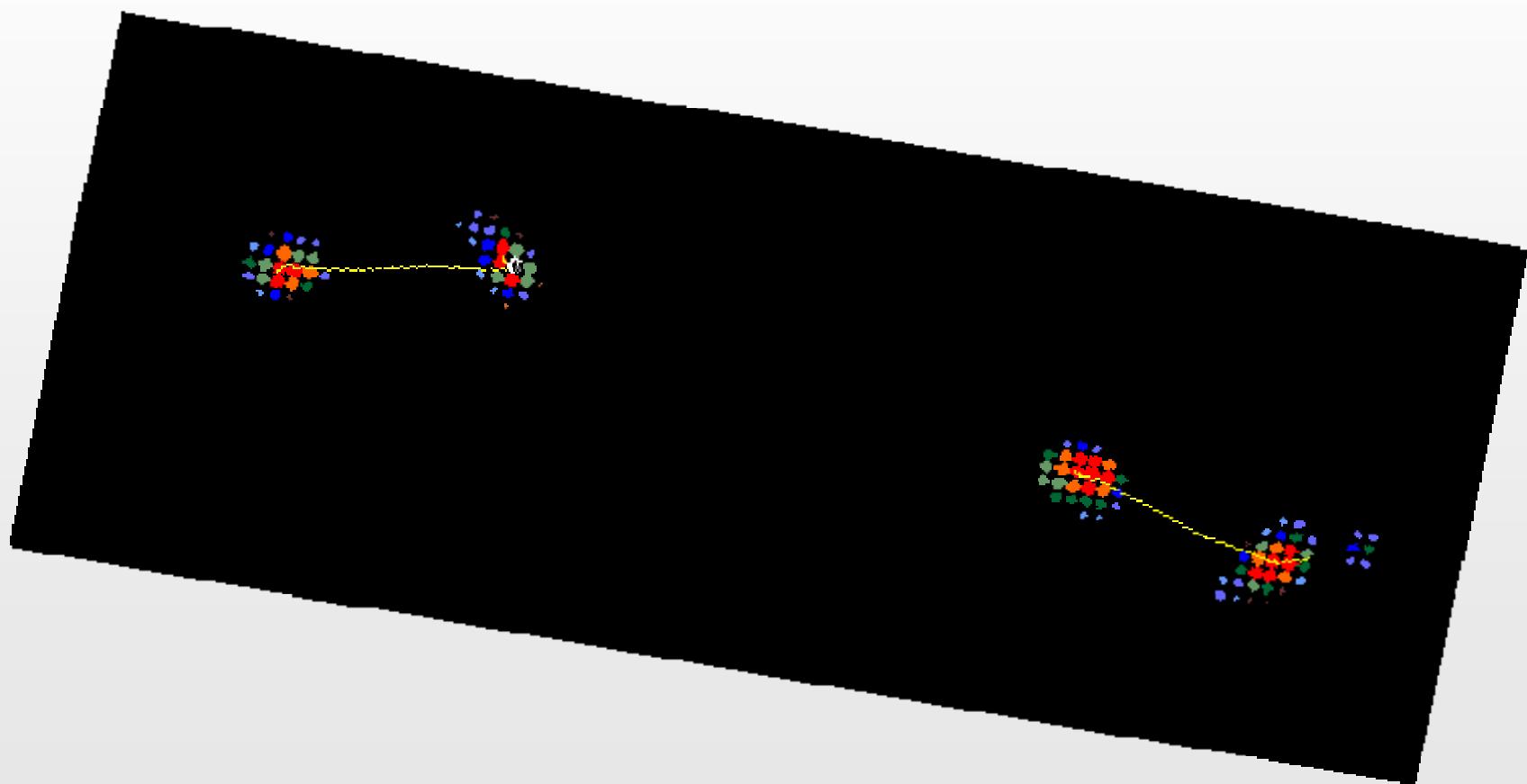
# PODOSCOPIO



# Baropodometria Elettronica



# Analisi Dinamica



## Livello di rischio per l'insorgenza di piede diabetico

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

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

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

## **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 bilateralemente.

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.

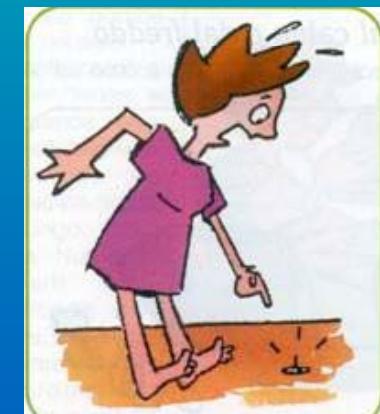
Si invia alla sua cortese attenzione per ulteriori accertamenti diagnostici e terapeutici rimanendo a disposizione per ulteriori sue comunicazioni

Cordiali saluti

# Educazione sanitaria



Fare clic  
per  
modificare  
stili del  
testo dello  
schema



0  
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