

Giuseppe Barillà¹, Concetta N. Aricò⁴, Simone Calgaro²,
Valentina Mares², Maja Milinovic³

¹ Coordinatore Scientifico UTAP Longaronese Zoldo; ² Medico tirocinante Scuola Medicina Generale Regione Veneto;

³ Infermiera tirocinante UTAP Longaronese Zoldo; ⁴ Dirigente medico Centro Anti Diabetico ULSS 101 Belluno

In collaborazione con i medici dell'UTAP Longaronese Zoldo:

G.P. Andrisani, P. Callegari, M.A. Cassol, A. Chreyha, A.G. Santin, L. Spaggiari, M. Zoppas

Piede diabetico: validazione di un percorso comune di prevenzione tra Medicina Generale e Diabetologia

Introduzione

Il diabete mellito è una patologia con diffusione tale da aver assunto, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, i caratteri di un'epidemia. In Italia, sulla base dei dati dell'annuario ISTAT 2011, il 4,9% della popolazione è affetto da diabete. L'assistenza a tali pazienti ha un impatto sulla spesa sanitaria globale italiana pari al 7-10%. Oggigiorno si rendono pertanto necessari nuovi modelli organizzativi per la gestione integrata del paziente diabetico atti a garantire cure non solo efficienti ed efficaci sul piano clinico, ma anche sostenibili dal punto di vista economico.

Studi italiani hanno dimostrato come la collaborazione tra medici specialisti operanti nelle strutture di diabetologia e medici di medicina generale operanti sul territorio sia in grado di ridurre fino al 65% il numero di ricoveri ospedalieri e fino al 25% la durata della degenza ospedaliera dei soggetti diabetici e di triplicare la probabilità che tali pazienti siano seguiti secondo le linee guida.

Obiettivi

Il presente studio è stato condotto con l'obiettivo di dimostrare come la gestione del problema diabete, in un'organizzazione complessa di Medicina Generale, con particolare attenzione alla complicità piede diabetico, garantisca livelli di assistenza qualitativamente paragonabili a quelli offerti dai centri specializzati CAD (Centri Anti Diabetici).

Materiali e metodi

Lo studio si è svolto presso L'UTAP Longaronese-Zoldo costituita da otto medici, di cui uno tutor per il Corso di Formazione in Medicina Generale. Sono stati individuati nel medico in formazione in Medicina Generale e nell'infermiera tirocinante le persone che si sarebbero occupate del progetto. Questi hanno partecipato a un training formativo, della durata di due settimane, presso l'ambulatorio CAD di Belluno, durante il quale hanno affinato le proprie capacità di gestione del paziente diabetico, acquisendo in particolare competenze nella prevenzione e cura del piede diabetico. Al termine di tale periodo di formazione, sulla base di linee guida locali e protocolli internazionali per la gestione del piede diabetico, sono state sviluppate, in collaborazione col personale del CAD, le schede di raccolta dati utilizzate nel presente studio volte ad acquisire, per ciascun paziente, dati anamnestici e clinici con riferimento soprattutto ai possibili fattori di rischio per piede diabetico: presenza di neuropatia diabetica, di malattia vascolare periferica o di importanti deformità del piede (ipercheratosi, piede cavo, dismorfismi di Charcot).

Il campione di pazienti esaminato è costituito dal 25% di tutti i soggetti diabetici afferenti all'UTAP con almeno un accesso al CAD di Belluno nel corso dell'anno precedente lo studio.

I pazienti sono stati visitati ambulatorialmente dal medico tirocinante in collabora-

zione con l'infermiera. La visita comprendeva l'individuazione di:

- segni di neuropatia periferica: alterazioni dei riflessi achilleo e/o rotuleo, presenza di deficit di sensibilità vibratoria o pressoria al piede;
- segni di vasculopatia periferica: anomalie dei polsi periferici (popliteo, tibiale posteriore e pedidio bilateralmente), indice ABI patologico;
- deformità al piede importanti: ipercheratosi, piede cavo, deformità di Charcot.

Per ciascun paziente, sulla base dell'esito di tale visita, è stato avviato un programma individuale di prevenzione e cura del piede diabetico.

Terminate le visite a tutti i pazienti, i dati raccolti sono stati confrontati con quelli precedentemente registrati al CAD.

Risultati

Sono stati visitati in totale 41 pazienti, di cui 25 maschi e 16 femmine (Fig. 1), il 54% di età superiore ai 65 anni, il 32% di età compresa fra i 46 e i 65 anni e solo il 14% di età inferiore ai 45 anni (Fig. 2).

I dati raccolti sono riassunti nei seguenti grafici (Figg. 3-6).

I dati sono quindi stati confrontati con quelli registrati nel corso dell'ultimo accesso al CAD di Belluno durante l'anno precedente. Dal confronto è emerso che i dati raccolti presso lo studio di medicina generale sono del tutto sovrapponibili a quelli raccolti dallo

FIGURA 1.
Suddivisione del campione per sesso.

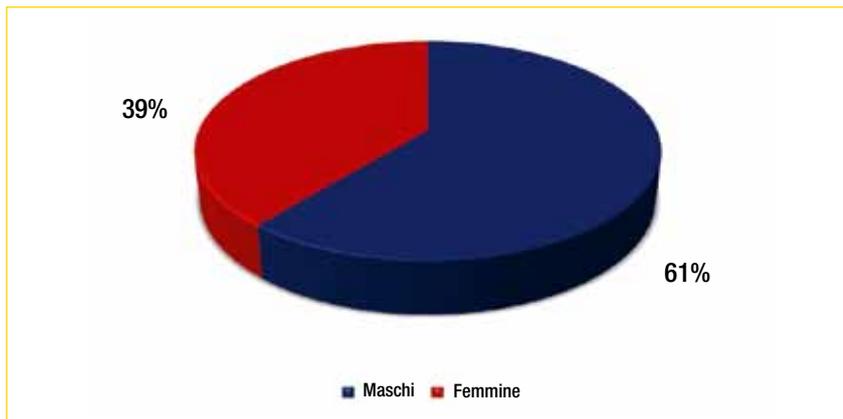


FIGURA 2.
Distribuzione del campione per età.

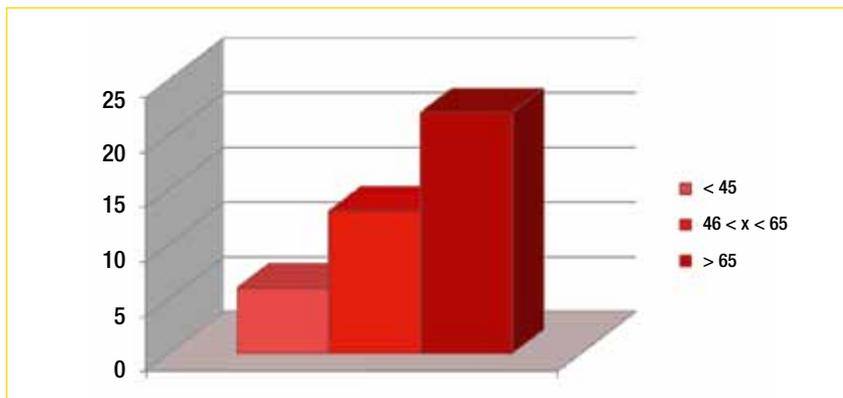
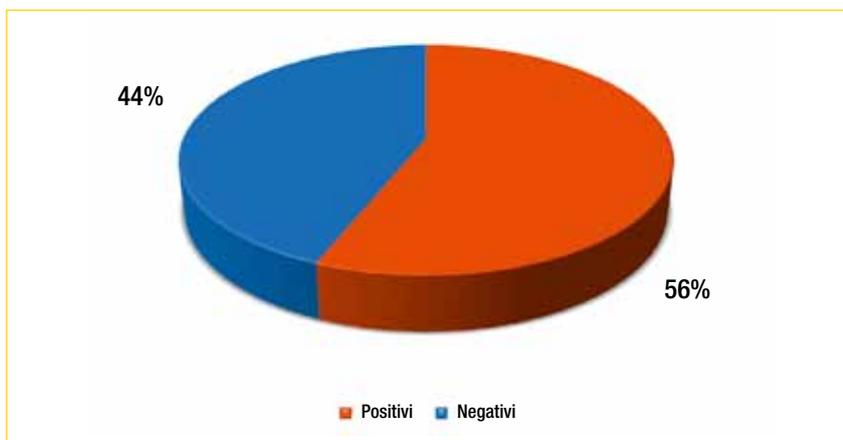


FIGURA 3.
Pazienti con segni di neuropatia periferica.



specialista diabetologo del CAD. Infatti sono risultati difforni solo in 5 casi:

- per 4 pazienti lo studio ha evidenziato la presenza di neuropatia periferica, precedentemente non segnalata dal personale del CAD; si sottolinea però che in tutti e quattro i casi il tempo intercorso tra le due valutazioni era superiore agli otto mesi; nella logica della condivisione questi pazienti sono stati riaffidati al CAD per le indicazioni specialistiche del caso;
- in un caso non si sono rilevati segni di neuropatia periferica precedentemente diagnosticata al CAD; il paziente è stato comunque considerato a rischio per piede diabetico e indirizzato verso un percorso di educazione alla prevenzione delle lesioni.

Conclusioni

La gestione da parte del medico di medicina generale del paziente affetto da diabete mellito, con particolare attenzione alla prevenzione della complicanza piede diabetico, garantisce un livello assistenziale paragonabile a quello offerto dal centro specialistico CAD.

Al termine di tale studio, visti i soddisfacenti risultati, in collaborazione con il medico specialista responsabile del CAD di Belluno, è stato stilato un protocollo condiviso per la prevenzione e gestione del piede diabetico, protocollo a tutt'oggi in uso presso l'UTAP Longaronese-Zoldo per la gestione dei pazienti diabetici afferenti.

Bibliografia di riferimento

- Branca MT, Buzzetti R, Fedele D, et al. *Organizzazione dell'assistenza alla persona con diabete in ospedale e sul territorio*. www.aem-medi.it/pages/linee-guida_e_raccomandazioni/.
- Cavanagh P, Buse J, Frukberg R, et al. *Consensus development conference on diabetic foot wound care*. *Diabetes Care* 1999;22:1354-60.
- Clemensen J, Larsen SB, Ejlskjær N. *Telemedical treatment at home of diabetic foot ulcers*. *J Telemed Telecare* 2005;11(Suppl 2):S14-6.
- Cohen AS, Edelstein EL. *Sick-day management for the home care client with diabetes*. *Home Healthc Nurse* 2005;23:717-24, quiz 725-6.
- Connor H. *Some historical aspects of diabetic foot disease*. *Diabetes Metab Res Rev* 2008;24(Suppl 1):S7-S13.
- de Koning HJ. *Testing at home-the screening of the future?* *Eur J Public Health* 2009;19:5-6.

FIGURA 4.
Pazienti con segni di vasculopatia periferica.

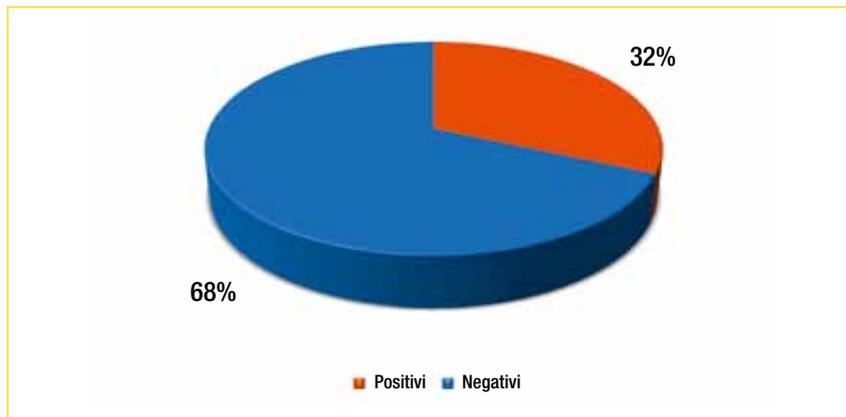


FIGURA 5.
Pazienti con deformità del piede importanti.

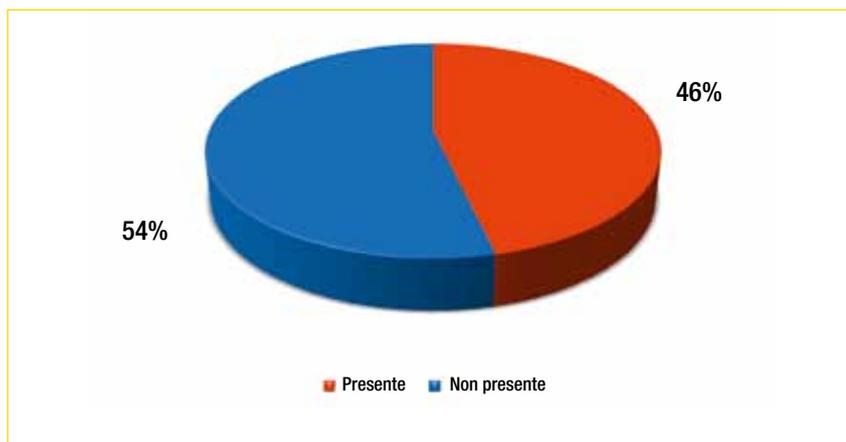
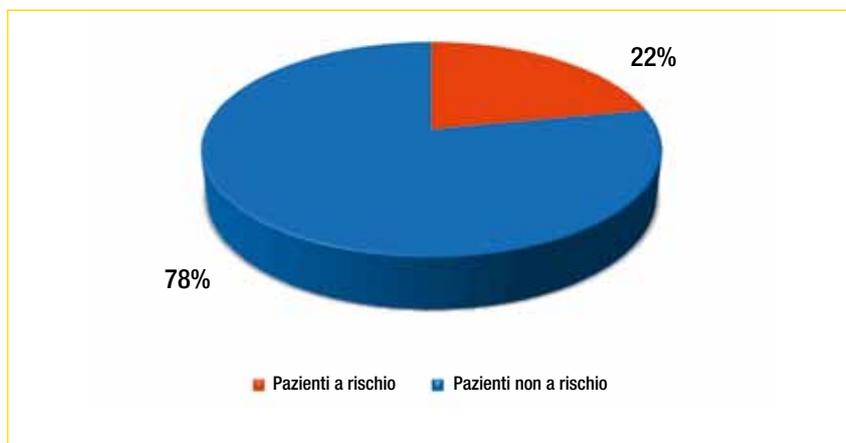


FIGURA 6.
Pazienti con segni di neuro-vasculopatia periferica.



Edmonds M. *Diabetic foot ulcers: practical treatment recommendations.* Drugs 2006;66:913-29.

Fraglia E, Vaccaro O. *Definizione, principi ed epidemiologia del piede diabetico.* In: Gruppo di Studio Interassociativo "Piede Diabetico" della Società Italiana di Diabetologia e della Associazione Medici Diabetologi, a cura di. *Documento di consenso internazionale sul piede diabetico.* Il ed. MEDISERVE 2006, pp. 17-8.

Hagon-Traub I, Polikar R. *Diabetes: integrated hospital and home care.* Rev Med Suisse 2007;3:2593-7.

Kirkam MS, Williams SR, Caffrey HH, et al. *Impact of a program to improve adherence to diabetes guidelines by primary care physicians.* Diabetes Care 2002;25:1946-51.

Saitta G. *Valutazione qualitativa dell'assistenza diabetologica mediante l'uso di una cartella clinica informatizzata.* Media 2005;5:179-86.

Mc Donald MV, King LJ, Moodie M, et al. *Exploring diabetic care deficiencies and adverse events in home healthcare.* J Healthc Qual 2008;30:5-12.

Moreira RC, Cruz CF, Valsecchi EA, et al. *Family experience on the care needs relative to insulin therapy and diabetic foot prevention.* Rev Gaucha Enferm 2008;29:283-91.

Neder S, Nadash P. *Individualized education can improve foot care for patients with diabetes.* Home Healthc Nurse 2003;21:837-40.

Olivia Bolzoni M, Perari D, Monesi G. *An area-wide survey of problems of domiciliary care of diabetic patients.* Assist Inferm Ric 2002;21:178-83.

Links

<https://www.aopoma.gov.it/eventi/aspetti-pratici-della-collaborazione-tra-medici-di-medicina-generale-specialisti-diabetologi-e-no1803/>

http://www.progettoasco.it/supporti/aree_cliniche/metabolica/supporti/Report_lcongressonazionale.pdf

<http://www.modusonline.it/8/intervista.asp>