

# Gestione integrata del piede diabetico

Un percorso integrato e multidisciplinare ospedale-territorio per il piede diabetico, quale quello in funzione nel distretto di Reggio Emilia, assicura sia la completa presa in carico dei pazienti sia l'appropriatezza delle prestazioni oltre che la continuità assistenziale

**Valeria Manicardi, Rosa Trianni\***

*Direttore UO Medicina Interna, Ospedale di Montecchio, \*Diabetologia Distretto di Reggio Emilia - AUSL Reggio Emilia*

**T**ra le complicanze croniche della malattia diabetica il "piede diabetico", comporta costi elevati sia in termini assistenziali che di qualità di vita e di autonomia dei pazienti. Si parla di piede diabetico quando neuropatia e arteriopatia degli arti inferiori compromettono la funzione o la struttura del piede: può così essere alterata la sensibilità, l'appoggio plantare, possono essere favorite le lesioni e attraverso di esse le infezioni che possono interessare cute, sottocute, tessuti molli, ossa e articolazioni e portare ad amputazioni minori o maggiori.

Le lesioni del piede possono essere di tipo neuropatico, ischemico, o più frequentemente miste: è indispensabile una diagnosi eziologica precoce e corretta per potere attuare un trattamento adeguato che porti a guarigione. All'interno di un servizio diabetologico è necessario che sia presente un percorso dedicato multidisciplinare e multiprofessionale per le lesioni del piede diabetico - in cui il diabetologo è il care manager - che preveda prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle lesioni.

## ► Realtà territoriale e PDTA

Il Servizio di Diabetologia di Reggio Emilia è territoriale (SDT), inserito

nel Dipartimento Cure Primarie dell'Azienda USL di Reggio Emilia, gestisce 8.300 diabetici che hanno l'ospedale di riferimento nell'AO Santa Maria Nuova della città. Per affrontare con appropriatezza le lesioni del piede diabetico è stato costruito un PDTA (Percorso diagnostico terapeutico assistenziale) che coinvolge professionisti di entrambe le Aziende Sanitarie:

- il servizio di diabetologia territoriale (SDT),
- il servizio infermieristico territoriale (SIT),
- il podologo,
- il team diabetologico ospedaliero (TDO).

Il Servizio di Diabetologia ha un ruolo fondamentale già dalla prevenzione di tale complicanza: l'identificazione dei fattori di rischio mediante lo screening consente di diagnosticare l'eventuale presenza di neuropatia e/o arteriopatia diabetica, anche in assenza di lesioni, e di mettere in atto, con diabetologo, ortopedico, Mmg, misure preventive, curative e diagnostico-terapeutiche.

La presenza del podologo all'interno dei servizi consente l'effettuazione dello screening nei soggetti a rischio in modo sistematico e strutturato e il trattamento di lesioni iniziali del piede, sotto la supervisione del medico esperto, e in

stretta collaborazione con il personale infermieristico.

Condizione essenziale per affrontare questa grave complicanza cronica in modo adeguato è che l'attività dell'ambulatorio del piede diabetico sia gestita in team, con il diabetologo, il podologo, l'infermiere ed eventualmente l'ortopedico, in modo integrato e sinergico, all'interno dei Servizi di Diabetologia.

Il servizio di diabetologia territoriale si è perciò attivato su diversi livelli:

- attività di screening su popolazioni a rischio e nuove diagnosi,
- attività di educazione di gruppo specifica per questa complicanza,
- ambulatorio dedicato alle lesioni del piede diabetico,
- fascia oraria per le urgenze quotidiane.

In presenza di un'ulcera in atto, al servizio di diabetologia territoriale viene valutata la lesione acuta, eseguita la medicazione e il debridement, ottimizzato il compenso e iniziata una terapia antibiotica. I pazienti vengono poi affidati agli infermieri del SIT, che proseguono le medicazioni fino alla guarigione. In caso di piede infetto o di situazioni critiche che richiedono terapia antibiotica ev o un approccio chirurgico alla lesione, il servizio territoriale invia in urgenza il paziente direttamente al team diabetologico

ospedaliero, che ha posti letto dedicati e riceve le urgenze con accesso diretto.

Risolta la fase acuta, il paziente viene riaffidato al servizio di diabetologia e infermieristico territoriali, riducendo così i tempi di degenza. A seguito della guarigione della lesione viene programmato un controllo podologico a distanza di circa tre mesi.

Il PDTA è stato approvato da entrambe le Aziende Sanitarie ed è attivo da oltre un anno.

## ► Risultati

Nel 2014 sono stati presi in carico per piede diabetico 220 pazienti inviati dal medico di medicina generale o dai diabetologi del SDT. Di questi pazienti il 62.7% (n. 137) presentava ulcera in atto e sono stati presi in carico nell'ambulatorio delle lesioni del piede, mentre i restanti hanno afferto all'ambulatorio podologico (screening, ortesi, plantari). Dei 137 pazienti con ulcera in atto 32 avevano già avuto una am-

putazione minore in passato e 4 una maggiore.

### Caratteristiche cliniche dei pazienti

- 29 pazienti presentavano un piede ischemico,
- 52 pazienti presentavano un piede neuropatico,
- 46 presentavano un piede neuro-ischemico.

Il compenso metabolico era discreto (HbA1c 7.4 +/-1.3%). Le medicazioni effettuate da parte del SDT sono state 465 e le restanti sono state assegnate al SIT fino a guarigione. 21 pazienti (15.3%) sono stati inviati in urgenza al TDO per lesioni complesse: 1 ha subito una amputazione minore, nessuno amputazioni maggiori.

## ► Indicatori del PDTA

Per il primo anno si sono raccolti una serie di dati (di attività, di processo, di esito).

### Dati di attività

- Numero di pazienti afferiti all'ambulatorio del piede di primo livello: 220;

- numero pazienti inviati all'ambulatorio di secondo livello (AO): 21 (15.3%);
- numero medicazioni effettuate ai pazienti che accedono all'ambulatorio del piede presso il servizio di diabetologia territoriale: 465.

### Dati di processo

- Numero di pazienti "screenati" per piede a rischio: 498.

### Dati di esito

- Numero di pazienti sottoposti ad amputazioni maggiori e minori/ numero totale pazienti che afferiscono all'ambulatorio di primo livello:
  - 1/137 amputazione minore,
  - 0/137 amputazione maggiore.

## ► Conclusioni

Un percorso integrato ospedale-territorio per il piede diabetico permette la presa in carico dei pazienti dalla prevenzione alla guarigione delle lesioni. Inoltre assicura l'appropriatezza delle prestazioni e la continuità assistenziale ospedale-territorio anche tra aziende sanitarie diverse.

## In sintesi

### Percorso decisionale per le lesioni del piede diabetico

#### Quali pazienti inviare all'ambulatorio del piede diabetico di 1° livello

- Pazienti con ulcere neuropatiche, ischemiche o neuro-ischemiche
- Pazienti con recidiva di ulcera diabetica

#### Quali pazienti inviare all'ambulatorio delle medicazioni del territorio

- Pazienti valutati dal diabetologo presso l'ambulatorio del piede, che richiedono medicazioni periodiche

#### Quali pazienti inviare all'ambulatorio del piede diabetico di 2° livello (Azienda Ospedaliera)

- Pazienti con lesioni gravi con evidenti segni di infezione dei tessuti molli, esposizioni ossee, segni di gangrena ecc., devono accedere con richiesta urgente del Ssn direttamente all'Azienda Ospedaliera (possibilmente previo contatto telefonico)

#### Hanno collaborato:

- Rossella Ceci, Marcello Corzani, Domenica Gazzotti, Gloria Mercati, Elisa Manicardi, Sara Pingani, Paola Romani, Prisco Sbordone - Servizio di Diabetologia, AUSL di Reggio Emilia, Reggio Emilia
- Marco Ganassi, Enrica Manicardi - SOS Diabetologia, AO Santa Maria Nuova, Reggio Emilia
- Marina Greci, Sonia Romani - Cure Primarie, AUSL di Reggio Emilia, Reggio Emilia



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Valeria Manicardi