

La dr.ssa Lorena Mancini dichiara di
NON aver ricevuto
negli ultimi due anni
compensi o finanziamenti da
Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche



*Percorsi Diagnostico Terapeutici
Assistenziali (PDTA):
network regionale per patologia*

**LA DIABETOLOGIA DEL LAZIO AL
LAVORO: INNOVAZIONE E
PROGETTUALITÀ**

...

AREE DI MIGLIORAMENTO DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA IN ITALIA

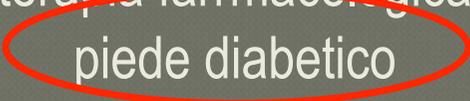
stili di vita

controllo dei fattori di rischio cardiovascolari

gestione delle complicanze vascolari

educazione terapeutica

terapia farmacologica

  piede diabetico

patologie del cavo orale

diabete e gravidanza

Diabete in età evolutiva passaggio dalla diabetologia pediatrica a quella dell'adultto

gestione della persona con diabete ricoverata per altra patologia

l'uso appropriato delle tecnologie

associazioni di persone con diabete

epidemiologia e registrazione dei dati

Ministero della Salute – DG Programmazione Sanitaria 2011

Commissione Nazionale Diabete

Sebbene svariate complicanze come cardiopatie, insufficienza renale e cecità, colpiscano seriamente, anche dal punto di vista economico, gli individui affetti da diabete, le complicanze che interessano il piede fanno pagare il tributo maggiore; il 40–70% di tutte le amputazioni delle estremità inferiori è correlato al diabete mellito e, in alcune zone, sono state registrate percentuali fino al 90%

Criticità attuali

- In Italia esistono centri altamente specializzati per la prevenzione e la cura del piede diabetico. Nonostante ciò, spesso il piede diabetico viene trattato (e purtroppo anche amputato) senza che sia mai stato visto da uno specialista.
- Lo spettro delle lesioni ai piedi varia da regione a regione a causa delle differenti condizioni socio economiche, degli standard di cura e della qualità delle calzature. Fondamentale è la diffusione delle possibilità di cura di tale complicanza, in mani esperte.

Obiettivi proposti

- Obiettivo generale è la riduzione dei casi di amputazione. Molti Paesi europei, del Medio Oriente e dell' Africa, insieme a organizzazioni come l' OMS e l' IDF si sono posti l' obiettivo di ridurre il numero di amputazioni del 50% (dichiarazione di St Vincent)
- Obiettivo specifico è la riorganizzazione delle strutture sanitarie per inserire nel percorso di cura di tutti i pazienti diabetici adeguati screening e strumenti di cura del piede.

Indirizzi strategici

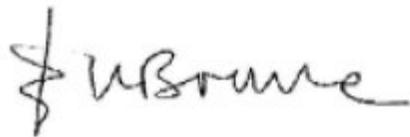
- Un considerevole numero di studi ha dimostrato che il tasso di amputazioni può essere ridotto di più del 50%, qualora vengano applicate le appropriate strategie: ispezione regolare del piede e della calzatura, cura preventiva del piede e valutazione dell' idoneità delle calzature, approccio multidisciplinare nel caso di lesione al piede, diagnosi precoce di vasculopatiaperiferica e intervento rivascolarizzazione, continuo follow-up del paziente con pgressa ulcera del piede, registrazione delle amputazioni e delle ulcere del piede.

PROBLEMA DEI CENTRI SPECIALIZZATI PER LA CURA DEL “PIEDE DIABETICO”

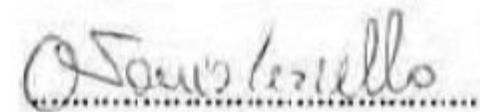
- Questi centri esistono in Italia ma sono sorti spontaneamente e non sempre hanno un riconoscimento ufficiale-giuridico: il Ssn permette che esistano, ma non li riconosce come centri specialistici.
- Riconoscere queste strutture o ufficializzare dei percorsi terapeutici significa anche finanziarle in modo da garantirne spazi, personale e strumenti necessari per stare al passo con i progressi della medicina.
- Inoltre il Servizio sanitario è avaro e inefficiente con i diabetici affetti da piede diabetico: molta parte dei costi delle medicazioni sono a carico del paziente; quando un paziente è guarito dall'ulcera e necessita di calzature e plantari per prevenire ulteriori ulcerazioni, per ottenerli deve sottoporsi a una trafila burocratica per il riconoscimento della invalidità; queste procedure richiedono mesi per essere espletate, tempo più che sufficiente perché il paziente si riulceri.
- Un centro specialistico riconosciuto potrebbe sopperire a tutte queste incongruenze, perché sarebbe abilitato a fornire materiale medicativo, ad avere disponibili tecnici ortopedici e podologi, a certificare l'invalidità, a fornire immediatamente calzature e plantari.

... Questa gravissima complicanza è la più eclatante dimostrazione della sistemicità e della complessità del diabete e quella che più di ogni altra richiede un approccio di tipo internistico a 360 gradi.... da tempo ci stiamo battendo, anche fra i nostri colleghi diabetologi, per far sancire il principio "chi non sa fare bene, si astenga dal fare e invii il paziente dove esiste la competenza, l'esperienza e la massa critica di casistica e professionisti per fare bene".

Prof. Enzo Bonora
Presidente
Società Italiana di Diabetologia



Prof. Antonio Ceriello
Presidente
Associazione Medici Diabetologi



... la regione Lazio produce il documento
(ASP Lazio-AMD-SID-CARD)

*Organizzazione dell'assistenza per la prevenzione
La diagnosi ed il trattamento della persona adulta
Con diabete nella Regione Lazio (13-2-2013)*

Organizzazione

Livelli di

Coordinamento

Regionale

Aziendale

Distretto

Rete

assistenziale

LEA

gestione integrata

rete informatica

PDTA

diabete in ospedale

Assistenza domiciliare

Requisiti delle strutture

La diabetologia nel Lazio

UOC	13
UOSD	9
UOS	7
Ambulatori Distretto	47
Ambulatori Ospedale	20
Privati accreditati	9
<hr/>	
Totale	120

Censimento GdL Diabete e Territorio-AMD Lazio 2013

Il piede diabetico

Necessità di individuare le strutture di 1°, 2° e 3° livello

Metterle in rete (network) con uno specifico PDTA

da G.Santantonio – Periferico SID-AMD 17-5-2014

Gruppo di studio interassociativo
SID-AMD "Piede diabetico"

Guida dell'assistenza al Piede Diabetico

2009

LEGENDA



**RICOVERO
ORDINARIO**



**DAY
HOSPITAL**



**ESECUZIONE
SCREENING**



**EDUCAZIONE
STRUTTURATA**



**ESECUZIONE
ECOCOLORDOPPLER
AAII**



**INTERVENTI
PTA E/O BYPASS**



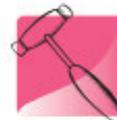
**TRATTAMENTO
ULCERE**



**PRESCRIZIONE
CALZATURE DI
PREVENZIONE**



**UTILIZZO
MEZZI DI
SCARICO**



**CONSULENZA DI
UN NEUROLOGO**



**ARCHIVIO
INFORMATIZZATO**



**FORMAZIONE
CONTINUA**



**RIABILITAZIONE
PER AMPUTATI**



**INTERVENTI
PER CHARCOT**



**ANGIO-RMN
E/O ANGIOGRAFIA AAII**



● 1° livello (7)

■ 2° livello (11)

★ 3° livello (4)

Percorso pre-operatorio del pz con diabete

Ospedalizzazioni per interventi in elezione (by-pass aorto-coronarici,...)

Proposta *Screening rischio ulcerativo* attuazione prevenzione
decubiti calcaneari

Risultato Riduzione giorni di degenza e facilitazione della riabilitazione
post-operatoria

Accesso dei pazienti con diabete in P S

Proposta Gestione in team multidisciplinare le urgenze del piede
diabetico

Risultato Riduzioni delle amputazioni maggiori e minori
Riduzione dei ricoveri inappropriati

Dimissione protetta/presa in carico pre-dimissione

Proposta Assicurare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio
con una rete di servizi efficienti ed efficaci con integrazione
interprofessionale e multidisciplinare

Risultato garantire guarigioni nel più breve tempo – costi minori

da E.Forte *DIABETE ED OSPEDALE- Periferico SID-AMD 17-5-2014*

TUTORI/CALZATURE TERAPEUTICHE

SCOPO: scarico della lesione, possibile accoglienza di bendaggi, materiali morbidi, plantari possibilmente con scarico selettivo, suola rigida biomeccanica.



Lesioni AVAMPIEDE



Lesioni MESOPIEDE o
PZ ANZIANI,
INSTABILI



Lesioni RETROPIEDE



Confronto costi delle medicazioni

Medicazione
avanzata

Medicazione
tradizionale

Costo unitario della
medicazione

>

<

Costo personale
(medico e infermieristico)

<

>

Costi indiretti

<

>

Qualità di vita

>

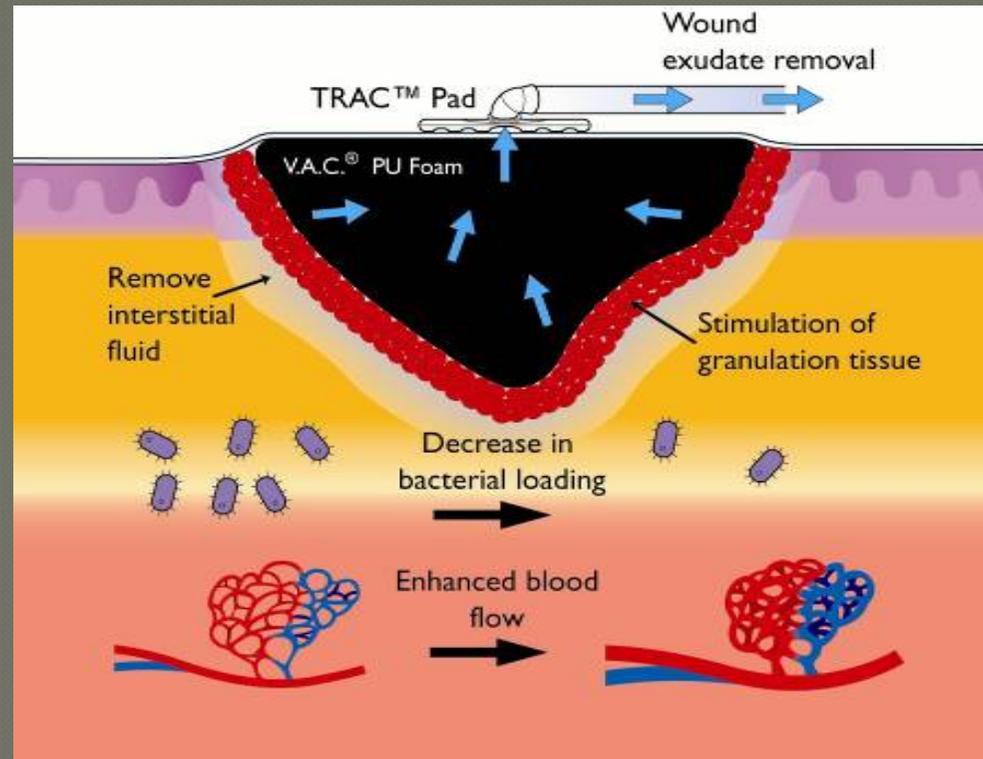
<

**Costo
Globale**



Ausili post-chirurgici...continuità ospedale-territorio

La terapia a pressione negativa



Il kit monouso si compone di una medicazione in schiuma, che può essere di poliuretano (PU) o in schiuma di alcol polivinilico (PVA); la pellicola adesiva da applicare sopra la medicazione e fissare sulla cute sana intorno ai margini della ferita; un disco adesivo (TRAC Pad) fissato ad un tubo di drenaggio che viene collocato sopra un piccolo foro praticato nella pellicola.

Applicazione del piede diabetico

Evidence -based recommendations for the use of negative pressure therapy in chronic wounds: Step towards an international consensus NPTW-EP Journal of tissue viability 2011

Per ottenere chiusura della lesione:

Deve essere considerata come un **trattamento postoperatorio avanzato** per
Lesioni Texas di grado 2 e 3 senza ischemia RacGrade A

Deve essere considerata per ottenere guarigione per seconda intenzione

RacGrade A

Deve essere sospesa quando la lesione diventa risolvibile chirurgicamente

RacGrade B

Per prevenire il peggioramento della lesione:

deve essere considerata nel tentativo di prevenire amputazione o re-
amputazione

RacGrade B

*Il conflitto con le calzature e maldestri
pedicure sono le principali cause che
determinano le lesioni iniziali in piedi
diabetici ischemici*



Tecnici ortopedici - LAZIO

Angelini Dario	Centro Ortopedico Romano srl	Roma
Benincasa Daniela	Ortopedia Mancini srl	Roma
Comite Pietro	Ortopedia Comite	Ronciglione (VT)
Lanieri Milazzo Marco	Protesi Ortopediche romane snc	Roma
Mancini Marco	Ortopedia Mancini srl	Roma
Mastrogiovanni Michele	Med.Af. Srl	Formia
Marzetti Giovanni	Ortopedia Due GI	Civitavecchia
Minicucci Riccardo	S.O.M.P. Srl	Pomezia
Monti Francesca	Protesi Ortopediche romane snc	Roma
Pelagatti Carlo	Centro Ortopedico Romano srl	Roma
Ponzo Francesco	C.O.R.M. snc	Roma
Pugliesi Roberto	Sanitas-Ortopedia	Viterbo
Rainoni Marco	Laboratorio Ortopedico Eredi Rainoni	Roma
Smordoni Alvaro	Sanitaria San Cesareo srl	San Cesareo
Veltri andrea	C.O.R.M. snc	Roma
Zimbile Marco	C.O.R.M. snc	Roma

Perché possa essere efficace
Il plantare va accomodato con
il piede in una scarpa predisposta
nelle 24H



Prevenzione primaria



- Tomaia termoformabile
- Puntale filoforma
- Suola biomeccanica tridensità
- Contrafforte achilleo

Prevenzione secondaria



- Dima XL
- Tomaia termoformabile
- Puntale filoforma
- Suola rigida biomeccanica
- Contrafforte achilleo

PODOLOGI (iscritti SID) -LAZIO

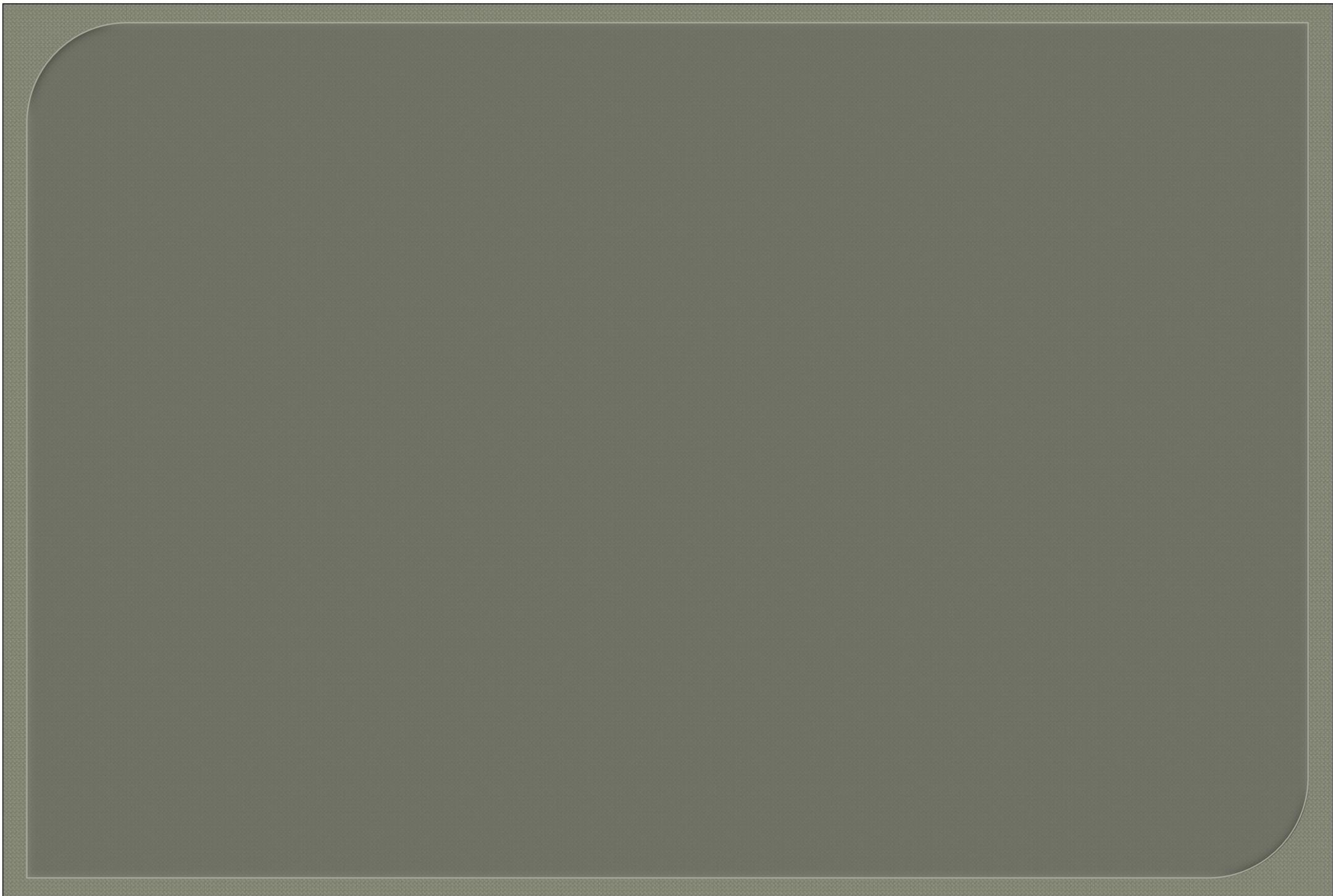
BATTAGLIA	VALENTINA	vale_vale82@libero.it	3284265560	Bracciano	RM
BONAMONETA	PAOLO	bonamonetap@gmail.com	3332228368	Tivoli	RM
CAMPANA	ARCANGELA	arkyca@libero.it	320 0123116		
CARDARELLI	SARA	sara.cardarelli@hotmail.it	3398195113	Monterotondo	RM
CIMICHELLA	MASSIMO	podomo@tin.it	3314894053	Roma	RM
COSTANTINI	FEDERICA	federica.costantini89@gmail.com	3396169593	Roma	RM
D'ONOFRIO	LAURA	donofriolaura.podologa@gmail.com	3337969233	Roma	RM
ELETTI	BARBARA		3297243628	Tivoli	RM
FEDERICI	GIOVANNI	g.federici@hctdiabete.it	3397054578	Monterotondo	RM
FEDERICI	ADALBERTO	a.federici@hctdiabete.it	3336332067	Monterotondo	RM
FEDERICI	ANTONIO	gamboro2005@hotmail.com	3922110523	Roma	RM
FRANCO	PERLA RITA	perla.franco@libero.it	3477625832	Roma	RM
FURBESCO	FABIOLA	fabiola.f@alice.it	3394603480	Roma	RM
GABRIELE	DESIREE'	gabrieledesiree@gmail.com	3409989563	Sora	FR
GULLACE	FRANCESCO	francescogullace1@virgilio.it	3280505816	Rocca di Papa	RM
ILLUMINATI	SARA	sarailu@hotmail.it	3337120591	Piglio	FR
PELLINI	ELENA	e.pellini@hotmail.it	3474506080	Civitavecchia	RM
TRAMONTA	RODOLFO	rodolfotramonta@gmail.com	3486939586	Roma	RM
TRAMONTANA	GIUSEPPA	gtramontana@alice.it	06/30892424	Roma	RM
ZAPPALA'	ARABELLA	arabella.zappy@tiscali.it	3204923386	Roma	RM

OBIETTIVO : DARE AI PAZIENTI PUNTI DI RIFERIMENTO

Grazie dell'attenzione

www.gruppopiede.it





Progetto di implementazione DCI sul Piede Diabetico

TERRITORIO

December 1999-February 2001
Organizzazione di un meeting tra
Diabetologi e MMG
Per la discussione
INTERNATIONAL CONSENSUS (DCI)

Piede
a alto rischio e
con ulcere

- VALUTAZIONE dei DIABETICI dai MMG
attraverso **VERY SEMPLICI CRITERI**:
- Esame Fisico e ispezione attenta dei piedi
 - Presenza di claudicatio (dolore, presenza-assenza dei Polsi periferici ecc)
 - Presenza di neuropatia sensoriale (valutabile con monofilamento di 10 gr)



OSPEDALE
FOOT CLINIC TEAM

(diabetologo, angiologo, chirurgo generale e vascolare, ortopedico, toe ortopedico)

TEAM MULTIDISCIPLINARE OSPEDALIERO

- Diagnosi
- Terapia
- Programma Comune educazionale dello Staff Ospedaliero per la Prevenzione Secondaria
- Organizzazione dei dati clinici e registro delle lesioni.
- Valutazione dei Risultati Clinici Annualmente.

Piede non a rischio
1yrs Follow-up

NON SOLO ULCERA OGGI.....

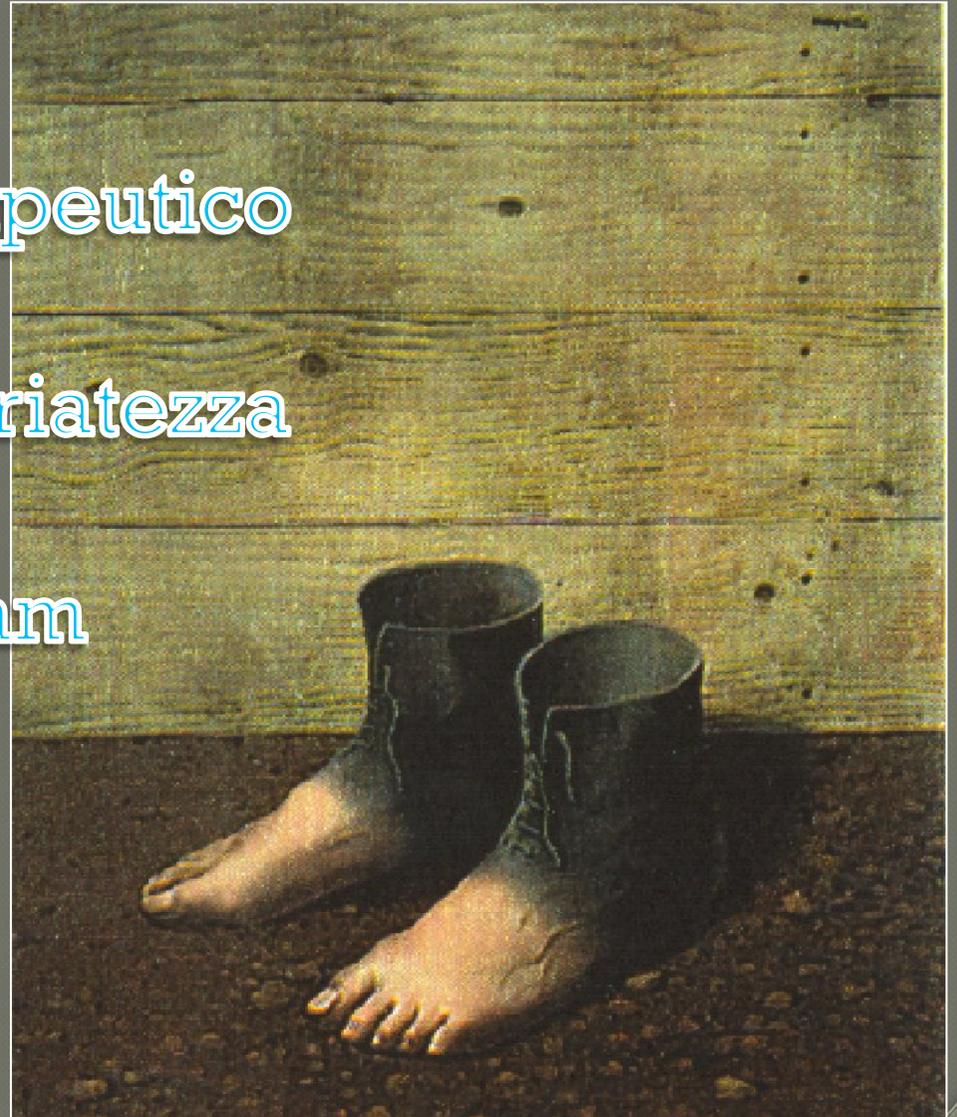
Percorso Diagnostico Terapeutico
Assistenziale (PDTA)

Obiettivo centrale: appropriatezza

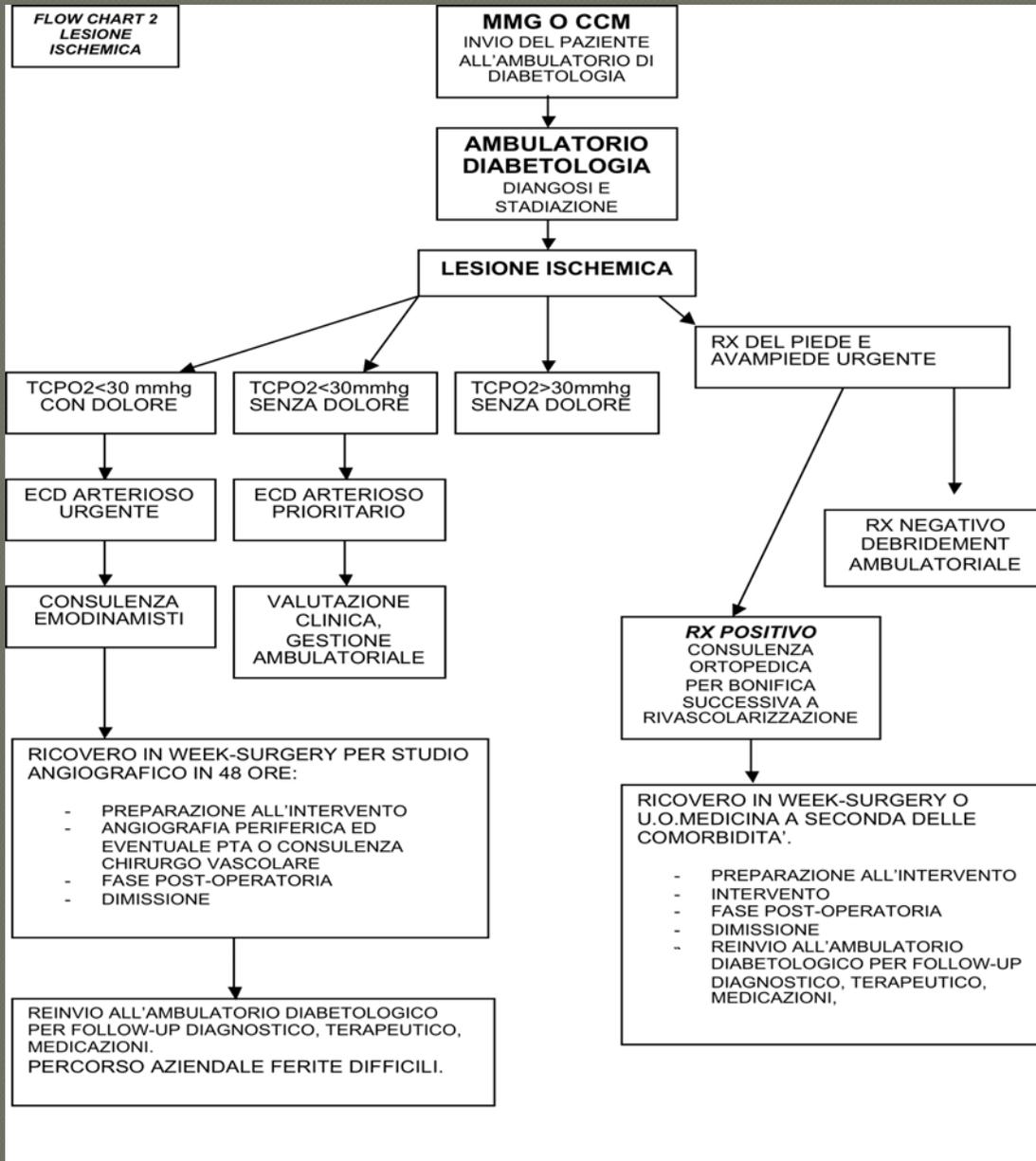
Profili di cura condivisi

Servizio diabetologico: Team
multidisciplinare

Network x patologia



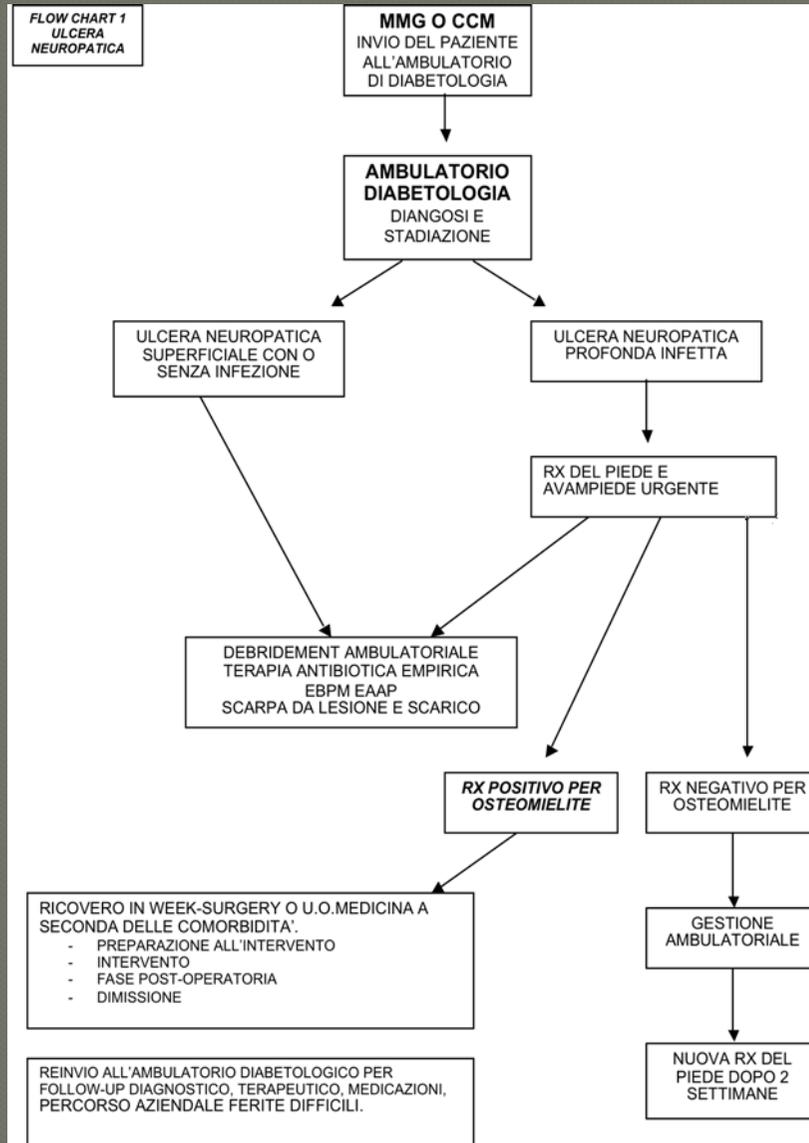
**FLOW CHART 2
LESIONE
ISCHEMICA**



PDTA PIEDE



PDTA PIEDE DIABETICO



Fase 1
MMG - CCM

- Definizione dei criteri di accesso agli accertamenti.
- Definizione dei criteri di entrata nel PDTA.
- Attivazione del programma di valutazione diabetologica.
- Definizione degli indicatori di percorso.



Fase 2
AMBULATORIO
DIABETOLOGIA

- Presa in carico del paziente (medico, infermiere, podologa)
- Modalità d'informazione del paziente e del MMG.
- Stadiazione della lesione ulcerativa.
- Esecuzione esami ematici e colturali.
- Esecuzione esami strumentali di 1° livello (ossimetria transcutanea).
- Esecuzione esami strumentali di 2° livello (ECD, EMG, RX, ARTERIOGRAFIA).
- Esecuzione piccoli interventi di chirurgia ambulatoriale.
- Definizione degli indicatori di percorso



Fase 3
CHIRURGIA
VASCOLARE,
EMODINAMICA

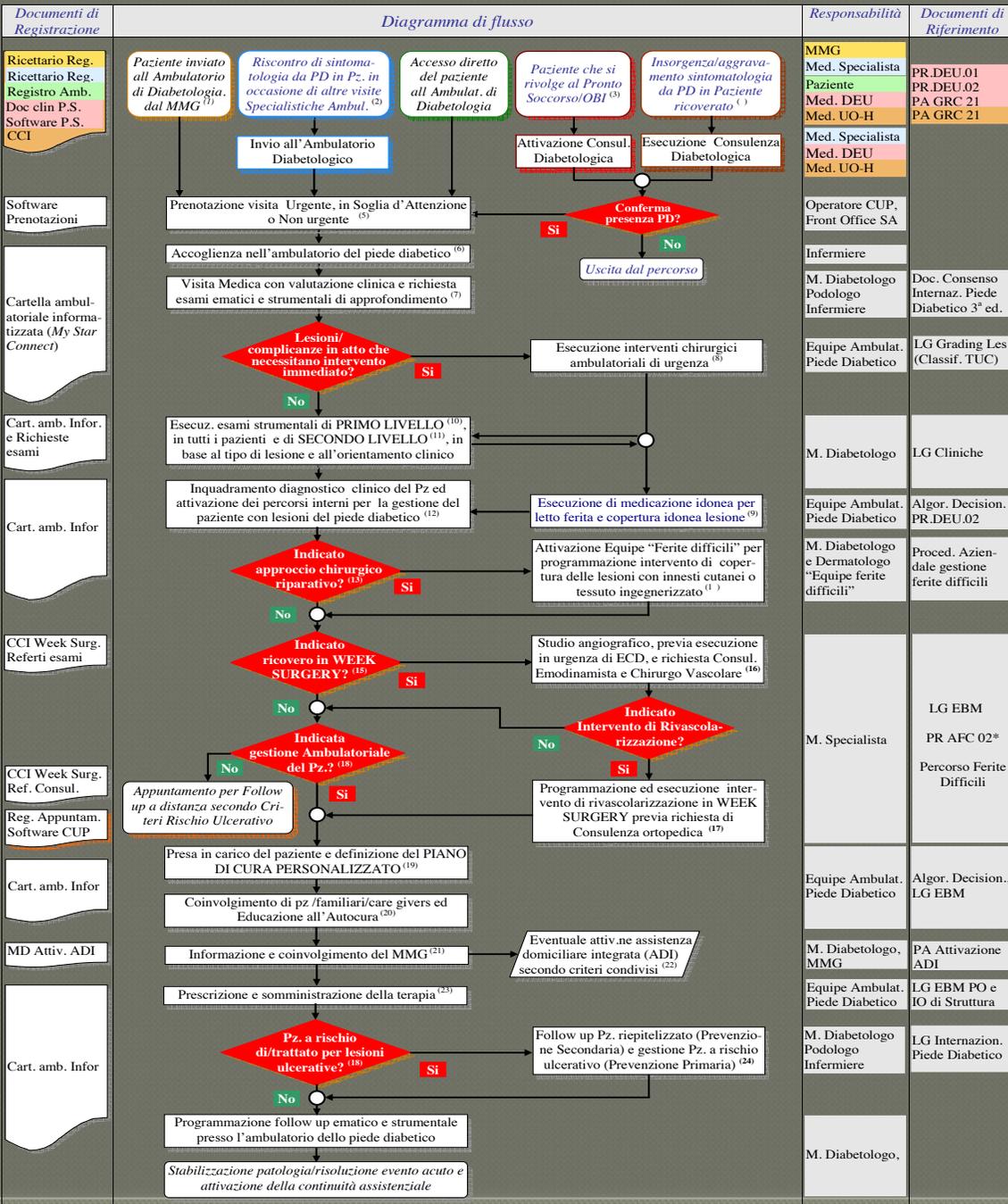
- Definizione criteri di trattamento chirurgico.
- Modalità d'informazione del paziente e del MMG.
- Ricovero del paziente (week-surgery, medicina, chirurgia secondo le co-morbidità o l'entità dell'intervento)
- Esecuzione esami e visite pre-operatorie .
- Intervento di rivascolarizzazione.
- Terapia di supporto.
- Definizione degli indicatori di percorso



Fase 4
AMBULATORIO
DIABETOLOGIA

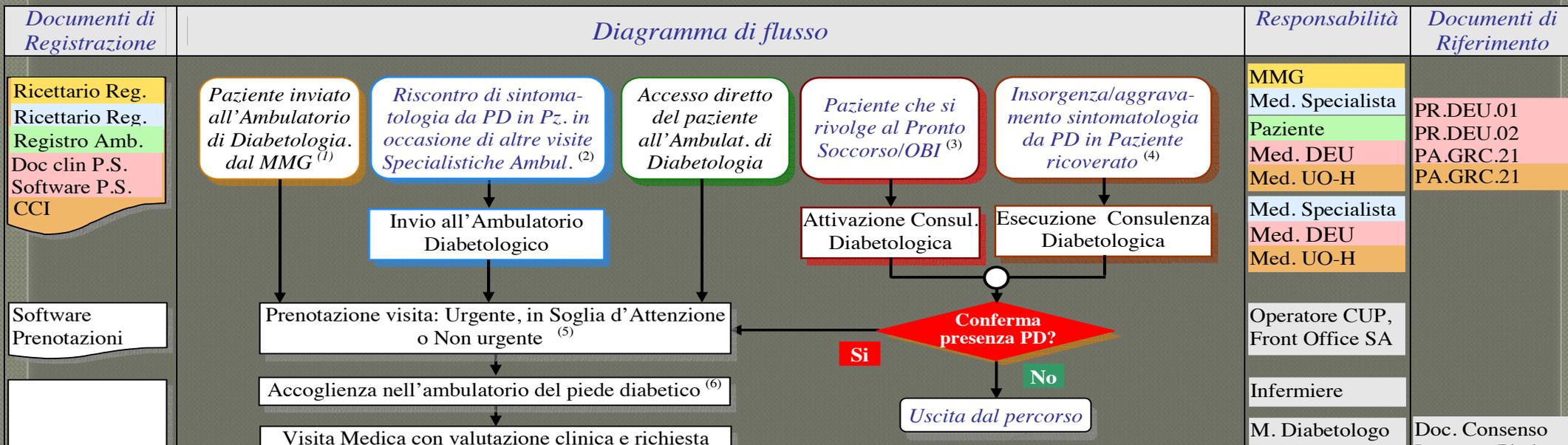
- Ripresa in carico del paziente.
- Modalità d'informazione del paziente e del MMG.
- Medicazioni avanzate.
- Terapia mirata (VAC-therapy, iperbarica, antibiotica)
- Follow-up (ematico e strumentale).
- Pianificazione fra la struttura specialistica e il territorio per la gestione domiciliare del paziente.
- Definizione degli indicatori di percorso

PDTA PIEDE DIABETICO



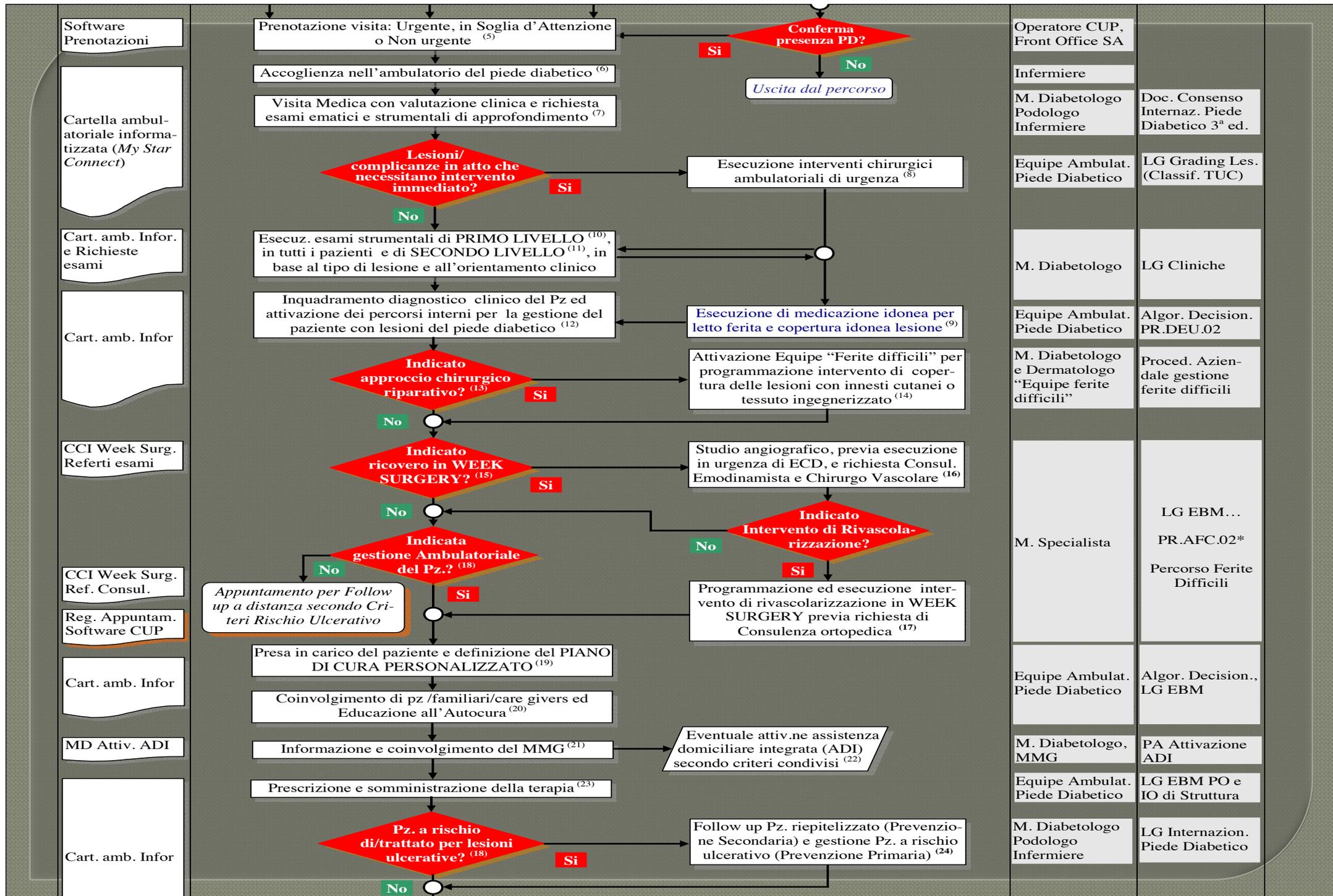
PD TA (1) Territorio

Esperienza Pistoiese (ultima elaborazione)



PDTA (2) Ospedale

Esperienza Pistoiese (ultima elaborazione)



Operatore CUP, Front Office SA	
Infermiere	
M. Diabetologo Podologo Infermiere	Doc. Consenso Internaz. Piede Diabetico 3 ^a ed.
Equipe Ambulat. Piede Diabetico	LG Grading Les. (Classif. TUC)
M. Diabetologo	LG Cliniche
Equipe Ambulat. Piede Diabetico	Algor. Decision. PR.DEU.02
M. Diabetologo e Dermatologo "Equipe ferite difficili"	Proced. Aziendale gestione ferite difficili
M. Specialista	LG EBM... PR.AFC.02* Percorso Ferite Difficili
Equipe Ambulat. Piede Diabetico	Algor. Decision., LG EBM
M. Diabetologo, MMG	PA Attivazione ADI
Equipe Ambulat. Piede Diabetico	LG EBM PO e IO di Struttura
M. Diabetologo Podologo Infermiere	LG Internaz. Piede Diabetico

Software Prenotazioni

Cartella ambulatoriale informatizzata (My Star Connect)

Cart. amb. Infor. e Richieste esami

Cart. amb. Infor

CCI Week Surg. Referti esami

CCI Week Surg. Ref. Consul.

Reg. Appuntam. Software CUP

Cart. amb. Infor

MD Attiv. ADI

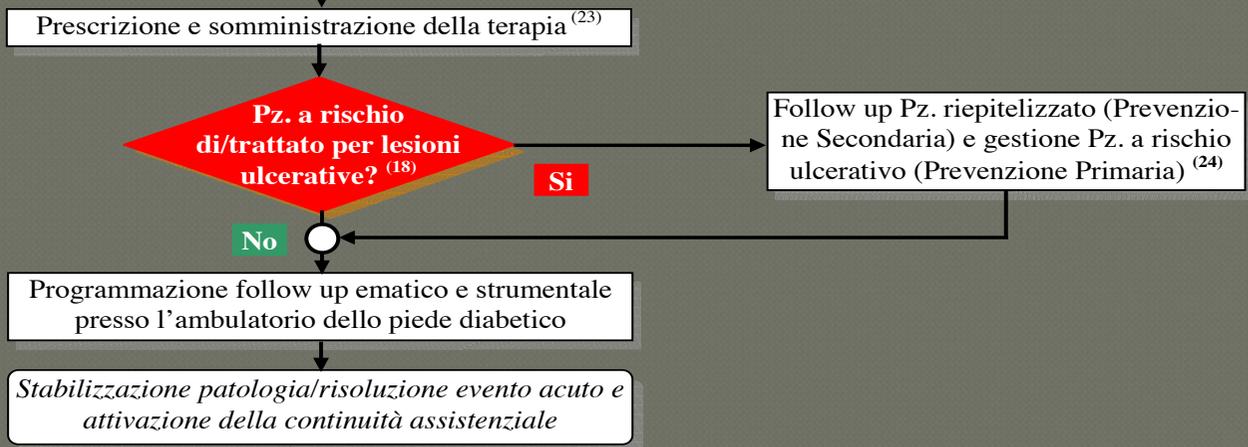
Cart. amb. Infor

PDTA (3)

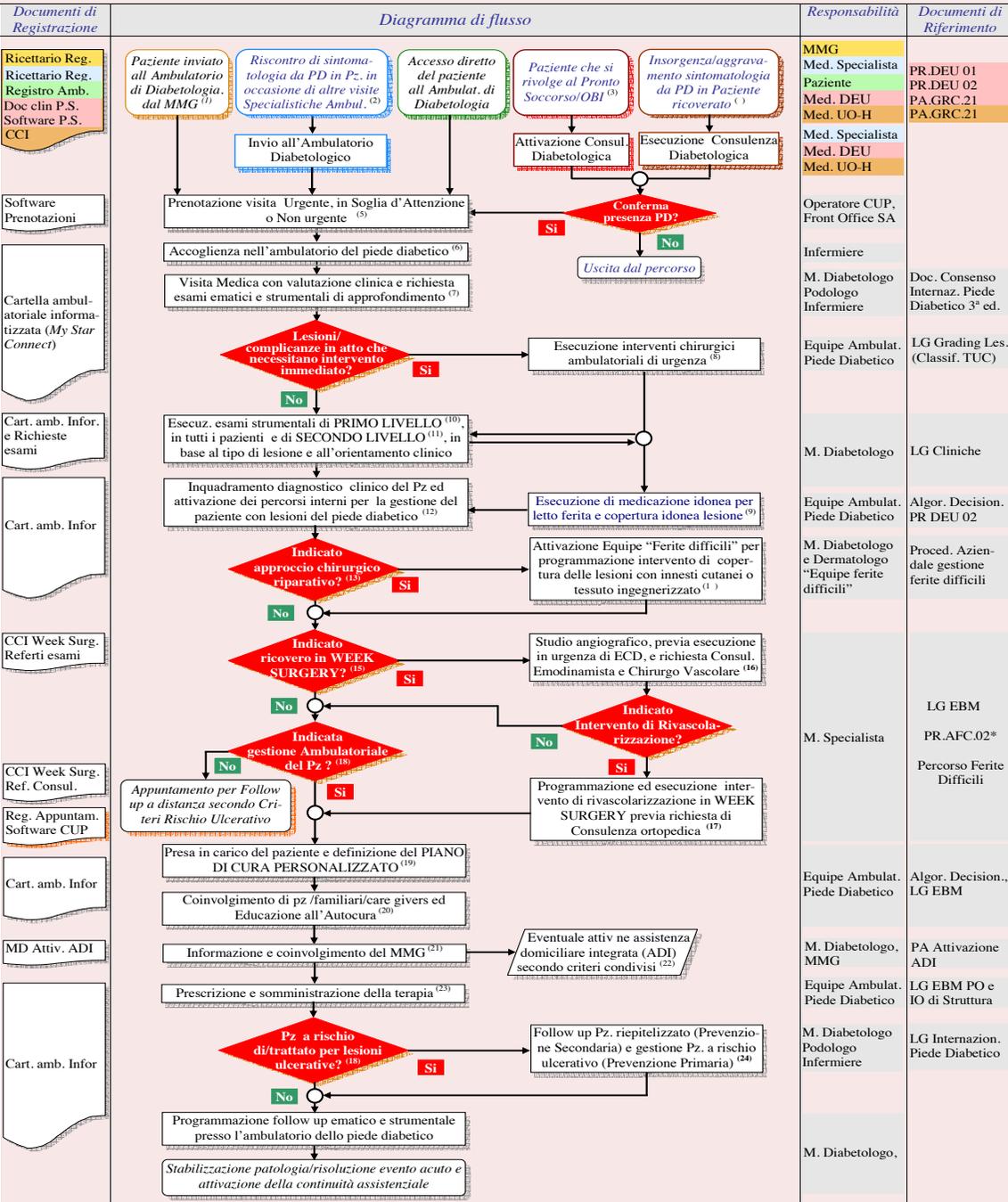
..... Continuità assistenziale

Esperienza Pistoiese (ultima elaborazione)

Cart. amb. Infor



Equipe Ambulat. Piede Diabetico	LG EBM PO e IO di Struttura
M. Diabetologo Podologo Infermiere	LG Internazion. Piede Diabetico
M. Diabetologo,	



NOTE

- Il paziente con una lesione del piede diabetico consulta il proprio MMG. Il MMG lo invia a visita ambulatoriale tramite richiesta urgente o in soglia di attenzione. In caso di appuntamento non urgente prende contatto diretto con l'ambulatorio diabetologico per programmare l'appuntamento. Il MMG qualora ravvedesse la necessità di far valutare il paziente al Diabetologo per la gestione del Piede Diabetico, può contattare direttamente il centro di Diabetologia o inviare il paziente con richiesta urgente su ricettario regionale (accesso diretto).
- Si tratta di pz diabetici in cui viene riscontrata una lesione del piede in occasione di altre visite specialistiche Ambulatoriali. Il medico specialista invia il pz all'ambulatorio diabetologico tramite contatto diretto telefonico per programmare l'appuntamento se non urgente e differibile.
- Il Paziente si rivolge direttamente al PS. Il Medico di guardia in Pronto Soccorso provvede ad attivare il Consulente diabetologo e di concerto procedono alla valutazione per l'attivazione delle fasi successive del percorso (amb e/o ricovero).
- Il medico responsabile del Paziente verificata la presenza di lesione del piede in pz diabetico contatta direttamente il consulente diabetologo.
- Urgenza 24 ore prioritaria 48-72 ore differibile da eseguirsi entro due settimane.
- Il giorno dell'appuntamento il Pz viene accolto dal personale infermieristico e/o ausiliario presente all'ambulatorio che verifica e registra la documentazione Amministrativa e sanitaria in preparazione della visita e gestisce i bisogni del paziente. L'infermiere fornisce tutte le informazioni necessarie a condividere con il paziente e i suoi familiari le successive fasi del percorso assistenziale (relazione di aiuto).
- Valutazione clinica del paziente ed inquadramento diagnostico. 1) valutazione dati anamnestici. 2) esame obiettivo completo (con particolare riferimento alla valutazione quantitativa degli aspetti neurologico, vascolare e biomeccanico: palpazione polsi e ABI monofilamento e diapason (oppure biotensimetro) localizzazione della lesione (foto) dimensioni e profondità prelievo per esame microbiologico in presenza di esudato riconoscimento dei segni locali di flogosi. La valutazione iniziale comprende la classificazione della lesione, il debridement della stessa e l'esecuzione e/o la richiesta degli esami diagnostici necessari (Ecocolor Doppler, Rx, Coltura su tamponi e campioni, Esami ematici ecc). Il medico procede ad una valutazione della gravità del quadro clinico al fine di individuare i percorsi assistenziali più appropriati.
- Il medico provvede, se necessario ad eseguire immediatamente interventi chirurgici ambulatoriali di urgenza: drenaggio di flemmone o ascesso distale escarectomia toilette chirurgica in e/o amputazione di necrosi cutanea secca. Toilette in tutti i pazienti con lesione.
- Dopo la toilette chirurgica il medico predispone la idonea medicazione e insieme infermiere predispone la idonea fasciatura, gli intervalli di cambio della medicazione e la tipologia dell'eventuale scarpa da lesione da utilizzare (prescrizione). In tutti i pazienti.
- Monofilamento, diapason, palpazione polsi, ABI (Indice Braccia/gambe). In tutti i pazienti.
- TCPO₂ (ossimetria transcutanea) Biotensimetria Arti Inferiori ECD arterioso arti inferiori (Urgente) EMG motoria e sensitiva (differibile) Rx piedi bilaterali (in regime di urgenza o differito).
- Dopo la stabilizzazione e l'inquadramento diagnostico, in base alle condizioni cliniche del paziente il Medico specialista, decide la necessità o meno di un ricovero e il setting più appropriato per il trattamento del paziente. Contatta i collaboratori del team multidisciplinare X la discussione del caso (riunioni condivise). Attivazione percorsi interni (PDT) per la gestione delle lesioni ulcerose e/o granulomatose arti inferiori. In base alla gravità delle condizioni cliniche, il paziente può essere trattato in regime ambulatoriale e/o di ricovero (vedi criteri di appropriatezza allegati al PR DEU 02) Attivazione percorsi continuità assistenziale se dimesso MMG.
- Decisione condivisa tra specialisti per i pazienti idonei secondo le caratteristiche lesione.
- Dopo la verifica dell'idoneità all'approccio chirurgico ripartivo (innesto) viene attivato contatto con lo specialista X Definire il quadro di intervento (del dermatologo o del diabetologo stesso).
- Pazienti eleggibili ULCERA ISCHEMICA (con valori di TCPO < 30 con dolore o Rx del piede e avampiede positivo) ULCERA NEUROPATICA (con ulcera neuropatica profonda infetta o con Rx positivo per osteomielite). Vedi algoritmi decisionali.
- I pazienti con TCPO2 < 30 con dolore vengono inviati in WEEK SURGERY per studio angiografico entro 48 ore previa esecuzione in urgenza di ECD e richiesta di consulenza da parte di emodinamisti e chirurgia vascolare.
- I pazienti con ULCERA ischemica ed RX positivo vengono inviati in WEEK SURGERY per rivascolarizzazione previa richiesta di consulenza ortopedica. Programmazione intervento e preopodologia nel caso di paziente chirurgico differibile.
 - Programmare prelievo per esami ematochimici preoperatori IN AMBULATORIO DIABETOLOGIA
 - Esecuzione ECG IN AMBULATORIO DIABETOLOGIA e sua refertazione da collega cardiologo
 - Programmazione visita anestesiológica (definiti 2 posti fissi il venerdì precedente alla seduta operatoria del martedì pomeriggio, 2 volte al mese)
 - Ricovero in reparto di WS il martedì mattina per eseguire intervento di toilette ulcerativa o di bonifica infezione il pomeriggio dello stesso giorno**Dopo l'esecuzione degli interventi (dimissione in 2° giorno postoperatorio) il pz viene di nuovo preso in carico dall'ambulatorio del piede diabetico per il proseguo del piano terapeutico assistenziale personalizzato**
- Pazienti eleggibili preferibilmente i pazienti che non richiedono intervento chirurgico o rivascolarizzazione urgente ULCERA ISCHEMICA con valori di TCPO < 0 > a 30 senza dolore o Rx del piede e avampiede negativo ULCERA NEUROPATICA superficiale con o senza infezione o Ulcera neuropatica profonda infetta con rx negativo per osteomielite. Vedi algoritmi decisionali.
- L'equipe dell'ambulatorio del piede diabetico, sulla base dell'inquadramento diagnostico e della valutazione dei bisogni assistenziali, definisce il piano terapeutico assistenziale sulla base delle LG predisposte da società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica adottate ed in uso nella struttura.
- Al paziente e ai suoi familiari, vengono fornite informazioni corrette, chiare ed esaurienti sulla diagnosi, e cura della propria malattia, sul progetto assistenziale, sulla durata e sui possibili disagi, fastidi e pericoli connessi. Al Pz vengono fornite informazioni in grado di aiutarlo a comprendere il piano in modo da metterlo in condizione di partecipare attivamente alla propria cura. **EDUCAZIONE ALL'AUTOCURA** sviluppo di abilità, modificazione comportamentali, coinvolgimento della famiglia o del caregiver.
- Ad ogni accesso viene rilasciato al paziente un referto per il medico curante contenente la descrizione della situazione clinica, le eventuali medicazioni e/o indagini diagnostiche e/o farmaci utilizzati e/o trattamenti effettuati.
- Ove necessario viene richiesta al MMG l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata.
- Sulla base del PTA personalizzato viene erogata la terapia mirata. Medicazione avanzata, Pressione Negativa, terapia antibiotica.
- Dopo la conclusione della gestione clinica con chiusura della lesione, il paziente è gestito in ambulatorio con prescrizione di calzature e plantari in PREVENZIONE SECONDARIA e controlli podologici trimestrali o mensili a seconda della classificazione di rischio. Nello stesso ambulatorio sono gestiti i pazienti a rischio ulcerativo in PREVENZIONE PRIMARIA.