

Associazione Italiana
Podologi

L'assistenza podologica al paziente diabetico

In collaborazione con



*Corso di Laurea in Podologia e Sede del
Master in Diagnosi e Cura del Piede Diabetico
Ospedale "S. Andrea"*



Obiettivi del progetto

Gli obiettivi a cui mira il Progetto possono essere suddivisi in primari, secondari e terziari.

- Gli obiettivi **primari** consistono nell'identificazione precoce dei fattori di rischio, al fine di eliminare o almeno limitare eventuali complicanze attraverso:
 - l' esame obiettivo del piede,
 - l' utilizzo di ortesi plantari e digitali,
 - l' educazione sanitaria e lo screening sul territorio.

- Gli obiettivi **secondari** consistono nel controllo e cura ambulatoriale delle lesioni meno gravi, scarico delle stesse, prescrizione di calzatura idonea, monitoraggio dell'infezione e medicazioni. Le lesioni più gravi saranno prese in carico dalle strutture ospedaliere.

- Gli obiettivi **terziari** mirano al mantenimento dei parametri per evitare le recidive, supportare le menomazioni e le mutilazioni attraverso ortesi di supporto, migliorare la qualità di indipendenza e di vita del paziente.

Amputazioni

Il forte impegno dei Podologi, rivolto soprattutto al trattamento delle ulcere da complicità del Piede Diabetico è finalizzato all'obiettivo primario di una **riduzione notevole delle amputazioni**.

La rilevanza della questione è facilmente intuibile se si considerano alcuni dati messi a disposizione dal Ministero della Salute, sulla base di documentazione amministrativa (dimessi dagli Istituti di Cura), e quindi certamente attendibili.

- In Italia negli ultimi 9 anni si sono registrate quasi 64.000 amputazioni, con oltre 1.200.000 giornate di degenza per una degenza media di circa 20 giorni per paziente.
- Le strategie proposte puntano proprio alla riduzione delle amputazioni, attraverso l'individuazione sul territorio delle competenze dello studio podologico, e del ruolo fondamentale del Medico di Medicina Generale, accanto al team diabetologico che deve comunque comprendere numerose professioni, compresa quella del Podologo, come previsto dal DM n.666 del 14 Settembre 1994 .

Tab.1 Amputazioni, giornate di degenza Anni 2003-2012

ANNI	AMPUTAZIONI	GIORNATE DI DEGENZA	DEGENZA MEDIA
2003	6.725	138.133	20,5
2004	6.973	138.341	19,8
2005	7.082	141.249	19,9
2006	6.850	135.143	19,7
2007	6.579	130.910	19,9
2008	7.126	138.417	19,4
2009	7.276	138.221	19
2010	7.261	137.148	18,9
2011	7.487	135.521	19,6
2012	7.646	134.472	17,6
2003-2012	71.005	1.367.555	19,4

Fonte: Elaborazione AIP su dati del Ministero della Salute

Dalla Tab. 1 si rileva come l'andamento anno per anno sia assolutamente uniforme attestandosi su una media di **7.000 amputazioni ogni anno**. Il che sta a significare che, anche nel lungo periodo, non è stata presa alcuna iniziativa che portasse a una riduzione delle amputazioni.

Tab.2 Amputazioni di arti inferiori praticate a pazienti diabetici.
Distribuzione per regione e sesso. Anno 2012

Regione	Maschi			Femmine			Totale		
	N.ro dimessi	Giornate di degenza	Degenza media	N.ro dimessi	Giornate di degenza	Degenza media	N.ro dimessi	Giornate di degenza	Degenza media
Piemonte	276	5.299	19,2	135	2.564	19,0	411	7.863	19,1
Valle d'Aosta	18	462	25,7				18	462	25,7
Lombardia	1.237	16.963	13,7	449	6.379	14,2	1.686	23.342	13,8
Prov. Aut. Bolzano	41	691	16,9	20	431	21,6	61	1.122	18,4
Prov. Aut. Trento	30	552	18,4	24	647	27,0	54	1.199	22,2
Veneto	498	7.527	15,1	182	3.111	17,1	680	10.638	15,6
Friuli Venezia Giulia	116	2.188	18,9	47	836	17,8	163	3.024	18,6
Liguria	125	2.879	23,0	60	1.543	25,7	185	4.422	23,9
Emilia Romagna	518	12.317	23,8	209	4.876	23,3	727	17.193	23,6
Toscana	240	3.815	15,9	104	1.614	15,5	344	5.429	15,8
Umbria	94	1.417	15,1	46	627	13,6	140	2.044	14,6
Marche	161	2.202	13,7	59	745	12,6	220	2.947	13,4
Lazio	321	8.625	26,9	125	3.755	30,0	446	12.380	27,8
Abruzzo	117	1.619	13,8	64	1.054	16,5	181	2.673	14,8
Molise	43	860	20,0	22	387	17,6	65	1.247	19,2
Campania	439	6.022	13,7	214	3.227	15,1	653	9.249	14,2
Puglia	365	6.359	17,4	143	2.716	19,0	508	9.075	17,9
Basilicata	20	317	15,9	17	441	25,9	37	758	20,5
Calabria	119	1.848	15,5	52	903	17,4	171	2.751	16,1
Sicilia	552	10.294	18,6	228	3.915	17,2	780	14.209	18,2
Sardegna	83	1.770	21,3	33	675	20,5	116	2.445	21,1
Italia	5.413	94.026	17,4	2.233	40.446	18,1	7.646	134.472	17,6

Fonte: Ministero della Salute

È interessante per altro notare che la Regione nella quale si è verificato il maggior numero delle amputazioni sia la Lombardia (1.686) seguita dalla Sicilia (780), Emilia Romagna (727), Veneto (680) e dalla Campania (653). Nel Lazio le amputazioni risultano 446 che portano la Regione al settimo posto.

Tab.3 Amputazioni di arti inferiori praticate a pazienti Diabetici.
Distribuzione per fascia di età e sesso. Anno 2012

Fascia di età	MASCHI			FEMMINE			TOTALE		
	N° dimessi	Degenza	Degenza media	N° dimessi	Giorni di degenza	Degenza media	N° dimessi	Giorni di degenza	Degenza media
< 30 anni	3	28	9.3	2	8	4.0	5	36	7.2
31-40 anni	37	650	17.6	13	177	13.6	50	827	16.5
41-50 anni	250	4.345	17.4	90	1.731	19.2	340	6.076	17.9
51-60 anni	895	15.521	17.3	216	4.064	18.8	1.111	19.585	17.6
61-70 anni	1.636	29.387	18.0	429	8.053	18.8	2.065	37.440	18.1
71-80 anni	1.752	30.445	17.4	780	14.770	18.9	2.532	45.215	17.9
81-90 anni	783	12.885	16.5	644	10.866	16.9	1.427	23.751	16.6
91 anni e oltre	57	765	13.4	59	777	13.2	116	1.542	13.3
Totale	5.413	94.026	17.4	2.233	40.446	18.1	7.646	134.472	17.6

Fonte: Ministero della Salute

Dalla Tab. 3 si desume che il maggior numero di amputazioni riguarda la classe di età tra i 71 e gli 80 anni.

Tab. 4 Amputazioni di arti inferiori praticate a pazienti diabetici.
Distribuzione per tipo di intervento. Anno 2012

Cod. ICD-9-CM	Descrizione intervento	N.ro dimessi	Giornate di degenza	Degenza media
8410	Amputazione dell'arto inferiore, SAI	230	5.596	24,3
8411	Amputazione di dita del piede	3.782	54.776	14,5
8412	Amputazione a livello del piede	1.641	30.395	18,5
8413	Disarticolazione della caviglia	4	75	18,8
8414	Amputazione della caviglia a livello dei malleoli della tibia e fibula	18	536	29,8
8415	Altra amputazione al di sotto del ginocchio	658	15.225	23,1
8416	Disarticolazione del ginocchio	9	160	17,8
8417	Amputazione al di sopra del ginocchio	1.295	27.472	21,2
8418	Disarticolazione dell'anca	3	156	52,0
8419	Amputazione addomino – pelvica	6	81	13,5
Totale		7.646	134.472	17,6

Fonte: Ministero della Salute

Se analizziamo i dati relativi alla tipologia di intervento, il maggior numero di amputazioni riguarda le dita del piede (3.782).

Occorre inoltre notare che i dati relativi alle giornate di ricovero non possono non preoccupare, in un momento nel quale si tende al massimo risparmio possibile.

Il Podologo sul Territorio

L'importanza della figura del podologo, già attestata nei Paesi più evoluti (Spagna, Francia, UK, USA, Canada, ecc) da alcuni anni, è al centro di un importante studio americano, secondo il quale l'assistenza del Podiatra/Podologo porta a una riduzione del 60% delle amputazioni e del 25% dei ricoveri ospedalieri.

L'assistenza podologica può avvenire in diversi contesti:

- **nello studio accreditato**
- **nel contesto ospedaliero** (con annesso ambulatorio podologico)
- **nelle ASL** (con annesso ambulatorio podologico)
- **nei centri diabetologici** (con annesso ambulatorio podologico)

Il podologo nello studio accreditato

È assolutamente consigliabile che il paziente ricorra **all'assistenza podologica** sotto due diversi aspetti:

- Il primo riguarda il caso del paziente che si reca dal Podologo per un'altra patologia e dall'esame del piede risultino problemi a livello sistemico. In tal caso potrebbe trattarsi di **persona che non sa di essere diabetica**, cosicché la visita podologica risulta estremamente utile in fase di **prevenzione**.
- Il secondo aspetto riguarda il paziente che denuncia un inizio di lesioni, per le quali il Podologo è in grado di intervenire in fase di assistenza e cura.

Se in particolare si tratta di **persona diabetica**, è evidente l'importanza che assume il **Medico di Medicina Generale**, il quale deve prescrivere al paziente la **visita podologica almeno una volta l'anno**; se invece il paziente già denuncia i sintomi della complicanza, i controlli podologici dovranno essere molto più frequenti.

- Un altro aspetto di grande rilievo è l'assistenza al **paziente già amputato**, il quale è a rischio di ulteriore amputazione se non è assistito dal Podologo. Sulla base di quanto sopra, risulta fondamentale che lo **studio podologico venga accreditato** al fine di consentire anche ai meno abbienti la visita podologica.

È evidente, in ogni caso, che l'accREDITAMENTO, può essere concesso solo a quegli studi che presentino i **requisiti minimi di struttura**, sia sotto l'aspetto degli spazi (sala d'aspetto; ambulatorio con riunito; area per la preparazione delle ortesi), sia sotto quello della disponibilità della strumentazione necessaria (baropodometro, podoscopio, ecc.)

➤ **Nell'ospedale (con annesso ambulatorio podologico)**

Anche nell'ospedale è necessaria la presenza del Podologo, il quale potrebbe lavorare con un contratto libero-professionale. In questo modo si otterrebbe di liberare i numerosi infermieri, attualmente addetti ai dipartimenti che hanno in carico i pazienti ulcerati, pur non avendone sufficiente competenza.

➤ **Nelle ASL (con annesso ambulatorio podologico)**

L'esigenza del Podologo nelle ASL deriva dalle stesse motivazioni indicate sopra per gli Ospedali.

➤ **Nei Centri Diabetologici (con annesso ambulatorio podologico)**

Lo stesso discorso si deve fare per i Centri Diabetologici, evidenziando per altro che, proprio lavorando nei Centri, il Podologo è in grado di fare più agevolmente l'esperienza di partecipare al team diabetologico.

Prevenzione e cura delle ulcere.

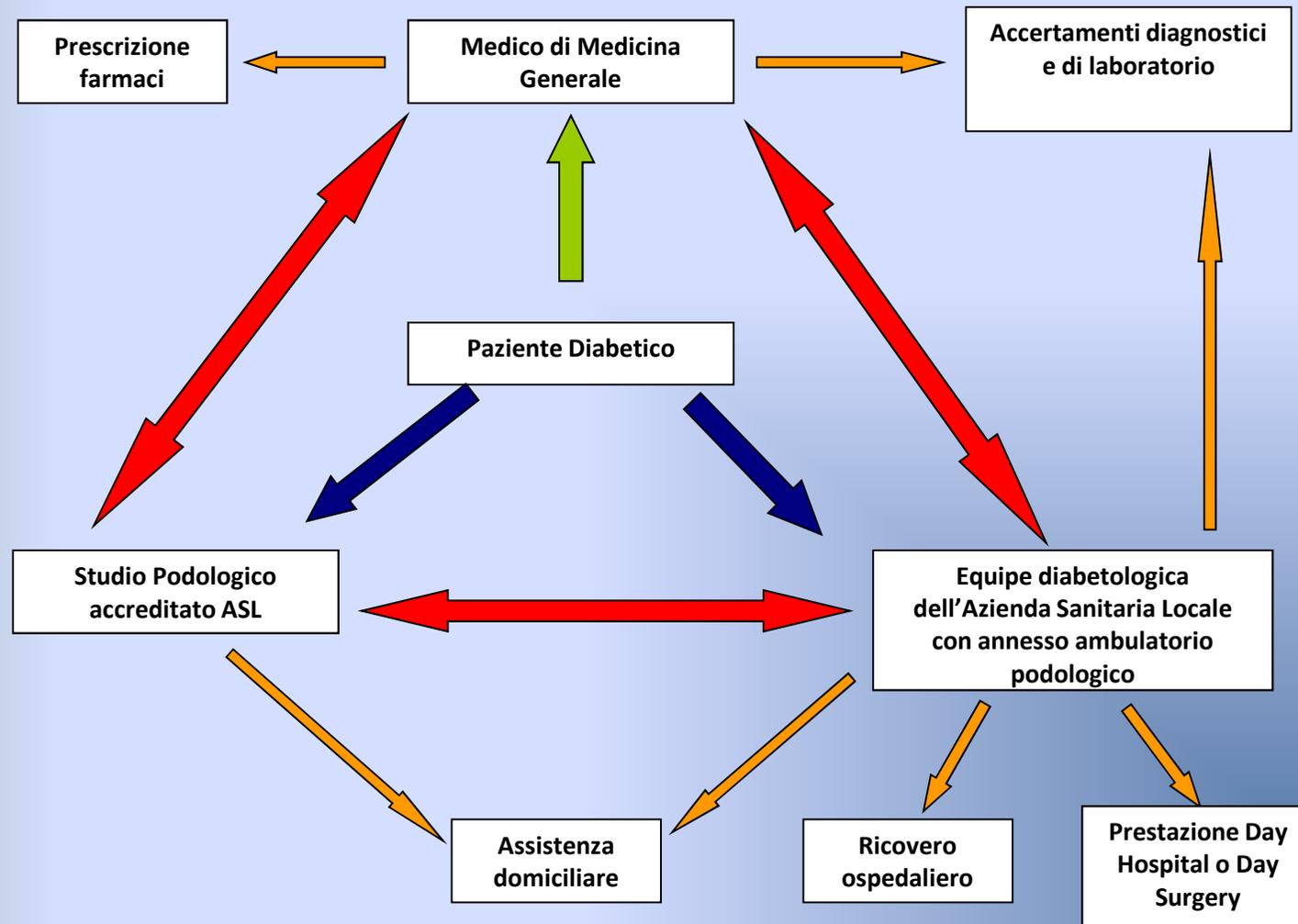
Che cosa fa il Podologo

Ai fini di una corretta guarigione, ai pazienti con lesioni o con piede a rischio di lesioni, il podologo, oltre alle medicazioni delle ulcere, realizza **ortesi plantari su misura** e consiglia calzature adeguate, per ridurre i picchi di pressione a livello della superficie plantare e dorsale del piede. Le operazioni che si susseguono possono essere così sintetizzate:

- ✓ Anamnesi
- ✓ Glucotest
- ✓ Esame obiettivo del piede
- ✓ Test neurologici
- ✓ Esame baropodometrico
- ✓ Trattamento podologico
- ✓ Trattamento ulcere podaliche
- ✓ Realizzazione di ortesi plantari e digitali
- ✓ Educazione sanitaria.

Il sistema integrato

Gli studi podologici devono rientrare in un sistema integrato di assistenza ad un paziente diabetico, secondo lo schema riportato qui di seguito:



Il paziente ha quindi quattro possibilità di accedere al sistema di assistenza :

- ✓ il Medico di medicina generale
- ✓ il Medico specialista Diabetologo
- ✓ l'equipe diabetologica della ASL
- ✓ lo studio podologico accreditato

Il sistema integrato immaginato per la cura e l'assistenza al paziente diabetico ha una caratteristica fondamentale e imprescindibile: **i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie debbono essere collegati in rete sia per quanto riguarda lo scambio di notizie, che per la verifica dei trattamenti erogati.** Qualora lo scambio bidirezionale di informazioni dovesse cessare, l'intero sistema integrato sarebbe inutilizzabile.

Nella rete, però, le peculiarità di ogni soggetto devono essere salvaguardate e valorizzate.

Così il MMG disporrà autonomamente sia le prescrizioni farmacologiche che quelle per gli accertamenti diagnostici o di laboratorio.

Gli stessi esami possono essere disposti dall'equipe ASL che valuterà l'opportunità di erogare la prestazione ritenuta migliore nel caso trattato (ricovero ospedaliero, day hospital, day surgery, assistenza domiciliare).

Allo stesso modo lo studio podologico accreditato erogherà le proprie prestazioni sanitarie sia nella struttura stessa che a domicilio del paziente.

L'informatizzazione degli studi podologici: Podium (Podiatry Software)

Fondamentale in un sistema integrato come sopra descritto è l'informatizzazione degli studi podologici. Per questo motivo l'AIP ha promosso la diffusione in tutti gli studi associati di un programma informatico, denominato **Podium**, che assume un rilievo eccezionale anche ai fini della riduzione delle amputazioni. L' AIP tenuto conto dell'esigenza ormai fondamentale di rinforzare l'assistenza al paziente sul territorio ed agevolare il rapporto e lo scambio sistematico delle informazioni con i medici e gli altri specialisti ha recentemente preso la decisione di **fornire gratuitamente** il programma informatico agli associati, rendendo così possibile colloquiare in tempo reale tra i vari componenti del team, con grandissimi benefici ai fini dell'assistenza al malato diabetico.



Un caso esplicativo

Mario ha un dolore ad un piede che non passa con i normali accorgimenti.

Si reca in uno [studio podologico accreditato](#) per una visita. Il podologo, nell'effettuare l'accettazione, l'anamnesi familiare e personale e l'esame obiettivo del piede, sospetta la possibilità che lo stesso sia diabetico. Procede, quindi, ad effettuare il glucotest, che conferma l'ipotesi di "[paziente diabetico](#)".

Nel disporre un trattamento podologico idoneo, informa contestualmente il [MMG](#), il quale, dopo gli opportuni accertamenti, qualora venga confermata la diagnosi, prescrive l'invio al [centro diabetologico di riferimento](#), proponendo un approfondimento di indagini di laboratorio per l'accertamento dello stato di salute del paziente.

Una volta completati tutti gli esami, secondo i loro valori, il centro diabetologico, o il MMG concorderanno con lo studio di podologia i tempi delle visite periodiche. Il tutto dovrà essere [comunicato tramite rete](#) e da parte dello studio podologico dovrà essere conservata tutta l'iconografia del paziente.

I LEA

Da tempo l'AIP richiede l'inserimento nei LEA di alcune prestazioni relative alla complicità del piede diabetico. Tale inserimento, infatti, risulta fondamentale per il conseguimento degli obiettivi previsti da questo progetto. Alla base di esso, infatti, occorre tener conto della deospedalizzazione che sarà difficile ottenere se i LEA non prevedono prestazioni presso gli studi podologici. Si pensi infatti a un paziente, anziano, magari pensionato, il quale, non disponendo di mezzi sufficienti, ricorre alle cure dell'ospedale che gli consentono notevoli risparmi, ma un aggravio di costi per la spesa sanitaria pubblica.

È quindi assolutamente fuori di ogni dubbio che l'inserimento nei LEA almeno di alcune prestazioni comporta un forte stimolo alla deospedalizzazione e quindi alla medicina del territorio.

Prestazioni già previste dai LEA per le quali manca il riferimento podologico

- 86-23 Rimozione unghia matrice ungueale o plica ungueale
- 89.1 Misure anatomiche e fisiologiche ed esami manuali
“sistema nervoso ed organi di senso”
“test per neuropatia diabetica” (arti inferiori)
- 93.05.5 Test stabilometrico, statico e dinamico
- 93.08.5 Risposte riflesse
- 98.29 Rimozione corpo estraneo dal piede senza incisione
- 86.22 Rimozione asportativi di ferita, infezione o ustione
- 86.27 Curettage di unghia, matrice ungueale o plica ungueale
- 86.28 Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione

Prestazioni non previste dai LEA che debbono essere attribuite al podologo

- Visita podologica (esame obiettivo in carico, esame obiettivo fuori carico, esame della cute e dei suoi annessi, mobilità articolare, valutazione muscolare e test neurologici) inserimento del paziente in programma di follow-up come da documento di consenso internazionale sul piede diabetico
- Esame baropodometrico
- Ortesi plantari e digitali preventive o di scarico
- Rimozione di ipercheratosi
- Medicazioni delle ulcere
- Trattamento conservativo delle unghie ipertrofiche, distrofiche, micotiche, incarnite
- Trattamento chirurgico di cauterizzazione parziale di bordi peri-ungueali

L'informazione e la comunicazione

L'importanza della figura del podologo in particolare per quanti soffrono di complicanza del piede diabetico è ormai da anni ampiamente dimostrata. Perché abbia però degli effetti tangibili in termini di efficacia e di riduzione delle amputazioni, **è necessario che venga comunicata**. Per questo gli anni 2011, 2012 e questi mesi del 2013 sono stati caratterizzati da numerosi Convegni, Workshop, Incontri nel corso dei quali è stato dato ampio spazio al ruolo del Podologo nel trattamento della complicanza.

Anche in occasione dei Congressi annuali AIP sono stati organizzati appositi workshop concernenti il tema.

La nostra rivista "**Il Podologo in Medicina**" ha pubblicato numerosi articoli informativi ed altrettanti articoli sono stati pubblicati nelle riviste specializzate.

E' necessario però fare sempre di più, e in particolare indirizzare il flusso comunicativo in particolare nei confronti dei **Medici di Medicina Generale**, i quali non sempre, o quasi mai, conoscono le opportunità che offre la Podologia nella prevenzione e cura della complicanza del piede diabetico.

Conclusioni

Nelle slide precedenti è stato spiegato ampiamente come la figura del podologo sia non solo fondamentale nel trattamento del paziente con complicanza da piede diabetico, ma **provvidenziale nella riduzione delle amputazioni e dei relativi costi di ospedalizzazione.**

A tal proposito occorre sottolineare che la riduzione delle amputazioni prevista dal Piano costituisce un forte risparmio nelle spese derivanti dal ricovero ospedaliero ed anche nei costi sociali derivanti dalle amputazioni. Le misure proposte sono di semplice ed immediata attuazione e soprattutto del tutto coerenti con la politica del territorio attualmente in atto.

Gli studi podologici accreditati; i Medici di Medicina Generale sensibilizzati quali principali attori del sistema integrato; la consapevolezza dei diabetologi circa l'utilità del Podologo nei team diabetologici; l'adeguamento dei LEA alle esigenze del paziente che soffre della complicanza del Piede Diabetico, sono in definitiva misure che il Sistema Sanitario può adottare facilmente e in tempi brevi.

Se poi si tiene conto che non è frutto di fantasia ottimistica la riduzione delle amputazioni di una percentuale vicina al 60% (come già detto, sottolineata in uno studio americano), allora non risulta più rimandabile un progetto, come il nostro, che collocherebbe l'Italia ai livelli degli altri Paesi Europei ed Extraeuropei che già da tempo hanno affrontato e risolto il problema.

Attualmente al paziente dimesso dopo un'amputazione minore, (ad esempio di un dito) non vengono mai fornite indicazioni su chi deve prenderlo in carico per prevenire ulteriori amputazioni.

L'assistenza podologica, invece, risulta **fondamentale**. Infatti:

- Le deformità del piede dovute alle pregresse amputazioni, costituiscono un grave fattore di rischio per la formazione dell'ulcera e quindi per una nuova amputazione, specie in presenza di vasculopatia periferica o neuropatia.
- La pregressa amputazione, quindi, conferisce un altissimo **rischio di mortalità** e aumenta di 3 volte il rischio di una **nuova ulcerazione**
- Per questo, al momento della dimissione, è necessario che venga raccomandata al paziente l'assistenza podologica al fine di evitare gravi recidive.

Casi clinici

Le slide che seguono danno testimonianza di **alcuni casi emblematici, che probabilmente avrebbero portato all'amputazione** se il paziente non fosse ricorso all'assistenza del podologo.

I casi clinici sono stati seguiti all'**Istituto Podologico Italiano**, presso il quale è disponibile **un'ampia documentazione su centinaia di altri casi.**



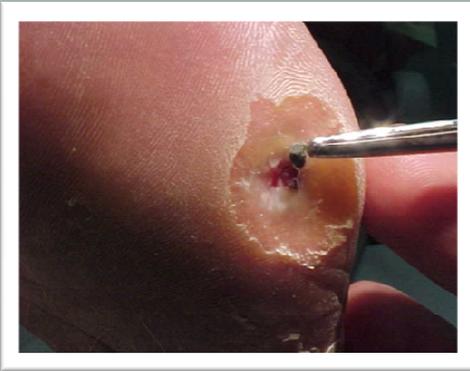
Caso clinico 1

T. V. uomo - anni 64 - Diabetico insulino dipendente NEUROPATICO - glicemia 257

Il paziente si è presentato presso l' IPI con forte ipercheratosi del V metatarso piede sinistro.

La parte si presentava gonfia, rossa e calda. È stato eseguito escissione della callosità nella quale è stato rinvenuto un piccolo sassolino. È stato realizzato ortesi plantari di scarico e sono state eseguite medicazioni locali. Inoltre e' stato inviato dal suo medico per la prescrizione di farmaci mirati.





- ✓ Prima visita 05/10/2003
- ✓ Guarigione 14/10/2003
- ✓ Totale medicazioni effettuate: 4
- ✓ Costo per il paziente: circa €400

A distanza di 6 mesi il paziente si è ripresentato presso l'IPI con ulcera al tendine di Achille causata dallo sfregamento con una calzatura nuova.

Il 02/04/04 sempre a causa della stessa calzatura il paziente presentava ulcera sub-ungueale I° dito piede destro.



- ✓ Prima visita 02/04/2004
- ✓ Guarigione 11/05/2004
- ✓ Numero medicazioni
ulcera al tendine: 10
- ✓ Numero medicazioni
ulcera sub-ungueale: 4
- ✓ **Costo per il paziente:**
circa €350

A distanza di 10 mesi il paziente ritorna presso l'IPI con ulcera estesa del V metatarso causata da calzatura incongrua.

È stato effettuato curettage della lesione e tampone della stessa ed inviato al suo medico per terapia antibiotica mirata. Inoltre vengono effettuate presso l'IPI medicazioni locali. La lesione è completamente guarita.



- ✓ Prima visita 05/12/2005
- ✓ Totale medicazioni effettuate: 15
- ✓ Costo per il paziente: circa €400



Caso clinico 2

C. M.V. paziente diabetica di sesso femminile di anni 65 insulino dipendente.

Si è presentata presso l'IPI il 17/01/2000. All'esame obiettivo presentava ulcera a cielo chiuso dorsale del III dito piede destro.

È stato eseguito curettage della lesione e medicata. A causa delle scarse possibilità economiche la paziente è impossibilitata a seguire controlli periodici, pertanto si reca presso l' IPI solamente in casi di estrema necessità.

Prima visita 17/01/00



- ✓ Prima visita 17/01/2000
- ✓ Guarigione 01/02/2000
- ✓ Totale medicazioni effettuate: 4
- ✓ **Costo per il paziente: circa €200**



01/02/00 Guarigione



La paziente si è ripresentata presso l'IPI il 19/07/2004. All'esame obiettivo presentava ulcera plantare I dito piede destro .



- ✓ Prima visita 19/07/2004
- ✓ Guarigione 23/09/2004
- ✓ Totale medicazioni effettuate: 7
- ✓ **Costo per il paziente: circa €300**

Caso clinico 3

G.C. uomo - anni 71 - Diabetico insulino dipendente

Il paziente si è presentato presso l' IPI con un quadro clinico complesso: è affetto da DM2 complicato da ipertrigliceridemia, ipertensione, polineuropatia sensitiva motoria e cardiomiopatia dilatativa. All'esame obiettivo il paziente presenta 3 ulcere a cielo chiuso: al piede destro in corrispondenza del V metatarso e all'apice del II dito; al piede sinistro ubicata al livello della III testa metatarsale con sacca sottostante.

È stato eseguito un tampone, curettage delle lesioni, consigliati e realizzati un'ortesi plantare ed un'ortesi in silicone per il II dito del piede destro. Sono state eseguite medicazioni appropriate ed applicato uno scarico selettivo provvisorio. Infine il paziente è stato medicato più volte, fino alla completa guarigione delle lesioni.

E' stato informato il suo medico di famiglia, ed il centro diabetologico di riferimento.

Lesione ulcerativa apicale del II
dito del piede destro



21.10.10

Guarigione della lesione e
applicazione ortesi in silicone



16.12.10



3.12.10

Lesione ulcerativa in
corrispondenza del V
metatarso del piede



Guarigione
lesione V
metatarso

31.03.10

3.12.10



Lesione ulcerativa a livello del II metatarso

3.12.10



31.3.10



Guarigione della lesione

Lo stesso paziente si è presentato con una lesione ulcerativa a livello tibiale curata dal Chirurgo Vascolare e il Podologo.





- ✓ Prima visita 21/10/2010
- ✓ Guarigione 07/03/2011
- ✓ Totale medicazioni effettuate: 22
- ✓ **Costo per il paziente: circa € 500**