



sito web: www.anio.it

A.N.I.O. INFORMA



anno 1 - n. 2 del 26 luglio 2010

bollettino di approfondimento sulle infezioni osteoarticolari a cura di A.N.I.O. Onlus - supplemento al settimanale nell'attesa diretto da Michele Guccione

Prevenire il diabete

Una corretta campagna dovrebbe partire e arrivare a tavola

di Diego Fabra - diego@fabra.biz



La malattia, forse, più emblematica del tempo moderno è il diabete. Cresce col crescere del benessere e delle cattive abitudini. Si comunica non per contagio, ma per un altro tipo di diffusione, quello della cattiva pubblicità, delle mode alimentari, della mancanza di regole e di disciplina. Nella civiltà degli eccessi è difficile comprendere che il problema della spazzatura nelle strade non dipende solo dalla cattiva gestione delle aziende municipalizzate, ma anche dalla quantità abnorme di rifiuti che produciamo. Così, analogamente, avviene nel nostro organismo. Ci preoccupiamo di capire perché non riusciamo a smaltire grassi e carboidrati, ma mai di quanto e come li introduciamo. Parlare di prevenzione del diabete, malattia in costante aumento, senza investire i livelli educazionali sarebbe come tentare la bonifica di un quartiere a rischio senza raggiungere le scuole primarie e il mercato del lavoro onesto. La prima prevenzione consiste nell'attuazione di campagne informative sulla corretta alimentazione, sulla necessaria cura del corpo. Intercettare i nostri giovani e le loro famiglie: insegnare come difendersi dalla pubblicità che in modo subdolo invita ad alimentarsi male. Le tonnellate di merendine industriali ben esposte lungo i corridoi dei supermercati sono fin troppo appetibili e reperibili per non costituire un rischio. La nostra meravigliosa dieta mediterranea cede il passo ai modernismi occidentali che ci trasformeranno, a poco a poco, nell'opulenta, problematica e nevrotica America degli States. Il diabete, si sa, è malattia metabolica, ma, prevalentemente, a carattere angiologico: in altre parole riguarda le arterie. Sì, perché è lì che si concentra il maggior danno. Da qui i più temibili rischi, per le coronarie, per gli occhi, per i reni, per gli arti inferiori, e così via. Ma quanti addetti ai lavori spendono parole sufficienti per allontanare gli ulteriori, aggravanti rischi per le arterie, primo fra tutti il fumo che, aggiungendo il rischio lo rende esponenziale? Quali campagne raggiungono i giovani, le famiglie, gli ambienti e perfino gli ospedali, per una corretta prevenzione del danno vascolare? Il diabete richiede controllo costante del peso, dei dati antropometrici, della circonferenza della vita, degli esami ematochimici più comuni. Ai nostri medici di famiglia è stato suggerito di seguire un progetto, finanziato a dovere, per la gestione ambulatoriale del soggetto affetto da diabete. Ottimamente congegnato, non c'è che dire. Ma qualcosa per evitare di arrivare ad ammalarsi?... Che so, qualche controllo di screening dei fattori di rischio, magari gratuito? O la creazione di programmi di controllo dei soggetti che geneticamente sono più predisposti, attraverso l'a-

segue a pagina 2

Solo l'interazione fra specialisti può ridurre i costi economici e sociali della malattia

di Girolamo Calsabianca - Presidente nazionale ANIO



Le infezioni ossee e il diabete hanno una non lieve incidenza nella popolazione siciliana: il diabete registra una percentuale del 6% della popolazione (dati ISTAT 2008), mentre le infezioni ossee hanno un'incidenza dal 3,5% al 4% dell'ortopedia e traumatologia regionale. Le due patologie sono accomunate da una serie di manifestazioni gravissime ed entrambe avrebbero la necessità di essere gestite attraverso processi di multidisciplinarietà medica, cosa che, purtroppo, in Sicilia non avviene. Pur dopo dieci anni di denunce, manca ancora la piena consapevolezza della gravità della situazione, anche se qualche segnale c'induce a sperare che questa tendenza s'inverta. Le conseguenze per un paziente affetto da infezione ossea sono devastanti. Senza contare che il costo medio di un trattamento in fase acuta è di circa tra 350/ 400 mila euro l'anno per ogni malato. Un costo che potrebbe essere molto ridotto per il Sistema sanitario nazionale se si attivassero percorsi diversi, facendo dialogare fra loro le pur eccellenti risorse professionali della nostra regione. Le associazioni di categoria (fra le quali l'ANIO) si sono fatte carico di sostenere a 360° il malato, ma alle istituzioni preposte spetta l'onere di istituire percorsi sanitari e sociali validi. Come detto, le infezioni ossee e articolari (complessità ortopediche, ulcere diabetiche, piede diabetico, e via dicendo), incidono sul bilancio sanitario - e, quindi, su quello della Regione Siciliana - in maniera importante; non possiamo non sottolineare quel che è sotto gli occhi di tutti e, cioè, che il costo dei DRG di fuga (prestazioni sanitarie rimborsate ad altre regioni) è vera-

mente eccessivo e questo è ben conosciuto dai nostri governanti perché i dati epidemiologici che la Regione raccoglie ed esamina sono parte integrante della programmazione. Proprio in questi giorni si è avviato un fattivo dialogo tra l'assessorato alla Salute e il Comitato scientifico dell'ANIO. Una collaborazione che mira a valutare tutte le possibili azioni da intraprendere per offrire al cittadino servizi migliori in questo settore. Da un'attenta analisi dei motivi di fuga per trattamenti fuori regione, le nostre organizzazioni hanno rilevato che molti malati si spostano solo per l'assenza di cure specialistiche erogate in Sicilia, in quanto rientranti tra i LEA (Livelli essenziali di assistenza). Questo fenomeno potrebbe essere arginato attraverso:

- l'istituzione di un apposito day service per la terapia in infusione di antibiotici di fascia H;
- l'istituzione di un apposito day service per le medicazioni specifiche provenienti da infezioni ossee, ulcere diabetiche, piede diabetico;
- l'istituzione di un reparto di diabetologia infantile. Al riguardo osserviamo che già la precedente Legislatura ne prevedeva la realizzazione presso l'azienda ospedaliera ARNAS Civico di Palermo;
- l'uniformità del trattamento di rimborso tra le ASP siciliane riguardante il DRG per le applicazioni di alcune metodiche chirurgiche che utilizzano l'applicazione di fattori di crescita, utilizzati sia per le ferite con grandi perdite di sostanza (piede diabetico, grandi ustioni, lesioni profonde dei tessuti molli) sia per le fistole da osteomielite, ulcere diabetiche e vascolari, sia nell'ortopedia protesica, come stimolatore della ricrescita ossea.

Ad oggi, queste possibilità sono fruibili

segue a pagina 2

Piede diabetico: il ruolo della baropodometria

La posturologia ha assunto un ruolo di particolare importanza. Essa sfrutta uno strumento, il baropodometro, che consente di eseguire alcune analisi che misurano l'andamento della forza peso rispetto alle varie parti del piede. L'interpretazione dei dati consente di comprendere come si muove il soggetto di studio rispetto agli indici di normalità.

SERVIZIO A PAGINA 3

L'infezione del piede diabetico

E' una condizione che minaccia l'arto inferiore e che si ritiene sia la causa immediata di amputazione del 25-50 per cento dei pazienti diabetici. E' importante operare attraverso un approccio multidisciplinare che consente di recuperare l'arto offeso senza dover ricorrere a traumatiche amputazioni.

SERVIZIO A PAGINA 4

Il piede vasculopatico e il piede neuropatico

La neuropatia è la causa principale delle ulcere del piede diabetico: è presente nel 50 per cento circa dei pazienti diabetici di tipo II che, quindi, esibiscono "un piede a rischio". La vasculopatia periferica costituisce il fattore più importante nel determinare l'esito dell'ulcera podalica. Va ricordato che le ulcere ischemiche sono meno frequenti.

SERVIZI ALLE PAGINE 5 E 6

Come rigenerare il piede diabetico

Il ricorso all'amputazione, oltre alle ovvie conseguenze sulla qualità di vita del paziente, costa al Sistema sanitario molto più della cura del piede diabetico. Una tecnica che si è sviluppata con interessanti risultati è costituita dalla cura basata su membrane cellulari di origine animale che favoriscono la rigenerazione cellulare nell'arto infetto.

SERVIZIO A PAGINA 7

nell'interno



Riceviamo e pubblichiamo questa lettera del Dott. Ernesto Valenti:

Egregio Direttore, leggo, quando posso, il Suo bel settimanale (...). Ho sempre apprezzato la chiarezza e la correttezza dei messaggi trasmessi, anche perché la conoscenza dei problemi è il primo requisito che consente al Paziente di orientarsi in un mondo sempre più difficile, specialmente nei momenti in cui si è confusi ed a volte spaventati per una malattia da curare, non sapendo a chi affidare la propria salute. Sono quindi rimasto molto sorpreso nel leggere, nel Suo articolo "E' possibile vincere contro i mulini a vento" cifre che, mi permetta di dirlo, sono (per fortuna) molto lontane dal vero. Lei afferma che ogni anno il 20% delle protesi (anca, ginocchio, spalla) impiantate hanno un esito negativo. La cifra mi ha fatto sobbalzare, perché se fosse corretta dovremmo certamente rivedere radicalmente il nostro modo di procedere. Comprendo, dalla lettura dell'articolo-intervista con l'On. Francesca Martini, che tale percentuale verrebbe citata dall'Onorevole Martini durante l'intervista e quindi da Lei riportata nel Suo articolo. Poiché non voglio minimamente mettere in dubbio la buona fede dell'informazione, mi sono chiesto come sia possibile citare una cifra così elevata e superiore al dato reale di circa 10 volte. La spiegazione che mi sono dato è che probabilmente si tratta di un refuso tipografico, avendo scritto 20 al posto di 2. Posso assicurarLe che la percentuale di fallimenti degli impianti protesici non è superiore, nei primi anni, al 2%: tutta la letteratura internazionale riporta queste cifre e, per quanto ovviamente assai più modestamente, la mia personale esperienza di chirurgo ortopedico che impianta protesi da circa 25 anni è attestata al di sotto di queste cifre. La situazione è sostanzialmente sovrapponibile in Italia e posso esserne buon testimone essendo stato fino a pochi mesi fa Presidente dell'O.T.O.D.I., società scientifica ortopedica ospedaliera che raccoglie 15 società regionali e circa 3.500 ortopedici ospedalieri italiani, avendo quindi avuto il modo di "tastare il polso" alla nostra realtà assistenziale che, sia pure con note le variabili geografiche ed a macchia di leopardo, può comunque competere tranquillamente con le migliori realtà di altre nazioni. Al primo posto, tra le cause di fallimento, proprio l'infezione e non si farà mai abbastanza per ridurre al minimo questa terribile complicanza attraverso metodiche scrupolose, tecniche chirurgiche inappuntabili, protocolli di profilassi e di trattamento certificati. Anche adottando tutte le precauzioni possibili, purtroppo, le infezioni rappresentano lo 0,3-0,5% delle complicanze (nelle migliori casistiche) e sono il cruccio costante di ogni chirurgo che effettui un numero elevato di interventi, poiché nessun chirurgo (ed il sottoscritto non fa eccezione) può onestamente dire di non avere mai avuto casi di infezione. La pregherei quindi, qualora lo ritenga opportuno, di effettuare dalle pagine del Suo settimanale una precisazione in tal senso: mi dispiacerebbe molto, infatti, che i Pazienti già sufficientemente preoccupati nel doversi sottoporre ad un intervento di chirurgia ortopedica certamente maggiore (ma che da' risultati eccellenti nella stragrande maggioranza dei casi) possano scoraggiarsi e potenzialmente rinunciare a migliorare la qualità della propria vita per un rischio (1 possibilità di fallimento su 5) che farebbe somigliare questa chirurgia ad una roulette russa - e certamente non è così. Sono ovviamente disponibile a fornirLe, se dovesse richiederla, ogni documentazione bibliografica a sostegno di quanto sopra.

Ernesto Valenti

Caro Dr. Valenti, se lei, come scrive, ci conosce bene, sa che non facciamo informazione "terroristica", ma una corretta, prudente e oculata somministrazione di fatti presentati sempre nell'ottica della prevenzione, del benessere e del rispetto del paziente, ben contrari come siamo a suscitare psicosi. Lo abbiamo fatto anche nel caso che la preoccupa. L'obiettivo, però, non è quello da lei colto, anzi. Lo confermano gli attestati di stima che ci sono pervenuti da varie associazioni scientifiche del settore.

Non c'è stato nessuno refuso. Non solo devo confermare quelle cifre (che sono fornite dal ministero della Salute e analizzate dalle competenti commissioni tecniche), ma devo dirle che siamo stati prudenti nel fornire quelle del 2008, in quanto i dati ufficiali del 2009 sono peggiori. Si tratta di una media nazionale, per cui è plausibile che in Sicilia la percentuale di infezioni da sala operatoria possa essere inferiore. Ma non lo è certamente quella da allergie. Poiché, ripeto, il nostro scopo non è né terrorizzare chi è costretto a subire interventi del genere, né demolire quanto di buono si fa nell'Isola, abbiamo giustamente e correttamente voluto avvertire i medici e i pazienti su due realtà e su due soluzioni. Le due realtà: una protesi si deve reimpiantare o a seguito di un'infezione da sala operatoria, da contatto, da reparto (e su questo non posso che concordare con lei) oppure, e pochi lo sanno, per una allergia del soggetto ai materiali di cui è rivestita la protesi, primo fra tutti il titanio, fattore che gli studiosi hanno visto essere assai diffuso. Le due soluzioni: l'Anio ha messo a punto un protocollo da applicare nelle sale operatorie per prevenire le infezioni, protocollo che è stato adottato dal ministero e dalla Regione; sempre l'Anio ha messo a punto con istituti specializzati il test dell'allergia al titanio, al quale tutti dovrebbero sottoporsi prima di subire l'intervento, mentre con alcune case è stato raggiunto l'accordo per produrre protesi anallergiche rivestite, ad esempio, d'argento.

Dunque, abbiamo spiegato perché certe cose possono avvenire, e abbiamo indicato le soluzioni per ridurre un fenomeno che crea pesanti disagi e costi sociali. Del resto, caro Dr. Valenti, non ci siamo inventati nulla. In Italia già si fa ciò che abbiamo raccontato. Speriamo, col nostro piccolo contributo, di spingere gli eccellenti chirurghi di cui disponiamo e i centri di riferimento per la chirurgia ortopedica ad adeguarsi a queste evidenti novità, nell'interesse della salute dei pazienti.

Michele Guccione

segue da pagina 1

Prevenire il diabete

nalisi delle mappe multifattoriali?... E, una volta individuati coloro che potenzialmente sono più esposti, cadenzare una visita, anche ogni due-tre anni, per accertarsi che il livello educativo sia adeguato?... Una corretta prevenzione dovrebbe partire ed arrivare a tavola. Non si può stare con gli occhi bene aperti quando si è alla guida, quando si cammina, quando si sta con gli altri, quando si fa sport o si gioca, e al momento di mangiare chiuderli irrimediabilmente per soddisfare il palato e la gola senza pensare alle conseguenze. Una disciplina è indispensabile. Mangiare bene, mangiare bene e poco, mangiare bene poco e sano. Noi non siamo bidoni della spazzatura. Siamo contenitori preziosi e, a tavola, dobbiamo soddisfare tutti i sensi, non solo il gusto. Auspichiamo che tutto questo sia il contenuto di campagne sociali serie, organizzate, intelligenti.

Solo la cooperazione può ridurre i costi economici

solo in alcune ASP o presso qualche struttura ospedaliera regionale particolarmente attrezzata e che ha al suo interno un centro trasfusione.

Ma non è tutto. Un altro problema riguarda la fornitura dei presidi: ancora oggi in Sicilia vige la circolare assessoriale n. 469 del 19 gennaio 1989 che prevede 25 striscette al mese per il tipo 1 e 25 striscette ogni due mesi per il tipo 2. Le linee guida SID e AMD prevedono per un buon compenso metabolico, almeno 4 determinazioni al giorno e, quindi, 120 striscette al mese, come, del resto, avviene nel resto d'Italia. Per quanto riguarda diabetici portatori di microinfusori, invece, le determinazioni passano a 6 - 7 al giorno.

In quest'ultimo periodo si parla di una gara d'appalto per la distribuzione porta a porta di questi presidi. Questo tipo di distribuzione (definita "diretta"), di fatto, non consente al paziente diabetico la possibilità di rifornirsi dei presidi presso la farmacia di fiducia, dove, cioè, ha la possibilità di essere sempre assistito da un professionista della salute in grado di offrirgli eventuali consigli e di aiutarlo nella gestione di una patologia diffusa e complessa e che diventa sempre più difficile da gestire negli anni. Questa scelta, se, da un lato consente di abbassare i costi complessivi per il Sistema (perché taglia fuori le farmacie a favore dei grandi distributori), dall'altro, azzerà le possibilità di scelta del paziente.

Tra i malati d'infezione ossea ed articolare troviamo il soggetto con fratture ossee dovute ad incidenti stradali, il malato di HIV causato da deficienze immunitarie, l'infortunato che ha riportato gravi traumi sul lavoro, lo sfortunato che l'ha contratta in sala operatoria, il soggetto allergico ai metalli (nichel, titanio) e il diabetico. Non è da escludere un'ulteriore e non ancora stimata percentuale di soggetti extra-comunitari che, ad oggi (sulla base di quanto rilevato dalle società scientifiche), sono in aumento, in quanto provenienti da abitudini alimentari e sociali che li portano, spesso, a contrarre il diabete. Purtroppo, come più volte sottolineato, il malato di diabete finisce per contrarre un'infezione ossea per l'assenza di percorsi terapeutici e di prevenzione o d'interdisciplinarietà tra le specialità chirurgiche e mediche nell'ambito della stessa struttura.

Oggi sembra che qualcosa stia cambiando, grazie al costruttivo dialogo instaurato tra Assessorato della Salute, ANIO e FAND SICILIA. Un fatto che sembra evidenziare la diversa attenzione che il fronte istituzionale sta mostrando verso le organizzazioni del terzo settore che offrono da sempre un fattivo e spesso ignorato contributo gratuito ai gravi problemi che affliggono decine di migliaia di cittadini, con risultati importanti, sia sotto il profilo della salute pubblica, sia sotto quello del costo a carico della comunità.



direttore responsabile

Michele Guccione

direttore editoriale

Girolamo Calsabianca

Direttore scientifico generale

Vito Milisenna

Progetto editoriale

Girolamo Calsabianca

Progetto grafico

Sergio Fabra

hanno collaborato a questo numero

Domenico Arcoria

Erminia Bentivegna

Giuseppe Cicero

Dario Sajevo

Diego Fabra

Maurizio Finocchiaro

Francesco Sanfilippo

grafica

Andrea Ganci

stampa

Tipografia Sprint s.a.s.

via Telesino 18 - Palermo

tel. 091405411

amministrazione@tipografiasprint.it

www.tipografiasprint.it

A.N.I.O. - Onlus

sede leg.: via Altofonte Malpasso 453/R

sede oper.: via Ninni Cassarà 2 - Palermo

tel. 091514040

info@anio.it - www.anio.it

Associazione Nell'attesa

via Vaccarini 36 - Palermo

tel. 0916255846 - 0919760831

redazione@nellattesa.it - www.nellattesa.it

Il settimanale "nell'attesa..." è registrato

presso il Tribunale di Palermo al n° 11 del

29 maggio 2006

Questo numero è stato chiuso in tipografia

il 21/7/2010 e stampato in 25.000 copie

Gli articoli firmati riflettono esclusivamente

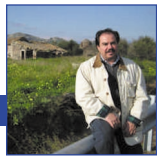
l'opinione degli autori.

E' consentita la riproduzione anche parzia-

le citandone la fonte.



La baropodometria riduce del 60% le amputazioni



Il baropodometro è composto da una pedana alla quale sono applicati dei sensori collegati ad un computer. Serve a misurare l'andamento della forza peso rispetto alle varie parti del piede

di Domenico Arcoria - Direttore Sanitario Diabetologico A e C. s.a.s. di Paternò - arcoria@tiscalinet.it

Oggi, la gestione del piede diabetico assume un ruolo importante in termini clinici, economici e sociali. L'esigenza di un'organizzazione, "Team dedicato", atta ad affrontare sia le cure, sia la complessità della morbidità, oltre alle complicanze che spesso portano all'amputazione degli arti, è un'esigenza oramai innegabile. Realizzare un modello di gestione integrata del diabete e delle sue complicanze è un importante obiettivo che ogni centro specialistico deve raggiungere attraverso l'adozione di protocolli diagnostici condivisi. Il ruolo del podologo, nei confronti del paziente diabetico, all'interno di un'equipe multidisciplinare è di assoluta importanza. La risultante di patologie che concorrono fra loro, come neuropatia, infezione e arteriopatia in un soggetto diabetico, fa sì che possa determinare un danno periferico che, di fatto, si traduce nella condizione di "piede diabetico". L'infezione è una delle complicanze più frequenti del piede, essa tende ad interrompere il normale processo di guarigione, seppur rara, nelle ulcere di I e II stadio (a spessore parziale) e più comune nelle ulcere di III e IV stadio (a spessore totale). Il trattamento standard prevede, innanzitutto, la correzione del meccanismo patogenetico, la valutazione ed eventuale correzione dello stato di vascolarizzazione, la rimozione dei tessuti necrotici e bonifica dell'infezione. Pertanto, la valutazione dell'infezione è di estrema importanza e per far ciò occorre eseguire un esame colturale su tamponi o prelievi di tessuto, studiare le caratteristiche dell'essudato, verificare l'eventuale edema ed eritema dei tessuti perilesionali, eseguire l'esplorazione dei recessi, evitare scompensi glicemici. Oggi si parla tanto di medicazioni avanzate, medicazioni standard, fattori di crescita, gel piastriatici, cute ingegnerizzata, ma qual'è la scelta terapeutica giusta? Occorre precisare che per le ulcere cutanee croniche non esiste una medicazione ideale per tutte le lesioni, così come una singola medicazione non è efficace con la stessa intensità, nelle varie fasi del processo di riparazione tissutale. L'ambiente più favorevole

per la riparazione delle lesioni, in cui risulti esposto il tessuto connettivo, è l'ambiente umido. Peraltro, si determina una migrazione più rapida delle cellule dai bordi verso il letto della ferita e una neoangiogenesi più rapida (formazione di nuovi vasi sanguigni) e attivazione dei fibroblasti con rilascio di collagene. Negli anni '70 si parlava di medicazioni attraverso materiali di copertura con caratteristiche di biocompatibilità: qualità che s'identifica nell'interazione di un materiale con un tessuto e nell'evocazione di una risposta specifica, realizzando un ambiente umido nell'interfaccia tra lesione e medicazione. In un recente passato, grande riscontro si è avuto dall'utilizzo dell'acido ialuronico sotto diverse forme e applicazioni, che regolerebbe l'idratazione tissutale, permettendo il distacco temporaneo delle cellule dalla matrice, facilitando i processi di migrazione e divisione cellulare. Inoltre, creerebbe una matrice in cui l'acqua e piccoli soluti verrebbero trattenuti. Con la sua viscosità ostacolerebbe la penetrazione di virus e batteri. Il processo di prevenzione passa attraverso un'accurata diagnosi del quadro vascolare, un buon controllo dell'infezione, l'esecuzione di medicazioni chirurgiche e, soprattutto, la correzione della postura per la prevenzione delle lesioni trofiche. La posturologia ha, infatti, assunto un ruolo di particolare importanza. Essa sfrutta uno strumento, il baropodometro, una macchina composta da una pedana alla quale sono applicati dei sensori collegati ad un sistema computerizzato. La Baropodometria è un tipo di analisi che misura l'andamento della forza peso rispetto alle varie parti del piede. Vengono misurate, infatti, le reazioni a terra in stazione eretta e in deambulazione. La corretta interpretazione dei dati forniti dall'esame baropodometrico consente di comprendere come si muove il soggetto di studio rispetto agli indici di normalità. Attraverso la baropodometria computerizzata viene effettuata la misurazione delle pressioni esercitate al suolo sia a piede nudo, sia con calzature (anche con plantari), da fermo (esame statico). L'aspetto più innovativo, ovvero la possibilità di rilevare i dati del

piede durante il normale svolgimento del passo, è l'esame dinamico. Esiste la possibilità di confrontare tra loro esami realizzati in tempi differenti. Un'indagine eseguita con un baropodometro computerizzato ci permetterà di valutare in dinamica il rapporto tra il tempo e la forza che agisce in una ben determinata area plantare. Altro trattamento è quello ortesiologico che permette di evitare i conflitti tra il piede e la calzatura. Può essere plantare o di silicone. Quella plantare viene prodotta con schiume di poliuretano di diversa densità che permette di proteggere da eccessive pressioni in determinate aree plantari. Viene rivestita con materiali ipoallergenici testati. È importante che il paziente segua alcune norme essenziali, come ispezionare e lavare ogni giorno i piedi, controllare la temperatura dell'acqua col gomito o col termometro, asciugare bene, ma delicatamente (eventualmente con phon), usare calze che non stringano e cambiarle ogni giorno, idratare il piede - se secco - con creme specifiche, non usare callifughi o strumenti taglienti per le callosità, tagliare le unghie con forbici a punte smussate, arrotondare con lima di cartone, non camminare a piedi scalzi, non usare fonti di calore dirette (borse d'acqua calda, calorifero, camino, ecc...), usare scarpe comode con punta rotonda e tacco non superiore a 4 cm, quando si calzano scarpe nuove, controllare il piede dopo pochi minuti di cammino. Diversi studi clinici ampiamente validati hanno dimostrato che un team dedicato possa essere un'arma molto efficace nel ridimensionare danni causati da complicanze. Il follow up, eseguito periodicamente da ogni membro del team "piede diabetico" sui pazienti afferenti ai centri di cui ne dispongono, dimostra la possibilità di riduzione delle amputazioni fino ad un 60%. Sarebbe, pertanto auspicabile che ogni centro di riferimento specialistico fosse impreziosito da tutti quegli elementi professionali essenziali per la prevenzione, gestione e cura di tale patologia che, a fronte di un grande impatto clinico, sociale ed economico, ha significativi margini di miglioramento e potenzialità di sviluppo terapeutico.

Il diabete è molto diffuso in tutti i Paesi del mondo e costituisce una delle più rilevanti e costose malattie sociali a causa delle complicazioni invalidanti che ne discendono. Non per nulla, una delle complicanze più temute è il cosiddetto piede diabetico, termine che racchiude diversi tipi di degenerazione neuropatica o vasculopatica dell'organo. Tali degenerazioni, possono favorire l'insorgere d'infezioni ossee nei pazienti, aggiungendo ulteriori e serie difficoltà. Secondo l'International Diabetes Federation (IDF), nei prossimi venticinque anni il diabete crescerà almeno del 50 per cento, coinvolgendo 380 milioni di persone nel mondo. In Italia, il diabete interessa circa il 4,5 per cento della popolazione (tre milioni di

FAND: l'associazione che lotta contro il diabete



di Francesco Sanfilippo - sanfilippofran@tiscali.it

italiani e almeno altri tre milioni ne sono affetti senza saperlo). Dal 1997 a oggi, i pazienti affetti da diabete di tipo 2 (non insulinodipendente) sono passati dal 2,7 per cento al 4,1 per cento. Si tratta di una forma di diabete molto diffusa visto che interessa il 92,1 per cento dei malati di diabete. Per proteggere e difendere i pazienti in modo adeguato, un medico che operava a Milano, Roberto Lombardi, decise di creare un'associazione a caratte-

re nazionale. Così è nata la FAND (Associazione Italiana Diabetici), fondata nel 1982 ed eretta a Ente Morale con D. M. del 20/9/1993, nonché medaglia d'oro nel 1992. Si tratta di un'istituzione di volontariato alla quale aderiscono attualmente centodieci associazioni locali. Di alcune di esse, la FAND ha raccolto la pesante eredità - fatta di rassegnazione su problematiche mai risolte, - conferendo loro prestigio, dignità e un consistente peso politico. Infatti,

la FAND si è trovata ad affrontare negli anni il disinteresse di una classe politica che, spesso, non percepisce la pericolosità del diabete (anche se i suoi costi sociali ed economici sono notevoli), in particolare nel Sud Italia dove le strutture assistenziali sono inadeguate. Subito dopo la sua istituzione, la FAND si è attivata con un proprio testo per far riconoscere dallo Stato una legge che tutelasse i diritti dei cittadini diabetici. Dopo un iter di cinque anni, nel marzo 1987, è stata approvata la legge 115, "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito". È stata una conquista civile e giuridica che ci è invidiata dalle legislazioni di tutto il mondo. Per

L'infezione del piede diabetico, vera minaccia dell'arto



E' importante operare attraverso un approccio multidisciplinare che preveda la cura della lesione, un adeguato apporto vascolare, il controllo metabolico e la riduzione della pressione plantare

di Giuseppe Cicero - Presidente Nazionale del GISTIO - Chirurgia Settica Osp. Maria Adelaide Torino - cicerogiuseppe@virgilio.it

Linfezione del piede diabetico è una condizione che minaccia l'arto inferiore e che si ritiene sia la causa immediata di amputazione del 25-50% dei pazienti diabetici. Questa situazione clinica chiede, pertanto, di essere trattata con una terapia antibiotica empirica ed in maniera aggressiva, anche perché, spesso, i segni ed i sintomi d'infezione nei pazienti diabetici con ulcere del piede possono essere scarsi.

Un'infezione superficiale è, abitualmente, causata da batteri gram-positivi, mentre le infezioni profonde sono spesso polimicrobiche e possono coinvolgere batteri gram-negativi e anaerobi.

Nell'infezione acuta profonda del piede è spesso fondamentale attuare uno sbrigliamento chirurgico del tessuto infetto.

Un approccio multidisciplinare che contempli gli aspetti sovra citati, una cura meticolosa della lesione, un adeguato apporto vascolare, il controllo metabolico e la riduzione del carico della pressione plantare sono essenziali nel trattamento dell'infezione del piede diabetico.

Il piede diabetico è una "condizione d'infezione", ulcerazione e/o distruzione di tessuti profondi. Distinguiamo forme neuropatiche, ischemiche o infette, con quadri caratterizzati da ampia sovrapposizione delle singole componenti. Per il suo trattamento è necessario un approccio multidisciplinare, possibilmente con competenze specifiche.

La complicità di maggiore rilevanza nel piede diabetico è l'amputazione maggiore; lo scopo principale del trattamento è di ridurre il rischio di amputazioni. Circa l'85% delle amputazioni nel piede diabetico è preceduto da ulcerazione. L'unica condizione che, da sola, possa condurre ad amputazione è l'ischemia ma la

principale causa di amputazione è l'infezione che può presentarsi con quadri diversi in funzione della neuropatia e della vasculopatia sottostanti.

L'anatomia del piede rende ragione della tendenza delle infezioni profonde ad avere una scarsa diffusione trasversale e favorisce, invece, la propagazione verso i distretti prossimali. La comorbilità nei pazienti con piede comporta un aumento del rischio chirurgico e anestesiológico e, ad esclusione delle condizioni d'urgenza, impone prima dell'intervento l'accertamento e la correzione dell'ischemia dell'arto, il trattamento degli associati fattori di rischio (ad esempio, quelli cardiologici) e il compenso metabolico.

Il piede diabetico comporta modificazioni anatomiche e funzionali anche in presenza d'integrità anatomica, per cui la finalità della chirurgia è di mantenere e restituire una buona funzione: piede plantigrado con superficie plantare di buona qualità e, quando necessario, correzione delle deformità a rischio che sono causa di conflitti e sovraccarichi. Possiamo distinguere le infezioni del piede diabetico in: a rischio di

exitus, a rischio di perdita dell'arto e non a rischio di perdita dell'arto. Le procedure chirurgiche possono essere distinte in urgenti, demolitive e conservative, queste ultime correttive o ricostruttive.

La neuropatia di Charcot colpisce gli individui di tutte le età dopo 12 anni di malattia diabetica (Fryberg, 1987). Le articolazioni più colpite sono le tarso-metatarsiche (60%), le metatarso-falangee (31%) e il collo del piede (9%). Il trauma determina una distorsione articolare che il paziente non avverte; egli continuando a camminare sottopone ad ulteriore stiramento capsula e legamenti. L'instabilità articolare aumenta e le superfici articolari urtano contro l'osso adiacente. Si verifica fibrillazione cartilaginea, frammentazione osteocondrale e, anche, fratture ossee. La distruzione osteoarticolare comporta una risposta infiammatoria con iperemia ed edema; l'osso diventa osteoporotico. Ulteriori traumi aggravano la disintegrazione e la dislocazione delle articolazioni. Il processo distruttivo diventa cronico e si determina un vero circolo vizioso, secondo questo schema:

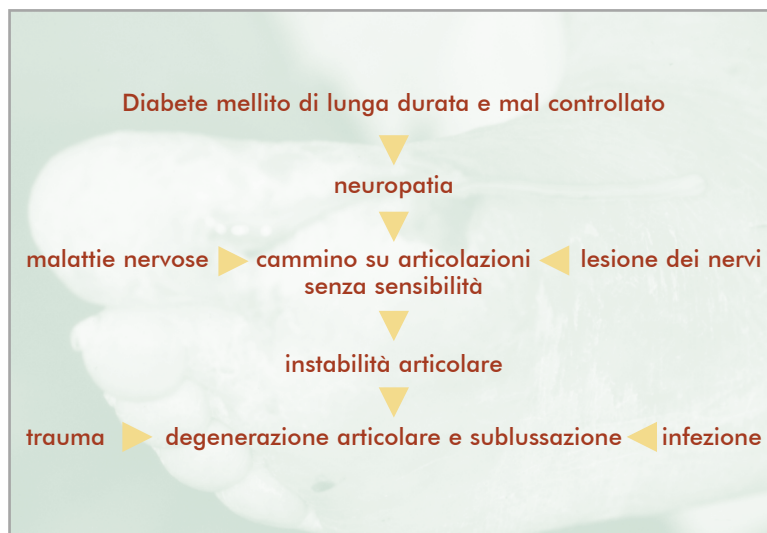
Clinicamente, il paziente si presenta con un piede deformato e riferisce un trauma locale avvenuto qualche settimana prima. L'esame obiettivo rivela la presenza di edema infiammatorio e, addirittura, la relativa eseguita assenza di dolore. L'articolazione colpita è sublussata. I polsi arteriosi sono presenti ed esistono i sintomi della neuropatia periferica (anestesia, areflessia, anidiosi, ecc...). Talvolta, è presente un'ulcera perforante plantare.

Nella neuroartropatia diabetica si distinguono una fase attiva di sublussazione e distruzione articolare ed una fase di ricostruzione osteoarticolare. Il quadro radiologico è caratteristico.

In presenza di un'infezione a rischio di exitus o di perdita dell'arto sono necessari interventi di urgenza, con immediato sbrigliamento ed eliminazione di tutto il tessuto necrotico e dell'osso infetto, senza necessariamente ricercare subito la copertura cutanea. Le procedure demolitive vengono eseguite in caso di ulcerazioni croniche, necrosi e gangrena.

Il livello di amputazione va accuratamente valutato in funzione sia delle possibilità ortesiche o protesiche che offre il moncone residuo, sia della sua stabilità. Procedure ricostruttive possono rendersi necessarie in casi particolari e selezionati, soprattutto per correggere perdite cutanee, in particolare della superficie plantare.

Procedure correttive possono essere eseguite nel piede neuropatico, nel quale i sovraccarichi in un piede insensibile comportano rischio di ulcerazione e di infezione: in casi selezionati, in presenza di deformità strutturale e, se un trattamento ortesico appropriato è risultato inefficiente, va valutata l'opportunità di interventi di "correzione funzionale", sia in presenza di ulcerazione che di cute integra.



BASTA con i viaggi della speranza...!

...Abbiamo accorciato le distanze i costi e i disagi...

da Settembre grazie ad un accordo tra l'ANIO e la IBL banca, i medici specialisti per le infezioni osteo articolari provenienti dal centro nazionale di riferimento Istituto Codivilla Putti li trovi al CTO – Villa Sofia Palermo

Chiama il numero verde gratuito: 800 688 400 - www.anio.it - info@anio.it

Il piede vasculopatico, complicanza cronica del diabete



Un'ulcera infetta può provocare danni tali da mettere a repentaglio non solo il salvataggio dell'arto, ma la vita stessa del paziente. Sono, quindi, importanti la tempestività e l'adeguatezza delle cure

di Maurizio Finocchiaro - Dirigente Medico U. O. C. Chirurgia Vascolare Osp. Villa Sofia -Cervello

Il piede diabetico assume oggi un ruolo sempre più rilevante, essendo responsabile del maggior numero dei ricoveri ospedalieri per i diabetici e degli enormi costi per la sua gestione. Un'ulcera del piede in un paziente diabetico può rappresentare un rischio per il pericolo di sviluppare condizioni gravi tali da minacciare, in ultimo, l'amputazione del piede stesso. Basti pensare che, secondo l'OMS, circa il 15% dei diabetici andrà incontro nella sua vita ad un'ulcera del piede che richiederà cure mediche. Inoltre, nei diabetici sono eseguite più del 50% di tutte le amputazioni maggiori, cioè sopra la caviglia. Nell'84% dei casi l'amputazione è effettuata in conseguenza di un'ulcera del piede che si aggrava.

Quando si parla di piede diabetico? Con questa definizione si comprende un insieme di quadri patologici che hanno in comune la compromissione della funzione o della struttura del piede. Possiamo, quindi, parlare di piede diabetico neuropatico, ischemico ed infetto. Il piede diabetico neuropatico si ha quando si verifica un'alterazione sia a carico dei nervi sensitivi, sia dei nervi motori, ma, anche, di quelli vegetativi. Un aspetto particolare del piede diabetico neuropatico è il cosiddetto piede di Charcot. È un'infezione molto grave che si accompagna sempre alla presenza di neuropatia diabetica. Se ignorata e non curata fin dall'inizio, tale infezione porta a deformità tali da procurare ulcere non guaribili e, alla fine, all'amputazione dell'arto. Il piede ischemico, al contrario, è caratterizzato da una condizione di arteriopatia ostruttiva periferica. In questo quadro morboso, si possono verificare diverse condizioni patologiche che, intersecandosi tra loro, possono determinare quadri clinici ancora più complessi.

Il piede diabetico infetto è, senza dubbio, la condizione più grave. Un'ulcera infetta può provocare danni tali da mettere a repentaglio non solo il salvataggio d'arto, ma la vita stessa del paziente. L'infezione s'instaura, nella maggior parte dei casi, su un'ulcera aperta da



molto tempo e non adeguatamente curata. E' possibile, sulla base delle caratteristiche di gravità, distinguere due tipi di lesioni infette: il piede diabetico acuto e il piede diabetico cronico. E' importante rilevare che, di fronte ad un paziente con piede "acuto", la rapidità d'intervento è la discriminante per salvare sia il piede, sia il paziente. Da un punto di vista puramente clinico, le condizioni che vanno sotto il nome di "piede diabetico acuto" e che necessitano di un intervento chirurgico urgente, sono tre: l'ascesso e il flemmone, la fascite necrotizzante e la gangrena umida o gassosa.

Un riferimento speciale merita l'osteomielite, un'ulteriore complicazione di un piede diabetico infetto. È un'infezione che si instaura sia per contiguità da un focolaio di infezione di un'ulcera, sia per l'esposizione dei segmenti ossei nelle lesioni più gravi. Il problema principale dell'osteomielite è scegliere tra una terapia antibiotica prolungata o una terapia chirurgica

(scelta terapeutica). Le opinioni sulla terapia più efficace nei riguardi dell'osteomielite non sono del tutto concordi, anche se la letteratura indica la chirurgia come la soluzione più efficace per eliminare l'infezione.

La nostra U.O.C. di Chirurgia vascolare dell'Azienda Ospedaliera "Villa Sofia - Cervello" di Palermo, fin dalla sua istituzione (avvenuta nel 1994), si è occupata di piede diabetico, acquisendo una conoscenza sempre più approfondita del problema. Nello specifico, il reparto si occupa del piede diabetico da un punto di vista chirurgico. I pazienti che afferiscono all'ambulatorio per una lesione della cute sono, innanzitutto, sottoposti ad un controllo "vascolare" e ad una valutazione clinica della lesione. Quindi, si esegue sempre una pulizia chirurgica (debridement) della lesione, secondo un protocollo di preparazione della parte lesa (principi della "wound bed preparation"). Si utilizzano di routine, a questo proposito, le medicazioni avanzate e, non ultima, la pelle sintetica (sostituti dermici), per la cura di quelle lesioni che fanno perdere liquidi e che non riescono a rimarginarsi. Nel caso il paziente sia un vasculopatico grave e che richieda un intervento chirurgico per essere rivascolarizzato, sulla base del suo quadro clinico, si decide se ricorrere a un intervento con procedura endovascolare - quindi, agendo dall'interno delle arterie - o con la chirurgia tradizionale. Nell'esperienza conseguita presso l'Unità Operativa, si sono ottenuti risultati soddisfacenti con entrambe le procedure. Si ritiene, però, che, nel caso di lesioni cutanee gravi e di patologie importanti che colpiscono le arterie principali della gamba, le possibilità di successo siano maggiori con un by pass femoro-distale (by pass che, partendo dall'arteria femorale, arriva su uno dei vasi di gamba vicino alla caviglia) rispetto a un tentativo di ricanalizzazione dei vasi della gamba. È chiaro che molto dipende dall'esperienza degli operatori e che, comunque, il buon senso e l'esperienza devono sempre guidare nel porre l'indicazione corretta.

segue da pagina 3

FAND, l'associazione che lotta contro il diabete - di Francesco Sanfilippo

opera del suo Presidente, Roberto Lombardi, la legge è stata inserita nel Piano Sanitario Nazionale.

Questa legge presenta molti aspetti innovativi, tra i quali l'esigenza di attivare un centro pediatrico diabetologico per regione e la necessità di dotare i pazienti di ausili adeguati per garantire un efficace autocontrollo del diabete. Infatti, lo spirito di questa legge prevede che tutti gli attori socio-sanitari coinvolti (associazioni, medici, infermieri, ecc) collaborino insieme con pari dignità, ognuno nel suo ruolo, per salvaguardare la vita del paziente e affida alle Regioni il compito di organizzare un'adeguata informazione

atta a contrastare il diffondersi della patologia.

Nel corso dei suoi quasi vent'anni di vita, la FAND ha riportato non pochi successi, come l'esenzione dal ticket per tutti i farmaci e per tutti i presidi diagnostico-terapeutici a carico dei diabetici.

Dal 1992, grazie alla FAND, i diabetici hanno il diritto di essere assistiti da uno specialista diabetologo in commissione. Ora è previsto gratuitamente e obbligatoriamente per le patenti C-D-E.

Infine, con l'atto d'intesa tra Stato e Regioni, è stato approvato il Piano Sanitario Nazionale, relativo al triennio 1994-1996, in cui è stata inserita la Legge 115/87 che consente di superare le difficoltà

legate al mancato rifinanziamento della legge 115.

La FAND finalizza, oggi, il suo servizio come azione di supporto alle strutture socio-sanitarie nell'ambito delle indicazioni e dei limiti previsti dalla Legge 115/87. I suoi scopi fondamentali restano quelli di rappresentare e di tutelare nella sanità, nella morale, nell'assistenza giuridica e sociale tutti i cittadini affetti da diabete.

Essa promuove una corretta immagine del paziente diabetico, fornisce un servizio di consulenza telefonica gratuita, la linea-Verde Pronto FAND (il cui numero di telefono è 800/820.082, sito web www.fand.it), fornisce un servizio di assistenza legale gratuita a tutti

i diabetici e alle associazioni locali e favorisce l'educazione sanitaria attraverso corsi diretti ai diabetici e ai loro familiari.

La scarsa informazione sulla patologia e sulle complicanze ad essa correlate, infatti, rendono il diabete un avversario temibile e, senza una adeguata informazione e preparazione dei pazienti, ogni tentativo di contrastarlo si rivela vano.

Eppure, la legge 115/87 non è stata più rifinanziata e i centri di diabetologia, sia per adulti sia pediatrici, assistono impotenti ad una costante riduzione di medici e strutture, a tal punto da non garantire un'efficace assistenza ai pazienti.



La neuropatia è la causa principale delle ulcere



Il miglior approccio per prevenire le amputazioni alle estremità inferiori è lo screening annuale, al fine d'identificare il soggetto ad alto rischio, educarlo e avviarlo ad un centro di secondo livello

di Dario Sajevo - Direttore U.O.C. Chir. Plast. Ricostr. & Maxillo-Facciale Osp. Villa Sofia - Cervello - dariosajevo@tiscali.it

Esiste nella popolazione diabetica un'insufficiente conoscenza dei meccanismi fisiopatogenetici attraverso cui si afferma quella sofferenza d'organo conosciuta come "piede diabetico"; Tutti i diabetici sono preoccupati dalle sofferenze e dal lungo decorso imposti da un'ulcera al piede e, ovviamente terrorizzati, dalla prospettiva di un'amputazione. Pochi, però, si chiedono come e perché si arrivi a tali sfavorevoli eventi e se lo stile di vita (educazione alimentare a parte) può contribuire ad intercettare o precipitare le causalità patogenetiche ad essi connesse.

In termini introduttivi, c'è un altro aspetto che va chiarito: l'intervento ricostruttivo corregge, quando può, il danno prodotto, ma non l'intero sfavorevole scenario da cui esso scaturisce. L'intervento va, dunque, finalizzato attraverso l'adozione di misure fisiche e di abitudini comportamentali coerenti con il problema di fondo affinché si possa scongiurare il rischio di una recidiva anche sul piede ricostruito. La disponibilità, la volontà del paziente ad adottare per sempre un diverso stile di vita è, in tale ambito (così come in altre patologie croniche), fondamentale.

La prevenzione primaria e secondaria è, dunque, nei diabetici un processo senza fine e non può prescindere da una consa-

pevolezza piena sulla patologia d'organo che li affligge, di cosa l'abbia prodotta, di cosa possa alimentarla, aggravarla e dello scenario che per essa si disegna in assenza di adeguate misure proattive e reattive. Per costruire una consapevole relazione tra un paziente e la sua malattia - fruibile vantaggiosamente ai fini terapeutici - è necessario, quindi, informarlo, educarlo sulle potenzialità soggettive di partecipazione al programma di cura, rendendo parte attiva in questo percorso.

Ma cosa s'intende per "piede diabetico"?

Il piede diabetico è definito (secondo criteri stabiliti dall'OMS) come "una condizione d'infezione, ulcerazione e/o distruzione di tessuti profondi associati ad anomalie neurologiche e a vari gradi di vasculopatia periferica degli arti inferiori".

La neuropatia (sensitiva, motoria e vegetativa) è indubbiamente la causa principale delle ulcere del piede diabetico; per capire l'importanza di quest'assunto basterà ricordare che una neuropatia significativa è presente nel 50 per cento circa dei pazienti diabetici di tipo II che, quindi, esibiscono "un piede a rischio" (piede neuropatico).

La vasculopatia periferica costituisce, invece, il fattore più importante nel determinare l'esito dell'ulcera podalica, ma è corretto affermare che, oltre alle

lesioni esclusivamente neuropatiche (54 per cento), esistono meno frequenti ulcere esclusivamente ischemiche (circa il 10 per cento) ed un gruppo misto di ulcere neuroischemiche (circa il 34 per cento) che affliggono soprattutto i soggetti in età avanzata.

I due quadri, definiti anche come piede neuropatico e piede ischemico, sono profondamente diversi tra loro. Nella neuropatia periferica diabetica sono colpite tutte le fibre (sensitive, motorie e vegetative). La neuropatia sensitiva è accompagnata dalla perdita della sensibilità al dolore, della percezione della pressione, della temperatura e degli stimoli propriocettivi. A causa di tali minuscoli stimoli dannosi o traumi sono percepiti meno chiaramente, o non sono avvertiti del tutto. È generalmente accettato il fatto che la neuropatia motoria imponga atrofia e debolezza dei muscoli intrinseci del piede, il cui esito sono deformità nella flessione delle dita, prominentezza delle teste metatarsali, appiattimento della volta plantare, o accentuato cavismo del piede. Tutto questo porta ad una deformazione della pianta del piede - che vede ridotta la superficie d'appoggio - e ad anomalie della deambulazione. I fattori biomeccanici giocano un ruolo importante nell'eziologia della maggior parte delle ulcere del piede: le deformità acquisite comporteranno,

infatti, la comparsa di aree di maggior carico, per esempio, sotto le dita, e ciò accresce o precipita l'operatività morbigena degli altri fattori concausali.

La neuropatia periferica, i microtraumi del piede e le deformità dominano, quindi, la patogenesi della maggior parte delle ulcere podaliche nel paziente diabetico. Un grave rischio di complicazione, in presenza di una ulcera aperta, è, infatti, la probabile insorgenza di un'infezione che costituisce, spesso, la vera causa che ne determina l'amputazione. Il paziente dev'essere consapevole che esistono diverse, ma non infinite, possibilità ricostruttive e che l'atto chirurgico davvero utile, razionale va, comunque, concepito all'interno di una gestione complessa multidisciplinare ed interattiva, fondata sui principi della prevenzione primaria e secondaria. Il miglior approccio per prevenire le ulcere e le amputazioni alle estremità inferiori è lo screening annuale dei pazienti, al fine di identificare i soggetti ad alto rischio, educarli ed avviarli ad un centro di secondo livello per la cura del piede diabetico. Nei pazienti diabetici che presentano un elevato rischio di ulcerazioni agli arti inferiori, un programma di cura per il piede diabetico che si occupi di educare, fornirne assistenza podologica e calzature di prevenzione, riduce il rischio di amputazione.

INAP
LAZIO CAMPANIA SICILIA

PRIMO CENTRO IN ITALIA DAL 1973 SPECIALIZZATO NELLE PRATICHE PER IL RICONOSCIMENTO DI
INVALIDITA' CIVILE - INPS - INAIL

- PRESENTAZIONE DOMANDE AMMINISTRATIVE
- ASSEGNO DI INVALIDITA' (74%)
- PENSIONE DI INABILITA' (100%)
- INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
- INDENNIZZO PERIODI DI CHEMIOTERAPIA
- PRATICHE PER MINORI, CIECHI CIVILI E AUDIOLESI
- BENEFICI ASSIST. PER I PORTATORI DI HANDICAP (L.104)
- PENSIONE DI INABILITA' AL LAVORO (INPS - INPDAP)
- ASS.ORDINARIO DI INVALIDITA' (INPS)
- RICORSI AMMINISTRATIVI E GIUDIZIARI
- RICOSTITUZIONE PENSIONE (RISCHIO AMIANTO)
- RECUPERO VECCHIE PRATICHE INEVASE O RESPINTE
- ASSISTENZA DOMICILIARE MEDICA E LEGALE
- IN CASO DI INTRASPORTABILITA' DELL'ASSISTITO
- INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI (INAIL)
- CONSULENZA MEDICA IN SEDE
- RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA' SUCCESSIVA AL DECESSO CON RECUPERO DEGLI ARRETRATI

MEDICO IN SEDE PER LA COMPILAZIONE DEI CERTIFICATI (GRATUITO)

PER MAGGIORI INFORMAZIONI TELEFONA AL NUMERO VERDE O VISITA IL SITO
WWW.INAP.IT

PALERMO - VIA ROMA 489 (90139)
Tel. 091 322624 - Cel. 346 0424837

Numero Verde - Sicilia
800 134 851
Lunedì - Venerdì 9.30-13.00 / 15.00-18.00

NESSUNA SPESA DI TESSERAMENTO

TEMPI ESTREMAMENTE RIDOTTI

CONSULENZA ED ASSISTENZA AMMINISTRATIVA E GIUDIZIARIA TOTALMENTE GRATUITA

Sostieni A.N.I.O. Onlus

Puoi Donare tramite
C/C postale: 21641931
IBAN: IT 57 F 07601 04600 000021641931
intestato ad A.N.I.O. Onlus

5 per mille

La tua firma può darci una mano

Devolvendo il tuo **5 per 1000**
inserendo il codice fiscale:
97165330826 sul CUD/730/UNICO

Agevolazioni Fiscali
per chi dona ad una Onlus

Grazie alle membrane di origine animale oggi è possibile rigenerare il piede diabetico



di Erminia Bentivegna - Dirigente medico della Casa di Cura Cosentino Palermo - erminia.bentivegna@virgilio.it

Le ulcere ai piedi, provocate dalla patologia diabetica, costituiscono un evento grave, che, spesso, determina lesioni permanenti, se non la perdita dell'arto. Infatti, il temuto piede diabetico, in effetti, non è un avvenimento improvviso e imprevedibile, ma la logica conseguenza di una carente gestione della propria patologia da parte del paziente che, spesso, non cura in modo adeguato il proprio diabete. Questa patologia, infatti, se non ben controllata, infiamma le pareti cellulari, favorisce la formazione di placche aterosclerotiche, veri e propri accumuli di grassi che ostruiscono il flusso sanguigno nelle arterie.

Le prime a risentirne sono le arterie più piccole, le quali sono vitali nell'alimentare in modo costante le cellule del nostro corpo. Senza un adeguato supporto dell'insulina, accoppiata ad una dieta adeguata e all'esercizio fisico, lo zucchero non è assorbito adeguatamente e favorisce l'instaurarsi di altre problematiche, come l'ipertensione, il colesterolo cattivo e l'aterosclerosi.

Questo stato patologico favorisce l'insorgere d'infezioni nel piede che, partendo da piccole ferite, possono degenerare fino all'ulcera, stato nel quale il piede può decadere costringendo all'amputazione. In questo contesto, il diabete non adeguatamente compensato, favorisce la diffusione

degli agenti patogeni che provocano le infezioni osteoarticolari, i cui batteri trovano negli ambienti ad alta presenza di zuccheri, un ambiente propizio al loro sviluppo. Paradossalmente, amputare un arto costa pochissimo inizialmente e non costringe le ASP a costosi ricoveri, dovuti. In realtà, quello che viene sacrificato con quest'operazione, è il futuro del paziente senza, per questo, ottenere un vero risparmio per la sanità. Infatti, un arto impuntato costa 7000 euro, una protesi 10 volte tanto, cioè 70 mila euro.

E non si deve dimenticare la perdita di fiducia del paziente in se stesso e nei confronti dei medici, mentre, i costi sociali complessivi costituiscono una spesa non indifferente e superiore al costo dell'amputazione. Inoltre, un arto amputato non dà la garanzia al paziente di aver eliminato il problema, poiché è molto alto il rischio che l'infezione si ripresenti, anche per una protesi non adeguata o sbagliata.

Il diabete, oltre tutto, ha una caratteristica che favorisce le complicanze vascolari o neuropatiche, la memoria glicemica delle cellule. Le cellule possiedono una memoria che tiene conto dei livelli di zucchero e una glicemia alta significa una media alta, che permane a lungo, anche quando il livello di zuccheri è riportato a valori nella norma.

Per evitare i costi sociali e garantire al paziente una vita quanto



più possibile normalizzata, negli ultimi anni, lo studio delle cure si è concentrato sul recupero dell'arto e non sulla sua amputazione. Tuttavia, le cure tradizionali per il recupero o la ricostruzione di un arto impongono tempi lunghi e costosi, perciò la ricerca sta puntando su cure basate su membrane cellulari di origine animale che favoriscono la rigenerazione cellulare nell'arto infetto ed eliminano i focolai infettivi che possono impedire il recupero dell'arto, salvandolo dall'amputazione.

Eliminata chirurgicamente la parte infetta dell'arto fino a scoprire l'osso, se necessario, lo si pulisce accuratamente e lo si copre, avvolgendo o innestando la parte lesa in una membrana fenestrata di pericardio equina o bovina. Queste membrane favoriscono la crescita del tessuto sano in modo

mirato, proteggendo l'arto dall'esposizione batterica. Le cellule dell'arto, trovandosi in un ambiente propizio, ricrescono, riformando la parte carnosa che era andata perduta senza rischio d'infezioni. Dopo alcune settimane, l'arto recupera la parte asportata in modo funzionale, così che il paziente può riprendere una vita normale. Questa innovativa tecnica di recupero può essere associata a tecniche chirurgiche mini-invasive come l'angio-plastica e lo stent per rivascularizzare i tessuti.

L'ANIO Onlus sta puntando molto sulla diffusione di queste tecniche a favore dei pazienti, poiché danno garanzia di riacquistare la funzionalità dell'arto. Si evita, in questo modo, l'insorgenza di stati infettivi che potrebbero costringere il paziente a nuovi interventi. Per questo motivo, l'Associazione ha promosso una convenzione con la Clinica Cosentino di Palermo, la cui équipe di Angiologia chirurgica, da me guidata, è una delle poche in Europa che usa questo tipo di membrane in chirurgia vascolare, conseguendo notevoli successi. In questo modo, si recupera l'arto evitando disagi economici e sociali ai pazienti, ma ogni sforzo non può prescindere dall'educazione del paziente che è fondamentale, affinché sia impedito l'eventuale ritorno di infezioni provocate dal perdurare di comportamenti scorretti.

Da Terumo Corporation soluzioni innovative per la cura del diabete

Terumo nasce in Giappone nel 1921 ed oggi contribuisce al benessere delle persone in più di 150 paesi nel mondo fornendo prodotti ad alto contenuto tecnologico attraverso 21 siti di produzione collocati in diversi paesi del mondo. Per realizzare obiettivi così importanti l'azienda si avvale della collaborazione di circa 800 ricercatori occupati presso lo SHONAN CENTER a Nakai Town in Giappone, sede del dipartimento Ricerca e Sviluppo. In Italia TERUMO è presente nel mercato della cura del diabete con prodotti tecnologicamente all'avanguardia e che hanno già riscosso il favore dei pazienti Giapponesi. Terumo offre soluzioni innovative nell'ambito della misurazione quantitativa del glucosio nel sangue e della terapia insulinica con iniettori a penna.

Il glucometro per la misurazione della glicemia FINETOUCH si caratterizza per la sua semplicità d'uso, igiene e per la superlativa accuratezza delle misurazioni anche in presenza di sostanze interferenti quali maltosio, xilosio, icodestrine e di ematocriti altalenanti. La componente reattiva è contenuta in un piccolo dischetto confezionato singolarmente, protetto quindi da calore ed umidità, fattore essenziale per ottenere misurazioni riproducibili ed accurate.

Il dispositivo pungidito FINETOUCH per il prelievo di sangue capillare offre una puntura praticamente indolore grazie alla possibilità di selezionare una profondità di soli 0,3mm. A ciò si aggiungono le particolari caratteri-

stiche dell'ago pungidito FINETOUCH che utilizza un ago cavo da iniezione in grado di penetrare agevolmente l'epidermide rendendo la puntura praticamente indolore. La lancetta FINETOUCH è stata realizzata tenendo conto della crescente domanda di sicurezza in quanto l'ago è protetto prima e dopo l'uso - dal dispositivo di protezione al fine di prevenire punture accidentali.

Per quanto riguarda la terapia insulinica multiniettiva, Terumo ha portato a termine con successo una delle sfide tecnologiche più difficili per tutti i produttori di aghi cavi da iniezione, cioè la realizzazione dell'ago penna più sottile al mondo, il Nanopass 33 (33G - 0,2 x 5mm) conico all'esterno ed all'interno. Questa grande innovazione tecnologica è stata resa possibile grazie all'impiego delle nanotecnologie applicate alla produzione industriale. Studi scientifici hanno dimostrato come la nuova tecnologia con cui è stato realizzato l'ago Nanopass 33 (conico internamente ed esternamente) sia utile alla riduzione del danno causato all'epidermide ed allo stesso tempo a mantenere bassa la pressione necessaria ad iniettare insulina che è paragonabile ad aghi penna di dimensioni maggiori. In alcuni recenti test si è riscontrata una riduzione della dispersione d'insulina durante l'uso dell'ago Nanopass 33.

L'ago penna Nanopass 33 è stato premiato come miglior prodotto in Giappone, per l'anno 2005, per il settore medicale.

NANOPASS®
33

L'ago per penna più sottile al mondo

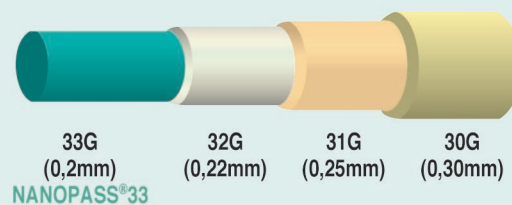
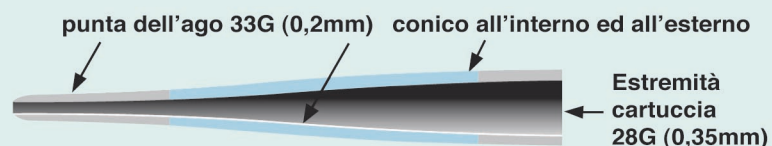
L'iniezione
di insulina
praticamente
indolore

Meno dolore
Iniezione facile
Maggiore "compliance"

La soluzione NANOPASS® 33G

Da TERUMO® specialista leader nel mondo per la produzione di aghi

La doppia innovazione



- L'ago per penna più sottile al mondo 33G (0,2 x 5mm)
- Conico all'interno ed all'esterno

- Solo 0,2mm il diametro esterno della punta
- Il 20% più sottile di un ago 31G
- La pressione necessaria per iniettare l'insulina corrisponde ad un ago 31G*

* Toshinari ASAKURA, Hiroaki SEINO, "Basic Study on a Micro-tapered Needle (TN-3305) Used for Insulin Pre-filled Products", 2004, Japanese Journal of Pharmaceutical Health Care and Science, Vol.30, No.6

 **TERUMO®**
We keep life flowing

Numero Verde
800 66 1103

www.terumo-diabetes.com