

---

# Indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie: *La Podologia*

---



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

*Dott. Valerio Ponti*

*Presidente Associazione Italiana Podologi*

---

**Associazione Italiana Podologi**

Via Afragola, 12 – 00132 Roma

T|F 06 2282023 | [aip@tin.it](mailto:aip@tin.it)

392 8633715

*Cod. Fiscale 80065450589*



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

## Indice

Intervento Presidente Dott. Valerio Ponti \_\_\_\_\_ 2-8

Allegato 1: dati all'intervento del Dott. Valerio Ponti \_\_\_\_\_



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

## **Intervento del 26.11.2024 Dott. Valerio Ponti**

Grazie ai dati messi a disposizione dalla nostra Federazione nazionale degli Ordini TSRM-PSTRP, raccolti e depositati a codesta rispettabile Commissione per l'indagine conoscitiva in materia di riordino delle Professioni sanitarie, per quanto riguarda la professione del Podologo al 31/12/2023 si può evincere che:

- sono circa 2401 i podologi iscritti all'albo/elenco speciale ad esaurimento
- di questi il 58% è di genere femminile e il 42% di genere maschile.
- la classe «modale» della distribuzione di età è rappresentata dai professionisti tra i 31 ed i 40 anni.

La presenza di 2401 professionisti distribuiti sul territorio nazionale si traduce in una media di 4 Podologi ogni 100.000 abitanti. È un dato che rischia di diventare fuorviante, se non si prende in considerazione la diversa distribuzione nelle singole Regioni. Si rileva, infatti, una forte concentrazione di professionisti nel Lazio con 557 iscritti, seguono Lombardia e Toscana, mentre al contrario in Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia, rispettivamente con uno e quattro iscritti non arrivano neanche a un professionista ogni 100.000 abitanti. Situazione di poco migliore nel Sud del Paese e in Sardegna.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

Altro dato importante riguarda il numero degli occupati, infatti il 98% risulta essere attiva ed occupata nel proprio profilo professionale, di questi solamente il 3% dichiarano di lavorare in una struttura pubblica in regime di dipendenza mentre l'82,6% come liberi professionisti e solamente il 2% risultano attivabili - si tratta di un dato che probabilmente si riferisce ai neolaureati e neoiscritti all'Albo, che comunque statisticamente trovano lavoro in breve tempo.

I dati evidenziano anche una forte attenzione da parte dei professionisti alla formazione specialistica, segnatamente nei percorsi di Master; infatti, il 36% dei Podologi ha conseguito un titolo post-laurea, il 7% risulta attualmente impegnato in percorsi post-laurea, ma solamente il 10% ha conseguito una laurea magistrale.

L'indagine effettuata, inoltre, mette in evidenza come la tendenza del fabbisogno formativo abbia un andamento caratterizzato da un costante fabbisogno superiore ai posti messi a bando dagli Atenei.

Da un'attenta lettura di tali dati non possiamo non trarre alcune considerazioni.

*In primis*, le Regioni in cui troviamo una maggiore presenza di professionisti sono quelle in cui è attivo il Corso di laurea; per questa ragione, per colmare il deficit di Podologi presenti nelle altre Regioni appare necessario istituire nuovi corsi di laurea. Ad oggi, il Corso di laurea in Podologia risulta attivo solamente in sei Atenei: Milano, Genova, Bologna, Firenze, Roma Sapienza e Roma Tor Vergata, lasciando tutto il Sud Italia completamente scoperto.

Si deve rimarcare che l'accesso paritario all'istruzione è un diritto fondamentale tutelato dalla Costituzione e che una forte polarizzazione dell'offerta formativa costringe le famiglie a un notevole impegno economico, o alla rinuncia, per l'impossibilità di sostenere le spese relative al mantenimento dello studente fuori sede.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

Un'altra riflessione riguarda la formazione post-laurea; si evidenzia come il 36% dei professionisti abbia intrapreso un ulteriore percorso formativo con una netta prevalenza riguardante i Master di I livello 32% rispetto alla Laurea Magistrale, conseguita dal 10%. Questi elementi, da una parte, mettono in luce l'alto livello formativo richiesto e ottenuto dai Podologi, dall'altro delineano la carenza dell'offerta didattica per quanto riguarda le lauree magistrali, rispetto ai Master di I livello. È da oltre un decennio che si assiste ad una vera e propria emigrazione di colleghi, che ricercano percorsi formativi all'estero, con particolare riferimento a Paesi come la Spagna, dove il percorso formativo universitario risulta maggiormente strutturato e in grado di fornire allo studente competenze, specificità e un inquadramento professionale maggiore rispetto al quadro nazionale. Ad oggi, purtroppo, il Podologo in Europa non ha un profilo professionale comune e desta rammarico constatare che l'Italia è rimasta indietro, il che ci invita a comprendere come ormai sia necessario ristrutturare l'organizzazione dei singoli Corsi di laurea e come sia indispensabile una laurea magistrale specifica, al fine di migliorare l'offerta formativa, adeguandola a quelle che ad oggi sono le necessità dei professionisti e dei cittadini, per cui è del pari essenziale che si addivenga ad una revisione evolutiva del nostro profilo professionale.

Vorrei concludere ponendo l'attenzione sui dati occupazionali sul campione preso in esame rilevino un'occupazione di poco inferiore al 98%, ad oggi, risulta una professione di appannaggio quasi esclusivo del settore privato. Il Podologo, nonostante le varie riforme intervenute in materia, non è stato inserito nell'ambito dei LEA e la presenza all'interno di strutture del SSN in regime di dipendenza si attesta intorno al 3%. Questi dati, esaminati insieme ai dati statici prospettici nel breve-medio termine forniti dall'ISTAT in riferimento all'invecchiamento della popolazione, fanno sorgere interrogativi circa la modalità gestionale e qualitativa dell'assistenza sul territorio,



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

aspetto cardine, quest'ultimo, dei più recenti interventi legislativi in materia sanitaria. Pertanto, risulta ormai manifesta la necessità di introdurre le prestazioni podologiche all'interno dei LEA e l'effettiva introduzione del Podologo all'interno del Sistema Sanitario Nazionale pubblico.

In relazione agli ultimi dati demografici riportanti dall'ISTAT, la popolazione residente con età superiore ai 65 anni ad oggi rappresenta il **23,5%** del totale. Procedendo a ritroso al 1° gennaio 2019 gli individui residenti nel Paese con 65 anni di età ed oltre ammontavano a 13,8 milioni, pari al 22,8 % del totale della popolazione. Nel 2009 sfioravano i 12 milioni e costituivano il 20,3 %. Andando ad analizzare i dati ancora più a ritroso si evince quanto è aumentata la popolazione anziana over 65 anni: da 4,6 milioni nel 1960 (9,3 %) a 7,4 milioni nel 1980 (13,1 %), a 10,3 milioni nel 2000 (18,1 %).

Secondo le future dinamiche demografiche si stima che la percentuale dei soggetti con età superiore ai 65 anni aumenterà notevolmente rappresentando nel 2050 il **34,9 %** del totale della popolazione per aumento della curva di sopravvivenza e per denatalità, valore che tradotto in termini sanitari significa:

- A.** incremento della categoria dei pazienti della terza età che richiedono assistenza sanitaria, per questo definiti “fragili”;
- B.** aumento della prevalenza delle condizioni patologiche croniche e croniche - degenerative la cui incidenza è direttamente correlata con l'aumentare dell'età.

Secondo l'annuario statistico italiano 2022, il 39,9% dei residenti in Italia ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche come ipertensione, diabete, artrosi/artrite ecc.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

**C.** crescita dei relativi costi sanitari diretti e indiretti per la loro gestione. Secondo l'OMS, nei Paesi avanzati, il 70%-80% della spesa sanitaria è destinata a coloro che presentano comorbidità croniche a carico, i quali sono i principali fruitori dei servizi sanitari.

**D.** sinergia fra i servizi sanitari e quelli sociali per un crescente bisogno di assistenza socio-sanitaria.

L'istituto di ricerca socio-economico Censis ha evidenziato come l'Italia sia il Paese con la prevalenza della popolazione anziana più elevata al mondo (e automaticamente dell'indice di vecchiaia) dopo il Giappone e, in generale, più alta d'Europa.

Le condizioni morbose croniche e, in generale, il fisiologico invecchiamento del sistema biologico coinvolgono direttamente o indirettamente anche il distretto podalico, motivo per il quale la figura del Podologo nella sua pratica clinica spesso prende in carico il paziente in età senile o il paziente con comorbidità croniche, nei confronti dei quali espleta un atto sanitario indispensabile di prevenzione, di trattamento conservativo, di riabilitazione e di educazione sanitaria, al fine di centrare l'obiettivo sanitario di tutela della salute della persona e di miglioramento della sua qualità di vita.

All'interno delle numerose patologie croniche anche di pertinenza del Podologo una attenzione particolare la dobbiamo porre al diabete.

La prima causa di amputazione non traumatica nel mondo è il diabete. Il piede diabetico è una condizione in cui la presenza di neuropatia e/o vasculopatia determina alterazioni anatomico-funzionali esponendo il piede ad alto rischio di ulcerazione e/o infezione.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

La letteratura internazionale conferma che il team multidisciplinare può diminuire il numero di amputazioni e di conseguenza ridurre la spesa sanitaria.

Vorrei citare solo alcuni dati sulle complicanze, ricavati da fonti quali Annali AMD 2018, ISTAT 2017, Associazione Ricerca e Diabete, SID, Italian Diabetes & Obesity Barometer Report 2018, in Italia, ogni 90 minuti una persona subisce un'amputazione a causa del diabete e il 3% delle persone con diabete ha problemi agli arti inferiori e ai piedi. Statistiche piuttosto recenti ci forniscono dati preoccupanti per quanto riguarda l'incidenza del diabete nei prossimi anni e il rischio correlato del 15% che un paziente diabetico sviluppi un'ulcera nel corso della sua storia di malattia.

Tchero e altri hanno condotto una systematic review nel 2017, con lo scopo di confrontare il costo del piede diabetico in 5 Paesi Europei, tra cui l'Italia. I risultati hanno condotto alla conclusione che l'unico modo per ridurre il numero di amputazioni sia minori che maggiori consiste nella corretta prevenzione e nel tempestivo trattamento dell'ulcera.

Uno studio italiano di A. Marcellusi e altri del 2014, elaborando un'accurata analisi di costi diretti ed indiretti della popolazione diabetica in Italia nel 2012, ha calcolato che circa 1.2 milioni di persone sono dovute ricorrere al pensionamento anticipato o hanno perso giornate di lavoro a causa della patologia. La spesa media annua per paziente per costi indiretti era pari a 4.098 euro ed è emerso che circa il 53% della spesa totale è dovuta ai costi indiretti a fronte del 47% dovuto ai costi diretti, dove il costo più alto è quello dei ricoveri.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

I dati forniti dal Ministero della Salute per quanto concerne le amputazioni su pazienti diabetici nel triennio 2020-2023 sono allarmanti e riferiscono una tendenza in peggioramento che passa dalle 6513 amputazioni del 2020 alle oltre 7000 del 2023, con un aumento anche delle giornate di degenza media da 80.964 del 2020 a 88.689 del 2022, con una netta prevalenza di amputazioni delle dita dei piedi.

Alla luce di tutto ciò, si può affermare che il Sistema Sanitario Nazionale può trarre benefici sia sociali che economici soltanto se alloca risorse in programmi di screening, di prevenzione e di educazione strutturati, per evitare un numero elevato di ricoveri e altre conseguenze notevolmente gravose sulla spesa della Sanità Pubblica.

Per quanto sin qui esposto, risulta indispensabile una sempre maggiore presenza del Podologo a tutti i livelli nel nostro Servizio Sanitario Nazionale.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

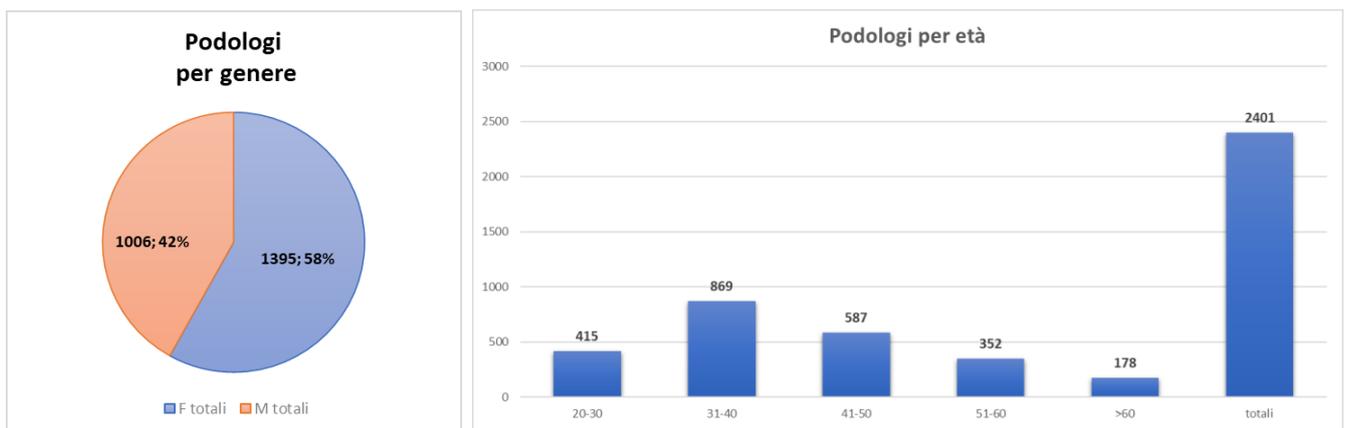


ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

## Allegato 1

Grazie ai dati messi a disposizione dalla nostra Federazione nazionale degli Ordini TSRM-PSTRP, raccolti e depositati a codesta rispettabile Commissione per l'indagine conoscitiva in materia di riordino delle Professioni sanitarie, per quanto riguarda la professione del Podologo al 31/12/2023 si può evincere che:

- sono circa 2401 i podologi iscritti all'albo/elenco speciale ad esaurimento
- di questi il 58% è di genere femminile e il 42% di genere maschile.
- la classe «modale» della distribuzione di età è rappresentata dai professionisti tra i 31 ed i 40 anni.



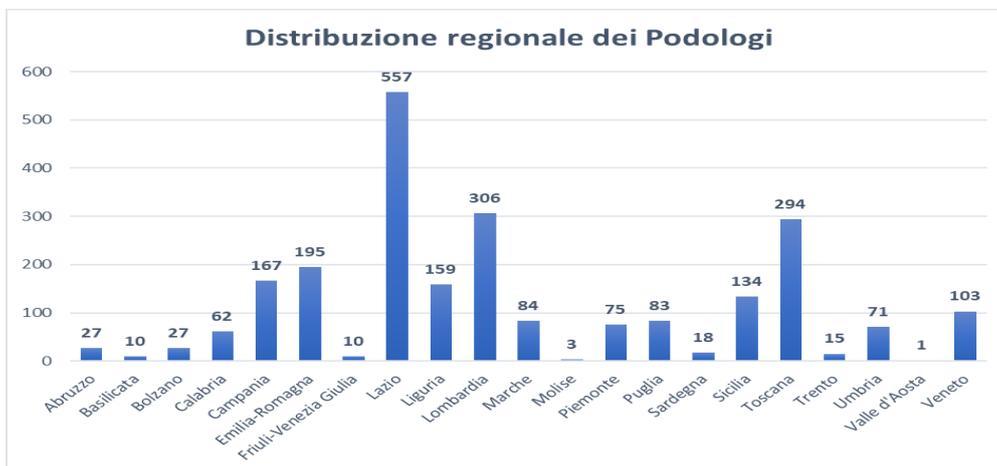
La presenza di 2401 professionisti distribuiti sul territorio nazionale si traduce in una media di 4 Podologi ogni 100.000 abitanti. È un dato che rischia di diventare fuorviante, se non si prende in considerazione la diversa distribuzione nelle singole Regioni.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

Si rileva, infatti, una forte concentrazione di professionisti nel Lazio con 557 iscritti, seguono Lombardia e Toscana, mentre al contrario in Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia, rispettivamente con uno e quattro iscritti non arrivano neanche a un professionista ogni 100.000 abitanti.

Situazione di poco migliore nel Sud del Paese e in Sardegna.



Altro dato importante riguarda il numero degli occupati, infatti il 98% risulta essere attiva ed occupata nel proprio profilo professionale, di questi solamente il 3% dichiarano di lavorare in una struttura pubblica in regime di dipendenza mentre l'82,6% come liberi professionisti e solamente il 2% risultano attivabili - si tratta di un dato che probabilmente si riferisce ai neolaureati e neoiscritti all'Albo, che comunque statisticamente trovano lavoro in breve tempo.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI



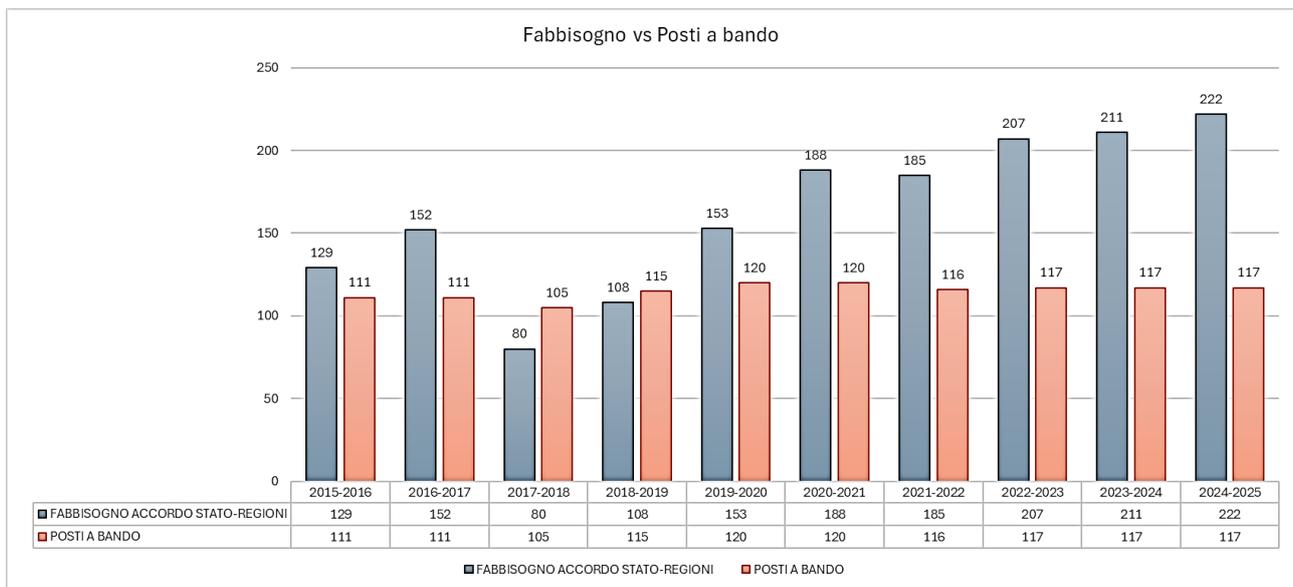
I dati evidenziano anche una forte attenzione da parte dei professionisti alla formazione specialistica, segnatamente nei percorsi di Master; infatti, il 36% dei Podologi ha conseguito un titolo post-laurea, il 7% risulta attualmente impegnato in percorsi post-laurea, ma solamente il 10% ha conseguito una laurea magistrale.





ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

L'indagine effettuata, inoltre, mette in evidenza come la tendenza del fabbisogno formativo abbia un andamento caratterizzato da un costante fabbisogno superiore ai posti messi a bando dagli Atenei.



Da un'attenta lettura di tali dati non possiamo non trarre alcune considerazioni.

*In primis*, le Regioni in cui troviamo una maggiore presenza di professionisti sono quelle in cui è attivo il Corso di laurea; per questa ragione, per colmare il deficit di Podologi presenti nelle altre Regioni appare necessario istituire nuovi corsi di laurea. Ad oggi, il Corso di laurea in Podologia risulta attivo solamente in sei Atenei: Milano, Genova, Bologna, Firenze, Roma Sapienza e Roma Tor Vergata, lasciando tutto il Sud Italia completamente scoperto.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

Si deve rimarcare che l'accesso paritario all'istruzione è un diritto fondamentale tutelato dalla Costituzione e che una forte polarizzazione dell'offerta formativa costringe le famiglie a un notevole impegno economico, o alla rinuncia, per l'impossibilità di sostenere le spese relative al mantenimento dello studente fuori sede.

Un'altra riflessione riguarda la formazione post-laurea; si evidenzia come il 36% dei professionisti abbia intrapreso un ulteriore percorso formativo con una netta prevalenza riguardante i Master di I livello 32% rispetto alla Laurea Magistrale, conseguita dal 10%. Questi elementi, da una parte, mettono in luce l'alto livello formativo richiesto e ottenuto dai Podologi, dall'altro delineano la carenza dell'offerta didattica per quanto riguarda le lauree magistrali, rispetto ai Master di I livello. È da oltre un decennio che si assiste ad una vera e propria emigrazione di colleghi, che ricercano percorsi formativi all'estero, con particolare riferimento a Paesi come la Spagna, dove il percorso formativo universitario risulta maggiormente strutturato e in grado di fornire allo studente competenze, specificità e un inquadramento professionale maggiore rispetto al quadro nazionale. Ad oggi, purtroppo, il Podologo in Europa non ha un profilo professionale comune e desta rammarico constatare che l'Italia è rimasta indietro, il che ci invita a comprendere come ormai sia necessario ristrutturare l'organizzazione dei singoli Corsi di laurea e come sia indispensabile una laurea magistrale specifica, al fine di migliorare l'offerta formativa, adeguandola a quelle che ad oggi sono le necessità dei professionisti e dei cittadini, per cui è del pari essenziale che si addivenga ad una revisione evolutiva del nostro profilo professionale.

Vorrei concludere ponendo l'attenzione sui dati occupazionali sul campione preso in esame rilevino un'occupazione di poco inferiore al 98%, ad oggi, risulta una professione di appannaggio quasi esclusivo del settore privato.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

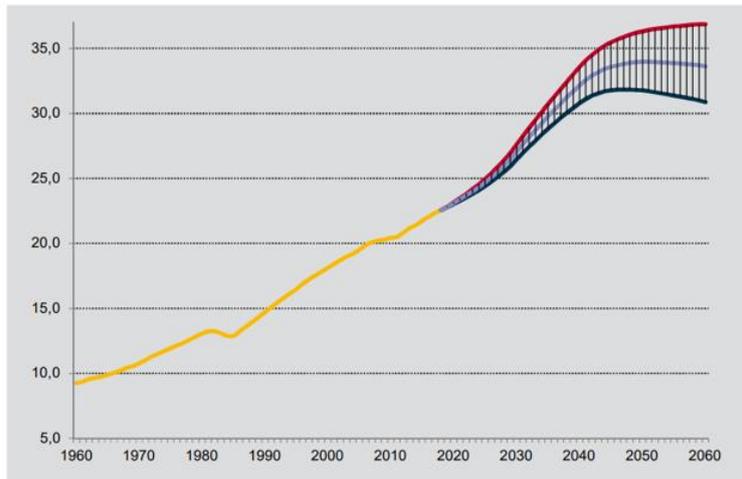
Il Podologo, nonostante le varie riforme intervenute in materia, non è stato inserito nell'ambito dei LEA e la presenza all'interno di strutture del SSN in regime di dipendenza si attesta intorno al 3%. Questi dati, esaminati insieme ai dati statici prospettici nel breve-medio termine forniti dall'ISTAT in riferimento all'invecchiamento della popolazione, fanno sorgere interrogativi circa la modalità gestionale e qualitativa dell'assistenza sul territorio, aspetto cardine, quest'ultimo, dei più recenti interventi legislativi in materia sanitaria. Pertanto, risulta ormai manifesta la necessità di introdurre le prestazioni podologiche all'interno dei LEA e l'effettiva introduzione del Podologo all'interno del Sistema Sanitario Nazionale pubblico.

In relazione agli ultimi dati demografici riportanti dall'ISTAT, la popolazione residente con età superiore ai 65 anni ad oggi rappresenta il **23,5%** del totale, quella fino a 14 anni di età il 12,9%, e quella nella fascia 15-64 anni (piena età lavorativa) il 63,6%. Andando a ritroso al 1° gennaio 2019 gli individui residenti nel Paese con 65 anni di età ed oltre ammontavano a 13,8 milioni, pari al 22,8 % del totale della popolazione.

Nel 2009 sfioravano i 12 milioni e costituivano il 20,3 %. Andando ad analizzare i dati ancora più a ritroso si evince quanto è aumentata la popolazione anziana over 65 anni: da 4,6 milioni nel 1960 (9,3 %) a 7,4 milioni nel 1980 (13,1 %), a 10,3 milioni nel 2000 (18,1 %).



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI



Secondo le future dinamiche demografiche si stima che la percentuale dei soggetti con età superiore ai 65 anni aumenterà notevolmente rappresentando nel 2050 il **34,9 %** del totale della popolazione per aumento della curva di sopravvivenza e per denatalità, valore che tradotto in termini sanitari significa:

**A.** incremento della categoria dei pazienti della terza età che richiedono assistenza sanitaria, per questo definiti “fragili”;

**B.** aumento della prevalenza delle condizioni patologiche croniche e croniche - degenerative la cui incidenza è direttamente correlata con l’aumentare dell’età (le patologie croniche considerate sono: diabete, ipertensione arteriosa, infarto del miocardio, angina pectoris o altre malattie del cuore, bronchite cronica/enfisema/insufficienza respiratoria, asma bronchiale, malattie allergiche, tumore – incluso linfoma o leucemia, ulcera gastrica o duodenale, calcolosi del fegato e delle vie biliari, cirrosi epatica, calcolosi renale, artrosi/artrite, osteoporosi, disturbi nervosi. A partire dal 2021, all’interno della categoria “disturbi nervosi” vengono considerate anche parkinsonismo e alzheimer/demenza senile che fino al 2020 non venivano rilevate tra le patologie croniche).



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

Secondo l'annuario statistico italiano 2022, il 39,9% dei residenti in Italia ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche. Le malattie o condizioni croniche più diffuse sono: l'ipertensione (18,8 %), l'artrosi/ artrite (14,8 %), le malattie allergiche (11 %), l'osteoporosi (7,8 %), il diabete (6,3 %) e la bronchite cronica e l'asma bronchiale (5,7 %). Il 20,9 % della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche, con differenze di genere molto marcate a partire dai 55 anni. Tra gli ultra-settantaquattrenni la comorbilità si attesta al 65,5 % (58,4 % tra gli uomini e 70,2 % tra le donne). In Italia, ad eccezione delle malattie allergiche, tutte le altre malattie croniche riferite aumentano con l'età e con nette differenze di genere, in linea di massima a svantaggio delle donne. Lo svantaggio femminile nelle età più anziane si rovescia solo per bronchite cronica e malattie del cuore. In particolare, gli uomini di 75 anni e più sono più colpiti da malattie del cuore (18,8 %) rispetto alle loro coetanee (14,5 %) e da bronchite cronica (17,7 % contro 14,5 %). [3] In Europa la prevalenza di condizioni croniche, nelle persone con più di 65 anni, è dell'80%.

**C.** crescita dei relativi costi sanitari diretti e indiretti per la loro gestione. Secondo l'OMS, nei Paesi avanzati, il 70%-80% della spesa sanitaria è destinata a coloro che presentano comorbilità croniche a carico, i quali sono i principali fruitori dei servizi sanitari.

**D.** sinergia fra i servizi sanitari e quelli sociali per un crescente bisogno di assistenza socio-sanitario.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

L'istituto di ricerca socio-economico Censis ha evidenziato come l'Italia sia il paese con la prevalenza della popolazione anziana più elevata al mondo (e automaticamente dell'indice di vecchiaia) dopo il Giappone e, in generale, più alta d'Europa.

Tale quadro demografico ha forte impatto non solo sul sistema socio-economico ma anche su quello sanitario dato che l'incidenza delle condizioni patologiche non trasmissibili è direttamente proporzionale all'avanzare dell'età: le patologie croniche (o anche dette "a lunga durata" dal WHO) e cronico-degenerative hanno un rilevante peso sanitario per il rischio di provocare decesso; per il forte impatto assistenziale viste le disabilità che provocano; per la costante richiesta di un'attività sanitaria di monitoraggio, di arresto-contenimento del decorso clinico della morbidità cronica/multi morbidità croniche e di un'attività volta a contrastare la perdita dell'autosufficienza dell'individuo e il mantenimento della funzionalità residua. Le condizioni morbose croniche e, in generale, il fisiologico invecchiamento del sistema biologico coinvolgono direttamente o indirettamente anche il distretto podalico, motivo per il quale la figura del Podologo nella sua pratica clinica spesso prende in carico il paziente in età senile o il paziente con comorbidità croniche nei confronti dei quali espleta un atto sanitario indispensabile di prevenzione, di trattamento conservativo, di riabilitazione e di educazione sanitaria, al fine di centrare l'obiettivo sanitario di tutela della salute della persona e di miglioramento della sua qualità di vita.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

## **Patologie podaliche correlate all'età senile – fas (foot ageing syndrome)**

Il naturale processo d'invecchiamento comporta un progressivo e inarrestabile cambiamento strutturale che si accompagna ad una vertiginosa perdita della funzionalità. La ricerca epidemiologica ha rilevato, oramai, un aumento delle podopatie tipicamente annesse all'età senile per accrescimento del parametro epidemiologico della speranza di vita. Secondo i risultati della letteratura scientifica, tali disturbi coinvolgono dal 71% all'87% della popolazione geriatrica richiedendo cure mediche e podologiche.

Le patologie podaliche possono essere classificate, in base alla sede anatomica, in patologie dell'avampiede, del mesopiede e del retropiede; o possono essere catalogate in disturbi cutanei, del complesso ungueale, del distretto muscolo-tendineo, del distretto osteo-articolare e capsulo-legamentoso, disturbi vascolari, disturbi nervosi ed alterazioni biomeccaniche funzionali.

*Disturbi cutanei:* l'aging legato al progredire del tempo si caratterizza per cambiamenti anatomico-funzionali tali da determinare anche in sede podalica

- atrofia cutanea per contemporaneo assottigliamento epidermico, dermico e della membrana basale
- elastosi
- xerosi
- eczema disidrosico
- formazione di lesioni cutanee (spesso da decubito)
- formazioni ipercheratosiche localizzate e patologiche per spessore e sintomatologia.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

Si tratta di manifestazioni con causa meccanica poiché legate all'alterata distribuzione pressoria plantare per deformità strutturali osteo articolari o all'uso di calzature inappropriate. Queste interessano il 60% della popolazione geriatrica.

- cheratodermie calcaneari
- macerazione interdigitale; intertrigine batterica; *tinea pedis* interdigitale le quali si sviluppano per la forte umidità che persiste in quella zona dopo l'igiene quotidiana vista la difficoltà fisica del soggetto anziano nel raggiungere l'estremità corporee
- anidrosi cutanea per riduzione della funzionalità ghiandolare
- discromie
- lentigo senili

Sono condizioni cliniche che richiedono un esatto riconoscimento e una gestione specialistica, comprendente della disciplina podologica, al fine di prevenire soluzioni di continuità cutanee con difficoltà di guarigione.

*Disturbi ungueali:* Con il progredire del tempo, il processo di formazione della lamina ungueale subisce delle compromissioni tali da determinare una crescita ungueale con tendenza all'ispessimento; al contempo, il tasso di velocità di crescita ungueale tende a rallentare.

L'intervento sanitario podologico di regolarizzazione della lunghezza della lamina e di riduzione dell'ipertrofia ungueale è un vero e proprio atto sanitario di prevenzione delle lesioni ungueali subungueali legate alla pressione esercitata dalle calzature su lamine ungueali "ingombranti" per spessore, e di prevenzioni di perionichite (infiammazione tessuti molli periungueali)



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

- onicauxi o pachionichia (cambiamento morfologico ungueale)
- onicogrifosi
- onicocriptosi
- paronichia/perionissi (infiammazione-infezione plica ungueale prossimale)
- perionichite (infiammazione tessuti molli peri ungueali)
- sindrome delle unghie gialle
- infezioni fungine e non fungine ungueali
- ipercheratosi subungueali
- raccolte ematiche subungueali
- lesioni subungueali
- onicolisi
- discolorazioni di diversa origine compresa quella farmacologica

#### Disturbi osteo-articolari:

- processi artritici con comparsa di segni infiammatori poli articolari e deformità articolari
- processi artrosici (artrosi primaria o artrosi secondaria) con insorgenza di deformità quali alluce valgo, alluce rigido, deformità ad artiglio, deformità a martello, deformità a maglio, deformità in griffe le quali provocano uno squilibrio pressorio plantare statico-dinamico, un conflitto con la calzatura se scorretta e un'alterazione della biomeccanica del passo con lo sviluppo di punti di ipercarico patologici. L'artropatia degenerativa induce in seguito alla formazione di piccoli processi ossei detti osteofiti.
-



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

- riduzione mobilità articolare e conseguenziale deficit funzionale biomeccanico
- metatarsalgie primarie (meccaniche), secondarie (a patologie infiammatorie, metaboliche, neurologiche e congenite) o iatrogene e talalgie plantari
- cambiamenti morfologici podalici: piede piatto valgo; pes cavus; protrusione delle teste metatarsali con dislocazione anteriore cuscinetto adiposo
- alterata distribuzione del peso corporeo con tendenza allo spostamento anteriore
- fratture da stress favorite da osteoporosi e atrofia del pannicolo adiposo in sede avampodolica e sottocalcaneara .

Sono una molteplicità di condizioni che richiedono principalmente un approccio conservativo podologico riabilitativo ortesico, sia ortesico-digitale con la realizzazione di dispositivi medici su misura in materiale siliconico con funzione principalmente di protezione delle prominenze ossee e di scarico selettivo delle stesse al fine di annullare eventuali conflitti con le calzature, sia ortesico-plantare su misura per la rieducazione della distribuzione pressoria accomodando le rigide deformità articolari al fine di contrastare le sedi di sovraccarico plantare responsabili di algia e della formazione di un reattivo ispessimento del tessuto cutaneo il quale, nel paziente fragile, diviene fattore di rischio lesionale.

Oltre a una funzione di prevenzione, di rieducazione pressoria e ad una funzione antalgica, la realizzazione di dispositivi medici su misura permette di intervenire direttamente sulla riduzione del rischio di caduta del soggetto a seguito dell'assunzione di una deambulazione antalgica (es. zoppia di fuga).

Parallelamente a tale intervento, ha un ruolo cruciale l'educazione sanitaria podologica circa le caratteristiche tecniche delle calzature indoor e outdoor.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

Deficit muscolo-tendinei-legamentoso:

- riduzione del tono muscolare e della forza muscolare
- indebolimento legamentoso
- instabilità articolare
- fasciopatía plantare e formazione spina calcaneare plantare: entrambi quadri che rientrano nella categoria dell'“heel pain” ed entrambi richiedenti un intervento conservativo podologico diversificato: dall'indicazione all'esecuzione di esercizi fisici antalgici; terapia fisica strumentale antalgica; bendaggi terapeutici; realizzazione ortesi planari su misura con determinati elementi; educazione all'uso della calzatura adeguata

Disordini nervosi:

- polineuropatie
- mononeuropatie
- sindromi canalicolari (neuromi intermetatarsali es. Morton; talalgie plantari da intrappolamento nervoso; sindrome del tunnel tarsale)
- parestesie e disestesie

Disturbi vascolari:

- vasculopatie periferiche con riduzione polsi periferici
- insufficienza venosa



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

### Deficit biomeccanici-funzionali:

Nel paziente geriatrico si osservano cambiamenti dello schema del passo eziologicamente legati a:

- declino funzionalità motoria (per riduzione del tono muscolare) e sensitiva
- riduzione della mobilità articolare del complesso caviglia-piede
- rallentamento del ritmo della deambulazione
- tendenza allo spostamento anteriore del baricentro corporeo;
- cambiamenti strutturali podalici per le deformità;
- presenza delle formazioni ipercheratosiche plantari e digitali dolorose legate alle deformità articolari;
- uso delle calzature inadeguate;
- compromissione della funzione propriocettiva dell'organo podalico e riduzione della capacità di mantenere l'equilibrio statico-dinamico;
- deambulazione claudicante per ridotta vascolarizzazione periferica;
- aumento del rischio di caduta.

Vi sono morbidità croniche che trovano una loro manifestazione clinica anche a livello podalico provocando anch'esse alterazioni a livello cutaneo, ungueale, osteo-articolare, muscolo-tendineo-legamentoso, vascolare, nervoso e biomeccanico. Dal momento che, con l'avanzare dell'età si osserva un aumento della prevalenza delle morbidità croniche, è nel paziente in età senile che si riscontra un maggior rischio di sviluppare i disturbi podalici in relazione alle cronicità.

Sono disturbi che alterano significativamente la qualità di vita e l'autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane, pertanto, la prevenzione (svolta con l'educazione sanitaria-la stratificazione del rischio-con l'ortesiologia plantare e digitale), la precoce identificazione e la tempestiva gestione terapeutica anche podologica consentono di



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

salvaguardare la salute podalica o di contenere un peggioramento in caso di manifestazione dei disturbi.

All'interno delle numerose patologie croniche anche di pertinenza del Podologo una attenzione particolare la dobbiamo porre al diabete.

La prima causa di amputazione non traumatica nel mondo è il diabete. Il piede diabetico è una condizione in cui la presenza di neuropatia e/o vasculopatia determina alterazioni anatomo-funzionali esponendo il piede ad alto rischio di ulcerazione e/o infezione.

La letteratura internazionale conferma che il team multidisciplinare può diminuire il numero di amputazioni e di conseguenza ridurre la spesa sanitaria.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

## I numeri del Diabete in Italia

Dai recenti dati ricavati da fonti quali Annali AMD 2018, ISTAT 2017, Associazione Ricerca e Diabete, SID, Italian Diabetes & Obesity Barometer Report 2018, in Italia, oggi troviamo una situazione d'incidenza della malattia che riassumiamo di seguito:

- 3,27 milioni di persone dichiarano di avere il diabete;
- 1 milione sono le persone che non sanno di avere il diabete;
- 4 milioni sono le persone ad alto rischio di sviluppare il diabete;
- Su 10 persone con diabete, il 70% ha più di 65 anni e il 40% ha più di 75 anni;
- Ogni 2 minuti una persona riceve diagnosi di diabete.

Solo il 50% dei diabetici di tipo 2 raggiunge un buon controllo glicemico.

Per quanto riguarda le complicanze invece, riportiamo una situazione ancor meno rassicurante, ovvero:

- Ogni 7 minuti una persona con diabete ha un attacco cardiaco;
- Ogni 30 minuti una persona con diabete ha un ictus;
- Ogni 90 minuti una persona subisce un'amputazione a causa del diabete;
- Ogni 3 ore una persona con diabete entra in dialisi;
- Il 15% delle persone con diabete soffre di coronaropatia;
- Il 38% delle persone con diabete ha insufficienza renale che può portare alla dialisi;
- Il 22% delle persone con diabete soffre di retinopatia;
- Il 3% delle persone con diabete ha problemi agli arti inferiori e ai piedi.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

Circa il 60-80% delle morti per malattie cardiovascolari è associato al diabete e il tasso standardizzato per 100 mila abitanti di mortalità per diabete è del 4%.

Consideriamo che ogni ora 9 persone muoiono per cause legate al diabete, la riduzione dell'aspettativa di vita di un diabetico non controllato è pari a 7-8 anni e 496 decessi all'anno sono legati al diabete.

## **Costi e numeri del piede diabetico**

Si è visto come il piede diabetico si configuri come una condizione morbosa multifattoriale e non limitata, di fatto, al segmento anatomico interessato dall'infezione o dalla lesione.

Si capisce pertanto che quantificare l'entità del problema è complicato così come tradurlo in termini economici. Dati Europei abbastanza recenti (2017) ci dicono che il 15 % della popolazione diabetica sviluppa almeno un'ulcera al piede nel corso della propria vita, e la spesa in termini di salute è per circa il 40% destinata al diabete.

Tchero et al. hanno condotto una systematic review nel 2017 con lo scopo di confrontare il costo del piede diabetico in 5 Paesi Europei (Francia, Spagna, Italia, Germania e Regno Unito). Nello studio venivano presi in esame i costi dell'amputazione, dell'ulcera infetta, dell'ulcera non infetta e della gangrena. I dati erano molto variabili probabilmente perchè in alcuni paesi c'è una minore spesa nella gestione della lesione a fronte di una scelta più demolitiva (l'amputazione rimane comunque la scelta più costosa) e poi per i sistemi sanitari diversi nei 5 Paesi in esame.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

Una cosa però è risultata comune a tutti: **l'unico modo per risparmiare è evitare l'amputazione ma anche la formazione dell'ulcera, o comunque prenderla in tempo.** Questo vuol dire che ancora si fa poco per la prevenzione, che è l'unico strumento che abbiamo a disposizione per ridurre i costi, per il salvataggio d'arto che è la scelta più economica sia come costo diretto che indiretto, per una migliore expertise di un team rigorosamente multidisciplinare. Di questo ne parlavano anche Acker et al. in uno studio molto simile a quello sopra menzionato del 2014.

Nello studio di Tchero et al. viene annoverata la Toscana e viene sottolineato che, dall'implementazione delle linee guida internazionali e da quando il team multidisciplinare si è consolidato, cioè dal 1999, le amputazioni maggiori si sono fortemente ridotte.

Un'esperienza concreta di calcolo è quella di una realtà italiana (San Giovanni Rotondo) che, seppur ristretta, è molto dettagliata nell'analisi dei costi e può rendere l'idea reale del valore monetario di un ricovero per piede diabetico.

Ludovico O. et al. nel 2015 ha riportato dei dati che illustrano la determinazione dei costi basata sull'attività (Activity Based Costing) con la finalità di mostrare il costo pieno del prodotto. Sono stati calcolati tutti i DRG relativi ai pazienti ricoverati per problematiche legate al piede diabetico, gli interventi subiti e le giornate di degenza. Inoltre, sono stati calcolati i costi di tutti i servizi correlati, quali diagnostica, laboratorio, prestazioni chirurgiche. Ebbene il costo totale pieno, al netto dei costi comuni, ha fatto emergere che per la dimissione di 126 pazienti, (il numero dei pazienti dell'anno preso come riferimento, il 2012), l'Unità Operativa, in questo caso Endocrinologia, ha sostenuto: costo medio del personale medico pari a 135.000 Euro, personale assistenziale (infermieri, OSS, religiosi) 220.500 euro, farmaci 30.700 euro,



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

presidi 97.500 euro, altre spese e costi alberghieri 34.450 euro. Questo, oltre ad un'immagine economica, rende l'idea di come allocare le risorse e anche di come valorizzare determinate risorse umane per ottenere outcome vantaggiosi.

Dietro tutto questo scenario di costi diretti si nasconde un impatto sociale da non trascurare. Uno studio italiano di A. Marcellusi et al. del 2014, elaborando un'accurata analisi di costi diretti ed indiretti della popolazione diabetica in Italia nel 2012, ha calcolato che circa 1.2 milioni di persone sono dovute ricorrere al pensionamento anticipato o hanno perso giornate di lavoro a causa della patologia. La spesa media annua per paziente per costi indiretti era pari a 4.098 euro ed è venuto fuori che circa il 53% della spesa totale è dovuta ai costi indiretti a fronte del 47% dovuto ai costi diretti, dove il costo più alto è quello dei ricoveri.

Quindi oltre la metà della spesa totale per malattia è dovuta ai costi indiretti. Per altro in quest'analisi vengono presi in considerazione soltanto i costi relativi al pensionamento anticipato e all'assenteismo sul lavoro, trascurando una cascata di eventi che si ripercuote sulla famiglia, sui caregivers e sui problemi psicologici del paziente.

Indubbiamente in termini di "qualità della vita", il piede diabetico rappresenta un fattore importante che impatta non solo sul paziente ma anche su tutta la rete familiare intorno.

Per quanto riguarda la mortalità possiamo prendere come esempio uno studio EURODIALE di Siersma V. et al. da cui emergono dati relativi a 1088 pazienti con ulcere diabetiche, trattati in 14 centri specializzati, in 10 nazioni europee con una mortalità pari al 6,4% del totale dei pazienti ad 1 anno dalla comparsa della lesione.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

I dati italiani (Ministero della Salute – Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica)

**Amputazione di arti inferiori praticate a pazienti diabetici in regime ordinario.  
Distribuzione per fascia di età e sesso. Anno 2020**

Fascia di età	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
meno di 30 anni	1	11	11,0	1	11		2	22	11,0
31-40 anni	30	404	13,5	10	363	36,3	40	767	19,2
41-50 anni	194	3.689	19,0	62	968	15,6	256	4.657	18,2
51-60 anni	770	13.633	17,7	165	2.609	15,8	935	16.242	17,4
61-70 anni	1.511	25.488	16,9	330	5.363	16,3	1.841	30.851	16,8
71-80 anni	1.568	25.642	16,4	496	8.266	16,7	2.064	33.908	16,4
81-90 anni	789	11.564	14,7	461	6.642	14,4	1.250	18.206	14,6
91 anni e oltre	50	533	10,7	75	885	11,8	125	1.418	11,3
<b>Totale</b>	<b>4.913</b>	<b>80.964</b>	<b>16,5</b>	<b>1.600</b>	<b>25.107</b>	<b>15,7</b>	<b>6.513</b>	<b>106.071</b>	<b>16,3</b>



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

**Amputazione di arti inferiori praticate a pazienti diabetici in regime ordinario.  
Distribuzione per fascia di età e sesso. Anno 2021**

Fascia di età	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
meno di 30 anni	4	37	9,3				4	37	9,3
31-40 anni	20	306	15,3	8	157	19,6	28	463	16,5
41-50 anni	183	3.155	17,2	64	1.176	18,4	247	4.331	17,5
51-60 anni	828	14.036	17,0	188	2.965	15,8	1.016	17.001	16,7
61-70 anni	1.594	25.445	16,0	337	5.988	17,8	1.931	31.433	16,3
71-80 anni	1.600	23.918	14,9	512	7.959	15,5	2.112	31.877	15,1
81-90 anni	835	12.197	14,6	455	5.733	12,6	1.290	17.930	13,9
91 anni e oltre	49	514	10,5	70	743	10,6	119	1.257	10,6
<b>Totale</b>	<b>5.113</b>	<b>79.608</b>	<b>15,6</b>	<b>1.634</b>	<b>24.721</b>	<b>15,1</b>	<b>6.747</b>	<b>104.329</b>	<b>15,5</b>



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

**Amputazione di arti inferiori praticate a pazienti diabetici in regime ordinario.  
Distribuzione per fascia di età e sesso. Anno 2022**

Fascia di età	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
meno di 30 anni	2	34	17,0	3	99		5	133	26,6
31-40 anni	24	469	19,5	9	153	17,0	33	622	18,8
41-50 anni	195	3.410	17,5	51	1.030	20,2	246	4.440	18,0
51-60 anni	917	15.274	16,7	207	3.806	18,4	1.124	19.080	17,0
61-70 anni	1.607	28.318	17,6	349	5.833	16,7	1.956	34.151	17,5
71-80 anni	1.617	27.125	16,8	562	9.932	17,7	2.179	37.057	17,0
81-90 anni	877	13.468	15,4	458	6.561	14,3	1.335	20.029	15,0
91 anni e oltre	50	591	11,8	76	826	10,9	126	1.417	11,2
<b>Totale</b>	<b>5.289</b>	<b>88.689</b>	<b>16,8</b>	<b>1.715</b>	<b>28.240</b>	<b>16,5</b>	<b>7.004</b>	<b>116.929</b>	<b>16,7</b>



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

**Amputazione di arti inferiori praticate a pazienti diabetici in regime ordinario.  
Distribuzione per regione e sesso. Anno 2020**

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	265	4.941	18,6	87	1.618	18,6	352	6.559	18,6
Valle d'Aosta	10	212	21,2	6	87	14,5	16	299	18,7
Lombardia	919	13.365	14,5	249	3.377	13,6	1.168	16.742	14,3
Prov. Aut. Bolzano	19	374	19,7	5	74	14,8	24	448	18,7
Prov. Aut. Trento	49	778	15,9	26	399	15,3	75	1.177	15,7
Veneto	562	7.695	13,7	138	1.994	14,4	700	9.689	13,8
Friuli Venezia Giulia	134	2.565	19,1	31	565	18,2	165	3.130	19,0
Liguria	121	2.666	22,0	53	962	18,2	174	3.628	20,9
Emilia Romagna	410	8.871	21,6	155	3.319	21,4	565	12.190	21,6
Toscana	228	2.970	13,0	85	1.061	12,5	313	4.031	12,9
Umbria	69	1.343	19,5	24	331	13,8	93	1.674	18,0
Marche	245	2.271	9,3	73	532	7,3	318	2.803	8,8
Lazio	259	6.602	25,5	86	1.895	22,0	345	8.497	24,6
Abruzzo	181	1.979	10,9	61	599	9,8	242	2.578	10,7
Molise	55	717	13,0	18	205	11,4	73	922	12,6
Campania	434	6.639	15,3	156	2.092	13,4	590	8.731	14,8
Puglia	332	6.000	18,1	130	2.273	17,5	462	8.273	17,9
Basilicata	19	474	24,9	4	58	14,5	23	532	23,1
Calabria	140	1.440	10,3	64	797	12,5	204	2.237	11,0
Sicilia	369	7.120	19,3	120	2.266	18,9	489	9.386	19,2
Sardegna	93	1.942	20,9	29	603	20,8	122	2.545	20,9
<b>Italia</b>	<b>4.913</b>	<b>80.964</b>	<b>16,5</b>	<b>1.600</b>	<b>25.107</b>	<b>15,7</b>	<b>6.513</b>	<b>106.071</b>	<b>16,3</b>



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

**Amputazione di arti inferiori praticate a pazienti diabetici in regime ordinario.  
Distribuzione per regione e sesso. Anno 2021**

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	252	5.232	20,8	86	1.708	19,9	338	6.940	20,5
Valle d'Aosta	13	266	20,5	7	86	12,3	20	352	17,6
Lombardia	867	11.329	13,1	263	3.272	12,4	1.130	14.601	12,9
Prov. Aut. Bolzano	29	498	17,2	4	77	19,3	33	575	17,4
Prov. Aut. Trento	51	779	15,3	14	141	10,1	65	920	14,2
Veneto	688	8.944	13,0	192	2.665	13,9	880	11.609	13,2
Friuli Venezia Giulia	158	2.591	16,4	48	615	12,8	206	3.206	15,6
Liguria	135	2.986	22,1	35	818	23,4	170	3.804	22,4
Emilia Romagna	451	9.261	20,5	155	3.395	21,9	606	12.656	20,9
Toscana	233	2.901	12,5	75	958	12,8	308	3.859	12,5
Umbria	66	1.149	17,4	23	321	14,0	89	1.470	16,5
Marche	223	1.808	8,1	80	623	7,8	303	2.431	8,0
Lazio	285	5.884	20,6	84	1.843	21,9	369	7.727	20,9
Abruzzo	158	1.918	12,1	53	600	11,3	211	2.518	11,9
Molise	62	657	10,6	22	290	13,2	84	947	11,3
Campania	501	6.400	12,8	166	1.828	11,0	667	8.228	12,3
Puglia	339	6.014	17,7	109	2.019	18,5	448	8.033	17,9
Basilicata	20	385	19,3	6	61	10,2	26	446	17,2
Calabria	128	1.526	11,9	58	578	10,0	186	2.104	11,3
Sicilia	360	6.388	17,7	128	2.192	17,1	488	8.580	17,6
Sardegna	94	2.692	28,6	26	631	24,3	120	3.323	27,7
<b>Italia</b>	<b>5.113</b>	<b>79.608</b>	<b>15,6</b>	<b>1.634</b>	<b>24.721</b>	<b>15,1</b>	<b>6.747</b>	<b>104.329</b>	<b>15,5</b>



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

## **Amputazione di arti inferiori praticate a pazienti diabetici in regime ordinario. Distribuzione per regione e sesso. Anno 2022**

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	275	5.905	21,5	84	1.609	19,2	359	7.514	20,9
Valle d'Aosta	13	189	14,5	3	41	13,7	16	230	14,4
Lombardia	961	14.225	14,8	302	4.666	15,5	1.263	18.891	15,0
Prov. Aut. Bolzano	23	380	16,5	6	185	30,8	29	565	19,5
Prov. Aut. Trento	62	1.051	17,0	19	207	10,9	81	1.258	15,5
Veneto	644	8.760	13,6	166	2.277	13,7	810	11.037	13,6
Friuli Venezia Giulia	120	2.037	17,0	40	533	13,3	160	2.570	16,1
Liguria	120	2.773	23,1	40	777	19,4	160	3.550	22,2
Emilia Romagna	506	11.498	22,7	182	4.217	23,2	688	15.715	22,8
Toscana	249	3.171	12,7	65	841	12,9	314	4.012	12,8
Umbria	69	1.440	20,9	24	491	20,5	93	1.931	20,8
Marche	233	2.310	9,9	75	800	10,7	308	3.110	10,1
Lazio	369	7.799	21,1	110	2.574	23,4	479	10.373	21,7
Abruzzo	199	2.377	11,9	57	665	11,7	256	3.042	11,9
Molise	64	725	11,3	22	242	11,0	86	967	11,2
Campania	414	5.683	13,7	155	2.112	13,6	569	7.795	13,7
Puglia	354	6.318	17,8	138	2.447	17,7	492	8.765	17,8
Basilicata	17	415	24,4	3	92	30,7	20	507	25,4
Calabria	164	1.849	11,3	82	936	11,4	246	2.785	11,3
Sicilia	329	7.215	21,9	115	1.993	17,3	444	9.208	20,7
Sardegna	104	2.569	24,7	27	535	19,8	131	3.104	23,7
<b>Italia</b>	<b>5.289</b>	<b>88.689</b>	<b>16,8</b>	<b>1.715</b>	<b>28.240</b>	<b>16,5</b>	<b>7.004</b>	<b>116.929</b>	<b>16,7</b>



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

**Amputazione di arti inferiori praticate a pazienti diabetici in regime ordinario.  
Distribuzione per tipologia di intervento. Anno 2020**

Cod. ICD-9-CM	Descrizione intervento	N.ro dimessi	Giornate di degenza	Degenza media
8410	Amputazione dell'arto inferiore, SAI	121	2.321	19,2
8411	Amputazione di dita del piede	2.193	24.757	11,3
8412	Amputazione a livello del piede	1.321	21.936	16,6
8413	Disarticolazione della caviglia	13	325	25,0
8414	Amputazione della caviglia a livello dei malleoli della tibia e fibula	14	239	17,1
8415	Altra amputazione al di sotto del ginocchio	585	12.627	21,6
8416	Disarticolazione del ginocchio	2	22	11,0
8417	Amputazione al di sopra del ginocchio	864	16.764	19,4
8418	Disarticolazione dell'anca	5	125	25,0
8419	Amputazione addomino – pelvica	5	85	17,0
<b>Totale</b>		<b>5.123</b>	<b>79.201</b>	<b>15,5</b>



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

**Amputazione di arti inferiori praticate a pazienti diabetici in regime ordinario.  
Distribuzione per tipologia di intervento. Anno 2021**

Cod. ICD-9- CM	Descrizione intervento	N.ro dimessi	Giornate di degenza	Degenza media
8410	Amputazione dell'arto inferiore, SAI	115	2.437	21,2
8411	Amputazione di dita del piede	2.338	24.611	10,5
8412	Amputazione a livello del piede	1.373	21.717	15,8
8413	Disarticolazione della caviglia	3	101	33,7
8414	Amputazione della caviglia a livello dei malleoli della tibia e fibula	10	100	10,0
8415	Altra amputazione al di sotto del ginocchio	570	13.018	22,8
8416	Disarticolazione del ginocchio	2	32	16,0
8417	Amputazione al di sopra del ginocchio	883	16.207	18,4
8419	Amputazione addomino – pelvica	6	75	12,5
<b>Totale</b>		<b>5.300</b>	<b>78.298</b>	<b>14,8</b>



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

**Amputazione di arti inferiori praticate a pazienti diabetici in regime ordinario.  
Distribuzione per tipologia di intervento. Anno 2022**

Cod. ICD-9- CM	Descrizione intervento	N.ro dimessi	Giornate di degenza	Degenza media
8410	Amputazione dell'arto inferiore, SAI	104	2.500	24,0
8411	Amputazione di dita del piede	2.353	28.112	11,9
8412	Amputazione a livello del piede	1.419	23.692	16,7
8413	Disarticolazione della caviglia	4	50	12,5
8414	Amputazione della caviglia a livello dei malleoli della tibia e fibula	20	512	25,6
8415	Altra amputazione al di sotto del ginocchio	557	12.370	22,2
8416	Disarticolazione del ginocchio	3	88	29,3
8417	Amputazione al di sopra del ginocchio	910	18.668	20,5
8419	Amputazione addomino – pelvica	4	166	41,5
<b>Totale</b>		<b>5.374</b>	<b>86.158</b>	<b>16,0</b>



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

**Amputazione di dita del piede praticate a pazienti diabetici in regime ordinario.  
Distribuzione per regione. Anno 2020**

<b>8411</b>	<b>Amputazione di dita del piede</b>
-------------	--------------------------------------

Regione	N° dimessi	Giornate di degenza	Degenza media
Piemonte	102	1.439	14,1
Valle d'Aosta	5	63	12,6
Lombardia	399	4.088	10,2
Prov. Aut. Bolzano	18	272	15,1
Prov. Aut. Trento	15	160	10,7
Veneto	298	2.943	9,9
Friuli Venezia Giulia	22	223	10,1
Liguria	50	666	13,3
Emilia Romagna	220	2.926	13,3
Toscana	126	1.090	8,7
Umbria	24	373	15,5
Marche	70	542	7,7
Lazio	85	1.233	14,5
Abruzzo	117	984	8,4
Molise	42	337	8,0
Campania	192	2.197	11,4
Puglia	139	1.828	13,2
Basilicata	3	32	10,7
Calabria	66	429	6,5
Sicilia	167	2.609	15,6
Sardegna	33	323	9,8
<b>Italia</b>	<b>2.193</b>	<b>24.757</b>	<b>11,3</b>



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

**Amputazione di dita del piede praticate a pazienti diabetici in regime ordinario.  
Distribuzione per regione. Anno 2021**

<b>8411</b>	<b>Amputazione di dita del piede</b>
-------------	--------------------------------------

Regione	N° dimessi	Giornate di degenza	Degenza media
Piemonte	101	1.484	14,1
Valle d'Aosta	12	205	12,6
Lombardia	379	3.808	10,2
Prov. Aut. Bolzano	20	288	15,1
Prov. Aut. Trento	10	156	10,7
Veneto	413	3.668	9,9
Friuli Venezia Giulia	41	416	10,1
Liguria	52	790	13,3
Emilia Romagna	243	3.050	13,3
Toscana	119	1.094	8,7
Umbria	20	289	15,5
Marche	73	445	7,7
Lazio	95	1.038	14,5
Abruzzo	104	824	8,4
Molise	41	348	8,0
Campania	250	2.039	11,4
Puglia	120	1.691	13,2
Basilicata	4	56	10,7
Calabria	68	439	6,5
Sicilia	145	1.979	15,6
Sardegna	28	504	9,8
<b>Italia</b>	<b>2.338</b>	<b>24.611</b>	<b>11,3</b>



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

**Amputazione di dita del piede praticate a pazienti diabetici in regime ordinario.  
Distribuzione per regione. Anno 2022**

<b>8411</b>	<b>Amputazione di dita del piede</b>
-------------	--------------------------------------

Regione	N° dimessi	Giornate di degenza	Degenza media
Piemonte	124	2.005	16,2
Valle d'Aosta	8	75	9,4
Lombardia	431	4.842	11,2
Prov. Aut. Bolzano	17	205	12,1
Prov. Aut. Trento	13	85	6,5
Veneto	373	3.710	9,9
Friuli Venezia Giulia	24	217	9,0
Liguria	51	662	13,0
Emilia Romagna	261	3.812	14,6
Toscana	111	910	8,2
Umbria	34	683	20,1
Marche	71	556	7,8
Lazio	106	1.591	15,0
Abruzzo	126	1.056	8,4
Molise	50	467	9,3
Campania	177	1.591	9,0
Puglia	138	2.107	15,3
Basilicata	1	7	7,0
Calabria	92	710	7,7
Sicilia	111	2.319	20,9
Sardegna	34	502	14,8
<b>Italia</b>	<b>2.353</b>	<b>28.112</b>	<b>11,9</b>



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

L'International Working Group of Diabetic Foot (IWGDF), che lavora sulle Linee Guida sul Piede diabetico dal 1999, nel 2019 ha fatto un upgrade di tali raccomandazioni sulla gestione e sulla prevenzione della patologia, basandosi su una systematic review della letteratura.

Vengono individuate 5 “pietre miliari” per la prevenzione delle ulcere:

1. Identificazione del piede a rischio;
2. Ispezionare ed esaminare regolarmente il piede a rischio;
3. Educare il paziente, la famiglia e gli operatori sanitari;
4. Garantire l'uso di calzature adeguate;
5. Trattare i fattori di rischio per l'ulcerazione.

Un team adeguatamente formato di professionisti sanitari deve affrontare questi cinque elementi come parte integrante dell'assistenza per le persone ad alto rischio di ulcerazione.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

## **Piano Nazionale della malattia diabetica**

L'impatto sociale, economico e sanitario della malattia diabetica ha imposto la ricerca di percorsi organizzativi in grado di minimizzare il più possibile l'incidenza degli eventi acuti e delle complicanze invalidanti che comportano costi elevatissimi, diretti e indiretti. È universalmente riconosciuto (anche con il sostegno della Medicina Basata sull'evidenza) che un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, con l'attivo coinvolgimento delle persone con diabete, può essere in grado di ottenere i risultati migliori.

Il Piano sulla malattia diabetica, pubblicato in Gazzetta ufficiale nel febbraio del 2013, illustra le principali vie per affrontare le problematiche relative alla patologia, individuando obiettivi centrati sulla prevenzione, sulla diagnosi precoce, sulla gestione delle complicanze, sul miglioramento dell'assistenza e degli esiti.

All'interno del Piano sono definiti obiettivi, strategie e linee d'indirizzo prioritarie per far sì che il peso della malattia gravi sempre meno sulla qualità della vita del paziente e sui costi sostenuti dal Sistema Sanitario.

Inoltre, vengono identificate attività di miglioramento che possano far nascere progetti recepiti dalle Regioni e dalle Province autonome. Chiaramente l'efficacia di questa strategia nazionale dovrà essere misurata in termini di outcome (esiti di salute), promuovendo politiche di coinvolgimento della persona nel self management.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

Per il successo del Piano sono elementi essenziali l'organizzazione e la corretta allocazione delle risorse umane e strutturali e la messa a punto di un adeguato sistema informativo, costruito e reso accessibile a livello locale, regionale e nazionale.

La diagnosi precoce e la prevenzione primaria sono inoltre punti cardine dei programmi organizzativi.

Si deduce che creare un processo diagnostico-terapeutico omogeneo diventa un'esigenza. Questo si può realizzare solo con una gestione integrata che vede coinvolti tutti gli attori dell'assistenza per creare un network che possa garantire l'approccio terapeutico più appropriato, nel setting più adeguato, in una politica di efficacia ed efficienza in termini di salute e di allocazione delle risorse.

Le linee di indirizzo designate dal piano sono utili perché il diabete è in aumento e le complicanze sono costose, e perché grazie alla prevenzione si può influenzare la storia della patologia e delle sue conseguenze. Inoltre, descrive i modelli per ottimizzare l'allocazione delle risorse e individua gli ambiti in cui si possono realizzare dei miglioramenti. Ovviamente è un modello generale a cui però le Regioni possono far riferimento contestualizzandolo alle realtà locali.

Tra le aree di miglioramento viene individuato, tra gli altri, il piede diabetico.

Il piano, per ogni area di miglioramento individuata, riporta le criticità, gli obiettivi, gli indirizzi strategici, le possibili linee d'intervento e il monitoraggio.

Per quanto riguarda l'ambito del piede diabetico, il Piano riporta come criticità attuali la differenza degli standard di cura tra le Regioni di tale complicanza.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

Tra gli obiettivi, dunque, si propone la riduzione delle amputazioni a livello generale, ma più nello specifico, la riorganizzazione delle strutture sanitarie per inserire nei percorsi di cura screening adeguati e validi strumenti per la cura del piede. Gli interventi strategici, che possono ridurre di più del 50% il numero di amputazioni, prevedono: l'ispezione regolare del piede e della calzatura, la cura preventiva del piede e valutazione dell'idoneità delle calzature, l'approccio multidisciplinare nel caso di lesione al piede, diagnosi precoce di vasculopatia periferica e intervento di rivascularizzazione, continuo follow-up del paziente con pregressa ulcera del piede, registrazione delle amputazioni e delle ulcere del piede.

Le possibili aree d'intervento consistono in programmi di informazione sanitaria rivolta ai pazienti e adeguata formazione del personale sanitario dedicato a tutti i livelli di assistenza. Inoltre ci si propone: l'implementazione delle competenze al fine di identificare precocemente i soggetti a rischio, (mediante esame clinico con valutazione dei riflessi e dei polsi periferici, l'osservazione di eventuali deformità ai piedi, la presenza di calli, la valutazione con il monofilamento e il rilievo anamnestico di pregresse ulcere o amputazioni); migliorare le strategie organizzative e promuovere un corretto sistema informativo che garantisca la registrazione e il monitoraggio appropriati. La misura finale sarà rappresentata dalla riduzione dell'incidenza di amputazioni. In buona sostanza la strada più giusta da intraprendere è quella di fare rete, mettere in atto un'assistenza pro-attiva che si prefigga di realizzare tutte le misure preventive di quelle complicanze d'organo che se non prese in tempo portano al ricovero.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

È per questo che l'assistenza ambulatoriale erogata in maniera integrata da tutti gli attori coinvolti risulta essere l'approccio più appropriato alla gestione del paziente diabetico. Da qui la forte raccomandazione di un team diabetologico multidisciplinare che contribuisca alla realizzazione del PDTA individualizzato di ogni persona con diabete, in un'ottica di percorso di cura guidato e non dettato dalla medicina del bisogno urgente. Nel Piano si pone spesso l'accento sul team multidisciplinare, così come su tutta la letteratura internazionale. In particolare, si legge: “[.....] il Piano utilizza il termine “team diabetologico” proprio a sottolineare che, in considerazione della complessità del diabete mellito, oltre allo specialista specifico (diabetologo) [.....] vi è necessità di integrare nel disegno assistenziale altri specialisti [.....] il podologo (considerata la specificità del piede diabetico)”.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

## **I dati della Letteratura internazionale**

Molti studi internazionali hanno dimostrato l'efficacia dell'inserimento del podologo nella gestione del piede diabetico e quanto questo sia fondamentale per ridurre il numero di amputazioni maggiori.

Blanchette V. et al. in un recentissimo studio pubblicato su *Journal of Foot and Ankle Research* ha definito il ruolo del podologo come “gatekeeper”, sentinella, del piede diabetico e pertanto ha mirato la sua systematic review e metanalisi a dimostrare l'effetto del contatto con il podologo nel team del piede diabetico. Ebbene è venuto fuori che un team multidisciplinare che abbia al suo interno il podologo riduce il rischio di amputazione maggiore o minore di circa il 31%, in virtù proprio degli interventi che il podologo può fare. Se si considera soltanto l'amputazione maggiore, la riduzione è di circa il 55%. Come ulteriore risultato, rimane confermata la grande importanza del team multidisciplinare nella gestione della problematica in accordo con l'IWGDF, con l'ADA e con altre numerose importanti associazioni di studio sul piede diabetico.

Un altro studio del 2016 di Wang et al. pubblicato su *BMC Endocrine Disorders*, conferma la riduzione delle amputazioni maggiori dopo l'introduzione di un team multidisciplinare per la gestione dei pazienti diabetici con ulcere agli arti inferiori in Cina.

In uno studio australiano del 2018 di Couch A. et al. pubblicato su *Journal of Foot and Ankle Research* si indagava sul beneficio economico che poteva derivare dalla presenza di un programma di formazione mirata del podologo in un contesto di sanità pubblica, portando come risultato un costo relativamente basso per la formazione che però avrebbe prodotto un futuro risparmio economico sanitario.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

Inoltre, interessante risultato è quello riportato da uno studio del 2011 di Carls G.S. et al su *Journal of the American Podiatric Medical Association*: vengono messi a confronto i costi e le amputazioni dei pazienti seguiti e non seguiti dal podologo. Ne deriva che il costo di coloro che sono seguiti dal podologo è inferiore rispetto agli altri e il numero di amputazione è minore. Questo per l'appropriatezza della formazione e dell'approccio propri del podologo da cui ne consegue un beneficio economico, oltre che di salute, nel management della problematica piede diabetico.

In conclusione, possiamo affermare che questi numeri, con un sistema migliore di screening, una stratificazione del rischio nell'ambulatorio del piede diabetico e con il miglioramento della rete con il territorio, possono diminuire. La costituzione di un team multidisciplinare dedicato, al cui interno sia inserita la figura del podologo, è indispensabile per mettere in atto questa riorganizzazione e per strutturare un programma di educazione.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

## Progetto piede diabetico: la nostra proposta





ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

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

1. **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.
2. **Gli obiettivi secondari** consistono nel controllo e cura ambulatoriale delle lesioni meno gravi, scarico delle stesche, prescrizione di calzatura idonea, monitoraggio dell'infezione e medicazioni. Le lesioni più gravi saranno prese in carico dalle strutture ospedaliere.
3. **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.

Con il *Piano Nazionale della Malattia Diabetica* (redatto nel 2012ma entrato in vigore a gennaio del 2013) per la prima volta il ruolo del Podologo nell'assistenza al paziente diabetico viene formalmente riconosciuto. Il documento, infatti, fa esplicito riferimento all'interno del team diabetologico al "Podologo, considerata la specificità del Piede Diabetico".

Il Podologo quindi, proprio in virtù delle peculiarità del profilo professionale, è individuato come specialista essenziale per la prevenzione, assistenza e cura del paziente diabetico, in riferimento alla complicanza del piede diabetico.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

## **LE PERSONE CON DIABETE IN ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE:**

- Nell'ambito dell'assistenza domiciliare al paziente diabetico, sia per i pazienti ospiti in strutture residenziali per non autosufficienti, l'assistenza podologica verrà definita all'interno del piano di assistenza individuale.
- Il podologo, nell'ambito dell'assistenza, dovrà produrre la **cartella clinica** informatizzata del paziente che verrà trasmessa al MMG di riferimento e/o al diabetologo, in un percorso di integrazione dei sistemi informatici della rete che permetta di far dialogare le diverse banche dati.
- Per tale tipologia di assistenza è possibile anche la consulenza telematica o il ricorso a eventuali forme di telemedicina.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

## **1° LIVELLO ASSISTENZIALE: MMG E PODOLOGO SUL TERRITORIO**

*IL 1° LIVELLO ASSISTENZIALE PROVVEDE:*

Alla prevenzione del piede diabetico in assistenza podologica al paziente diabetico al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di ulcere tipiche e nei soggetti già amputati prevenire una nuova amputazione.

## **2° LIVELLO ASSISTENZIALE: LE STRUTTURE SPECIALISTICHE DIABETOLOGICHE (SD)**

*Le SD di 2° livello devono assicurare:*

Adeguate continuità assistenziale tramite specifici PDTA con strutture diabetologiche aventi funzioni di 3° livello per particolari criticità (complicanze croniche in fase critica, piede diabetico, anche attraverso l'assistenza podologica in ambulatorio podologico, al fine di ridurre l'ancora alto numero di amputazioni, diabete in gravidanza, impianto ed educazione all'uso di microinfusori e sensori).

## **L'ASSISTENZA DIABETOLOGICA CON FUNZIONI DI 3° LIVELLO**

*Attività assistenziali che caratterizzano le SD con funzioni di 3° Livello:*

Piede diabetico: gestione clinica delle lesioni acute e di maggior rischio e complessità, anche avvalendosi dell'assistenza podologica in ambulatorio podologico.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

## GLI ATTORI DELL'ASSISTENZA DELLE PERSONE CON DIABETE:

- Diabetologi e team multiprofessionale della Struttura di Malattie metaboliche e diabetologia (SD);
- Medici di Medicina Generale (MMG);
- Operatori dei distretti sanitari;
- Medici specialisti delle specialità coinvolte;
- **Podologi operanti sul territorio;**
- Infermieri;
- Psicologi;
- Dietisti;
- Educatore.
- 

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 un'adeguata assistenza del Podoiatra/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 studio podologico)
- nelle ASL (con annesso studio podologico)
- nei centri diabetologici (con annesso studio podologico)
- nelle case della salute



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

## **PREVENZIONE E CURA DELLE ULCERE: 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 plantaripersonalizzate 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 edigitali
- Educazione sanitaria.

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 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.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

Il presente documento intende corrispondere al cambiamento di prospettiva indispensabile per rispondere alle nuove necessità legate alle patologie oggi più diffuse; si è portata, infatti, l'attenzione su malattie croniche e molto debilitanti.

Siamo davanti a patologie caratterizzate da un lungo decorso e che richiedono un'assistenza a lungo termine; in questi casi, il ricovero ospedaliero non è strettamente necessario. Occorrono, invece, modalità organizzative del Sistema-Salute in grado di assicurare le cure richieste da questa tipologia di persone assistite, il più possibile in una fase anticipata che prevenga o limiti le criticità psicofisiche di volta in volta considerate.

In tale quadro, il PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza pone in rilievo l'obiettivo di ridurre le significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni attualmente esistenti. Sempre il PNRR promuove un'adeguata integrazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali e sociali.

Alla luce di tutto ciò, si può affermare che il Sistema Sanitario Nazionale può trarre benefici sia sociali che economici soltanto se alloca risorse in programmi di screening, di prevenzione e di educazione strutturati, per evitare un numero elevato di ricoveri e altre conseguenze notevolmente gravose sulla spesa della Sanità Pubblica.

Per quanto sin qui esposto, risulta indispensabile una sempre maggiore presenza del Podologo a tutti i livelli nel nostro Servizio Sanitario Nazionale.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

## Bibliografia

1. I. n. d. s. ISTAT, «Reort: Futuro della popolazione: meno residenti, più anziani, famiglie più piccole,» 26 novembre 2021.
2. I. n. d. s. ISTAT, «Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia,» 2020.
3. I. n. d. s. ISTAT, «Sanità e Salute,» *Annuario statistico italiano* , 2022.
4. M. S. S. Q. G. L. a. B. D. Maria Gabriella Melchiorre, «Frail Older People Ageing in Place in Italy: Use of Health Services and Relationship with General Practitioner,» *Int J Environ Res Public Health.*, 2022.
5. S. F. (. S. C. P. S. T. A. 2. – A. S. L. S. V. (. S. C. Roberta Rapetti (Responsabile Organizzazione Territoriale – ASL 2 - Azienda Sociosanitaria Ligure), «La gestione delle persone affette da cronicità: revisione dei modelli concettuali educazionali e di apprendimento,» *I luoghi della cura rivista online Network Non Autosufficienza NNA* , 25 marzo 2022.
6. J. K. Vincenzo Atella, «Health care policies and aging: challenges for the system sustainability,» *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione*, 2014.
7. C. S. S. Ministero della Salute, «Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del SSN,» 2020.
8. CENSIS, «L'Italia e le dinamiche demografiche: scenari e strumenti per affrontare il futuro,» 2021.
9. N. T.-C. D. L.-L. David Rodríguez-Sanza, «Foot disorders in the elderly: A mini-review,» *Disease-a-Month* , 2017 .
10. P. L. R. C. P. C. M. T. S. M. D. AM. IPPOLITO, «La cute: identificazione dei criteri per una gestione corretta,» *ASSOCIAZIONE ITALIANA ULCERE CUTANEE - AIUC* , 2012.
11. M. M. A. R. O. M. M. A. W. S. M. M. Kirstyn James, «Foot Examination for Older Adults,» *The American Journal of Medicine*, 2020.
12. H. B. Menz, «Chronic foot pain in older people,» *Maturitas*, 2016.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PODOLOGI

13. B. & L. Q. Zhang, «A Current Review of Foot Disorder and Plantar Pressure Alternation in the Elderly,» *Physical activity and health*, 2020.
14. H. B. Menz, «Biomechanics of the Ageing Foot and Ankle: A Mini-Review,» *Geriatrics and Gerontology*, 2014.
15. F. F. a. E. F. a. A. B. Chiara Seghieri, «Healthcare costs of diabetic foot disease in Italy: estimates for event and state costs,» *Eur J Health Econ.* , 2023.
16. S. S. I. d. Diabetologia, «Focus sul piede diabetico: l'Italia all'avanguardia nel mondo del trattamento e della rete assistenziale,» 2019 .
17. W. R. Y. Jr, «Neurologic Disorders Affecting the Foot and Ankle,» 2022.
18. Dati censimento occupazionale Federazione nazionale Ordini TSRM e PSTRP