



Fondato da Giorgio Monticelli nel 1974

Organo ufficiale della
Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia

Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia

GIOT

Atti



CONGRESSO NAZIONALE SIOT
SOCIETÀ ITALIANA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LA PROTESIZZAZIONE NEL PAZIENTE AD ELEVATA RICHIESTA FUNZIONALE
LA FRAGILITÀ SCHELETRICA NELLE OSTEOPATIE METABOLICHE

PRESIDENTI: V. AMORESE, U. TARANTINO VICE PRESIDENTI: G. CERCIELLO, G. COSTANZO



Supplemento 1

Vol. XLI

04 2015



PACINI
EDITORE
MEDICINA

M. Torre¹
G. Tucci²
I. Luzi¹
M. Del Manso¹

¹ Centro Nazionale di Epidemiologia,
Sorveglianza e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma;
² Ospedale San Giuseppe,
Albano L. (Roma)

La chirurgia protesica articolare nel paziente a elevata richiesta funzionale: dati epidemiologici

*Joint arthroplasty in high functional demanding patients:
epidemiologic data*

Riassunto

Obiettivi

La chirurgia protesica dell'anca e del ginocchio, sviluppata come intervento destinato a individui anziani (>65 anni), si è dimostrata procedura efficace per il trattamento dell'artrosi. Attualmente la capacità funzionale dei soggetti di maggiore età risulta sempre più elevata. Tale miglioramento, unito a quello delle tecniche chirurgiche, delle tecnologie biomediche e della gestione perioperatoria, ha spinto i chirurghi ortopedici ad allargare le indicazioni a pazienti una volta non ritenuti idonei, contribuendo al recente incremento globale del numero d'interventi. In Italia non sono molti gli studi che forniscono dati epidemiologici sull'andamento della chirurgia protesica articolare. Scopo di questo lavoro è presentare dati sintetici sugli interventi di protesi, con un focus sui trend temporali dei pazienti giovani (< 65) operati di anca (PTA) e di ginocchio (PTG) in elezione.

Materiali e metodi

Le analisi sono state condotte sul database nazionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative agli anni 2001-2013 per calcolare la distribuzione per età e per tipo di intervento, tassi di incidenza specifici e durata della degenza post-operatoria.

Risultati

Il numero di interventi di elezione è cresciuto nel periodo di osservazione: le PTA sono aumentate del 141%, le PTG del 226%. I pazienti giovani operati sono aumentati, sia gli uomini che le donne (+145% per le PTA, + 283% per le PTG). Il trend in crescita per gli uomini è statisticamente significativo. Analogamente sono aumentati i tassi di incidenza. Per le PTG è pressoché raddoppiato nelle donne e quasi triplicato negli uomini, il maggior aumento del tasso di incidenza è stato nei pazienti <45 anni. La degenza post-operatoria è diminuita mediamente di 3,3 giorni sia per le PTA che per le PTG.

Discussione

Le informazioni desunte da questo lavoro epidemiologico confermano la tendenza all'aumento globale del numero di protesi articolari impiantate in Italia, anche nei pazienti più giovani, sia <65 anni, ma anche <55 anni. Il chirurgo ortopedico si trova dunque posto di fronte ad una serie di problemi che giustificano una costante e continua attenzione ai dati epidemiologici. Inoltre, l'incremento costante del numero di artroprotesi pone una serie di problemi più direttamente riconducibili alle politiche sanitarie. L'importanza dei quesiti e la difficoltà di offrire evidenze e risposte adeguate sulla base dei dati al momento disponibili giustifica ogni sforzo intrapreso nel tentativo di sviluppare sistemi di sorveglianza epidemiologica quali i registri. A tal fine si auspica che in tempi rapidi il Registro Italiano Artroprotesi, attualmente un progetto finanziato dalla DG dispositivi medici e servizio farmaceutico del Ministero della salute a partecipazione volontaria, venga istituito e reso obbligatorio.

Parole chiave: sostituzione protesica articolare, trend temporale, età < 65, schede di dimissione ospedaliera, epidemiologia, registri

Summary

Objectives

Total hip replacement (THR) and total knee replacement (TKR), developed to treat people aged > 65 y, have proved to be effective in osteoarthritis treatment improving even more functional ability of operated patients. Based on this improvement and that of surgical techniques, of biomedical

Indirizzo per la corrispondenza:

Marina Torre

Centro Nazionale di Epidemiologia,
Sorveglianza e Promozione della Salute
Istituto Superiore di Sanità
viale Regina Elena, 299
00161 Roma
marina.torre@iss.it

technologies and of perioperative management, indication to surgery has been extended to patients previously considered not eligible for treatment, contributing to the recent increase of the number of procedures. In Italy, few studies providing epidemiologic data on joint replacement are available. Aim of this study is to summarise data on arthroplasties, focusing on temporal trends of young patients (<65) that underwent elective THR and TKR.

Materials and methods

The national database of Hospital Discharge Records for the period 2001-2013 was consulted to compute age and procedure distributions, specific incidence rate and post-operative length of stay.

Results

The total number of elective procedures increased in the observed period (THR +141%; TKR +226%) as well as the number of young patients both men and women (THR +145%; TKR +283%) with the positive trend in men statistically significant. The specific incidence rates almost doubled in women and tripled in men, being the highest value in patients <45y. Post-operative length of stay has decreased by an average of 3.3 days both for THR and TKR.

Discussion

The results of this study confirm the global increase of arthroplasties performed in Italy, also in young patients aged < 65y and also < 55y. Orthopaedic surgeons have to face situations justifying a thorough interest for epidemiologic data. Moreover, the steady increase of the number of arthroplasties raises some issues directly related to health policies. The importance of the questions raised and the difficulties of providing scientific evidence and appropriate answers using data currently available justify any effort undertaken in an attempt to develop epidemiologic surveillance systems like registries. For this purpose, we hope that the Italian National joint arthroplasty registry, currently a project funded by the DG of medical devices and pharmaceutical service of the Ministry of Health, will be soon established on a mandatory basis.

Key words: joint arthroplasty, temporal trend, age < 65, hospital discharge records, epidemiology, arthroplasty registries

Introduzione

La sostituzione protesica articolare, in particolare la chirurgia protesica dell'anca e del ginocchio, garantisce ai pazienti un notevole miglioramento funzionale ¹ e un progresso globale delle condizioni di salute ². Le protesi totali di anca (PTA) e di ginocchio (PTG) si sono dimostrate procedure efficaci e costo-eficaci per il trattamento dell'artrosi dell'anca e del ginocchio e, a seguito di questo successo, gli interventi di sostituzione protesica stanno ottenendo considerazione crescente anche in altri ambiti clinici, in particolare quello della spalla.

Nel corso degli anni, la sostituzione protesica articolare dell'anca e del ginocchio si è sviluppata come intervento destinato a individui anziani (> 65 anni) con minori richieste funzionali ³. Tuttavia tale limite di età, probabilmente arbitrario, ha perso progressivamente il suo significato originario per una serie di motivi. Al concetto di anzianità anagrafica si è sostituito quello riguardante la valutazione del livello di attività. Attualmente la capacità funzionale dei soggetti di maggiore età risulta sempre più elevata, anche grazie alla maggiore attenzione rivolta alla salvaguardia del benessere personale e della salute in generale anche nella popolazione più anziana. Questo miglioramento globale delle condizioni delle fasce di età più elevate, unito al miglioramento delle tecniche chirurgiche, delle tecnologie biomediche e della gestione perioperatoria, ha spinto i chirurghi ortopedici ad allargare le indicazioni della sostituzione protesica a pazienti una volta non ritenuti idonei,

atteggiamento supportato dai risultati favorevoli presenti in letteratura ^{4,5}. D'altro canto l'affidabilità dei risultati ottenuti nel corso degli anni ha portato una graduale espansione dei criteri con i quali vengono selezionati i candidati a una sostituzione protesica articolare. L'ampliamento delle indicazioni ai pazienti più giovani e attivi ha senz'altro contribuito al recente incremento globale del numero d'interventi ⁶.

Nonostante l'importanza in termini di miglioramento complessivo della salute, e il prevedibile impatto in termini di risorse sanitarie che si renderanno necessarie se la tendenza in corso negli altri paesi dovesse trovare conferma anche in Italia, non sono molti gli studi che forniscono dati epidemiologici sull'andamento della sostituzione protesica articolare nel nostro Paese.

Scopo di questo lavoro è dunque presentare dati sintetici sulla chirurgia protesica articolare in Italia e, considerando le PTA e PTG eseguite in elezione nel 2001, nel 2007 e nel 2013, evidenziare i cambiamenti occorsi in tale periodo per quanto riguarda il numero di interventi, la distribuzione per età dei pazienti operati, i tassi di incidenza sulla popolazione e la durata della degenza post-operatoria. Si vuole pertanto cercare di fornire un feedback ai clinici che fino a oggi potevano contare solo su dati parziali ottenibili da archivi limitati o riguardanti realtà locali. Le pubblicazioni in materia, infatti, si riferiscono spesso a letteratura di matrice anglo-sassone o nord-europea ⁶⁻⁸, rendendo impellente il bisogno d'informazione su dati italiani.

Tali dati, oltre a mostrare ai chirurghi ortopedici un qua-

dro attuale della loro attività, potranno fornire indicazioni sui possibili sviluppi futuri e sulle tendenze riscontrate per questo tipo di interventi, in maniera da poter anticipare problematiche e criticità in termini di risorse economiche e umane alla luce del presunto aumento della protesizzazione sia in termini complessivi, sia nelle specifiche classi di età inferiore. L'epidemiologia della sostituzione protesica articolare nel paziente giovane e attivo porta con sé l'attenzione verso le possibili conseguenze di questa tendenza, nell'ottica del numero di revisioni in soggetti di età progressivamente minore e circa la possibile comparsa di complicanze specifiche per tali soggetti.

Materiali e metodi

A partire dal database nazionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) fornito dal Ministero della Salute all'Istituto Superiore di Sanità (relativo agli anni dal 2001 al 2013), sono stati selezionati i ricoveri per acuti in regime ordinario e di day hospital che avessero in almeno uno dei sei campi di procedura previsti dalla SDO, uno principale e cinque secondari, un intervento descritto da uno dei codici ICD9-CM di procedura per sostituzione o revisione di sostituzione articolare elencati in Tabella I e si è effettuato il conteggio del numero di interventi effettuati in ciascun anno del periodo di osservazione per tutte le tipologie di sostituzione protesica.

Tabella I. Elenco dei codici ICD9-CM di intervento/procedura utilizzati per l'estrazione dei dati.

Codice ICD9-CM	Articolazione
	Anca
81.51	Sostituzione totale dell'anca
81.52	Sostituzione parziale dell'anca
00.85	Rivestimento totale dell'anca, acetabolo e testa del femore
00.86	Rivestimento dell'anca, parziale, testa del femore
00.87	Rivestimento dell'anca, parziale, acetabolo
81.53	Revisione di sostituzione dell'anca
81.53	Revisione di sostituzione dell'anca non altrimenti specificata
00.70	Revisione di protesi d'anca, sia acetabolare che dei componenti femorali
00.71	Revisione della protesi d'anca, componente acetabolare
00.72	Revisione della protesi d'anca, componente femorale
00.73	Revisione della protesi d'anca, inserto acetabolare e/o della sola testa del femore
	Ginocchio
81.54	Sostituzione totale del ginocchio
81.55	Revisione di sostituzione del ginocchio
81.55	Revisione di sostituzione del ginocchio non altrimenti specificata
00.80	Revisione della protesi di ginocchio, totale (tutti i componenti)
00.81	Revisione della protesi di ginocchio, componente tibiale
00.82	Revisione della protesi di ginocchio, componente femorale
00.83	Revisione della protesi di ginocchio, componente patellare
00.84	Revisione della protesi di ginocchio, inserto tibiale
	Spalla
81.80	Sostituzione totale della spalla
81.81	Sostituzione parziale della spalla
	Altre articolazioni
81.56	Sostituzione totale della tibiotarsica
81.57	Sostituzione dell'articolazione del piede e dell'alluce
81.59	Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificata altrove
81.73	Sostituzione totale del polso
81.84	Sostituzione totale del gomito
81.97	Revisione di sostituzione di articolazione dell'arto superiore

Si è proceduto quindi ad analizzare i trend temporali del numero di interventi effettuati (distribuzione per età dei pazienti operati, calcolo dei tassi di incidenza sulla popolazione, espressi come numero di interventi per 100.000 abi-

tanti, specifici per classe di età e sesso e della durata della degenza post-operatoria). Per tali analisi sono stati considerati solo le PTA e le PTG di elezione effettuati nel 2001, 2007 e 2013 (escludendo tutti gli interventi di revisione e,

Tabella II. Interventi di sostituzione protesica articolare in Italia (Codice ICD9-CM). Fonte: Dati SDO (2001-2013). Ricoveri per acuti in regime ordinario e day hospital.

Codice ICD9-CM	Denominazione	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	% (°)
Anca															
81.51	Sostituzione totale dell'anca	45.792	48.793	51.311	54.442	55.599	57.612	58.650	58.786	59.528	59.764	60.712	62.358	64.056	2,84
81.52	Sostituzione parziale dell'anca	20.768	21.358	21.020	21.657	22.402	22.418	22.326	23.069	22.542	23.953	24.177	24.324	24.998	1,56
00.85	Rivestimento totale dell'anca (*)	-	-	-	-	-	-	-	-	273	404	122	52	44	-36,64
00.86	Rivestimento parziale dell'anca (testa del femore) (*)	-	-	-	-	-	-	-	-	22	61	26	26	38	14,64
00.87	Rivestimento parziale dell'anca (acetabolo) (*)	-	-	-	-	-	-	-	-	8	11	9	16	14	15,02
	Revisione di sostituzione dell'anca (**)	6.015	6.502	6.528	6.745	6.960	7.230	7.273	7.219	7.606	7.919	7.897	8.302	8.249	2,67
	Totale	72.575	76.653	78.859	82.844	84.961	87.260	88.249	89.074	89.979	92.112	92.943	95.078	97.399	2,48
Ginocchio															
81.54	Sostituzione totale del ginocchio	26.787	31.039	35.799	40.904	43.785	47.986	52.116	54.395	54.778	56.808	56.977	58.979	60.261	6,99
	Revisione di sostituzione del ginocchio (***)	1.269	1.665	1.904	2.189	2.472	2.665	3.007	3.311	3.850	3.953	3.996	4.235	4.502	11,13
	Totale	28.056	32.704	37.703	43.093	46.257	50.651	55.123	57.706	58.628	60.761	60.973	63.214	64.763	7,22
Spalla															
81.80	Sostituzione totale della spalla	695	798	934	1.239	1.455	1.688	2.036	2.175	2.515	2.965	3.444	3.793	4.421	16,67
81.81	Sostituzione parziale della spalla	844	875	917	1.020	1.051	1.191	1.203	1.234	1.242	1.333	1.211	1.352	1.432	4,50
	Totale	1.539	1.673	1.851	2.259	2.506	2.879	3.239	3.409	3.757	4.298	4.655	5.145	5.853	11,78
Altre articolazioni															
81.56	Sostituzione totale della tibiotarsica	96	116	150	175	178	256	267	282	254	251	296	313	330	10,84
81.57	Sostituzione dell'articolazione del piede e dell'alluce	336	409	435	489	649	673	736	720	571	614	608	483	507	3,49
81.59	Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificata altrove	219	189	183	363	707	599	383	153	201	133	111	90	103	-6,09
81.73	Sostituzione totale del polso	45	45	46	50	63	86	74	75	61	54	76	84	69	3,63
81.84	Sostituzione totale del gomito	92	147	163	214	250	321	320	316	411	404	438	451	478	14,72
81.97	Revisione di sostituzione di articolazione dell'arto superiore	83	82	85	103	93	106	135	150	167	167	210	253	233	8,98
	Totale	871	988	1.062	1.394	1.940	2.041	1.915	1.696	1.665	1.623	1.739	1.674	1.720	5,83
	Totale complessivo	103.041	112.018	119.475	129.590	135.664	142.831	148.526	151.885	154.029	158.794	160.310	165.111	169.735	4,25

(°) Incremento medio annuo espresso in percentuale

(*) Codici di intervento primario introdotti il 1° gennaio 2009

(**) Codici di intervento di revisione anca: 81.53; dal 1° gennaio 2009 anche 00.70, 00.71, 00.72, 00.73

(***) Codici di intervento di revisione ginocchio: 81.55; dal 1° gennaio 2009 anche 00.80, 00.81, 00.82, 00.83, 00.84

per l'anca, gli interventi con diagnosi di frattura). Sono stati quindi selezionati solo i ricoveri che presentassero uno dei codici ICD9-CM di interesse, riportati in Tabella I, nel campo Intervento principale, escludendo gli interventi registrati come secondari (pari a circa il 3% degli episodi di ricovero). I dati sono stati esaminati considerando la suddivisione per sesso e prendendo a riferimento quattro classi di età (< 45, 46-54, 55-64, ≥ 65) ⁶.

Risultati

Nel periodo 2001-2013 la numerosità degli interventi per ciascuna articolazione è stata in crescita costante; è aumentato anche il numero delle singole tipologie di intervento, ad esclusione del rivestimento totale dell'anca e della revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori (Tab. II).

Il numero di interventi di elezione è cresciuto nel periodo di osservazione: le PTA sono aumentate del 141%, le PTG del 226%.

Per quanto riguarda l'analisi per classe di età, il numero di ricoveri per interventi primari di elezione effettuati su pazienti giovani (<65 anni) è passato per le PTA da 12.579 a 18.226 (+145%) e per le PTG da 4.464 a 12.632 (+283%) (Fig. 1). Esaminando la suddivisione in base al sesso emerge che, nel periodo osservato, la quota di uomini giovani (<65 anni) è aumentata da 39% a 42% per le PTA e da 20% a 24% per le PTG; per le donne giovani (< 65 anni) la quota è diminuita da 23% a 34% per le PTA e, invece, è aumentata per le PTG passando da 16% a 20% (Fig. 2). Il trend in crescita degli uomini con meno di 65 anni risulta statisticamente significativo ($p = 0,052$).

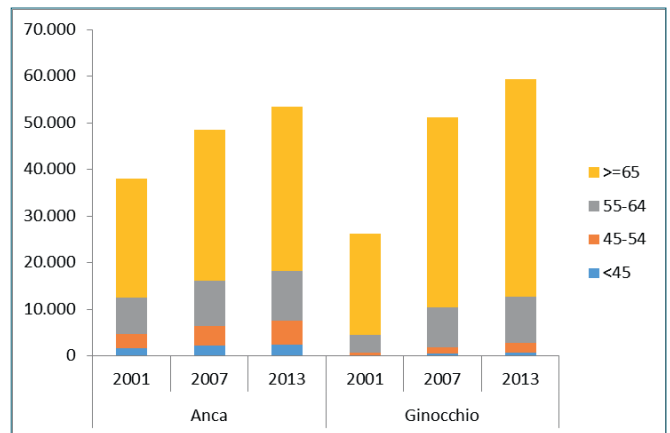


FIGURA 1. Numero di ricoveri di sostituzione protesica di anca e ginocchio (di elezione), per classi di età e anno di dimissione. Fonte: Dati SDO (2001-2007-2013). Ricoveri per acuti in regime ordinario e day hospital.

Nel periodo considerato i tassi di incidenza sono aumentati sia per le PTA che per le PTG, sia per gli uomini che per le donne. Il maggiore incremento nel tasso di incidenza si è registrato per le PTA negli uomini (+58%) e per la classe dei pazienti con meno di 45 anni (+55%). Per quanto riguarda le PTG, il tasso di incidenza è pressoché raddoppiato nelle donne e quasi triplicato negli uomini; la classe di età dove si è registrato il maggior aumento del tasso di incidenza è stata, anche in questo caso, la classe dei pazienti di età inferiore a 45 anni (+364%) (Fig. 3).

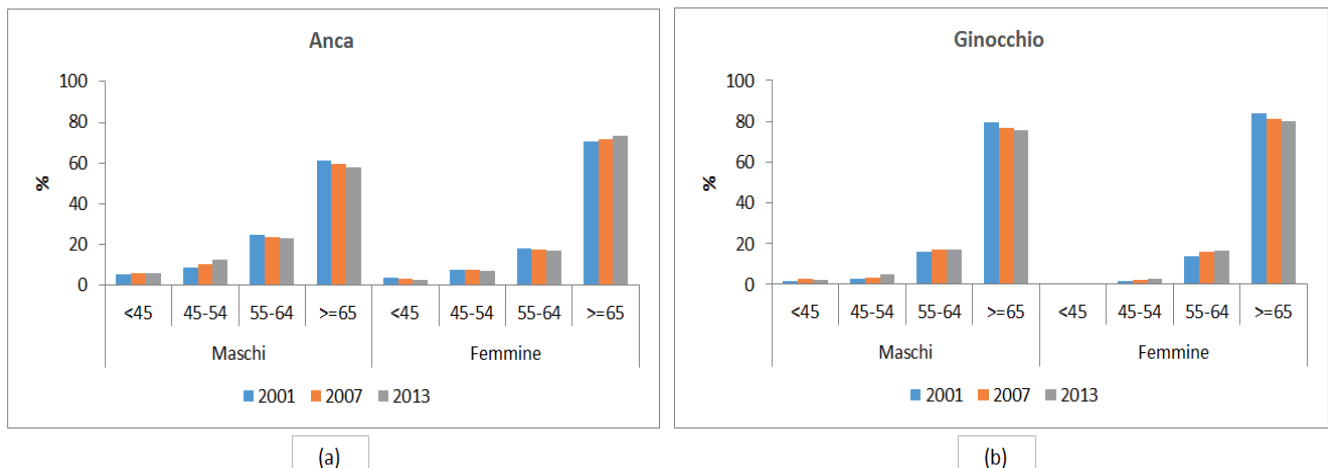


FIGURA 2. Distribuzione percentuale dei ricoveri per interventi di sostituzione primaria totale di elezione (Intervento principale) di anca (a) e di ginocchio (b) per classe di età e sesso. Fonte: Dati SDO (2001-2007-2013). Ricoveri per acuti in regime ordinario e day hospital.

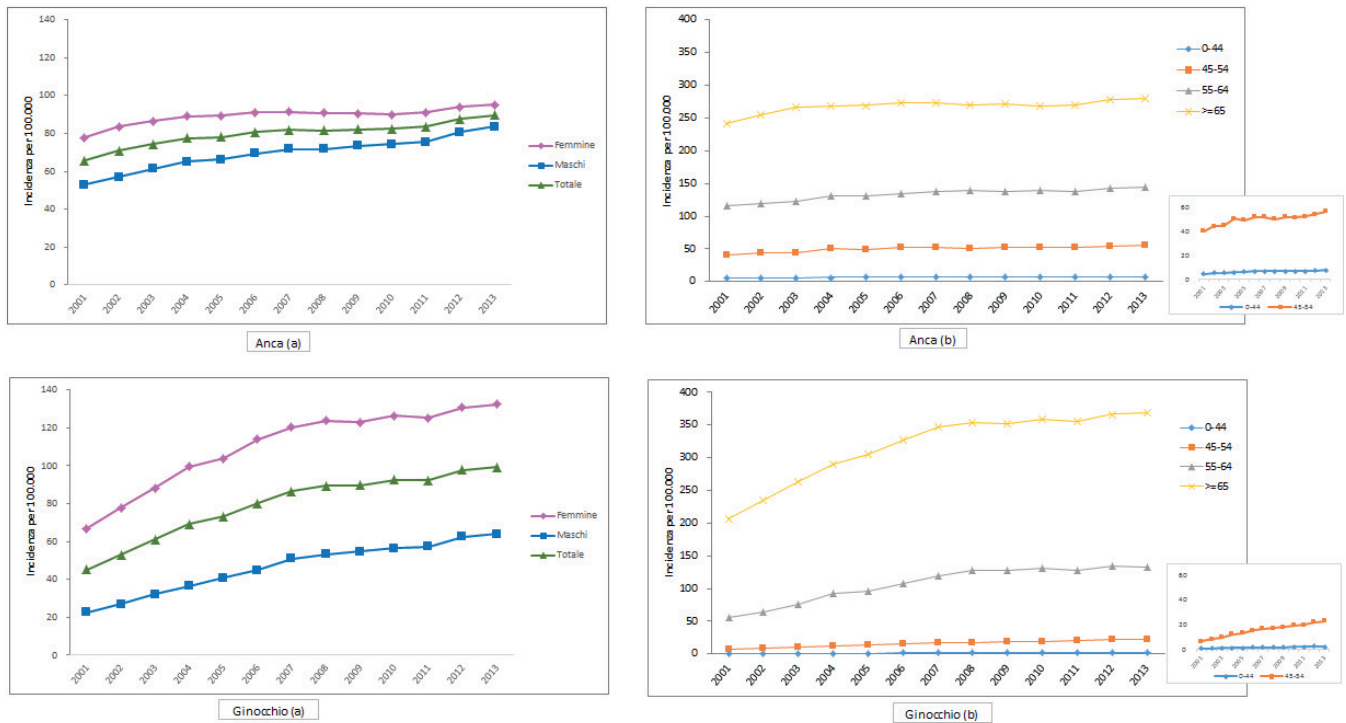


FIGURA 3. Anca e Ginocchio. Tasso di incidenza dei ricoveri per interventi di sostituzione primaria totale di elezione (Intervento principale) per 100.000 abitanti specifico per sesso (a) e classe di età (b). Fonte: Dati SDO (2001-2013). Ricoveri per acuti in regime ordinario e day hospital

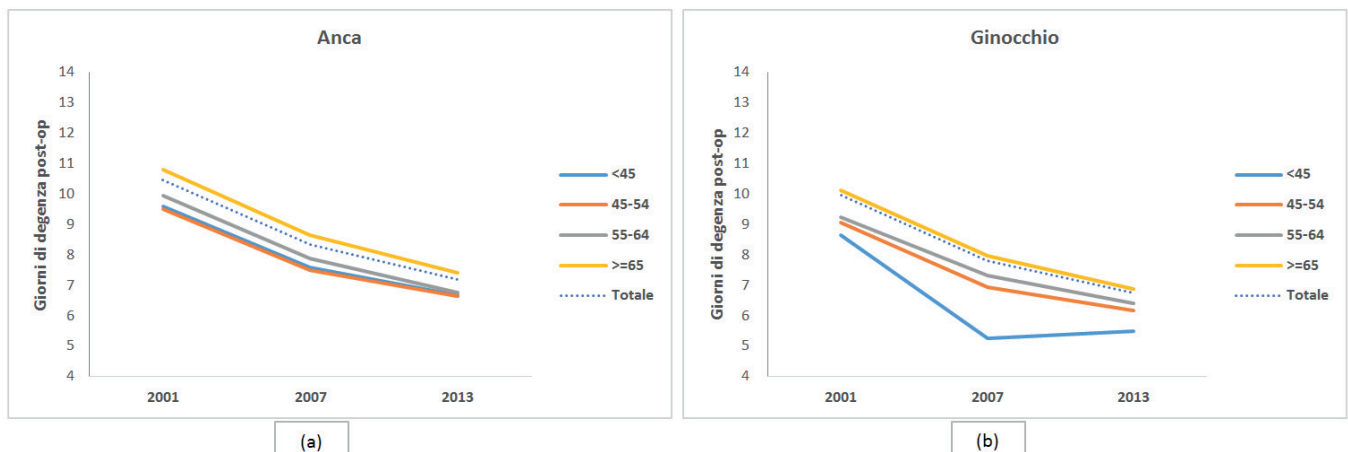


FIGURA 4. Media dei giorni di degenza post-operatoria per classe di età e anno per anca (a) e ginocchio (b). Fonte: Dati SDO (2001-2013). Ricoveri per acuti in regime ordinario e day hospital.

La degenza media è diminuita mediamente di 3,3 giorni sia per le PTA che per le PTG. In entrambi gli interventi la diminuzione maggiore si è registrata nei pazienti ≥ 65 (Fig. 4 a, b). Nel 2013 il valore più alto della degenza media calcolato tra tutti i gruppi analizzati è stato osservato nei

pazienti sottoposti a PTA di età ≥ 65 anni (7,4 giorni, Fig. 4 a), mentre il valore più basso è stato riscontrato nei pazienti sottoposti a PTG di età inferiore a 45 anni (5,5 giorni, Fig. 4 b).

Discussione

Le informazioni desunte da questo lavoro epidemiologico confermano la tendenza all'aumento globale del numero di protesi articolari impiantate in Italia. Nonostante tale intervento fosse stato originariamente ideato per il trattamento di patologie articolari nell'anziano, il trend in crescita sembra confermato anche nei pazienti più giovani, sia quando venga utilizzata la classe di età al di sotto dei 65 anni, ma anche se si prende in considerazione un criterio più restrittivo, cioè i soggetti al di sotto dei 55 anni. Da questa informazione, in passato ipotizzabile ma fino a oggi priva di conferme definitive, scaturiscono diverse considerazioni di primaria rilevanza clinica, ma anche socio-sanitaria.

Negli Stati Uniti l'invecchiamento della cosiddetta Baby boom generation, che ha iniziato ad avere 65 anni nel 2011, è considerato un fattore nella crescente futura domanda di sostituzioni protesiche articolari ⁶ e la probabile domanda nel futuro sarà superiore alle proiezioni nazionali ⁹; anche altri paesi stanno rilevando un netto aumento nel numero di interventi nei pazienti giovani, sia di ginocchio ¹⁰ che di anca ^{7 11}. In Italia, in realtà, il boom economico è arrivato con una decina di anni di ritardo rispetto agli Stati Uniti. Tuttavia sin da ora già si registra, dall'analisi dei dati del periodo 2001-2013, un generale incremento del numero di interventi effettuati in pazienti di età <65 anni, con un trend in crescita sia dell'anca che del ginocchio negli uomini, e del ginocchio nelle donne.

L'estensione dell'indicazione all'intervento a pazienti sempre più giovani potrebbe essere connessa a diversi fattori: un reale aumento dell'incidenza dell'artrosi e la possibilità di effettuarne precocemente la diagnosi; la scelta dei chirurghi di trattare il paziente precocemente per evitare complicanze e avere un esito più favorevole; una maggiore richiesta dei pazienti delle generazioni più giovani che, per essere operati, sono meno propensi ad attendere l'insorgere di sintomi debilitanti ¹²; una verosimile maggiore possibilità di accesso alle cure (seppure con le variabilità geografiche riscontrabili in tutte le offerte assistenziali) e infine, indirettamente, il progressivo miglioramento della percezione positiva dei risultati nella popolazione generale che accetta di sottoporsi ad un intervento che, per quanto generalmente di successo e per certi versi risolutivo, è comunque ascrivibile alla chirurgia ortopedica maggiore e, in quanto tale, potenzialmente gravato da complicanze anche importanti. Il chirurgo ortopedico si trova dunque posto di fronte ad una serie di problemi e, fatalmente, a nuove domande alle quali al momento non è possibile rispondere ma che giustificano una costante e continua attenzione ai dati epidemiologici. L'incidenza di interventi nel paziente giovane e attivo è destinata a superare quella nel paziente anziano? Qual è il limite di età nel quale può essere giudicato costo-efficace questo utilizzo? Il maggior

numero di protesi articolari in pazienti più attivi è destinato a far crescere il rischio di revisioni precoci e il numero di revisioni che il paziente dovrà sostenere nell'arco della sua vita, con evidenti conseguenze sulla qualità della vita e sui costi per il sistema sanitario? ^{7 12} Il crescente numero di interventi in pazienti di età inferiore giustifica l'utilizzo di accoppiamenti potenzialmente più longevi? In termini economici, quanto può impattare sul sistema sanitario l'introduzione di nuove tecnologie che possono risultare più costose ma che, se non accompagnate da adeguate evidenze, potrebbero avere effetti disastrosi sulla salute? È esemplare il caso delle protesi metal on metal che, ideate proprio per migliorare la longevità degli impianti nei pazienti giovani, hanno avuto in molti casi risultati clamorosamente negativi.

In un'ottica più generale, l'incremento costante del numero di artroprotesi pone una serie di problemi più direttamente riconducibili alle politiche sanitarie. Se le proiezioni che vengono elaborate negli Stati Uniti ¹³ trovassero analogie in Europa e nel nostro Paese, l'attuale contesto di insufficienza e previsione di riduzione della forza-lavoro di chirurghi ortopedici è probabilmente destinato a generare un grave squilibrio tra domanda e offerta di questo genere d'interventi soprattutto per quanto riguarda le procedure di revisione. L'incremento osservato nelle protesi totali primarie nel giovane è foriero di un futuro incremento di indicazioni alla revisione in pazienti progressivamente più giovani (e di conseguenza con maggiori richieste funzionali). D'altro canto questa richiesta si sommerebbe all'aumento delle revisioni di anca in pazienti in età avanzata conseguenti all'attuale "epidemia" di fratture da fragilità e alla tendenza a incrementare l'indicazione alla protesi totale anche ai pazienti più anziani.

Uno dei punti di forza di questo studio risiede nell'aver considerato l'intero database nazionale delle SDO, condizione che ha permesso di osservare l'intera popolazione dei pazienti ricoverati; tuttavia, gli eventuali errori di codifica o sottonotifica delle comorbidità e l'impossibilità di valutarne il peso potrebbero costituire un limite, soprattutto volendo effettuare valutazioni di esito ¹⁴.

Questo studio, che mostra anche in Italia una tendenza a operare pazienti sempre più giovani, rappresenta un primo passo verso la formulazione di un quadro complessivo della situazione della chirurgia protesica articolare nel nostro paese. L'importanza dei quesiti e la difficoltà di offrire evidenze e risposte adeguate sulla base dei dati al momento disponibili giustifica ogni sforzo intrapreso nel tentativo di sviluppare sistemi di sorveglianza epidemiologica in grado di aggiornare tutti gli operatori coinvolti in ogni fase dell'assistenza sanitaria sui numeri relativi a queste importanti patologie. I registri, offrendo dati di misura di efficacia degli impianti, possono fornire un utile feedback

al clinico¹⁵. L'integrazione dei dati provenienti dalle schede SDO e dai Registri protesici potranno facilitare la gestione delle risorse, la pianificazione della loro allocazione e l'anticipazione delle problematiche future in questo campo così cruciale della nostra Salute.

L'auspicio è che anche in Italia il registro nazionale delle artroprotesi, attualmente un progetto finanziato dalla Direzione Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico del Ministero della Salute che raccoglie i dati su base volontaria, possa diventare in tempi brevi obbligatorio¹⁶.

Bibliografia

- ¹ Learmonth ID, Young C, Rorabeck C. *The operation of the century: total hip replacement*. Lancet 2007;370:1508-19.
- ² Lim JB, Chou AC, Yeo W, et al. *Comparison of patient quality of life scores and satisfaction after common orthopedic surgical interventions*. Eur J Orthop Surg Traumatol 2015 Apr 19. [Epub ahead of print]
- ³ Charnley J. *Arthroplasty of the hip: A new operation*. Lancet 1961;1:1129-32.
- ⁴ Jones CA, Voaklander DC, Johnston DW, et al. *Health related quality of life outcomes after total hip and knee arthroplasties in a community based population*. J Rheumatol 2000;27:1745-52.
- ⁵ Ethgen O, Bruyère O, Richy F, et al. *Health-related quality of life in total hip and total knee arthroplasty*. A qualitative and systematic review of the literature. J Bone Joint Surg Am 2004;86-A:963-74.
- ⁶ Kurtz SM, Lau E, Ong K, et al. *Future young patient demand for primary and revision joint replacement*. National Projections from 2010 to 2030. Clin Orthop Relat Res 2009;467:2606-12.
- ⁷ Pabinger C, Geissler A. *Utilization rates of hip arthroplasty in OECD countries*. Osteoarthritis Cartilage 2014;22:734-41.
- ⁸ Slover J, Zuckerman JD. *Increasing use of total knee replacement and revision surgery*. JAMA 2012;308:1266-8.
- ⁹ Singh JA, Vessely MB, Harmsen WS, et al. *A population-based study of trends in the use of total hip and total knee arthroplasty, 1969-2008*. Mayo Clin Proc 2010;85:898-904.
- ¹⁰ Leskinen J, Eskelinen A, Huhtala H, et al. *The incidence of knee arthroplasty for primary osteoarthritis grows rapidly among baby boomers: a population-based study in Finland*. Arthritis Rheum 2012;64:423-8.
- ¹¹ Wolford ML, Palso K, Bercovitz A. *Hospitalization for total hip replacement among inpatients aged 45 and over: United States, 2000-2010*. NCHS Data Brief 2015;:1-8.
- ¹² Ravi B, Croxford R, Reichmann WM, et al. *The changing demographics of total joint arthroplasty recipients in the United States and Ontario from 2001 to 2007*. Best Pract Res Clin Rheumatol 2012;26:637-47.
- ¹³ Badley EM, Davis AM. *Meeting the challenge of the ageing of the population: issues in access to specialist care for arthritis*. Best Pract Res Clin Rheumatol 2012;26:599-609.
- ¹⁴ Baglio G, Sera F, Cardo S, et al. *The validity of hospital administrative data for outcome measurement after hip replacement*. IJPH 2009;6:114-27.
- ¹⁵ Serra-Sutton V, Allepuz A, Espallargues M, et al. *Arthroplasty registers: a review of international experiences*. Int J Technol Assess Health Care 2009;25:63-72.
- ¹⁶ Torre M, Luzi I, Carrani E, et al. *Progetto Registro Italiano Artroprotesi*. Idea, sviluppo e avvio. Primo report. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2014.