

soprattutto diversi aspetti epidemiologici delle patologie in esame, compresi i carichi assistenziali e gli esiti in termini di mortalità precoce e di riospedalizzazione.

- Tale approccio risulta adeguato, se opportunamente sviluppato, ai fabbisogni informativi generati dall'avvio dei processi di accreditamento e di risk management su scala regionale. L'analisi della variabilità territoriale e temporale è indubbiamente utile per migliorare l'appropriatezza degli interventi e l'equità nella allocazione delle risorse.

- Gli strumenti e la metodologia sviluppati nell'ambito del progetto SIPA sono stati in ogni caso di grande utilità per il successivo avvio di sistemi di sorveglianza e/o registri di patologia basati sull'utilizzo integrato dei grandi database amministrativi.

## SOSTITUZIONE PROTESICA DELL'ANCA

*Analisi delle dimissioni ospedaliere nella Regione Veneto 2001-2003*

**CRRC-SER**

L'intervento di sostituzione protesica dell'anca, in ragione del progressivo invecchiamento della popolazione e dei miglioramenti delle tecniche operatorie e delle caratteristiche degli impianti, è uno degli interventi maggiori più praticati in Italia, con un trend in continua crescita (Torre Met al: Il progetto EIPA. G.I.O.T. 2002; 28:208-220). E' urgente dunque la necessità di acquisire informazioni sul volume, le caratteristiche e gli esiti di tale intervento. Un primo livello informativo è l'analisi dei dati correnti raccolti di routine, in particolare delle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Scopo dell'articolo è fornire una panoramica della chirurgia protesica dell'anca nella regione Veneto, evidenziare potenzialità e limiti dell'analisi delle SDO, e discutere come si possano incrementare le informazioni disponibili.

### Attività nella chirurgia protesica dell'anca

Sono stati analizzati i ricoveri nelle strutture ospedaliere venete nel periodo 2001-2003, limitatamente ai residenti in regione con almeno 18 anni. Sono stati selezionati i codici di intervento ICD-9-CM 81.51 (sostituzione totale dell'anca), 81.52 (sostituzione parziale dell'anca), e 81.53 (revisione di sostituzione dell'anca). In totale sono stati valutate 21717 SDO (nei ricoveri con più codici di interesse, gli interventi sono stati contati una sola volta), con una crescita del 7.3% nel corso dei tre anni esaminati (Tabella 1); tale aumento è interamente dovuto agli interventi di sostituzione totale (+12%).

Tabella 1. Interventi di sostituzione protesica dell'anca: residenti nel Veneto con almeno 18 anni ricoverati in regione nel triennio 2001-2003

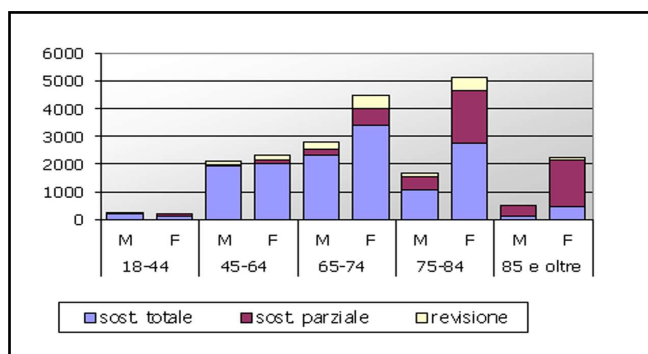
Intervento	2001	2002	2003	Totale
Sostituzione totale	4541	4831	5103	14475
Sostituzione parziale	1784	1879	1797	5460
Revisione	635	577	570	1782
Totale	6960	7287	7470	21717

I ricoveri con intervento di protesi d'anca hanno rappresentato nel 2003 l'1.43% del totale dei ricoveri ordinari tra i residenti con almeno 18 anni (1.10% nei maschi ed 1.69% nelle femmine); il dato arriva al 2.94% nelle donne sopra i 65 anni.

La diagnosi principale nei casi di sostituzione totale è artrosi nell'82% dei ricoveri e frattura del collo del femore nel 13%. Tra gli interventi di sostituzione parziale, le SDO che riportano la diagnosi di frattura salgono al 94%. Considerando i codici indicativi di complicanze nelle SDO con interventi di revisione, nell'81.5% dei casi era presente il codice 996.4 (complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni), e nel 5.2% il codice 996.6 (infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti interni).

Nel triennio 2001-2003 il 65% degli interventi è stato effettuato nella fascia di età 65-84 anni, ma una quota cospicua (22%) ha interessato anche i soggetti con meno di 65 anni. Il rapporto tra sostituzioni totali e sostituzioni parziali passa da 21:1 nella classe di età 45-64, a 7:1 nella classe 65-74, a 1.6:1 in quella 75-84, per invertirsi fino ad essere 1:3.6 nei residenti con 85 anni e più. Il numero di protesi è bilanciato tra i due sessi fino ai 64 anni, per diventare molto maggiore nelle donne al crescere dell'età (Figura 1); nel complesso è quasi doppio nella popolazione femminile rispetto a quella maschile.

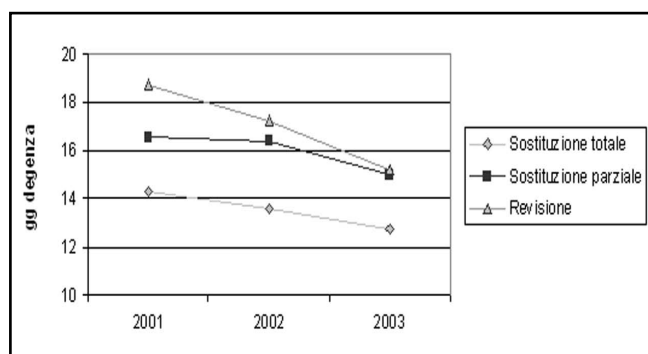
Figura 1. Numero di interventi di sostituzione totale, parziale, e revisione distribuiti per sesso ed età.



In totale si sono verificati 302 decessi nel corso del ricovero (letalità intraospedaliera = 1.4%); la percentuale di decessi è elevata soprattutto negli interventi di sostituzione parziale (3.8%), eseguiti nei pazienti più anziani spesso in seguito a frattura, e molto inferiore nelle revisioni (0.8%) e nelle sostituzioni totali (0.6%).

La degenza media è andata diminuendo per tutti i tipi di intervento (Figura 2).

Figura 2. Andamento della degenza media dei ricoveri con intervento di protesi d'anca: regione Veneto, triennio 2001-2003.



## Analisi delle ri-ospedalizzazioni

Sono anche stati analizzati i ricoveri successivi all'intervento di sostituzione totale o parziale dell'anca, prendendo in esame la coorte dei pazienti residenti nel Veneto e qui ricoverati nel corso del 2001 con codice di intervento 81.51 o 81.52.

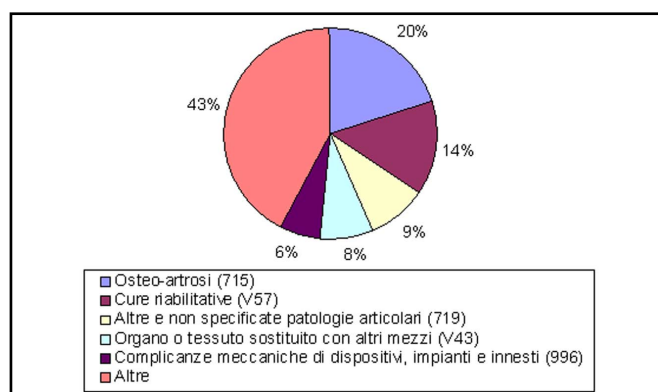
Dei pazienti che avevano subito un intervento di sostituzione totale, il 53% ha avuto, entro il 2003, almeno un altro ricovero.

Nel 9% dei pazienti è segnalato un ulteriore intervento di sostituzione totale dell'anca, nel 2% un intervento di revisione; la mancanza nel tracciato SDO dell'informazione sul lato operato ci impedisce di verificare quante di queste revisioni hanno riguardato effettivamente la protesi del 2001 o piuttosto una protesi dell'altra anca che il paziente aveva già da tempo.

Sono state analizzate le diagnosi principali che erano presenti con maggiore frequenza nel primo ricovero successivo (Figura 3).

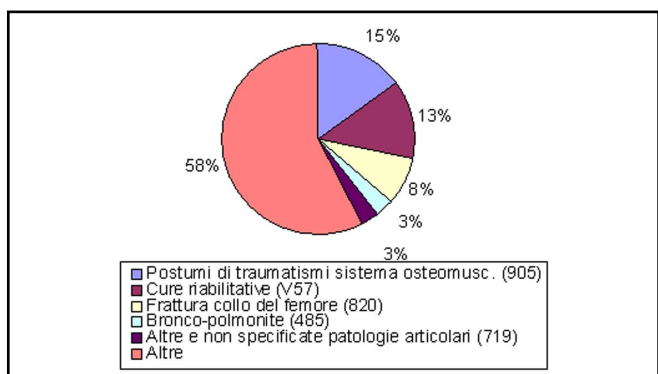
Nella maggior parte dei casi questo si verifica nell'anno stesso dell'intervento, e presenta una diagnosi principale correlata ad esso o alla patologia osteo-articolare di base.

Figura 3. Distribuzione delle diagnosi principali nel ricovero successivo ad intervento di sostituzione totale



Dei pazienti ricoverati nel 2001 per sostituzione parziale dell'anca, il 66% subisce almeno un altro ricovero nel triennio 2001-2003, e nella quasi totalità non sono presenti codici di intervento. Nel primo ricovero successivo all'intervento di sostituzione parziale le diagnosi più rappresentate sono postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare, e cure riabilitative (Figura 4).

Figura 4. Distribuzione delle diagnosi principali nel ricovero successivo ad intervento di sostituzione parziale



## Mobilità extra-regionale, attività delle strutture e differenze tra ULSS

Sono inoltre disponibili i dati sui residenti nel Veneto con interventi in strutture ospedaliere di altre regioni: si tratta

di 1203 ricoveri nel triennio considerato, che riguardano per lo più residenti nelle aziende sanitarie di confine che si sono rivolti a strutture di Lombardia, Friuli Venezia-Giulia ed Emilia Romagna.

Nello stesso periodo, il numero di residenti in altre regioni con interventi in ospedali del Veneto è più che doppio, per un totale di 2519 ricoveri.

Nell'analizzare il volume di attività delle singole strutture sono stati presi in considerazione anche i ricoveri dei residenti di altre regioni.

Nel 2003 questi rappresentavano il 10% del totale degli interventi eseguiti nel Veneto (847 su 8317). 54 strutture avevano avuto nel 2003 almeno un ricovero con codice di intervento per protesi d'anca.

Nel corso del 2003 solo sei centri avevano effettuato meno di 50 interventi, 14 tra 50 e 100 interventi, 18 tra i 100 ed i 200 interventi, e 16 più di 200 interventi.

La Figura 5 mostra una marcata eterogeneità tra ULSS nel numero di ricoveri con intervento di protesi d'anca (dati relativi al 2003; sono inclusi anche gli interventi su residenti in Veneto effettuati nelle altre regioni).

Tali differenze sono solo in parte spiegate dalla diversa struttura demografica, dato che rimangono, seppur attenuate, dopo standardizzazione per età e sesso (Figura 6).

Figura 5. Tassi grezzi di intervento per tipo ed ULSS (intervento per 100000 residenti con almeno 18 aa)

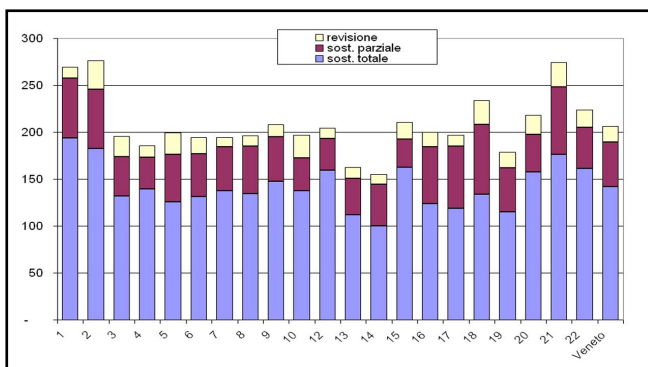
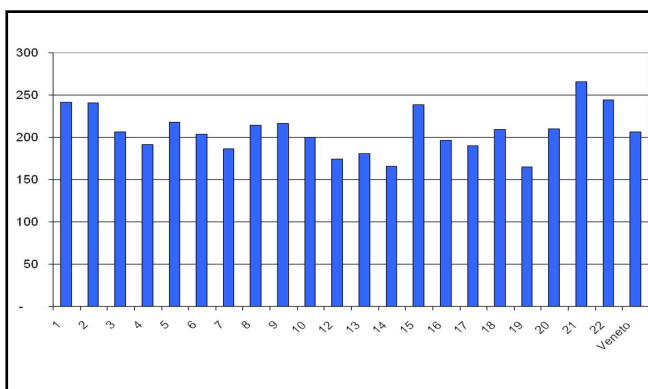


Figura 6. Tassi standardizzati di intervento per ULSS (tutti i tipi di intervento per 100000 residenti con almeno 18 aa; standard = Regione Veneto).



In conclusione, l'analisi delle SDO permette una descrizione puntuale del volume di attività di tale intervento, delle tipologie dei ricoveri e delle caratteristiche generali dei pazienti ricoverati.

L'introduzione nella SDO dell'informazione sul lato operato, al momento mancante, permetterebbe di condurre in modo rapido ed agevole un monitoraggio della "sopravvivenza" delle protesi prima del ricorso alla revisione chirurgica.