

Registro delle protesi SIRIS anca e ginocchio

Descrizione generale del grafico

I due grafici rappresentano i [tassi di revisione a due anni](#) aggiustati secondo il rischio (ossia il tasso di revisioni avvenute nell'arco di due anni dopo un intervento primario) per le protesi primarie dell'anca, rispettivamente del ginocchio negli ospedali/nelle cliniche.

Una revisione è un intervento chirurgico secondario all'articolazione dell'anca o del ginocchio nel quadro del quale viene rimossa e/o sostituita la protesi completa o almeno una sua parte.

Gli interventi di revisione vengono messi in collegamento con gli interventi primari e con gli ospedali/le cliniche in questione.

Le revisioni di protesi parziali o in occasione di impianti di protesi dopo fratture non sono rappresentate.

Legende dei grafici

Nei grafici a imbuto, l'asse x (orizzontale) riporta il numero di protesi primarie dell'anca o del ginocchio impiantate nell'intervallo di tempo definito (0-3000 operazioni), l'asse y (verticale) il tasso di revisione a due anni aggiustato secondo il rischio.

La linea rossa orizzontale segnala il tasso di revisione grezzo globale a due anni (numero di revisioni/numero di interventi inclusi) di tutte le protesi registrate e funge da valore di riferimento. I cerchi neri mostrano il tasso di revisione aggiustato dei singoli istituti.

I grafici a imbuto presentano limiti di controllo del 95% e del 99,8%. Le linee verdi costituiscono i margini superiore e inferiore del limite di controllo del 95% secondo il numero di casi di un ospedale o di una clinica, le linee blu i margini superiore e inferiore del limite di controllo del 99,8%. All'interno di queste delimitazioni, il cosiddetto settore di controllo, i tassi di revisione calcolati possono oscillare in modo casuale. Dato che con un basso numero di casi aumenta il grado di incertezza, tale settore assume la forma di un imbuto. Maggiore è il numero di interventi effettuati, più precisa è la stima del tasso di revisione di un istituto. I tassi di revisione in nosocomi con un basso numero di casi vanno dunque interpretati con prudenza.

Se il tasso di revisione osservato aggiustato secondo il rischio resta entro i limiti di controllo anche in caso di oscillazioni casuali, è lecito supporre che il tasso di revisione reale dell'istituto in questione corrisponda al tasso di revisione medio di tutti gli istituti partecipanti.

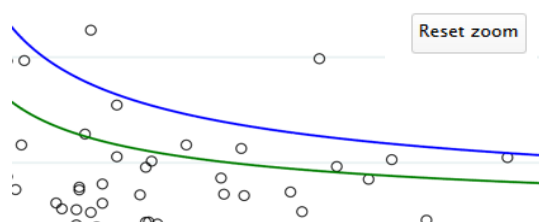
Se il tasso di revisione di un ospedale si trova al di fuori del settore di controllo del 99,8%, è molto probabile (più del 99,8%) che tale divergenza non sia riconducibile solo a oscillazioni casuali.

Secondo la posizione di un ospedale/una clinica nel grafico, il rispettivo tasso di revisione aggiustato può dunque essere analogo a quello degli altri (all'interno del settore di controllo del 95%, risp. del 99,8%), più alto (sopra il limite superiore) o più basso (sotto il limite inferiore).

La [finestra pop-up](#) riporta i tassi di revisione a due anni e altre informazioni per ogni ospedale, come pure eventuali commenti degli istituti.

Funzione zoom

È possibile ingrandire determinati settori del grafico cliccando e trascinando con il mouse. Cliccando poi «Reset zoom», si ripristinano le dimensioni originali.



Spiegazioni sulle finestre pop-up

Questo paragrafo descrive brevemente i diversi valori che appaiono nelle finestre pop-up. Le lettere a-g (vedi legenda in basso) corrispondono a un determinato parametro. Gli esempi nella tabella sono fittizi.

Risultati tassi di revisione				
a) Tasso di revisione a due anni aggiustato	x	[4.8%]		
b) Tasso di revisione a due anni grezzo	n/N, x	[16/285, 5.6%]		
Descrizione collettivo		Collettivo di pazienti dell'ospedale/ della clinica	Collettivo totale protesi dell'anca	Collettivo totale protesi del ginocchio
c) Ripartizione secondo l'età	VM, mediana, DS Tasso meno di 50 anni Tasso più di 80 anni	[69.8], [70], [8.9] [1.2%] [12.5%]	68.7, 70, 10.9 5.0% 14.0%	69.9, 71, 9.2 1.5% 13.0%
d) Sesso	Tasso uomini	[37.4%]	48.5%	37.4%
e) IMC	Tasso sovrappeso, IMC ≥25 Tasso obesi, IMC ≥30 Tasso dati mancanti	[46.2%] [35.0%] [49.5%]	40.0% 25.5% 29.8%	38.5% 41.0% 30.3%
f) Score ASA	Tasso score ≥3 Tasso dati mancanti	[32.5%] [14.6%]	24.2% 22.5%	28.2% 21.6%
g) Classe di Charnley	Tasso classe B Tasso classe C Tasso dati mancanti	[64.2%] [4.5%] [26.3%]	62.7% 1.9% 38.7%	66.8% 2.1% 42.6%

a) Tasso di revisione a due anni aggiustato	x = revisioni in percentuale
b) Tasso di revisione a due anni grezzo	n = numero di revisioni, N = numero di interventi, x = revisioni in percentuale
c) Ripartizione secondo l'età	VM = valore medio Mediana DS = deviazione standard
d) Ripartizione secondo il sesso	Tasso di pazienti uomini
e) IMC	Tasso di pazienti con IMC (indice di massa corporea) ≥25 (sovrappeso) Tasso di pazienti con IMC ≥30 (obesi) Tasso di dati mancanti
f) Score ASA	Tasso di pazienti con uno score ASA ≥3 Tasso di dati mancanti
g) Classe di Charnley	Tasso di pazienti classe B (con malattia bilaterale) Tasso di pazienti classe C (con altre malattie limitanti la mobilità) Tasso di dati mancanti

Tasso di revisione a due anni grezzo e aggiustato

Per il confronto nazionale, viene utilizzato il tasso di revisione a due anni aggiustato, mentre nella finestra pop-up vengono riportati sia il tasso di revisione grezzo sia quello aggiustato. Il tasso di revisione aggiustato corregge il tasso di revisione grezzo effettivo mediante i parametri seguenti: età, sesso, IMC, score ASA e classe di Charnley. Un paziente obeso (forte sovrappeso), per esempio, corre un rischio maggiore di incorrere in una revisione rispetto a pazienti normopeso. Se rispetto alla media svizzera un ospedale opera soprattutto pazienti a basso rischio, il tasso di revisione viene corretto verso l'alto. Al contrario, se un ospedale si occupa prevalentemente di pazienti ad alto rischio, il tasso aggiustato sarà più basso di quello grezzo.

I tassi di revisione si riferiscono a dati cumulati di un quadriennio definito (media quadriennale itinerante). L'inizio del periodo di rilevamento considerato è sei anni prima del momento della redazione del rapporto, cosicché è garantito un *follow-up* di almeno due anni per ogni impianto incluso.

Confronto del collettivo di pazienti dell'ospedale con il collettivo totale

I diversi parametri raffigurati consentono di confrontare il collettivo di pazienti dell'ospedale/della clinica con il collettivo totale.

Nella finestra pop-up, oltre alla ripartizione secondo l'età e il sesso vengono riportati i parametri seguenti.

Indice di massa corporea (IMC)

L'indice di massa corporea valuta il peso corporeo di una persona in relazione alla sua altezza. I pazienti con un IMC superiore a 25 sono considerati sovrappeso, quelli con un IMC superiore a 30 obesi. Il tasso di pazienti rientranti in queste due categorie viene indicato.

Score ASA

Lo score ASA (American Society of Anesthesiologists), utilizzato per valutare lo stato preoperatorio di un paziente nell'ottica di complicanze anestesologiche, permette di esprimersi sulla gravità di una malattia.

La scala di questo score incomincia dall'1 (paziente sano, stato generale buono) e si conclude al 5 (paziente acuto e gravemente malato in pericolo di vita). Una sesta categoria concerne i pazienti con diagnosi di morte cerebrale per i quali si procede al prelievo degli organi. Viene riportato il tasso di pazienti con uno score ASA superiore o pari a 3.

Classe di Charnley

La classe di Charnley descrive (risp. quantifica) la mobilità di un paziente secondo tre categorie.

- | | |
|----------|--|
| Classe A | Una sola articolazione è colpita da artrosi, non vi sono altre comorbilità mediche significative. |
| Classe B | B1: entrambe le articolazioni (anche, rispettivamente ginocchia) sono colpite.
B2: è già stata impiantata una protesi sul lato opposto (ginocchio, risp. anca). |
| Classe C | Più articolazioni sono colpite o ci sono significative limitazioni medico-somatiche o psichiche della mobilità. |

Dati mancanti

Questa cifra indica il tasso di dati mancanti per i rispettivi parametri. I dati riguardanti l'IMC, lo score ASA e la classe di Charnley vengono immessi nel Registro solo dal 2015.

Visto che il periodo per il calcolo del tasso di revisione a due anni per l'attuale pubblicazione va dal 2014 al 2018, tutti gli istituti presentano dati mancanti. Ne consegue che questo parametro può essere utilizzato solo limitatamente per la valutazione della qualità dei dati.