



ARTROPROTESI DELL'ANCA

Il primo passo quando prendi in considerazione la possibilità di sottoporsi ad un intervento di protesi d'anca è quello di incontrare il tuo chirurgo per capire se questa chirurgia è necessaria. L'ortopedico raccoglierà la tua anamnesi, ovvero la storia della tua anca e le notizie sul tuo stato di salute, eseguirà un esame clinico (come si muove l'articolazione, come cammini, quando hai dolore) e valuterà l'esame radiografico dell'anca o ti prescriverà una radiografia dell'anca o meglio del bacino. Anche se il dolore è importante e l'esame radiografico dimostra un'artrosi avanzata dell'articolazione dell'anca, il primo passo del trattamento non è necessariamente chirurgico, ma vanno considerati la perdita di peso, una modifica dello stile di vita, attività fisica moderata con scarico dell'articolazione, assunzione di farmaci, fisioterapia ed infiltrazioni articolari da riservare alle fasi iniziali della degenerazione artrosica.

Se il dolore e la limitazione persistono nonostante queste procedure e l'esame radiografico evidenzia l'artrosi, allora è necessario iniziare a prendere in considerazione l'intervento chirurgico.

La decisione di sottoporsi all'intervento chirurgico non è sempre semplice e di solito comporta una valutazione personale, una conversazione con i tuoi cari e, infine, con il tuo ortopedico.

Il chirurgo potrà darti dei consigli per la scelta, ma la decisione finale spetta a te in base al dolore e alla disabilità che l'artrosi ti crea e a quanto questa situazione incida sulla qualità della tua vita e sulle attività quotidiane.

I pazienti che decidono di sottoporsi all'intervento chirurgico riportano comunemente che i sintomi impediscono loro di partecipare ad attività che ritengono importanti, come camminare, salire e scendere le scale, lavorare, vestirsi, indossare calze e scarpe, stare seduti per lunghi periodi di tempo e poi alzarsi per camminare e nelle fasi più avanzate anche di riposare. L'intervento di protesi è l'opzione terapeutica efficace quando gli altri trattamenti non chirurgici hanno fallito e nelle fasi più avanzate della malattia artrosica.

L'intervento chirurgico di protesi d'anca comporta la sostituzione dell'osso e della cartilagine dell'acetabolo e della testa femorale usurati con impianti composti da materiali biocompatibili come ceramica, metallo e polietilene. Negli ultimi due decenni, il numero di protesi totali d'anca eseguite ogni anno in Italia è costantemente aumentato e nel 2018 sono state impiantate oltre 100.000 protesi. Ad accompagnare questo incremento hanno avuto un ruolo importante anche la diffusione di informazioni tramite giornali e televisione, social media e internet. Su queste informazioni, in particolare sulle "novità", nel campo delle cure mediche, è necessario avere una valutazione obiettiva e personale, basata su fonti che facciano riferimento ad evidenze medico-scientifiche.

Se stai prendendo in considerazione un intervento di protesi d'anca è meglio essere informati da fonti affidabili su ciò che viene inserito all'interno del tuo corpo. La Società Italiana dell'Anca (SIdA), insieme alla Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT), hanno creato questa guida per fornire tutte le informazioni sulle tecniche chirurgiche e sui materiali utilizzati nella chirurgia protesica dell'anca.



Di seguito sono riportate le risposte alle domande più comuni sull'intervento di protesi totale dell'anca.

DI CHE MATERIALE È FATTA UNA PROTESI DI ANCA?

Gli impianti di sostituzione protesica dell'anca sono generalmente costituiti da quattro componenti:

- 1) **coppa acetabolare (o cotile)**: la cupola metallica che si inserisce nell'osso del bacino
- 2) **inserto**: la parte in polietilene, ceramica o metallo che si inserisce nel cotile e che diventa essenzialmente la tua nuova cartilagine
- 3) **testa**: la sfera in metallo o ceramica che si adatta all'estremità dello stelo femorale
- 4) **stelo femorale**: il fittone metallico che si inserisce nel femore

1) Coppa acetabolare (o cotile)

La struttura dell'acetabolo (coppa) si adatta al bacino e, come lo stelo, è realizzata con vari metalli. Le moderne coppe acetabolari sono realizzate in leghe di titanio che possono essere rivestite o strutturate con superfici porose. Questi metalli sono ben tollerati dall'osso umano con il quale si integrano sulle loro superfici esterne per realizzare una progressiva stabilizzazione. Le coppe acetabolari metalliche contengono all'interno un inserto modulare che agisce essenzialmente come sostituto della cartilagine.

In casi particolari la coppa acetabolare può essere costituita solo da polietilene che viene fissato all'osso utilizzando una particolare resina acrilica che viene comunemente chiamato cemento osseo.

2) Inserto

L'inserto si inserisce nella coppa metallica e svolge la funzione di nuova cartilagine. Proprio come la cartilagine dell'anca, è suscettibile ad usura e si consuma, quindi può essere il "punto debole" della sostituzione totale dell'anca. I primi modelli di inserto in polietilene, una volta in contatto con la testa protesica, erano soggetti ad una notevole usura e presentavano una durata di circa 10 anni. Attualmente la durata delle protesi è aumentata per i miglioramenti nelle tecniche di produzione e di sterilizzazione del polietilene e per lo sviluppo di materiali alternativi come la ceramica.

Gli inserti possono essere realizzati principalmente con tre diversi materiali:

- il *polietilene* è un polimero sintetico (plastica) che risulta attualmente il materiale più utilizzato. Questo materiale ha fornito ottimi risultati se abbinato a teste in ceramica o metallo (cromo-cobalto). I recenti progressi nella produzione del polietilene (polietilene reticolato) ne hanno notevolmente ridotto l'usura aumentando la loro durata oltre i 15 anni.
- la *ceramica* è un biovetro, materiale molto resistente che determina minore usura se accoppiata a una testa in ceramica ("ceramica su ceramica").



- il *metallo* (cromo-cobalto) è attualmente poco utilizzato in quanto l'accoppiamento con teste in metallo ha dimostrato in questi ultimi 10 anni risultati poco soddisfacenti. Più recentemente l'utilizzo dell'inserito in metallo con una cupola mobile in polietilene (a doppia mobilità) ha dimostrato eccellenti risultati a breve termine e può essere utile per alcuni specifici pazienti a rischio di lussazione.

3) Testa

La testa della protesi si adatta all'estremità dello stelo. Questa estremità dello stelo è a forma conica (cono Morse) per consentire alla testa di incastrarsi e rimanere saldamente in posizione. La testa è disponibile in vari diametri e può essere realizzata con materiali diversi.

- *ceramica*: è un materiale estremamente resistente ai graffi ed all'usura. Le teste in ceramica possono essere accoppiate con inserti in ceramica o in polietilene.
- *metallo* (cromo-cobalto): negli ultimi decenni il metallo è stato il materiale più usato per la testa in quanto è resistente ai graffi ed alla rottura. Le teste in metallo possono essere accoppiate con inserti in polietilene o in metallo. Le teste di metallo sono attualmente usate quasi esclusivamente con inserti in polietilene in quanto nell'accoppiamento metallo-metallo l'attrito può aumentare il rilascio di ioni cromo o cobalto che possono rappresentare un fattore di rischio per un fallimento precoce della protesi.

4) Stelo femorale

È la parte della protesi che si inserisce nel femore. Lo stelo è realizzato con lega di cromo-cobalto o di titanio. Attualmente gli steli cementati (inseriti con il cemento osseo) sono composti da cromo-cobalto. Gli steli non cementati (impianti in cui l'osso si integra con il metallo) sono abitualmente realizzati in lega di titanio. Entrambi i tipi di stelo hanno avuto eccellenti risultati a lungo termine. Sia gli impianti in titanio che quelli in cromo-cobalto sono altamente biocompatibili, il che significa che sono generalmente ben tollerati dal corpo umano con un rischio molto basso di reazioni avverse. Oggi abbiamo a disposizione vari design di steli non cementati per favorire la fissazione all'osso nelle differenti morfologie del femore. L'estremità superiore dello stelo femorale (chiamato colletto) è appositamente sagomato a cono per assemblarsi con la testa della nuova articolazione artificiale.

Quando arriva il momento di una sostituzione totale dell'anca, dovresti discutere con il tuo chirurgo le opzioni, i vantaggi e gli svantaggi di ciascun materiale. Insieme potete prendere la decisione migliore per il tuo caso particolare.

QUANTO DURA?

Una risposta semplice a questa domanda è che l'artroprotesi d'anca dura circa 15-20 anni. Un modo più accurato di pensare alla longevità è attraverso i tassi di fallimento annuali. La maggior parte dei dati attualmente disponibili suggerisce che la sostituzione dell'anca ha un tasso di fallimento annuale tra lo 0,5 e l'1,0%. Ciò significa che se oggi si sostituisce l'articolazione, si ha una probabilità del 90-95% che la nuova articolazione durerà 10 anni e un 80-85% che durerà 20 anni. Con gli avanzamenti della tecnologia, si spera che questi numeri possano ulteriormente



migliorare. E' comunque importante mantenere un follow-up periodico con il chirurgo per assicurarsi che la protesi continui a funzionare correttamente.

TUTTI GLI IMPIANTI DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA SONO UGUALI?

La maggior parte degli impianti oggi sono simili, in quanto chirurghi e produttori hanno determinato quali sistemi funzionano meglio. Una variabile che rimane ancora è l'accoppiamento articolare. La protesi è costituita da uno stelo femorale e una coppa acetabolare che sono in contatto con l'osso e forniscono l'appoggio per la testa femorale e l'insero acetabolare che si articolano fra di loro.

La testa può essere di metallo (lega di cromo-cobalto) o ceramica e l'insero può essere in polietilene, metallo o ceramica. La testa e l'insero possono quindi essere utilizzati in diversi accoppiamenti di materiali. Attualmente in Italia come in tutto il Mondo, la maggioranza degli inserti è in polietilene o in ceramica e si articolano con una testa in metallo o ceramica. Le altre combinazioni sono utilizzate con meno frequenza. Puoi discutere queste differenze di accoppiamento con il tuo chirurgo per determinare quale impianto sia il migliore per te.

LA CHIRURGIA E IL RECUPERO SONO MOLTO DOLOROSI?

Il trattamento del dolore a seguito di protesi d'anca ha fatto molta strada negli ultimi 10-15 anni con un maggiore uso nell'anestesia di blocchi nervosi regionali, blocchi spinali e di varie modalità farmacologiche per il controllo del dolore post-operatorio. Anche i protocolli di riabilitazione precoce sono progettati per ridurre la rigidità e il dolore articolare post-operatorio, rendendo quindi la procedura in generale molto meno dolorosa e limitante che negli anni passati. Ogni paziente è comunque un caso a sé in quanto percepisce e gestisce il dolore in modo diverso e quindi potrebbe avere un dolore relativamente lieve dopo la procedura alternato a dei momenti con maggiore intensità. Va tenuto presente che nonostante le tecniche chirurgiche e la gestione del dolore siano notevolmente migliorate, è improbabile che dopo l'intervento chirurgico non si senta alcun dolore. La sostituzione totale dell'anca è generalmente considerata meno dolorosa rispetto alla sostituzione totale del ginocchio.

COS'È LA CHIRURGIA MINI-INVASIVA?

Per mini-invasività si intende una combinazione di procedure chirurgiche che comportano quando possibile una riduzione della lunghezza dell'incisione cutanea, una riduzione della dissezione dei muscoli e dei tendini con rispetto e ricostruzione dei tessuti e una riduzione del taglio dell'osso. Tutte queste procedure ti consentono di sentirti meglio, di avere meno dolore e di riacquistare funzionalità più velocemente. La chirurgia mini-invasiva comporta, purché le componenti protesiche siano correttamente posizionate, alcuni vantaggi nel recupero funzionale nei primi tre mesi dopo l'intervento rispetto alla chirurgia tradizionale, dopo i risultati sono sovrapponibili.



IL MIO CHIRURGO PARLA DI "VIA D'ACCESSO O APPROCCIO". CHE COS'È?

Il modo in cui un chirurgo raggiunge l'articolazione dell'anca durante un intervento di sostituzione protesica viene definito "approccio" o "via di accesso". Esistono vari tipi di approcci denominati in base alla sede in cui viene eseguita l'incisione chirurgica.

L'approccio oggi più utilizzato viene definito "via d'accesso posteriore" o "postero-laterale", e viene eseguito nella parte posteriore dell'anca. L'approccio laterale prevede un accesso nella regione trocanterica ed anche questo risulta frequentemente utilizzato per l'impianto di protesi d'anca. Un altro approccio che viene utilizzato con crescente frequenza è quello "anteriore" che viene eseguito dalla parte anteriore dell'anca.

Ci sono vantaggi e svantaggi in ogni approccio e poca evidenza scientifica per farne prevalere uno sull'altro. I chirurghi tendono abitualmente a preferire un approccio in base alla loro esperienza. In realtà l'approccio migliore è quello di cui il chirurgo ha maggiore esperienza per posizionare correttamente le componenti protesiche e quindi realizzare un impianto ben funzionante e di lunga durata. Una conversazione con il tuo chirurgo dovrebbe aiutarti a decidere quale approccio è il migliore per te.

IL CHIRURGO UTILizzerà UN COMPUTER, UN ROBOT O UNA GUIDA DI TAGLIO PERSONALIZZATA NELL'IMPIANTO DELLA PROTESI?

Ci sono molti studi che analizzano queste tecnologie emergenti e la loro influenza sul successo degli interventi chirurgici. Ognuna di queste tecnologie ha un obiettivo specifico rappresentato dalla maggiore precisione nel posizionamento dell'impianto e nella preparazione dell'osso. Ad oggi, sono emersi sia vantaggi che svantaggi con l'utilizzo di queste tecnologie. Sono quindi necessari ulteriori studi per determinare quale reale vantaggio possono offrire per la durata degli impianti a lungo termine e per la funzionalità del paziente. L'atteggiamento migliore è quello di discutere questo argomento con il chirurgo. Potresti chiedere cosa ne pensa di queste tecnologie, se le utilizza, se le ritiene utili e che esperienza abbia maturato.

QUANTO SARÀ GRANDE LA MIA CICATRICE?

Le dimensioni dell'incisione possono variare e dipendono da diversi fattori che includono il peso del paziente, la complessità dell'intervento e le preferenze del chirurgo. La maggior parte degli studi ha dimostrato che incisioni molto limitate (< 10 cm) non migliorano il dolore o il recupero, talvolta nemmeno la cicatrice e possono effettivamente peggiorare la capacità del chirurgo di eseguire adeguatamente la procedura aumentando i rischi di fallimento.

QUALE ANESTESIA SARA' NECESSARIA?

Sebbene l'anestesia generale sia un'opzione sicura, le protesi d'anca possono essere eseguite in anestesia regionale. Le scelte per l'anestesia regionale includono l'anestesia spinale, l'anestesia epidurale con l'eventuale aggiunta di blocchi nervosi periferici. Molti chirurghi e anestesisti



preferiscono l'anestesia regionale, in quanto i dati dimostrano che può ridurre le complicanze e migliorare il recupero con meno dolore, meno farmaci antidolorifici e narcotici e quindi meno nausea o effetti collaterali.

Recentemente, i blocchi nervosi periferici sono diventati più popolari come coadiuvanti per il controllo del dolore. Prima dell'intervento chirurgico dovresti avere un colloquio sulla gestione del dolore post-operatorio con l'anestesia e con il tuo chirurgo.

PER QUANTO TEMPO RIMARRÒ IN OSPEDALE?

Probabilmente rimarrai in ospedale per da 3 a 6 giorni a seconda del protocollo di riabilitazione e della velocità con cui progredisci nella ripresa funzionale. Ciò dipende fortemente dalle tue condizioni prima dell'intervento chirurgico, dall'età e dai problemi medici che possono influenzare il recupero. Un team di ortopedici, fisiatristi, infermieri e fisioterapisti organizzerà per te un piano di dimissione sicuro.

AVRÒ BISOGNO DI FISIOTERAPIA E, IN TAL CASO, PER QUANTO TEMPO?

Inizialmente, secondo le indicazioni del chirurgo, sarai assistito da un fisioterapista mentre sei in ospedale. A seconda delle condizioni individuali, la fisioterapia se necessaria potrà essere continuata in regime ambulatoriale o di ricovero. Il protocollo riabilitativo prevede che, con l'aiuto iniziale di un fisioterapista, tu possa recuperare nell'arco di 1—2 mesi l'escursione articolare, la forza muscolare e la coordinazione nella deambulazione, abbandonando progressivamente le stampelle. I protocolli di ripresa funzionale variano da reparto a reparto, ma soprattutto da caso a caso e vanno individualizzati a seconda del caso, delle tecniche chirurgiche e delle capacità di ogni paziente che può in molti casi recuperare il completo uso dell'anca anche in autonomia.

QUANDO POSSO FARE LA DOCCIA?

Alla maggior parte dei chirurghi non piace che la ferita venga esposta all'acqua per almeno 7 giorni; tuttavia, un certo numero di ortopedici utilizza medicazioni impermeabili che consentono ai pazienti di farsi la doccia il giorno dopo l'intervento chirurgico. È possibile di solito rimuovere la medicazione e i punti di sutura a 2 settimane dall'intervento. Una volta rimosse le medicazioni, non dovresti ancora bagnare la ferita fino a quando l'incisione non sarà completamente guarita (alcune volte fino a 3-4 settimane). È importante chiedere al chirurgo quando sia possibile fare la doccia e quale medicazione sia meglio usare per proteggere la ferita.

QUANDO POSSO CAMMINARE DOPO L'INTERVENTO CHIRURGICO?

La maggior parte dei chirurghi e dei fisiatristi oggi sottolinea l'importanza di alzarsi rapidamente dal letto e di iniziare la rieducazione al passo precocemente con l'aiuto del fisioterapista. Il paziente cammina con l'aiuto di un deambulatore o di stampelle, di solito il giorno dopo l'intervento chirurgico o anche il giorno stesso se l'anestesia lo consente. È stato dimostrato che la



deambulazione precoce riduce il rischio di trombosi ed è una tappa importante nel recupero funzionale. La progressione verso l'uso di una stampella o meno avviene in genere entro il primo mese o due dopo l'intervento chirurgico e dipende dai progressi di ciascuno. Nonostante la rapida progressione verso la deambulazione senza assistenza, in genere non è consigliabile tornare alle attività fisicamente impegnative fino ad almeno il terzo mese dopo l'intervento.

QUANDO POSSO GUIDARE?

La maggior parte dei chirurghi consente ai pazienti di guidare dopo 4 a 6 settimane dall'intervento chirurgico. I dati della letteratura scientifica evidenziano che i tempi di reazione nell'attività motoria non tornano alla normalità prima delle sei settimane. Non è consigliabile guidare durante l'assunzione di farmaci antidolorifici oppioidi e comunque è utile chiedere al chirurgo nella visita di controllo quando puoi tornare a guidare.

QUANDO POSSO TORNARE AL LAVORO?

Il ritorno al lavoro dipende dalla tua salute generale, dal livello di attività e dalle esigenze del tuo lavoro. Se hai un lavoro sedentario d'ufficio o al computer, puoi aspettarti di tornare al lavoro anche in 3-4 settimane. Se hai un lavoro più impegnativo che richiede camminata o viaggio, sollevamento di pesi, potrebbero essere necessari anche a tre mesi per il pieno recupero.

QUALI RESTRIZIONI AVRÒ DOPO L'INTERVENTO CHIRURGICO?

A seconda di come il chirurgo esegue l'intervento, potresti avere lievi differenze nelle istruzioni post-operatorie, comprese delle restrizioni. In generale, la maggior parte dei chirurghi preferisce evitare posizioni dell'anca in flessione che possono aumentare il rischio di lussazione dell'anca per almeno sei settimane dopo l'intervento. Successivamente i tessuti molli coinvolti nella chirurgia guariscono e le restrizioni sono spesso revocate, consentendo un'attività più vigorosa. Molti chirurghi suggeriscono di evitare qualsiasi attività fisica di impatto ripetitivo che può aumentare l'usura dell'impianto come la corsa su lunghe distanze, il basket, tutti gli sport di contrasto o lo sci, ma anche, in particolare quest'ultimo, risulta pericoloso in caso di trauma o caduta per il rischio di frattura periprotetica ossia di frattura ossea vicino alla protesi. In realtà, le limitazioni a seguito di un intervento di protesi dell'anca sono poche, ma ricordate che meglio trattate la protesi, più a lungo durerà.

QUANTO TEMPO CI VUOLE PER RECUPERARE?

La maggior parte delle persone sottoposte a protesi totale d'anca è in grado di partecipare alla maggior parte delle attività quotidiane entro sei settimane. Entro tre mesi, la maggior parte delle persone ha riacquisito la resistenza e la forza perse durante il periodo dell'intervento chirurgico e può partecipare alle attività quotidiane senza restrizioni. Anche se le attività quotidiane sono riprese, è importante evitare le attività ad alto impatto per consentire un migliore recupero della protesi.



QUALI SONO LE POSSIBILI COMPLICANZE DI UN INTERVENTO DI PROTESI D'ANCA?

Nessuna procedura chirurgica è esente da rischi o garantisce percentuali di successo del 100%, ma è giusto ricordare che la protesi totale dell'anca è una delle procedure di maggior successo tra tutti gli interventi ortopedici, in grado di eliminare il dolore nel 95% dei pazienti. Nell'1-5% dei casi i pazienti possono manifestare complicanze nel periodo postoperatorio, alcune molto rare e anche molto gravi e potenzialmente letali come infarto, ictus, embolia polmonare e insufficienza renale, altre più frequenti e meno gravi.

Tra le complicanze possiamo considerare:

- la lussazione dell'articolazione (1%); è una complicanza specifica della protesi d'anca. Consiste nella condizione in cui la testa femorale fuoriesce dalla cavità acetabolare. Questa situazione richiede il ricovero in ospedale per il trattamento.
- la trombosi (coagulo di sangue) degli arti inferiori: è una complicanza che si può prevenire con l'uso di anticoagulanti dopo l'intervento chirurgico.
- l'infezione (1%); è una delle complicanze più gravi e spesso richiede antibiotici prolungati con diversi interventi chirurgici aggiuntivi per eliminare l'infezione.
- la differenza di lunghezza delle gambe; essa può essere una complicanza a volte non evitabile per garantire una corretta tensione muscolare al fine di ottenere una protesi stabile. Spesso questa discrepanza nella lunghezza delle gambe è lieve e raramente necessita di trattamento.
- mobilizzazione dell'impianto: le componenti utilizzate possono fallire nel tempo a causa dell'usura dei materiali di accoppiamento articolare o dell'allentamento dei componenti protesiche dall'osso

QUALI SONO I PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO PER UN INFEZIONE DI UN ARTROPROTESI D'ANCA?

- pregressi interventi chirurgici all'anca
- obesità
- diabete mellito
- insufficienza renale
- insufficienza respiratoria
- malattie del sistema immunitario
- trattamento con farmaci biologici
- infezioni in altre sedi: urinarie, intestinali, polmonari, dentali

DEFINIZIONE DELLE ASPETTATIVE CON IL CHIRURGO

La protesi totale dell'anca ha migliorato la qualità della vita di milioni di persone in tutto il Mondo alleviando il dolore e ripristinando la funzione e il movimento causati dall'artrosi e da altre condizioni articolari. Le persone che sono state sottoposte ad una protesi d'anca sono in grado di stare in piedi, camminare, riposare e partecipare ad attività ricreative con poco dolore. Per alcuni



pazienti le aspettative sarebbero soddisfatte dal raggiungimento di questi obiettivi basilari; per altri gli obiettivi sono più ambiziosi, come partecipare a sport e hobby fisicamente impegnativi.

Se stai prendendo in considerazione un intervento chirurgico di sostituzione articolare, cerca di avere una discussione aperta e sincera con il tuo chirurgo sulle tue aspettative per il sollievo dal dolore e la funzione dopo l'intervento chirurgico. Devi conoscere cosa aspettarti dalla fase iniziale di recupero fino al risultato finale.

Sulla base dell'anamnesi e delle tue condizioni fisiche e mentali prima dell'intervento, il chirurgo potrà prospettarti delle ragionevoli aspettative circa il tuo livello funzionale dopo l'intervento.

Avere aspettative esagerate può portare a insoddisfazione rispetto al risultato finale, mentre definire aspettative troppo modeste potrebbe non consentire di ottenere la migliore funzione dopo l'intervento chirurgico. Il massimo livello di soddisfazione dall'intervento si raggiunge se le tue aspettative e quelle del chirurgo sono allineate.

I chirurghi ortopedici spiegano quali sono le aspettative di recupero discutendo con i pazienti quali sono gli obiettivi della chirurgia. Nella nostra esperienza clinica abbiamo osservato che le aspettative di recupero non sono allineate in almeno il 50% dei pazienti sottoposti a chirurgia elettiva di sostituzione dell'articolazione. Il messaggio da portare a casa è che è fondamentale aver compreso le reali aspettative di sollievo dal dolore e di recupero della funzione prima di sottoporsi ad un intervento di artroprotesi per non essere delusi nel postoperatorio.