



*Regione Puglia*  
*Assessorato alle Politiche della Salute*

*L'Assessore*

Prot. n° 24/235/SP

Bari, li 30 MAR. 2010

Comunicazione trasmessa solo via Fax  
sostituisce l'originale  
ai sensi dell'art.6, comma 2, della Legge n.412/91  
e dell'art.45, comma 1, del D.Lgs. n.82/2005

**Ai Direttori Generali**

- *delle Aziende Sanitarie Locali*
- *delle Aziende Ospedaliere*
- *degli IRCCS pubblici*
- *degli Enti Ecclesiastici*
- *degli IRCCS privati*

Loro sedi

*e, p.c.*

**Al Direttore ad interim dell'Area politiche  
per la promozione della salute delle  
persone e delle pari opportunità**  
*dott. Mario Aulenta*

**Al Direttore Generale Ares Puglia**  
*dott. Franco Bux*

**Al Dirigente Servizio PATP**  
*dott. Fulvio Longo*

**Al Dirigente Servizio PGS**  
*dott. Lucia Buonamico*

**Al RIP SISR**  
*dott. Nehludoff Albano*

Sede

*e, p.c.*

**Alle Associazioni e Rappresentanze di  
categoria**

Loro sedi

Oggetto: **REGISTRO REGIONALE DI IMPLANTOLOGIA PROTESICA.  
DISPOSIZIONI APPLICATIVE. INTEGRAZIONE.**

Ad integrazione della nota di pari oggetto prot. n.24/231/SP del 26.3.2010, si specifica che tali disposizioni devono intendersi valide anche per i seguenti interventi riguardanti le protesi di spalla aventi i seguenti codici:

8180: sostituzione totale della spalla

81.81: sostituzione parziale della spalla

Si allega la scheda che dovrà essere sempre compilata e trasmessa secondo modalità e tempi indicati nella citata disposizione dello scrivente.

Si riporta, per facilità di consultazione, l'elenco completo dei codici delle prestazioni oggetto delle disposizioni:

- 80.05 Artrotomia per rimozione di protesi dell'anca
- 80.06 Artrotomia per rimozione di protesi del ginocchio
- 81.51 Sostituzione totale dell'anca
- 81.52 Sostituzione parziale dell'anca
- 81.53 Revisione di sostituzione dell'anca
- 81.54 Sostituzione totale del ginocchio
- 81.55 Revisione di sostituzione del ginocchio
- 8180: sostituzione totale della spalla
- 81.81: sostituzione parziale della spalla

L'Assessore

**Tommaso Fiore**



*Allegata: Scheda Registro Implantologia "Spalla"*

# R.I.P.O. Registro della Implantologia Protesica Ortopedica SPALLA

Ospedale: \_\_\_\_\_ Reparto / Divisione: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_\_\_

Comune di nascita (o Stato estero): \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
oppure

n° nosologico/progressivo: n° 2008 / \_\_\_\_\_ Data dimissione Ospedaliera: \_\_\_\_\_  
oppure

Data ricovero: \_\_\_\_\_ Data trasferimento da Ortopedia ad altro Reparto: \_\_\_\_\_

## Condizione clinica

<input type="checkbox"/> Cuffia dei rotatori integra	Lesione a tutto spessore di tendine: <input type="checkbox"/> Sovraspinoso <input type="checkbox"/> Sottospinoso <input type="checkbox"/> Piccolo rotondo <input type="checkbox"/> Sottoscapolare
--	--

## Dati per il follow-up

Il paziente è già portatore di protesi di spalla?

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, spalla DX	<input type="checkbox"/> SI, spalla SX
Operato nell'anno: _____		Operato nell'anno: _____
Operato nella Regione: <input type="checkbox"/> Emilia Romagna <input type="checkbox"/> Altra Regione Ospedale: _____		Operato nella Regione: <input type="checkbox"/> Emilia Romagna <input type="checkbox"/> Altra Regione Ospedale: _____
Ha subito intervento di: <input type="checkbox"/> Protesi primaria totale <input type="checkbox"/> Protesi prim. totale inversa <input type="checkbox"/> Protesi parziale <input type="checkbox"/> Reimpianto		Ha subito intervento di: <input type="checkbox"/> Protesi primaria totale <input type="checkbox"/> Protesi prim. totale inversa <input type="checkbox"/> Protesi parziale <input type="checkbox"/> Reimpianto
Interventi chirurgici precedenti: <input type="checkbox"/> Artroscopia <input type="checkbox"/> Artrotomia <input type="checkbox"/> Osteosintesi		Interventi chirurgici precedenti: <input type="checkbox"/> Artroscopia <input type="checkbox"/> Artrotomia <input type="checkbox"/> Osteosintesi

\* \* \*

Le schede devono essere compilate in stampatello.

Per chiarimenti o proposte di modifiche contattare le Dott.sse Susanna Stea o Barbara Bordini al 051-6366880.

E-mail: [stea@tecno.ior.it](mailto:stea@tecno.ior.it), [bordini@tecno.ior.it](mailto:bordini@tecno.ior.it)

# Dati intervento

**Chirurgo:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Lato**    Destro   Sinistro

**Già protesizzato controlateralmente:**   SI   NO

## Tipo intervento:

<input type="checkbox"/> Artroplastica totale anatomica <input type="checkbox"/> Artroplastica totale inversa	<input type="checkbox"/> Emiartroplastica	<input type="checkbox"/> Protesi di copertura  <input type="checkbox"/> Espianto  <input type="checkbox"/> Artrodesi	<input type="checkbox"/> Revisione stelo <input type="checkbox"/> Revisione testina <input type="checkbox"/> Revisione glenoide <input type="checkbox"/> Revisione totale <input type="checkbox"/> Revisione da anatomica ad inversa
--	---	--	--

## Diagnosi:

<p style="text-align: center;"><b>Se protesi primaria:</b></p> <input type="checkbox"/> Osteoartrosi eccentrica <input type="checkbox"/> Osteoartrosi concentrica <input type="checkbox"/> Artrite reumatoide <input type="checkbox"/> Frattura <input type="checkbox"/> Osteonecrosi <input type="checkbox"/> Altro _____	<p style="text-align: center;"><b>Se reimpianto o espianto:</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Instabilità superiore  <input type="checkbox"/> Instabilità inferiore  <input type="checkbox"/> Instabilità anteriore  <input type="checkbox"/> Instabilità posteriore  <input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente omerale  <input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente glenoidea         </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Erosione glenoidea  <input type="checkbox"/> Infezione  <input type="checkbox"/> Frattura periprotetica  <input type="checkbox"/> Altro _____            _____            _____         </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Instabilità superiore <input type="checkbox"/> Instabilità inferiore <input type="checkbox"/> Instabilità anteriore <input type="checkbox"/> Instabilità posteriore <input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente omerale <input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente glenoidea	<input type="checkbox"/> Erosione glenoidea <input type="checkbox"/> Infezione <input type="checkbox"/> Frattura periprotetica <input type="checkbox"/> Altro _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Instabilità superiore <input type="checkbox"/> Instabilità inferiore <input type="checkbox"/> Instabilità anteriore <input type="checkbox"/> Instabilità posteriore <input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente omerale <input type="checkbox"/> Mobilizzazione componente glenoidea	<input type="checkbox"/> Erosione glenoidea <input type="checkbox"/> Infezione <input type="checkbox"/> Frattura periprotetica <input type="checkbox"/> Altro _____ _____ _____		

## Trattamento farmacologico:

<b>Profilassi antibiotica:</b>	
<input type="checkbox"/> Ceftadizima (Glazydim) <input type="checkbox"/> Cefizoxina (Eposerin) <input type="checkbox"/> Ceftriaxone (Rocefin) <input type="checkbox"/> Cefuroxina (Curoxim) <input type="checkbox"/> Cefamandolo (Mandokef, Cedol, Kezolin) <input type="checkbox"/> Gentamicina (Gentalyn, Gentomil, Megental)	<input type="checkbox"/> Pefloxacina (Peflox) <input type="checkbox"/> Tobramicina (Nebicina) <input type="checkbox"/> Trimetropin + Sulfametozolo (Bactrim, Eusaprim) <input type="checkbox"/> Cefazolina (Totacef, Cefamezin) <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
<p><b>Modalità somministrazione antibiotici:</b></p> <input type="checkbox"/> Dosi multiple <input type="checkbox"/> Dose singola	<p><b>Profilassi antitromboembolica:</b></p> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dicumarolici <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Eparine <input type="checkbox"/> Antiaggraganti

## Tecnica chirurgica:

<p style="text-align: center;"><b>Approccio chirurgico:</b></p> <input type="checkbox"/> Deltoideo-pettorale <input type="checkbox"/> Trans-deltoideo <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="checkbox"/> _____	<p style="text-align: center;"><b>Drenaggio aspirante:</b></p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<p style="text-align: center;"><b>Riparazione della cuffia:</b></p> <input type="checkbox"/> Sutura <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Altro

## Complicazioni:

Intraoperatorie	Postoperatorie locali	Postoperatorie generali
<input type="checkbox"/> lesioni muscolari <input type="checkbox"/> Lesioni tendinee <input type="checkbox"/> Lesioni vascolari <input type="checkbox"/> Lesioni nervose ascellare <input type="checkbox"/> Altre lesioni nervose <input type="checkbox"/> Fratture <input type="checkbox"/> Complicazioni anestesilogiche <input type="checkbox"/> Altro _____ _____	<input type="checkbox"/> Deiscenza ferita <input type="checkbox"/> Infezione <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Ematoma <input type="checkbox"/> Lussazione anteriore <input type="checkbox"/> Lussazione posteriore <input type="checkbox"/> Lussazione superiore <input type="checkbox"/> Lussazione inferiore <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Tromboembolia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Altro _____ _____

Tipo anestesia:		
<input type="checkbox"/> Generale	<input type="checkbox"/> Loco-regionale	<input type="checkbox"/> Mista

Trasfusioni:	
<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> Autologa, predeposito
<input type="checkbox"/> Autologa, da recupero intraoperatorio	<input type="checkbox"/> Omologa
<input type="checkbox"/> Autologa da recupero post-operatorio	

## Tipo di protesi anatomica:

Stelo:	Testina:	Glenoide:		
<input type="checkbox"/> Modulare <input type="checkbox"/> Monoblocco  <input type="checkbox"/> Cementato <input type="checkbox"/> Non cementato	<input type="checkbox"/> Convenzionale <input type="checkbox"/> Offset variabile <input type="checkbox"/> Asimmetrica <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Polietilene <input type="checkbox"/> Metal backed <input type="checkbox"/> Biologica <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Chiglia <input type="checkbox"/> Pegs <input type="checkbox"/> Viti	<input type="checkbox"/> Cementata <input type="checkbox"/> Non cem

## Tipo di protesi inversa:

Stelo:	Inserito:	Glenosfera:	Metaglenna:
<input type="checkbox"/> Modulare <input type="checkbox"/> Monoblocco  <input type="checkbox"/> Cementato <input type="checkbox"/> Non cementato	<input type="checkbox"/> Polietilene <input type="checkbox"/> Metallo	<input type="checkbox"/> Polietilene <input type="checkbox"/> Metallo	<input type="checkbox"/> 1 vite <input type="checkbox"/> 2 viti <input type="checkbox"/> 3 viti <input type="checkbox"/> 4 viti

## **Etichette protesi:**

**Etichetta stelo Proximale**

**Etichetta inserto  
glenoideo/omeroale**

**Etichetta stelo distale**

**Etichetta testina/glenosfera**

**Etichetta cemento**

**Etichetta adattatore testina**

**Etichetta metal back**

**Etichetta viti**

**Etichetta distanziatore**