



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"/> Sovrapsinoso <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, 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>Se protesi primaria:</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>Se reimpianto o espianto:</p> <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:

<p>Profilassi antibiotica:</p> <input type="checkbox"/> Cefadizima (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>Modalità somministrazione antibiotici:</p> <input type="checkbox"/> Dosi multiple <input type="checkbox"/> Dose singola	<p>Profilassi antitromboembolica:</p> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Eparine <input type="checkbox"/> Dicumarolici <input type="checkbox"/> Antiaggraganti <input type="checkbox"/>

Tecnica chirurgica:

<p>Approccio chirurgico:</p> <input type="checkbox"/> Deltoideo-pettorale <input type="checkbox"/> Trans-deltoideo <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="checkbox"/> _____	<p>Drenaggio aspirante:</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <p>Riparazione della cuffia:</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 Prossimale

**Etichetta inserto
glenoideo/omeroale**

Etichetta stelo distale

Etichetta testina/glenosfera

Etichetta cemento

Etichetta adattatore testina

Etichetta metal back

Etichetta viti

Etichetta distanziatore