Sezione A - Dati generali dell'Unità Operativa

Denominazione Unità Operativa	Struttura complessa di Medicina Interna
Direttore	Dr.Giovanni Bertinieri
Azienda Ospedaliera/ Universitaria	Ospedale degli Infermi Di Biella
Indirizzo e recapiti (mail, telefono, sito web)	Via Caraccio,5 Tel 0153503823 (segreteria) 015-3503764 (Ambulatorio di Epatologia) 0153503568 (Fax) scivetti@libero.it

Elenco Soci AISF all'interno dell'Unità Operativa
(specificare nominativo, attività epatologica ed eventuali recapiti)

Soci AISF	Attività epatologica svolta presso l'Unità Operativa
Paolo Scivetti	Visite Ambulatoriali, Ecografia epatologica, Biopsie eco assistite,

Sezione B - Area di "expertise"

- [x] Epatiti virali
- [x] Epatopatia alcolica e dipendenza da alcol
- [x] NAFLD/NASH
- [x] Epatiti autoimmuni
- [x] Malattie colestatiche
- [ ] Malattie da accumulo (emocromatosi, malattia di Wilson, …)
- [x] Complicanze cliniche della cirrosi
- [x] Epatocarcinoma
- [ ] Trapianto di fegato
  - [ ] Fase pre-trapianto
  - [ ] Fase post-trapianto
- [ ] Altro (specificare)

Breve descrizione delle caratteristiche del Centro epatologico
(mission, modalità organizzative, target assistenziale) (max 1500 caratteri)

Nato come "sportello" per i residenti biellesi con problemi epatologici.
Ci occupiamo della parte diagnostica e della parte terapeutica,se necessario con l'ausilio del Day Hospital/Day Service o del reparto di degenza ordinaria.
Trattatiamo i casi più semplici di routine (90%) e indirizziamo i casi particolari ai centri specialistici di riferimento con cui abbiamo rapporti consolidati.

Sezione C - Attività svolte all'interno dell'U.O. o dell'Azienda Ospedaliera di appartenenza

Attività medica *(rispondere sì solo se a prevalente indirizzo epatologico)*

	U.O. di appartenenza	Azienda Ospedaliera di appartenenza Specificare U.O.
Ambulatorio	si	
Day-Service/Day-Hospital	si	
Degenza Ordinaria	si	
Degenza Sub-intensiva		Medicina sub Intensiva
Degenza Intensiva		Anestesia e Rianimazione

Ecografia diagnostica *(rispondere sì solo se a prevalente indirizzo epatologico)*

	U.O. di appartenenza	Azienda Ospedaliera di appartenenza Specificare U.O.
Diagnostica	si	
Utilizzo mezzi di contrasto	no	
Elastografia/Fibroscan	si	
Altro (specificare)		

Ecografia interventistica

	U.O. di appartenenza	Azienda Ospedaliera di appartenenza Specificare U.O.
Biopsia epatica	si	
Biopsia epatica su lesioni focali	si	
Alcolizzazione	no	no
Termoablazione	no	no
Altro (specificare)		

Radiologia *(rispondere sì solo se a prevalente indirizzo epatologico)*

	U.O. di appartenenza	Azienda Ospedaliera di appartenenza Specificare U.O.
TC		Radiologia Diagnostica
RM e colangio-RM		Radiologia Diagnostica
Angiografia		
Altro (specificare)		

Radiologia Interventistica

	U.O. di appartenenza	Azienda Ospedaliera di appartenenza Specificare U.O.
HVPG e biopsia epatica trans-giugulare	no	
TACE convenzionale	no	
Vie biliari	no	
TIPS	no	
Altro (specificare)		

Endoscopia diagnostica

	U.O. di appartenenza	Azienda Ospedaliera di appartenenza Specificare U.O.
EGDS e colonscopia		UOS di gastroenterologia
Videocapsula		UOS di gastroenterologia
Eco-endoscopia		
ERCP diagnostica		UOS di gastroenterologia
Altro (specificare)		

Endoscopia interventistica

	U.O. di appartenenza	Azienda Ospedaliera di appartenenza Specificare U.O.
Trattamento sanguinamento da varici in urgenza (24 ore)		UOS di gastroenterologia
Trattamento varici esofagee in elezione		UOS di gastroenterologia
ERCP interventistica		UOS di gastroenterologia
Altro (specificare)		

SCHEDA RACCOLTA DATI CENSIMENTO AISF "CENTRI DI EPATOLOGIA IN ITALIA"

Chirurgia

	U.O. di appartenenza	Azienda Ospedaliera di appartenenza Specificare U.O.
Sez. Epatologica/Vie Biliari		Diapartimento di chirurgia
Trapianto adulti		
Trapianto pediatrico		
Trapianto con tecnica split		
Trapianto da vivente		
Altro (specificare)		

Virologia

	U.O. di appartenenza	Azienda Ospedaliera di appartenenza Specificare U.O.
Virologia HCV*		Laboratorio analisi
Polimorfismo IL28B		
Virologia HBV*		Laboratorio analisi
Resistenze HBV		
Altro (specificare)		

***indicare il tempo medio di risposta per l'HCV-RNA quantitativo e HBV-DNA quantitativo**

Anatomia patologica *(rispondere sì solo se a prevalente indirizzo epatologico)*

	U.O. di appartenenza	Azienda Ospedaliera di appartenenza Specificare U.O.
Epatopatie croniche		Struttura di Anatomia Patologica
Colangiopatie		
Epatocarcinoma		Struttura di Anatomia Patologica
Altro (specificare)		

Sezione D - Attività di Ricerca

Partecipazione a trials clinici nei 3 anni precedenti
(specificare titolo dello studio e fase – max 5)

Numero di pubblicazioni censite su Medline nei 3 anni precedenti
(specificare riferimenti bibliografici - max 10)

Finanziamenti per la ricerca nei 3 anni precedenti
(specificare titolo del Progetto ed Ente Finanziatore - max 3)

SCHEDA RACCOLTA DATI CENSIMENTO AISF "CENTRI DI EPATOLOGIA IN ITALIA"

SOCIO AISF responsabile della compilazione del questionario

Prof/ Dr. Paolo Scivetti

Indirizzo e-mail: scivetti@libero.it

"Ai sensi e per effetto del D.Lgs. n. 196/2003 'Codice in materia di protezione dei dati personali e sensibili', autorizzo al trattamento dei dati e delle informazioni contenute nel presente censimento, consapevole che saranno visibili nel sito dell'A.I.S.F. e, pertanto, accessibile a tutti gli utenti e tramite INTERNET (motori di ricerca). Sono consapevole che l'eventuale non autorizzazione comporterà la mancata pubblicazione sul sito A.I.S.F. del presente Censimento".

Autorizzo

Non Autorizzo

Paolo Scivetti

Nome e Cognome

Nome e Cognome