



## Sezione B - Area di "expertise"

Epatiti virali

Epatopatia alcolica e dipendenza da alcol

NAFLD/NASH

Epatiti autoimmuni

Malattie colestatiche

Malattie da accumulo (emocromatosi, malattia di Wilson, ...)

Complicanze cliniche della cirrosi

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)

**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.<br>di appartenenza | Azienda Ospedaliera di appartenenza<br>Specificare U.O. |
|--------------------------|-------------------------|---|
| Ambulatorio              |                         |   |
| Day-Service/Day-Hospital |                         |   |
| Degenza Ordinaria        |                         |   |
| Degenza Sub-intensiva    |                         |   |
| Degenza Intensiva        |                         |   |

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

|                             | U.O.<br>di appartenenza | Azienda Ospedaliera di appartenenza<br>Specificare U.O. |
|-----------------------------|-------------------------|---|
| Diagnostica                 |                         |   |
| Utilizzo mezzi di contrasto |                         |   |
| Elastografia/Fibroscan      |                         |   |
| Altro (specificare)         |                         |   |

**Ecografia interventistica**

|                                      | U.O.<br>di appartenenza | Azienda Ospedaliera di appartenenza<br>Specificare U.O. |
|--------------------------------------|-------------------------|---|
| Biopsia epatica                      |                         |   |
| Biopsia epatica su lesioni<br>focali |                         |   |
| Alcolizzazione                       |                         |   |
| Termoablazione                       |                         |   |
| Altro (specificare)                  |                         |   |

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

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

|                     | U.O.<br>di appartenenza | Azienda Ospedaliera di appartenenza<br>Specificare U.O. |
|---------------------|-------------------------|---|
| TC                  |                         |   |
| RM e colangio-RM    |                         |   |
| Angiografia         |                         |   |
| Altro (specificare) |                         |   |

**Radiologia Interventistica**

|  | U.O.<br>di appartenenza | Azienda Ospedaliera di appartenenza<br>Specificare U.O. |
|--|-------------------------|---|
| HVPG e biopsia epatica trans-<br>giugulare |                         |   |
| TACE convenzionale                         |                         |   |
| Vie biliari                                |                         |   |
| TIPS                                       |                         |   |
| Altro (specificare)                        |                         |   |

**Endoscopia diagnostica**

|                     | U.O.<br>di appartenenza | Azienda Ospedaliera di appartenenza<br>Specificare U.O. |
|---------------------|-------------------------|---|
| EGDS e colonscopia  |                         |   |
| Videocapsula        |                         |   |
| Eco-endoscopia      |                         |   |
| ERCP diagnostica    |                         |   |
| Altro (specificare) |                         |   |

**Endoscopia interventistica**

|  | U.O.<br>di appartenenza | Azienda Ospedaliera di appartenenza<br>Specificare U.O. |
|--|-------------------------|---|
| Trattamento sanguinamento<br>da varici in urgenza (24 ore) |                         |   |
| Trattamento varici esofagee<br>in elezione                 |                         |   |
| ERCP interventistica                                       |                         |   |
| Altro (specificare)  |                         |   |

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

**Chirurgia**

|                              | U.O.<br>di appartenenza | Azienda Ospedaliera di appartenenza<br>Specificare U.O. |
|------------------------------|-------------------------|---|
| Sez. Epatologica/Vie Biliari |                         |   |
| Trapianto adulti             |                         |   |
| Trapianto pediatrico         |                         |   |
| Trapianto con tecnica split  |                         |   |
| Trapianto da vivente         |                         |   |
| Altro (specificare)          |                         |   |

**Virologia**

|                     | U.O.<br>di appartenenza | Azienda Ospedaliera di appartenenza<br>Specificare U.O. |
|---------------------|-------------------------|---|
| Virologia HCV*      |                         |   |
| Polimorfismo IL28B  |                         |   |
| Virologia HBV*      |                         |   |
| 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.<br>di appartenenza | Azienda Ospedaliera di appartenenza<br>Specificare U.O. |
|---------------------|-------------------------|---|
| Epatopatie croniche |                         |   |
| Colangiopatie       |                         |   |
| Epatocarcinoma      |                         |   |
| 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.

Indirizzo e-mail:

*“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

---

Nome e Cognome

---

Nome e Cognome