

# CENSIMENTO NAZIONALE DELLE U.U.O.O. DI PNEUMOLOGIA ANNO 2012

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E RESTITUZIONE DEL CENSIMENTO

### COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO

La compilazione del questionario può avvenire:

1. Direttamente sul proprio PC, utilizzando il programma Word. In questo caso, dovrà essere inserita la firma elettronica del Medico compilatore;
2. Su formato cartaceo, stampando il questionario e procedendo con la compilazione e sottoscrizione.

### RESTITUZIONE DEL QUESTIONARIO

Il Responsabile del Centro (o il Medico che è stato delegato per la compilazione) potrà trasmettere il questionario compilato al Presidente della Sezione Regionale AIPO di riferimento.

### PER INFORMAZIONI

Per qualsiasi chiarimento è possibile rivolgersi al Presidente della Sezione Regionale AIPO di riferimento.

*Elenco dei Presidenti delle Sezioni Regionali AIPO:*

<u>ABRUZZO – MOLISE:</u>	<u>Giuseppe DE MATTHAEIS</u>
<u>CALABRIA:</u>	<u>Massimo CALDERAZZO</u>
<u>CAMPANIA – BASILICATA:</u>	<u>Bruno DEL PRATO</u>
<u>EMILIA ROMAGNA:</u>	<u>Nicola FACCIOLONGO</u>
<u>LAZIO:</u>	<u>Vincenzo CILENTI</u>
<u>FRIULI VENEZIA GIULIA:</u>	<u>Vincenzo PATRUNO</u>
<u>LIGURIA:</u>	<u>Claudio DE MICHELIS</u>
<u>LOMBARDIA:</u>	<u>Sandro AMADUCCI</u>
<u>MARCHE:</u>	<u>Silvano SUBIACO</u>
<u>PIEMONTE – VALLE D'AO:</u>	<u>Felice GOZZELINO</u>
<u>PUGLIA:</u>	<u>Elio COSTANTINO</u>
<u>SARDEGNA:</u>	<u>Lorenzo CORDERO</u>
<u>SICILIA:</u>	<u>Vincenzo BONNICI</u>
<u>TOSCANA:</u>	<u>Raffaele SCALA</u>
<u>TRENTINO ALTO ADIGE:</u>	<u>Dino SELLA</u>
<u>UMBRIA:</u>	<u>Stefano BAGLIONI</u>
<u>VENETO:</u>	<u>Franco ZAMBOTTO</u>

*I contatti dei Presidenti Regionali sono consultabili sul sito:*

<http://www.aiponet.it/it/consdir/aipomembri/entry/0/288/432/consiglio-direttivo.html>

*Per qualsiasi supporto:* [censimento2012@aiporicerche.it](mailto:censimento2012@aiporicerche.it) – Tel. 02 36590352

**CENSIMENTO NAZIONALE**  
**DELLE UNITÀ OPERATIVE DI PNEUMOLOGIA**  
**ANNO 2012**

**DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA**     Complessa     Semplice

Se semplice, a quale U.O. complessa afferisce:

Pneumologia     Medicina     Geriatria     Altro \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**DIRETTORE U.O. Pneumologia** \_\_\_\_\_

**DIRETTORE U.O. Pneumologia semplice** \_\_\_\_\_

Telefono cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Medici componenti Equipe: N° totale \_\_\_\_\_

La U.O. di Pneumologia è inserita in:

Ospedale per acuti     Ospedale per acuti ospedaliero universitario

Centro di riabilitazione     Struttura Universitaria

Altro ( specificare) \_\_\_\_\_

	<i>N° strutturati</i>	<i>N° Borsisti/ contratto tempo determinato</i>	<i>N° Specializzandi</i>	<i>N° Altro</i>
<b>Pneumologi</b>				
<b>Internisti</b>				
<b>Rianimatori</b>				
<b>Altro (specificare)</b>				

Età media personale medico strutturato: \_\_\_\_\_

N° infermieri professionali \_\_\_\_\_ Dedicati solo alla Pneumologia:  Sì     No

N° infermieri altro (OSS; ecc.) \_\_\_\_\_ Dedicati solo alla Pneumologia:  Sì     No

**N° altre figure sanitarie attribuite alla U.O. o che comunque collaborano in modo continuativo:**

**Fisioterapisti** \_\_\_\_\_ Dedicati solo alla Pneumologia:  Sì  No

**Psicologi** \_\_\_\_\_ Dedicati solo alla Pneumologia:  Sì  No

**Dietisti** \_\_\_\_\_ Dedicati solo alla Pneumologia:  Sì  No

**Logopedisti** \_\_\_\_\_ Dedicati solo alla Pneumologia:  Sì  No

**Altro (specificare)** \_\_\_\_\_ Dedicati solo alla Pneumologia:  Sì  No

**Possibilità consulenze:**

Cardiologiche  Sì  No

Rianimatorie  Sì  No

Neurologiche  Sì  No

Fisiatriche  Sì  No

Infettivologiche  Sì  No

**La struttura è dotata di letti di degenza ordinaria?**  Sì  No

**La struttura è dotata di letti di DAY HOSPITAL?**  Sì  No

Se Sì: N° di posti letto \_\_\_\_\_ N° pazienti nel 2011 \_\_\_\_\_

**Sono attivi pacchetti di Day Service?**  Sì  No

Se Sì: Diagnostico:  Sì  No

Terapeutico:  Sì  No

**La struttura è dotata di Ambulatorio ?**  Sì  No

**DEGENZA**

**N° totale posti letto** \_\_\_\_\_ **N° ricoveri ordinari anno 2011** \_\_\_\_\_

**Nell'ambito dei posti letto di degenza ordinaria, esistono letti di:**

1. **Terapia intensiva respiratoria:**  Sì: N° posti \_\_\_\_\_  No

2. **Terapia respiratoria intermedia:**  Sì: N° posti \_\_\_\_\_  No

3. **Unità di monitoraggio respiratorio:**  Sì: N° posti \_\_\_\_\_  No  
(secondo criteri AIPO 2004)

**Se Sì a 1 e/o 2 e/o 3: I letti sono stati riconosciuti da Delibera Aziendale ?**  Sì  No

Se non ci sono letti riconosciuti da Delibera Aziendale, viene ugualmente effettuata ventilazione meccanica non invasiva all'interno della degenza pneumologica?  Sì  No

**Attività svolta nel 2011:**

**Ventiloterapia invasiva:**       Sì    No      N° interventi \_\_\_\_\_

**Intubati:**       Sì    No      N° interventi \_\_\_\_\_

**Tracheostomizzati da ospedale:**    Sì    No

**Tracheostomizzati da casa:**       Sì    No

**Ventiloterapia non invasiva:**       Sì    No      N° interventi \_\_\_\_\_

**La pneumologia è autonoma nell'intubazione oro-tracheale?**    Sì    No

**La pneumologia è autonoma nel confezionare la tracheotomia percutanea?**    Sì    No

**Le guardie in degenza ordinaria sono effettuate:**

- Guardia attiva: presenza di medico pneumologo per 24 ore
- Reperibilità dello pneumologo nelle 24 ore
- Lo pneumologo partecipa con altri medici a turni di guardia interdivisionale  
*Specificare la specialità degli altri medici (internisti, cardiologi, ecc.):*  
\_\_\_\_\_

**Le guardie per i letti di terapia intensiva/intermedia/monitoraggio sono effettuate:**

- Guardia attiva: presenza di medico pneumologo per 24 ore
- Reperibilità dello pneumologo nelle 24 ore
- Lo pneumologo partecipa con altri medici a turni di guardia interdivisionale  
*Specificare la specialità degli altri medici (rianimatori, cardiologi, ecc.):*  
\_\_\_\_\_
- Non applicabile in quanto non esiste tale tipologia di letti

**Nelle guardie mediche sono inseriti medici specializzandi:**       Sì    No

- Se Sì:**    sono affiancati da un medico strutturato pneumologo presente in servizio
- sono affiancati da un medico strutturato pneumologo reperibile
  - sono affiancati da un medico strutturato di altra U.O. non pneumologica presente in servizio
  - sono affiancati da un medico strutturato di altra U.O. reperibile

**I medici della U.O. vengono chiamati a consulenza nel Pronto Soccorso?**

- Sì in modo regolare       Sì saltuariamente    No

Nella degenza esistono posti letto dedicati ai pazienti TBC?  Sì: N° letti \_\_\_\_\_  No

### **RIABILITAZIONE RESPIRATORIA**

Esistono letti di degenza (codice 56) dedicati alla Riabilitazione?  Sì: N° letti \_\_\_\_\_  No

N° ricoveri ordinari nel 2011 per riabilitazione \_\_\_\_\_

Viene effettuata riabilitazione respiratoria a livello di Day Hospital?

Sì, N° letti \_\_\_\_\_ N° programmi riabilitativi in DH nel 2011 \_\_\_\_\_  No

Viene effettuata riabilitazione respiratoria a livello di Ambulatorio?

Sì, N° programmi riabilitativi nel 2011 \_\_\_\_\_  No

### **FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA**

All' interno della U.O. esiste un servizio di fisiopatologia respiratoria:  Sì  No

N° di spirometrie eseguite nel 2011 \_\_\_\_\_

N° Spirometri \_\_\_\_\_

N° Spirometri portatili \_\_\_\_\_

Pletismografo corporeo  Sì  No

Test di diffusione  Sì  No

Test del cammino  Sì  No

Emogasanalizzatore presso la U.O.  Sì  No

Test metacolina  Sì  No

Meccanica respiratoria  Sì  No

Test da sforzo cardiorespiratorio  Sì  No

### **DISTURBI RESPIRATORI SONNO CORRELATI**

La U.O. svolge attività specialistica rivolta ai disturbi respiratori sonno correlati?  Sì  No

Se sì: Esistono letti dedicati alla diagnosi e trattamento dei disturbi respiratori sonno correlati?  Sì  No

Se Sì: N° di letti: reparto degenza \_\_\_\_\_ DH \_\_\_\_\_

Saturimetria notturna  Sì  No

Poligrafia respiratoria semplice  Sì  No

Polisonnografia completa  Sì  No

Vengono effettuate poligrafie domiciliari?  Sì  No

Come viene fatto l'adattamento a cPAP/ bilevel?

ricovero

DH

DS/ ambulatorio

Domicilio

### SERVIZIO DI INTERVENTISTICA

Sì  No

N° broncoscopie nel 2011 \_\_\_\_\_

**Biopsie bronchiali**

Sì  No

**Agobiopsie transbronchiali**

Sì  No

**Biopsie transbronchiali**

Sì  No

**BAL**

Sì  No

**Laser**

Sì: N° pazienti trattati nel 2011: \_\_\_\_\_  No

**Protesi**

Sì: N° pazienti trattati nel 2011: \_\_\_\_\_  No

**Valvole bronchiali**

Sì: N° pazienti trattati nel 2011: \_\_\_\_\_  No

**Trattamento dell'asma bronchiale**

Sì: N° pazienti trattati nel 2011: \_\_\_\_\_  No

**Si utilizza:**

**Broncoscopio rigido**

Sì  No

**EBUS**

Sì  No

**Autofluorescenza**

Sì  No

**Navigatore elettromagnetico**

Sì  No

**Altro, specificare** \_\_\_\_\_

**Gli pneumologi della U.O. eseguono in prima persona:**

**Toracentesi**

Sì  No

**Torascopia**

Sì  No

**Agobiopsia polmonare eco o TC guidata**

Sì  No

**Posizionamento di drenaggio pleurico**

Sì  No

**Pleurodesi**

Sì  No

**Ecografia toracica**

Sì  No

**Cateterismo cardiaco destro**

Sì  No

### ONCOLOGIA

**La chemioterapia per via endovenosa viene eseguita direttamente dallo pneumologo?**

Sì  No

**Se sì in che regime? Ricovero ordinario**  Sì  No

**DH**  Sì  No

**Ambulatorio**  Sì  No

**Viene gestita dallo pneumologo la chemioterapia per os**

Sì  No

Viene gestita dallo pneumologo la terapia biologica  Sì  No

### HOME CARE

Esiste un sistema di Assistenza Domiciliare respiratoria?  Sì  No

Se sì, con Equipe afferente alla U.O. di Pneumologia?  Sì  No

Esiste un Servizio di Pneumologia territoriale?  Sì  No

Se sì, con Equipe afferente alla U.O. di Pneumologia?  Sì  No

È presente un percorso ufficialmente approvato di continuità assistenziale fra ospedale e territorio al momento della dimissione?  Sì  No

Numero di CONSULENZE interne all'ospedale eseguite nel 2011 \_\_\_\_\_

### AMBULATORI

Attività Ambulatoriale Totale:

N° totale visite pneumologiche nel 2011 \_\_\_\_\_

N° totale altre prestazioni nel 2011 \_\_\_\_\_

### ATTIVITA' AMBULATORIALE SPECIFICA

<i>Ambulatorio</i>	<i>Esistente</i>	<i>Visite nel 2011 N° *</i>	<i>Visite nel 2011 N° stimato ** 0-100</i>	<i>Visite nel 2011 N° stimato ** 101- 300</i>	<i>Visite nel 2011 N° stimato** 301- 500</i>	<i>Visite nel 2011 N° stimato** 501 e oltre</i>
<b>Pneumologico</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
<b>Insufficienza respiratoria e ossigenoterapia</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
<b>Allergologia e asmologia</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
<b>Interstiziopatie polmonari</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
<b>Ipertensione polmonare</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
<b>Oncologia polmonare</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					

<b>Disturbi del sonno</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
<b>Tisiologico</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
<b>Malattie neuromuscolari</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
<b>Centro Antifumo</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
<b>Altro ambulatorio (specificare)</b> -----	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					

\* *Inserire il numero esatto di visite eseguite nel 2011, se disponibile*

\*\* *Inserire il numero stimato di visite tra i range indicati, se non è disponibile il numero esatto*

**Esiste nella tua realtà un Gruppo Multidisciplinare per le Interstiziopatie Polmonari Diffuse?**

Sì  No

Se sì, Quali specialità afferiscono \_\_\_\_\_

Se sì, Chi è il coordinatore:  Pneumologo  Altro, specificare \_\_\_\_\_

Se sì, i casi che vengono osservati presso la U.O. vengono discussi nel gruppo multidisciplinare?  Sì  No

**Esiste nella tua realtà un Gruppo Multidisciplinare di Oncologia toracica?**

Sì  No

Se sì, Quali specialità afferiscono \_\_\_\_\_

Se sì, Chi è il coordinatore:  Pneumologo  Altro, specificare \_\_\_\_\_

Se sì, i casi che vengono osservati presso la U.O. vengono discussi nel gruppo multidisciplinare?  Sì  No

**PERCORSI MULTIDISCIPLINARI ATTIVATI UFFICIALMENTE DALLA DIREZIONE SANITARIA NELLA STRUTTURA IN CUI SI TROVA LA U.O.:**

Percorso neoplasie polmonari  Sì  No

Percorso insufficienza respiratoria  Sì  No

Percorso per le gravi disabilità neuromuscolari  Sì  No

Percorso diagnosi e trattamento interstiziopatie polm. diffuse e mal. rare  Sì  No

Percorso ipertensione polmonare  Sì  No

Percorso per la diagnosi e il trattamento della tubercolosi  Sì  No

Percorso per la diagnosi e il trattamento delle patologie polmonari infettive  Sì  No

**ORGANIZZAZIONE DELLA SPECIALITÀ NELL'OSPEDALE**

Reparti - UO (modello classico)  Sì  No

Aree per intensità di cura in cui sono inseriti letti variabili specialistici  Sì  No

Letti terapia intensiva/ intermedia/ monitorizzati:

- In area unica Sub intensiva con altre specialità
- Aggregati alla UO di Pneumologia

**OSSERVAZIONI**

---

---

---

---

Data di compilazione \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

**Informazione e consenso al trattamento dei dati personali:**

Ai sensi della normativa sulla Tutela dei Dati personali (L. 675/96 e successive modifiche ed integrazioni e in conformità al decreto legislativo 196/2003 in vigore dal 1° gennaio 2004), autorizzo al trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_