

A - DATI CENTRO

I dati devono essere riferiti al centro principale, anche nel caso siano presenti centri satellite (CAL, CAD ecc).

A1. Ospedale in cui ha sede il Centro Principale

Denominazione (*specificare*) _____

A2. Riferimenti del Centro

Denominazione _____

Indirizzo _____

Numero civico _____

Città _____

CAP _____

Provincia _____

Regione _____

Telefono _____

Fax _____

E-mail _____

A3. Sito web del Centro (o dell'Ospedale se contiene informazioni del centro):

- No
- Sì (*Specificare indirizzo URL*) _____

È sufficiente la Carta dei Servizi pubblicata sul sito Aziendale

A4. Direttore del Centro (ovvero responsabile, anche se incaricato, FF ecc.)

Nome _____

A5. Il Direttore del Centro è Professore universitario (attualmente docente, non solo titolato):

- Sì
- No

A6. Responsabile del Censimento

Cognome (*specificare*) _____

Nome (*specificare*) _____

Indirizzo e-mail (*specificare*) _____

Cellulare (*specificare*) _____

B - PARTE GENERALE

B1. Tipo Centro

- Unità Operativa complessa
- Unità Operativa Semplice
- Ambulatorio
- IRCS
- Altro (*Specificare*)_____

B2. Centro Adulti-Pediatrico

- Pediatrico
- Adulti
- Misto

B3. Centro Pubblico-Privato

- Pubblico
- Privato convenzionato
- Privato non convenzionato
- Altro tipo di Centro (*Specificare*)_____

B4. Numero di Strutture Semplici presenti all'interno del Centro (*mettere 0 in caso di assenza*):

Strutture semplici (*specificare numero*) _____

B5 All'interno dell'ospedale in cui si trova il Centro è presente un Centro Trapianti Renale

- Sì, ed è gestito dal Centro
- Sì, ma non è gestito dal Centro
- No, non è presente

B6. Il Centro è certificato oltre che accreditato? (*nel caso siano disponibili più forme di valutazione di qualità scegliere quella più rilevante*)

- Sì
- No
- Non so

Si ricorda che accreditamento è istituzionale ed obbligatorio, quindi effettuato dalla vostra regione, la Certificazione invece è volontaria fatta in parte terza

B7. Indicare per quali settori di attività il Centro dispone di programmi informatici:

- Amministrazione - gestione globale dell'Ospedale
- Emodialisi
- Dialisi Peritoneale
- Trapianto
- Degenza
- Ambulatorio
- Il Centro non ha programmi informatici per la gestione dei settori sopraindicati

B8. Il Centro dispone di un questionario di soddisfazione dell'utente

- Sì, per la degenza
- Sì, per la dialisi
- Sì, per l'ambulatorio
- No
- Non so

B9. Centri Satellite (*considerare come satelliti le seguenti tipologie di centri: CAL - CAD – DECENTRATI – DIALISI PER AMBULATORIALI – DIALISI PER AMBULATORIALI E ACUTI - ALTRO*) (*mettere 0 in caso di assenza e saltare la sezione seguente relativa ai Centri satellite cliccando sul tasto AVANTI*):

Centri satellite (*numero*) _____

D – DEGENZA

D1. Tipo di degenza ordinaria disponibile al 31-12 -2018 *(se ci sono risposte multiple mettere la prevalente):*

- Degenza autonoma
- Degenza con altri reparti o dipartimentale ma con specifica dimissione nefrologica *(specificare Reparto o Dipartimento)* _____
- Degenza in consulenza senza specifica dimissione nefrologica
- Nessuna degenza disponibile
- Altro tipo di degenza *(specificare)* _____

D2. Letti di degenza ordinaria con dimissione nefrologica disponibili al 31-12-2018, compresi quelli dedicati al trapianto *(quindi totale letti di dimissione con i codici della SC di nefrologia, seppure posti in aree diverse e separate come ad esempio i modelli per intensità di cura):*

- Letti totali con dimissione nefrologica:
- Il Centro non dispone di letti autonomi anche in altri reparti o dipartimentali con dimissione nefrologica

D3. Come viene garantita la copertura del servizio notturno e di domenica?

- Guardia attiva del nefrologo o Reperibilità del nefrologo
- Nessuna copertura
- Altra modalità di copertura *(specificare)* _____

D4. Ricoveri con dimissione nefrologica effettuati nel 2018 *(riferentesi ai letti della domanda D2):*

- Ricoveri *(numero)* _____
- La struttura non effettua ricoveri con dimissione nefrologica

D5. Consulenze a pazienti ricoverati effettuate nel corso del 2018:

- Consulenze *(numero)* _____
- Il Centro non effettua consulenze a pazienti ricoverati
- Non so il numero non è reperibile
- Consulenze fornite AI reparti di medicina
- Consulenze fornite AI reparti di intensivi
- Consulenze fornite DAI reparti di medicina alla vostra SC

D6. I letti di Day Hospital/Day Service sono gestiti con personale del Centro:

- Sì
- No
- Il Centro non dispone di letti di Day Hospital/Day Service

D7. Giornate di Day Hospital/Day Service effettuate nel corso del 2018:

- Giornate (*numero*) _____
- Il Centro non dispone di letti di Day Hospital/Day Service
- Non so

Nell'ottica di valutare l'aspetto di carico di lavoro in questa domanda teniamo a sapere il numero di giornate intese NON come numero di DH aperti, che possono comportare più giornate, ad esempio infusione di farmaci immunosoppressivi in ambulatorio, ma proprio il numero di giornate effettuate. Se per esempio ha fatto un DH per infusione di Rituximab ma in tre giornate diverse segnare 3.

D8. Biopsie renali effettuate nel proprio Centro nel corso del 2018 (non inserire le biopsie effettuate in altri centri o quelle effettuate su rene trapiantato; mettere 0 in caso il Centro non effettuino Biopsie renali in modo autonomo):

- Biopsie Renali (*numero*) _____
- Il Centro non effettua biopsie

D9. Chi legge abitualmente le biopsie renali

- Nefrologo
- Anatomopatologo dello stesso ospedale o Anatomopatologo di altro ospedale
- Nefrologo e Anatomopatologo insieme
- Altro (*Specificare*) _____

E - DIALISI E TRAPIANTO

Nelle domande in cui tutte le risposte sono obbligatorie inserire **0** se non ci sono eventi relativi a quella risposta.

E1. Posti letto di HD, attualmente attivi (*1 letto dialisi = 1 posto, anche se su di esso ruotano più pazienti; considerare nel numero di posti letto anche quelli contumaciali e per acuti*):

- Centro Principale (numero) _____
- Centri Satellite (numero) _____

E2. Pazienti prevalenti in HD al 31-12 2018:

- Centro Principale (numero) _____
- Centri Satellite (numero) _____
- Domiciliari (numero) _____

E3. Pazienti prevalenti in HD in trattamenti convettivo di qualunque tipo al 31-12-2018 (*considerare quelli del Centro Principale, dei Centri Satelliti e Domiciliari*):

Pazienti (numero) _____

E4. Pazienti prevalenti in HD portatori di Catetere per EMODIALISI PERMANENTE al 31-12-2018 (*considerare quelli del Centro Principale, dei Centri Satelliti e Domiciliari*):

Pazienti (numero) _____

E5. Pazienti prevalenti in DP al 31-12-2018:

- CAPD (numero) _____
- APD (numero) _____
- Il Centro non effettua DP

E6. Pazienti immessi in HD nel corso del 2018 (*considerare quelli del Centro principale, dei Centri Satelliti e Domiciliari*):

- Nuovi pazienti (numero) _____
- Pazienti che hanno iniziato HD provenendo da DP (numero) _____
- Pazienti che hanno iniziato HD provenendo da Trapianto (numero) _____
- Trasferiti da altro Centro (numero) _____

E7. Pazienti immessi in DP nel corso del 2018 (*considerare quelli del Centro principale, dei Centri Satelliti e Domiciliari*):

- Nuovi pazienti (numero) _____
- Passati che hanno iniziato PD provenendo da HD (numero) _____
- Pazienti che hanno iniziato PD provenendo da Trapianto (numero) _____
- Trasferiti da altro Centro (numero) _____

E8. Visite ambulatoriali:

- Totale visite ambulatoriali di qualunque tipo (numero) _____
- Il centro non effettua visite ambulatoriali

E9. Specificare se possibile:

- Visite ambulatorio nefrologico (*numero*) _____
- Visite ambulatorio trapianto(*numero*) _____
- Visite ambulatorio strumentali (eco ed altro) (*numero*) _____

E10. Pazienti Trapiantati nel corso del 2018 (*pazienti DEL TUO CENTRO in tutti i tipi di trattamento, anche conservativo, che sono stati trapiantati nell'anno; NB. i centri con trapianto devono inserire solo i pazienti seguiti dal proprio centro prima del trapianto*):

- Pre-emptive _____
- In HD trattati _____
- In DP _____

E11. Pazienti in lista di attesa per trapianto:

Pazienti (*numero*) _____

E12. Pazienti Deceduti nel corso del 2018 (*trattati nel Centro Principale, nei Centri Satellite o a Domicilio*):

- In HD (*numero*) _____
- In DP (*numero*) _____
- In Trapianto (*numero*) _____

E13. Pazienti trasferiti ad altri centri nel corso del 2018 (*trattati nel Centro Principale, nei Centri Satellite o a Domicilio*):

- In HD (*numero*) _____
- In DP (*numero*) _____
- In Trapianto (*numero*) _____

E14. Pazienti NON trattati cronicamente nel vostro centro (*acuti, con malattie intercorrenti e ricoverati presso altri reparti dell'ospedale*) **o cronici NON conosciuti prima, nel corso del 2018 che abbiano effettuato HD in Nefrologia o altri reparti** (*suddividere i trattamenti a seconda dei reparti in cui sono stati effettuati serve a capire il diverso impegno assistenziale*):

- Nefrologia (*numero*) _____
- Altri reparti (*numero*) _____
- In rianimazione UTI, aree scopenso
- Se non potete suddividere, riportate almeno il numero totale: _____

E15. Pazienti trattati in Terapia Intensiva (Rianimazione o UTI) nel corso 2018:

- Pazienti (*numero*) _____
- Se preferite potete inserire le giornate di trattamento _____
- Non so in quanto il dato non è reperibile
- Il centro è sito in un ospedale dove non c'è rianimazione o Terapia Intensiva

E16. L'assistenza infermieristica durante i trattamenti in Terapia Intensiva normalmente è a carico degli infermieri della:

- Nefrologia
- Terapia Intensiva con chiamata degli infermieri della nefrologia per urgenza o cambio sacche
- Terapia Intensiva
- Altra modalità organizzativa (*specificare*) _____
- Il centro non effettua trattamenti in Terapia Intensiva

E17. Interventi per FAV totali eseguiti nel 2018 nei tuoi pazienti compresi quelli dei CAL/CAD (riportare solo gli interventi di FAV sia native che protesiche eseguiti sui pazienti in carico al Centro, compresi):

- Totali interventi (*numero*) _____
- Interventi eseguiti da Nefrologo del proprio Centro come primo operatore (*numero*) _____
- Interventi eseguiti da Nefrologo di altro Centro come primo operatore (*numero*) _____
- Interventi eseguiti da Chirurgo Vascolare come primo operatore (*numero*) _____

E18. Interventi per FAV con protesi eseguiti nel 2018 compresi quelli dei CAL/CAD (riportare solo gli interventi di FAV protesiche eseguiti sui pazienti in carico ai propri centri):

- Totali interventi (*numero*) _____
- Interventi eseguiti da Nefrologo del proprio Centro come primo operatore (*numero*) _____
- Interventi eseguiti da Nefrologo di altro Centro come primo operatore (*numero*) _____
- Interventi eseguiti da Chirurgo Vascolare come primo operatore (*numero*) _____

E19. Cateteri tunnellizzati inseriti nel 2018 compresi quelli dei CAL/CAD (riportare solo le inserzioni eseguite sui pazienti in carico al Centro):

- Totali cateteri (*numero*) _____
- Cateteri inseriti da Nefrologo del proprio Centro come primo operatore (*numero*) _____
- Cateteri inseriti da Nefrologo di altro Centro come primo operatore (*numero*) _____

E20. Cateteri peritoneali inseriti nel 2018 (*riportare solo le inserzioni eseguite sui pazienti in carico al Centro*):

- Totali cateteri (*numero*) _____
- Cateteri inseriti da Nefrologo del proprio Centro come primo operatore (*numero*)_____
- Cateteri inseriti da Nefrologo di altro Centro come primo operatore (*numero*)_____
- Cateteri inseriti da Chirurgo Generale come primo operatore (*numero*)_____

E21. Il Centro dispone di una sala operatoria per allestire l'accesso dialitico:

- Sì, propria
- Sì, condivisa
- No

F - AMBULATORI E APPARECCHIATURE

F1. Ambulatori presenti nel Centro con accesso tramite CUP o agenda gestita da reparto (*selezionare la risposta solo nel caso l'ambulatorio sia specificamente dedicato alla patologia riportata*):

- Sì di nefrologia generale
- Sì per CKD 1° e/o 2°
- Sì per CKD 3° e/o 4° stadio
- Sì per CKD 5° stadio
- Sì per le cure palliative
- Sì per il trapianto
- Sì per l'ipertensione
- Sì per la calcolosi
- Sì per rene e gravidanza
- Sì per alterazioni dei fluidi - elettroliti e acido base
- Sì per Nefropatie rare/genetiche
- Sì, altro (*specificare*) _____
- Nessun ambulatorio di quelli elencati precedentemente è presente nel Centro

F2. Tipo di apparecchiature utilizzate nel Centro:

- Ecografo/ecocolordoppler Ecodoppler
- Bioimpedenziometro
- Holter pressorio (ABPM)
- Altra apparecchiatura (*specificare*) _____
- Nessuna delle suddette apparecchiature è utilizzata nel Centro

F3. Vengono eseguite anche ecografie per esterni?

- Sì
- No

F4. In ambulatorio esiste un percorso strutturato per orientare i pazienti con CKD ad una scelta consapevole del trattamento dialitico sostitutivo (*offerta di ED/PD/trapianto/trapianto da vivente*)?

- Sì
- No

G – PERSONALE – Workforce (in sostituzione del questionario workforce)

Nelle domande in cui tutte le risposte sono obbligatorie inserire **0** se non ci sono eventi relativi a quella risposta.

G1. Medici dipendenti dal Centro in servizio al 31-12 2018 (*inserire tutti i medici presenti, compresi: direttore, borsisti, frequentatori, specializzandi, ecc*):

- Maschi (*numero*) _____
- Femmine (*numero*) _____

G2. Tipologia medici dipendenti dal Centro in servizio al 31-12 2018:

- Con contratto a tempo indeterminato (*numero*) _____
- Con contratto a tempo determinato (*numero*) _____
- Borsisti (*numero*) _____
- Specializzandi (*numero*) _____
- Altro tipo (*numero*) _____

G3. Medici con più di 60 anni dipendenti dal Centro in servizio al 31-12 2018

- Medici >60 anni (*numero*) _____

G4. Personale sanitario non medico in servizio nel Centro al 31-12 2018 (*considerare tutto il personale del Centro principale e dei Centri Satelliti; inserire il personale della degenza solo se si ha la degenza autonoma, altrimenti mettere 0*):

- Infermieri professionali in degenza (*numero*) _____
- Infermieri professionali in HD (*numero*) _____
- Infermieri professionali in DP (*numero*) _____
- Infermieri professionali in ambulatorio (*numero*) _____
- Infermieri professionali per tutti gli altri settori non inclusi nelle voci precedenti (*numero*) _____

Se la degenza è inserita in un modello per intensità di cure, provare a fare un rapporto tra i ricoveri nefrologici e totali ed applicare lo stesso rapporto al personale.

G5. Personale amministrativo totale

Personale (*numero*) _____

G6. Disponibilità di Dietista o Psicologo anche part-time o in consulenza:

- Dietista
- Psicologo
- No per entrambe le figure professionali

G7. C'è servizio di guardia? (barrare uno solo)

- H24 sempre
- H 24 + reperibilità (ad es guardie **divisionali** più reperibilità ecc.)
- H 24 + reperibilità (ad es guardie **interdivisionali** più reperibilità ecc.)
- Solo reperibilità
- Non abbiamo né guardie né reperibilità

- Altra situazione non prevista fra le precedenti

G8. Se presente il servizio di guardia o reperibilità, quanti medici sono esentati (al 31.12.18) dai servizi di guardia? (per il ruolo (ad es. direttore) o per limitazioni ecc.)

Esentati (numero)_____

G9. Per chi effettua guardie interdivisionali, qual è il numero totale di turni annuali?

- Meno di 12
- Tra 12 e 24
- Tra 24 e 36
- Oltre 36

G10. Per chi effettua guardie divisionali, qual è il numero totale di turni annuali?

- Meno di 12
- Tra 12 e 24
- Tra 24 e 36
- Tra 36 e 100
- Oltre 100

G11. Per chi effettua anche o solo reperibilità qual è il numero totale di turni annuali?

- Meno di 12
- Tra 12 e 24
- Tra 24 e 36
- Tra 36 e 100
- Oltre 100

G11. Percentuale di orario che il responsabile dedica alle attività Manageriali (compresa ricerca e didattica):

Percentuale (valore %)_____

Schede centri satellite:

C – CENTRI SATELLITE

Compilare la seguente sezione nel caso il centro principale disponga di una delle seguenti tipologia di centro: CAL - CAD – UDD - DIALISI PER AMBULATORIALI – DIALISI PER AMBULATORIALI E ACUTI – NEFROLOGIA e DIALISI – ALTRO.

C1. Riferimenti del Centro Satellite A

Tipologia centro _____

Nome struttura _____

Indirizzo _____

Numero civico _____

Città _____

CAP _____

Provincia _____

Telefono _____

C2. Riferimenti del Centro Satellite B

Tipologia centro _____

Nome struttura _____

Indirizzo _____

Numero civico _____

Città _____

CAP _____

Provincia _____

Telefono _____

C3. Riferimenti del Centro Satellite C

Tipologia centro _____

Nome struttura _____

Indirizzo _____

Numero civico _____

Città _____

CAP _____

Provincia _____

Telefono _____

C4. Riferimenti del Centro Satellite D

Tipologia centro _____

Nome struttura _____

Indirizzo _____

Numero civico _____

Città _____

CAP _____

Provincia _____

Telefono _____

C5. Riferimenti del Centro Satellite E

Tipologia centro _____

Nome struttura _____

Indirizzo _____

Numero civico _____

Città _____

CAP _____

Provincia _____

Telefono _____

CS6. Riferimenti del Centro Satellite F

Tipologia centro _____

Nome struttura _____

Indirizzo _____

Numero civico _____

Città _____

CAP _____

Provincia _____

Telefono _____