



**SCREENING COLORETTALE  
CANTON TICINO**

## **Formulario di richiesta di accreditamento per la partecipazione al Programma cantonale di screening colorettale in qualità di Centro di Gastroenterologia**

### **Centro programma screening Ticino**

Via A. Ciseri, 10, CH-6600 Locarno

tel.: +41 (0)91 816 25 01; fax: +41 (0)91 816 25 19

e-mail: [screening.colorettale@ti.ch](mailto:screening.colorettale@ti.ch)

sito-Internet: [www.ti.ch/screening](http://www.ti.ch/screening)



Repubblica e Cantone  
Ticino



---

## Indice

<b>1. AMBITO DELLA CANDIDATURA .....</b>	<b>3</b>
<b>2. DATI GENERALI DEL CENTRO DI GASTROENTEROLOGIA.....</b>	<b>3</b>
2.1. Personale e Qualifiche.....	4
2.2. Medico Gastroenterologo Responsabile.....	5
2.3. Medico Gastroenterologo .....	7
2.4. Personale paramedico e/o Segretariato .....	15
<b>3. REQUISITI INFORMATICI E TECNICI.....</b>	<b>16</b>
<b>4. ASSICURAZIONE .....</b>	<b>18</b>
<b>5. CONSENSO/FIRMA .....</b>	<b>18</b>



## 1. Ambito della candidatura

I requisiti di qualità richiesti ai Centri di Gastroenterologia e ai Medici Gastroenterologi per eseguire le colonscopie a seguito di FIT positivo nell'ambito del Programma cantonale di screening coloretale (PSCR) sono riportati in modo dettagliato nelle Direttive del PSCR (capitolo 5.4) e sono stati definiti in accordo alle European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis (1° edizione, 2010), agli Standards nazionali qualitativi elaborati da Swiss Cancer Screening, alla Charta nazionale sulla collaborazione tra i professionisti attivi nel settore della diagnosi precoce del cancro coloretale congiuntamente alle disposizioni/raccomandazioni della Società Svizzera di Gastroenterologia SSG/SGG.

I Centri di Gastroenterologia devono designare un Medico Gastroenterologo Responsabile accreditato per l'attività di screening svolta nell'ambito del PSCR; qualora un Centro di Gastroenterologia disponesse di due o più Medici Gastroenterologi accreditati, il Centro deve identificare il Medico Gastroenterologo Responsabile tra i Medici Gastroenterologi accreditati.

## 2. Dati generali del Centro di Gastroenterologia

<b>Denominazione del Centro di Gastroenterologia</b>	
<b>Sede</b>	
<b>Indirizzo</b>	
<b>NAP, Località</b>	
<b>N°RCC = Numero di Codice Creditore del Centro</b>	
<b>GLN = Global location number del Centro (ex codice EAN)</b>	
<b>Medico Gastroenterologo Responsabile *</b>	
<b>Telefono</b>	
<b>Fax</b>	
<b>e-mail</b>	
<b>Altra persona di contatto</b>	
<b>Telefono</b>	
<b>Fax</b>	
<b>e-mail</b>	

\* Riportare i dati del Medico Gastroenterologo Responsabile nel capitolo 2.2.



## 2.1. Personale e Qualifiche

Si prega di compilare la seguente tabella per **tutti i membri del Personale** del Centro di Gastroenterologia che saranno coinvolti nel Programma cantonale di screening coloretale con le rispettive qualifiche .

Nr.	Nome e Cognome	MGR	MG	PPM	Seg
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legenda:

**MGR** = Medico Gastroenterologo Responsabile

**MG** = Medico Gastroenterologo

**PPM** = Personale Paramedico

**Seg** = Segretariato



## 2.2 Medico Gastroenterologo Responsabile

(vedi capitolo 5.4.1 delle Direttive del PSCR)

Si prega di allegare il proprio Curriculum Vitae e la copia degli attestati ottenuti (non è richiesto alcun certificato originale):

- Attestati/ Diplomi di formazione
- Autorizzazione al libero esercizio in Canton Ticino

### Dati generali

<b>Titolo</b>	Dr. med. <input type="checkbox"/> PD Dr. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. Med <input type="checkbox"/>
<b>Nome e Cognome</b>	
<b>Data di nascita</b> (giorno/mese/anno)	__/__/----
<b>Luogo di nascita</b>	
<b>Nazionalità</b>	
<b>Telefono ufficio</b>	
<b>E-mail</b>	
<b>Medico Gastroenterologo dal:</b>	__/__/----
<b>N°RCC = Numero di Codice Creditore del medico</b>	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> N° RCC:
<b>GLN = Global location number del medico (ex codice EAN)</b>	
<b>N° di controllo del medico</b>	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> N° C:
<b>Numero di colonscopie eseguite negli ultimi 12 mesi</b>	



**Elenco delle qualifiche / corsi di formazione**

<b>Tipo Qualifica / Corso *</b>	<b>Eseguito</b>
Diploma federale di medico o equivalente titolo estero	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Titolo di specializzazione in Gastroenterologia (titolo FMH o equivalente titolo estero)	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Diploma di formazione continua in Gastroenterologia	Data: dal: ____ (aaaa) al: ____ (aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:

\* Allegare copia degli Attestati o Certificati



### 2.3 Medico Gastroenterologo

(vedi capitolo 5.4.1 delle Direttive del PSCR)

Si prega di allegare il proprio Curriculum Vitae e la copia degli attestati ottenuti (non è richiesto alcun certificato originale):

- Attestati/ Diplomi di formazione
- Autorizzazione al libero esercizio in Canton Ticino

#### Medico Gastroenterologo 1 - Dati generali

<b>Titolo</b>	Dr. med. <input type="checkbox"/> PD Dr. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. Med <input type="checkbox"/>
<b>Nome e Cognome</b>	
<b>Data di nascita</b> (giorno/mese/anno)	__/__/____
<b>Luogo di nascita</b>	
<b>Nazionalità</b>	
<b>Telefono ufficio</b>	
<b>E-mail</b>	
<b>Medico Gastroenterologo dal:</b>	__/__/____
<b>N°RCC = Numero di Codice Creditore del medico</b>	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> N° RCC:
<b>GLN = Global location number del medico (ex codice EAN)</b>	
<b>N° di controllo del medico</b>	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> N° C:
<b>Numero di colonscopie eseguite negli ultimi 12 mesi</b>	



**Medico Gastroenterologo 1 - Elenco delle qualifiche / corsi di formazione**

Tipo Qualifica / Corso *	Eseguito
Diploma federale di medico o equivalente titolo estero	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Titolo di specializzazione in Gastroenterologia (titolo FMH o equivalente titolo estero)	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Diploma di formazione continua in Gastroenterologia	Data: dal: ____ (aaaa) al: ____ (aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:

\* Allegare copia degli Attestati o Certificati





## Medico Gastroenterologo 2 - Dati generali

<b>Titolo</b>	Dr. med. <input type="checkbox"/> PD Dr. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. Med <input type="checkbox"/>
<b>Nome e Cognome</b>	
<b>Data di nascita</b> (giorno/mese/anno)	__ / __ / ____
<b>Luogo di nascita</b>	
<b>Nazionalità</b>	
<b>Telefono ufficio</b>	
<b>E-mail</b>	
<b>Medico Gastroenterologo dal:</b>	__ / __ / ____
<b>N°RCC = Numero di Codice Creditore del medico</b>	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> N° RCC:
<b>GLN = Global location number del medico (ex codice EAN)</b>	
<b>N° di controllo del medico</b>	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> N° C:
<b>Numero di colonscopie eseguite negli ultimi 12 mesi</b>	



**Medico Gastroenterologo 2 - Elenco delle qualifiche / corsi di formazione**

Tipo Qualifica / Corso *	Eseguito
Diploma federale di medico o equivalente titolo estero	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Titolo di specializzazione in Gastroenterologia (titolo FMH o equivalente titolo estero)	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Diploma di formazione continua in Gastroenterologia	Data: dal: ____ (aaaa) al: ____ (aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:

\* Allegare copia degli Attestati o Certificati



### Medico Gastroenterologo 3 - Dati generali

<b>Titolo</b>	Dr. med. <input type="checkbox"/> PD Dr. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. Med <input type="checkbox"/>
<b>Nome e Cognome</b>	
<b>Data di nascita</b> (giorno/mese/anno)	__/__/----
<b>Luogo di nascita</b>	
<b>Nazionalità</b>	
<b>Telefono ufficio</b>	
<b>E-mail</b>	
<b>Medico Gastroenterologo dal:</b>	__/__/----
<b>N°RCC = Numero di Codice Creditore del medico</b>	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> N° RCC:
<b>GLN = Global location number del medico (ex codice EAN)</b>	
<b>N° di controllo del medico</b>	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> N° C:
<b>Numero di colonscopie eseguite negli ultimi 12 mesi</b>	



**Medico Gastroenterologo 3 - Elenco delle qualifiche / corsi di formazione**

Tipo Qualifica / Corso *	Eseguito
Diploma federale di medico o equivalente titolo estero	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Titolo di specializzazione in Gastroenterologia (titolo FMH o equivalente titolo estero)	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Diploma di formazione continua in Gastroenterologia	Data: dal: ____ (aaaa) al: ____ (aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:

\* Allegare copia degli Attestati o Certificati



### Medico Gastroenterologo 4 - Dati generali

<b>Titolo</b>	Dr. med. <input type="checkbox"/> PD Dr. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. Med <input type="checkbox"/>
<b>Nome e Cognome</b>	
<b>Data di nascita</b> (giorno/mese/anno)	__/__/----
<b>Luogo di nascita</b>	
<b>Nazionalità</b>	
<b>Telefono ufficio</b>	
<b>E-mail</b>	
<b>Medico Gastroenterologo dal:</b>	__/__/----
<b>N°RCC = Numero di Codice Creditore del medico</b>	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> N° RCC:
<b>GLN = Global location number del medico (ex codice EAN)</b>	
<b>N° di controllo del medico</b>	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> N° C:
<b>Numero di colonscopie eseguite negli ultimi 12 mesi</b>	



**Medico Gastroenterologo 4 - Elenco delle qualifiche / corsi di formazione**

Tipo Qualifica / Corso *	Eseguito
Diploma federale di medico o equivalente titolo estero	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Titolo di specializzazione in Gastroenterologia (titolo FMH o equivalente titolo estero)	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Diploma di formazione continua in Gastroenterologia	Data: dal: ____ (aaaa) al: ____ (aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Altro:	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:

\* Allegare copia degli Attestati o Certificati



## 2.4 Personale paramedico e/o segretariato

Nome	Cognome	Telefono Fax	E-mail
		Tel:  Fax:	
		Tel:  Fax:	
		Tel:  Fax:	
		Tel:  Fax:	
		Tel:  Fax:	
		Tel:  Fax:	
		Tel:  Fax:	



### 3. Requisiti informatici e tecnici

(vedi capitolo 5.4.3 e 7 delle Direttive del PSCR)

Si prega di specificare le informazioni relative all'infrastruttura informatica (IT) già presente nel Centro e di annotare gli investimenti IT pianificati e necessari al funzionamento del programma di screening coloretale.

Nr.	Requisito IT	Presente	Pianificato
1	PC con sistema Windows	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Collegamento Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Software web-based Multi Cancer - Screening Information System (MC-SIS) - modulo colon, per compilare il referto standardizzato dell'esame endoscopico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	HIN: identità elettronica HIN individuale (eID HIN, HIN-login) necessaria per l'accesso a MC-SIS (in alternativa al punto 5) eID HIN Medico Gastroenterologo Responsabile: _____ eID HIN Medico Gastroenterologo 1: _____ eID HIN Medico Gastroenterologo 2: _____ eID HIN Medico Gastroenterologo 3: _____ eID HIN Medico Gastroenterologo 4: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Certificato MC-SIS per l'accesso al software MC-SIS (in alternativa al punto 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	HIN: email con protezione HIN per l'invio di dati sensibili (per esempio: fotografie dell'esame endoscopico, consenso informato del partecipante) Email HIN Medico Gastroenterologo Responsabile: _____ Email HIN Medico Gastroenterologo 1: _____ Email HIN Medico Gastroenterologo 2: _____ Email HIN Medico Gastroenterologo 3: _____ Email HIN Medico Gastroenterologo 4: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





	<b>Requisito tecnico – controlli microbiologici degli endoscopi</b>		
7	Il Centro di Gastroenterologia e/o i singoli Medici Gastroenterologi elencati nel capitolo 2 figurano attualmente sulla <u>“lista bianca” della SSG/SGG</u>	<b>Sì</b>	<b>No</b>
	Centro di Gastroenterologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medico Gastroenterologo Responsabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medico Gastroenterologo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medico Gastroenterologo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medico Gastroenterologo 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medico Gastroenterologo 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il Centro di Gastroenterologia conferma la disponibilità a garantire la copertura dei costi di investimento e di manutenzione ordinaria per l'implementazione degli aspetti tecnici e informatici necessari al buon funzionamento del Programma cantonale di screening coloretale?

Sì

No



#### **4. Assicurazione**

Il Centro di Gastroenterologia (Ospedale, Clinica, o Studio medico) è assicurato in maniera sufficiente contro i rischi di responsabilità civile derivanti dall'attività di screening coloretale (incluso il personale impiegato: personale medico e paramedico, segretarie, ecc.)?

Sì

No

#### **5. Consenso/Firma**

Dichiaro di aver letto e compreso le Direttive e i requisiti del Programma cantonale di screening coloretale, che approvo e di cui garantisco l'osservanza in caso di accreditamento del Centro di Gastroenterologia.

\_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Luogo, Data

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

Medico Gastroenterologo Responsabile

\_\_\_\_\_  
Firma/Timbro

Si prega di inviare il presente Formulario compilato in tutte le sue parti e le copie degli attestati richiesti al seguente indirizzo:

Centro programma screening Ticino  
Via A. Ciseri 10 - 6600 Locarno

Avete domande relative alla compilazione del formulario? Non esitate a contattarci, siamo a vostra disposizione per qualsiasi informazione.

Samuela Rossi  
Tel: +41 (0)91 816 25 14  
E-mail: [samuela.rossi@ti.ch](mailto:samuella.rossi@ti.ch)

Alessandra Spitale  
Tel: +41 (0)91 816 25 01  
E-mail: [alessandra.spitale@ti.ch](mailto:alessandra.spitale@ti.ch)

Andrea Bordoni  
Tel: +41 (0)91 816 25 01  
E-mail: [andrea.bordoni@ti.ch](mailto:andrea.bordoni@ti.ch)