



**Formulario di richiesta di partecipazione al Programma cantonale
di screening coloretale in qualità di Medico di famiglia convenzionato**

1. Requisiti qualitativi, organizzativi e tecnici

I requisiti qualitativi, organizzativi e tecnici richiesti ai Medici di famiglia convenzionati con il Programma cantonale di screening coloretale (PSCR) sono riportati in modo dettagliato nel **capitolo 5.1 delle Direttive del PSCR** (disponibili sul sito internet del Centro programma screening Ticino, CPST: <https://www4.ti.ch/dss/dsp/cpst/informazioni-per-gli-specialisti/partecipazione-accreditamento/>) e sono stati definiti in accordo agli Standards nazionali qualitativi elaborati da Swiss Cancer Screening e alla Charta nazionale sulla collaborazione tra i professionisti attivi nel settore della diagnosi precoce del cancro coloretale.

2. Dati generali dello Studio medico

Denominazione Studio Medico	
Indirizzo	
NAP, Luogo	
Telefono	
Fax	
E-mail (preferibilmente protetto. es.: HIN)	

3. Dati generali del Medico di famiglia

Titolo	Dr. med. <input type="checkbox"/> PD Dr. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. Med <input type="checkbox"/>
Nome e Cognome	
Data di nascita (giorno/mese/anno)	__ / __ / ____
Telefono	
E-mail (preferibilmente protetto. es.: HIN)	
N°RCC = Numero di codice creditore	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> N° RCC:
GLN = Global Location Number	

Elenco delle qualifiche

Tipo Qualifica	Eseguito
Diploma federale di medico o equivalente titolo estero	Data: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto/luogo:
Titolo di specializzazione in Medicina interna generale / Medico generico (titolo FMH o equivalente titolo estero)	Data: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto/luogo:

Autorizzazione al libero esercizio in Canton Ticino: Sì dal __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) No

NOTA: l'invio dei diplomi/attestati sopra indicati non viene richiesto ma il CPST si impegna a verificare le informazioni indicate nel Registro delle professioni mediche Medreg (Ufficio federale della sanità pubblica). Qualora necessario il CPST si avvale della possibilità di richiedere una copia dei diplomi/attestati.

4. Consultazione informativa iniziale anche a “NON-pazienti”

Sono disponibile a pianificare consultazioni informative iniziali anche a NON-pazienti: Sì No

Alcune persone desiderano infatti usufruire di una consultazione ma il loro Medico di famiglia non è sulla lista dei Medici convenzionati nell’ambito del PSCR. Per facilitare la scelta di un Medico della lista, i Medici disponibili a fissare questo tipo di consultazione anche a NON-pazienti sono contrassegnati con un asterisco*.

NOTA:

- NON si tratta di prendere a carico nuovi pazienti ma di pianificare singole consultazioni informative iniziali nell’ambito del Programma. I risultati degli esami eseguiti nell’ambito del Programma saranno infatti inviati al Medico di famiglia indicato sul Questionario sullo stato di salute dalla persona;

- la propria disponibilità può essere revocata in qualsiasi momento tramite comunicazione scritta al CPST.

5. Remunerazione

La consultazione informativa iniziale da parte del Medico di famiglia prevista nell’ambito del PSCR (se scelta dal partecipante) rientra nelle prestazioni descritte nell’Ordinanza sulle prestazioni dell’assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre), quindi è a carico dell’Assicurazione malattia obbligatoria ed è esente da franchigia. La quota di partecipazione del 10% è a carico della Repubblica e Cantone Ticino.

La remunerazione della consultazione informativa iniziale è fissa ed è pari a fr. 70.70.- (corrispondenti a 76.01 punti tariffali per un valore del punto tariffale di 0.93).

Tale remunerazione e i relativi dettagli di fatturazione sono definiti nei contratti tra i Gruppi assicurativi svizzeri (HSK, Tarifsuisse e CSS) ed il CPST e riportati nella convenzione tariffale tra Medico di famiglia e CPST (inviata una volta ricevuto e valuto il presente Formulario).

Per contro, tutte le prestazioni del Medico di famiglia erogate a partire dalla comunicazione del risultato positivo del test FIT, saranno a carico dell’Assicurazione malattia obbligatoria secondo il contratto di assicurazione stipulato dal partecipante (con franchigia e quota di partecipazione).

6. Assicurazione

Sono assicurato in maniera sufficiente contro i rischi di responsabilità civile derivanti dall’attività di screening colorettales?

Sì No

7. Consenso/Firma

Dichiaro di aver letto e compreso le Direttive e i requisiti del PSCR, che approvo e di cui garantisco l’osservanza in caso di partecipazione al PSCR.

_____ , il __/__/_____

Luogo, Data

_____ Medico di famiglia: Nome e Cognome

_____ Firma/Timbro

Si prega di inviare il presente Formulario compilato in tutte le sue parti al CPST, vedi piè di pagina.

Persona di contatto: Samuela Rossi, collaboratrice scientifica, +41 (0)91 816 25 14, samuela.rossi@ti.ch