



**SCREENING MAMMOGRAFICO
CANTON TICINO**

Formulario di richiesta di accreditamento per la partecipazione al Programma cantonale di screening mammografico in qualità di Centro di Radiologia

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.mammografico@hsn.ti.ch

sito-Internet: www.ti.ch/screening



Repubblica e Cantone Ticino
Dipartimento della sanità e della socialità



Indice

| | |
|---|-----------|
| 1. AMBITO DELLA CANDIDATURA..... | 3 |
| 2. DATI GENERALI DEL CENTRO DI RADIOLOGIA | 4 |
| 2.1 Centro di Radiologia per l'esecuzione delle mammografie di screening (senza lettura)..... | 4 |
| 2.2 Centro di Radiologia per l'esecuzione e la lettura delle mammografie di screening | 5 |
| 4. PERSONALE E QUALIFICHE..... | 6 |
| 4.1 Medico Radiologo Responsabile | 7 |
| 4.2 Medici Radiologi Refertatori | 9 |
| 4.3 Tecnici di Radiologia Medica | 15 |
| 5. APPARECCHIATURE TECNICO-MEDICHE..... | 22 |
| 6. REQUISITI INFORMATICI E TECNICI | 24 |
| 7. ASSICURAZIONE | 25 |
| 8. CONSENSO/FIRMA | 25 |



1. Ambito della candidatura

(vedi capitolo 3.1 delle Direttive del programma di screening mammografico)

I Centri di Radiologia si distinguono in due tipologie:

- Centri di Radiologia per l'esecuzione delle mammografie di screening (senza lettura);
- Centri di Radiologia per l'esecuzione e la lettura delle mammografie di screening, che dispongono, quindi, di almeno un Medico Radiologo Refertatore.

Entrambe le tipologie di centro devono essere dirette da un Medico Radiologo Responsabile.

Per i Centri di Radiologia che si candidano per l'esecuzione delle mammografie di screening (senza lettura), riportare i dati del Medico Radiologo Responsabile nel capitolo 4.1.

Per i Centri di Radiologia che si candidano per l'esecuzione e la lettura delle mammografie di screening, il ruolo di Medico Radiologo Responsabile può essere assunto da un Medico Radiologo Refertatore del centro, i cui dati devono essere riportati nel capitolo 4.2.

| Centro di Radiologia per: | Si prega di contrassegnare con una crocetta |
|--|--|
| Esecuzione di mammografie di screening (senza lettura) | <input type="checkbox"/> <i>Per favore compilare capitolo 2.1</i> |
| Esecuzione e Lettura di mammografie di screening | <input type="checkbox"/> <i>Per favore compilare capitolo 2.2</i> |



2. Dati generali del Centro di Radiologia

2.1 Centro di Radiologia per l'esecuzione delle mammografie di screening (senza lettura)

Si prega di compilare tutti i campi richiesti relativi al Centro di Radiologia (Ospedale, Clinica, Studio medico) dove è prevista l'esecuzione delle mammografie di screening (senza lettura).

| | |
|---|--|
| Denominazione del Centro di Radiologia | |
| Indirizzo | |
| NAP, Comune | |
| N°RCC = Numero di Codice Creditore del Centro | |
| GLN = Global location number del Centro (ex codice EAN) | |
| Medico Radiologo Responsabile * | |
| Telefono | |
| Fax | |
| e-mail | |
| Altra persona di contatto | |
| Telefono | |
| Fax | |
| e-mail | |

* Riportare i dati del Medico Radiologo Responsabile nel capitolo 4.1.



2.2 Centro di Radiologia per l'esecuzione e la lettura delle mammografie di screening

Si prega di compilare tutti i campi richiesti relativi al Centro di Radiologia (Ospedale, Clinica, Studio medico) dove è prevista l'esecuzione e la lettura delle mammografie di screening.

| | |
|---|--|
| Denominazione del Centro di Radiologia | |
| Indirizzo | |
| NAP, Comune | |
| N°RCC = Numero di Codice Creditore del Centro | |
| GLN = Global location number del Centro (ex codice EAN) | |
| Medico Radiologo Responsabile* | |
| Telefono | |
| Fax | |
| e-mail | |
| Altra persona di contatto | |
| Telefono | |
| Fax | |
| e-mail | |

* Il Medico Radiologo Responsabile può essere uno dei Medici Radiologi Refertatori del Centro di Radiologia; per favore riportare i relativi dati nel capitolo 4.2.



4. Personale e Qualifiche

(vedi capitolo 3.1.1 delle Direttive del programma di screening mammografico)

Si prega di compilare le seguenti tabelle per **tutti i membri del Personale** del Centro di Radiologia che saranno coinvolti nel programma di screening mammografico con le rispettive qualifiche (sia quelle già ottenute, sia quelle previste).

| Nr. | Nome e Cognome | MRR* | MRRL ** | TRM | 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:

MRR = Medico Radiologo Responsabile del Centro di Radiologia

MRL = Medico Radiologo Refertatore che esegue le Letture delle mammografie di screening

TRM = Tecnico di Radiologia Medica che esegue le mammografie di screening

Seg = Segretariato / Registrazione dati

* Se il Centro di Radiologia si candida per l'esecuzione delle mammografie di screening (senza lettura), si prega di riportare i dati del Medico Radiologo Responsabile nel capitolo 4.1.

Se il Centro di Radiologia si candida per l'esecuzione e la lettura delle mammografie di screening, il Medico Radiologo Responsabile può essere uno dei Medici Radiologi Refertatori; in questo caso, si prega di riportare i dati nel capitolo 4.2.

** Si prega di compilare solo se il Centro di Radiologia si candida per l'esecuzione e la lettura delle mammografie di screening.



4.1 Medico Radiologo Responsabile

(vedi capitolo 3.1.1.1 delle Direttive del programma di screening mammografico)

Per i Centri di Radiologia che si candidano per l'esecuzione delle mammografie di screening (senza lettura), riportare qui di seguito i dati del Medico Radiologo Responsabile.

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

- Titolo di specializzazione in Radiologia Medica (Titolo FMH o equivalente titolo estero)
- Attestati di formazione complementare e/o supplementare
- Certificati di frequenza a corsi di formazione nazionali o internazionali che attestino il proprio interesse in Senologia
- Autorizzazione al libero esercizio in Canton Ticino

Dati generali

| | |
|--|--|
| 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) | __/__/____ |
| Luogo di nascita | |
| Nazionalità | |
| Telefono ufficio | |
| E-mail | |
| Medico Radiologo dal: | __/__/____ |
| N°RCC = Numero di Codice Creditore del medico | No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> N° RCC: |
| GLN = Global location number del medico (ex codice EAN) | |
| Numero di mammografie lette negli ultimi 12 mesi | |



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 Radiologia Medica (titolo FMH o equivalente titolo estero) | Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo: |
| Corso sulla lettura delle mammografie di screening | <input type="checkbox"/> Sì, il __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> No |
| 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



4.2 Medici Radiologi Refertatori

(vedi capitolo 3.1.1.3 delle Direttive del programma di screening mammografico)

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

- Titolo di specializzazione in Radiologia Medica (Titolo FMH o equivalente titolo estero)
- Attestati di formazione complementare
- Certificati di frequenza a corsi di formazione nazionali o internazionali che attestino il proprio interesse in Senologia
- Autorizzazione al libero esercizio in Canton Ticino

Medico Radiologo Refertatore 1 - Dati generali

| | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| Titolo | Dr. med. <input type="checkbox"/> | PD Dr. <input type="checkbox"/> | Prof. Dr. Med <input type="checkbox"/> |
| Nome e Cognome | | | |
| Medico Radiologo Responsabile del Centro di Radiologia? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Data di nascita (giorno/mese/anno) | __ / __ / ____ | | |
| Luogo di nascita | | | |
| Nazionalità | | | |
| Telefono ufficio | | | |
| E-mail | | | |
| Medico Radiologo dal: | __ / __ / ____ | | |
| N°RCC = Numero di Codice Creditore del medico | No <input type="checkbox"/> | Sì <input type="checkbox"/> | N° RCC: |
| GLN = Global location number del medico (ex codice EAN) | | | |
| Numero di mammografie (screening o diagnostiche) lette negli ultimi 12 mesi | | | |



Medico Radiologo Refertatore 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 Radiologia Medica (titolo FMH o equivalente titolo estero) | Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo: |
| Corso sulla lettura delle mammografie di screening | <input type="checkbox"/> Sì, il __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> No |
| 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 Radiologo Refertatore 2 - Dati generali

| | |
|--|--|
| Titolo | Dr. med. <input type="checkbox"/> PD Dr. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. Med <input type="checkbox"/> |
| Nome e Cognome | |
| Medico Radiologo Responsabile del Centro di Radiologia? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Data di nascita (giorno/mese/anno) | __/__/---- |
| Luogo di nascita | |
| Nazionalità | |
| Telefono ufficio | |
| E-mail | |
| Medico Radiologo dal: | __/__/---- |
| N°RCC = Numero di Codice Creditore del medico | No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> N° RCC: |
| GLN = Global location number del medico (ex codice EAN) | |
| Numero di mammografie (screening o diagnostiche) lette negli ultimi 12 mesi | |



Medico Radiologo Refertatore 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 Radiologia Medica (titolo FMH o equivalente titolo estero) | Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo: |
| Corso sulla lettura delle mammografie di screening | <input type="checkbox"/> Sì, il __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> No |
| 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 Radiologo Refertatore 3 - Dati generali

| | |
|--|--|
| Titolo | Dr. med. <input type="checkbox"/> PD Dr. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. Med <input type="checkbox"/> |
| Nome e Cognome | |
| Medico Radiologo Responsabile del Centro di Radiologia? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Data di nascita (giorno/mese/anno) | __/__/---- |
| Luogo di nascita | |
| Nazionalità | |
| Telefono ufficio | |
| E-mail | |
| Medico Radiologo dal: | __/__/---- |
| N°RCC = Numero di Codice Creditore del medico | No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> N° RCC: |
| GLN = Global location number del medico (ex codice EAN) | |
| Numero di mammografie (screening o diagnostiche) lette negli ultimi 12 mesi | |



Medico Radiologo Refertatore 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 Radiologia Medica (titolo FMH o equivalente titolo estero) | Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo: |
| Corso sulla lettura delle mammografie di screening | <input type="checkbox"/> Sì, il __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> No |
| 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



4.3 Tecnici di Radiologia Medica

(vedi capitolo 3.1.1.2 delle Direttive del programma di screening mammografico)

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

- Diploma federale di Tecnico in Radiologia Medica o equivalente Diploma estero
- Attestati di formazione complementare e/o supplementare

Tecnico di Radiologia Medica 1 - Dati generali

| | |
|---|----------------|
| Nome e Cognome | |
| Data di nascita (giorno/mese/anno) | __ / __ / ____ |
| Luogo di nascita | |
| Nazionalità | |
| Telefono ufficio | |
| E-mail | |
| Tecnico di Radiologia Medica dal: (giorno/mese/anno) | __ / __ / ____ |
| Numero di mammografie (screening o diagnostiche) eseguite negli ultimi 12 mesi | |



Tecnico di Radiologia Medica 1 - Elenco delle qualifiche / corsi di formazione

| Tipo Qualifica / Corso * | Eseguito |
|--|---|
| Diploma di Tecnico in Radiologia Medica (titolo federale o equivalente titolo estero) | Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo: |
| Corso teorico sull'esecuzione delle mammografie di screening | <input type="checkbox"/> Sì, Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> No |
| Stage di attività guidata sull'esecuzione di mammografie di screening presso un Centro di riferimento Svizzero | <input type="checkbox"/> Sì, dal: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) al: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> No |
| 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



Tecnico di Radiologia Medica 2 - Dati generali

| | |
|---|----------------|
| Nome e Cognome | |
| Data di nascita (giorno/mese/anno) | __ / __ / ____ |
| Luogo di nascita | |
| Nazionalità | |
| Telefono ufficio | |
| E-mail | |
| Tecnico di Radiologia Medica dal: (giorno/mese/anno) | __ / __ / ____ |
| Numero di mammografie (screening o diagnostiche) eseguite negli ultimi 12 mesi | |



Tecnico di Radiologia Medica 2 - Elenco delle qualifiche / corsi di formazione

| Tipo Qualifica / Corso * | Eseguito |
|--|---|
| Diploma di Tecnico in Radiologia Medica (titolo federale o equivalente titolo estero) | Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo: |
| Corso teorico sull'esecuzione delle mammografie di screening | <input type="checkbox"/> Sì, Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> No |
| Stage di attività guidata sull'esecuzione di mammografie di screening presso un Centro di riferimento Svizzero | <input type="checkbox"/> Sì, dal: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) al: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> No |
| 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



Tecnico di Radiologia Medica 3 - Dati generali

| | |
|--|------------|
| Nome e Cognome | |
| Data di nascita (giorno/mese/anno) | __/__/---- |
| Luogo di nascita | |
| Nazionalità | |
| Telefono ufficio | |
| E-mail | |
| Tecnico di Radiologia Medica dal: (giorno/mese/anno) | __/__/---- |
| Numero di mammografie(screening o diagnostiche) eseguite negli ultimi 12 mesi | |



Tecnico di Radiologia Medica 3 - Elenco delle qualifiche / corsi di formazione

| Tipo Qualifica / Corso * | Eseguito |
|--|---|
| Diploma di Tecnico in Radiologia Medica (titolo federale o equivalente titolo estero) | Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo: |
| Corso teorico sull'esecuzione delle mammografie di screening | <input type="checkbox"/> Sì, Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> No |
| Stage di attività guidata sull'esecuzione di mammografie di screening presso un Centro di riferimento Svizzero | <input type="checkbox"/> Sì, dal: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) al: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> No |
| 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



4.5 Segretariato

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



5. Apparecchiature tecnico-mediche

(vedi capitolo 3.1.2 delle Direttive del programma di screening mammografico)

Si prega di riportare in tabella le apparecchiature tecnico-mediche del Centro di Radiologia che saranno utilizzate nell'ambito del programma di screening mammografico.

Si prega, inoltre, di annotare eventuali investimenti e acquisti previsti per completare l'attrezzatura tecnico-medica del Centro di Radiologia.

Qui di seguito è riportata la lista, regolarmente aggiornata, dei sistemi di mammografia digitale attualmente omologati per lo screening dall'Istitut de Radiophysique (IRA) di Losanna secondo i criteri EUREF (*European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*).

Stato: 08.2024

Sistemi sul mercato

| Marca | Modello | Valutazione tecnica |
|------------------|----------------------------------|---------------------|
| Fuji | Amulet Innovality (MS-3500) | 12.2015 |
| | Amulet Sophinity (MS-4000) | 08.2024 |
| General Electric | Senographe Crystal | 01.2018 |
| | Senographe Pristina | 03.2017 |
| Hologic | Selenia Dimensions / 3Dimensions | 07.2010 |
| IMS | Giotto Image 3DL / Class | 10.2012 |
| Planmed | Clarity | 04.2016 |
| Siemens | B.brilliant | 12.2023 |
| | Fusion | 02.2020 |
| | Inspiration | 09.2010 |
| | Revelation | 03.2018 |

Sistemi meno recenti

| Marca | Modello | Valutazione tecnica |
|------------------|------------------------------|---------------------|
| Fuji | Amulet (MS-1000 /2000 /2500) | 03.2010 |
| General Electric | Senographe Essential | 04.2010 |
| | Senographe 2000 D / DS | 04.2010 |
| Hologic | Selenia | 08.2005 |
| Philips | Mammo Diagnost DR | 09.2010 |
| | MicroDose L30 | 03.2011 |
| | MicroDose L50 SI | 03.2013 |
| Planmed | Nuance | 09.2011 |



Nel caso in cui il sistema di mammografia del vostro Centro non sia incluso nella lista sopracitata, sarà oggetto di una valutazione tecnica esterna da parte dell'IRA. Si prega, quindi, di compilare le tabelle come riportato nell' esempio seguente.

| Nr. | Produttore, Marca | Modello | Tipo di rilevatore | Già esistente | Previsto per il (inserire data): |
|-----|----------------------|---------|--------------------|--------------------------|--|
| 1 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Il: __/__/____ |
| 2 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Il: __/__/____ |
| 3 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Il: __/__/____ |



6. Requisiti informatici e tecnici

(vedi capitolo 5 e 10 delle Direttive del programma di screening mammografico)

Si prega di specificare le informazioni relative all'infrastruttura informatica e tecnica (IT) già presente nel Centro e di annotare gli investimenti IT pianificati e necessari al funzionamento del programma di screening mammografico (vedi capitolo 5 e 10 delle Direttive).

| Nr. | Requisito IT | Presente | Assente |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | PC con sistema Windows | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Workstation di radiologia con Monitor (almeno 5 MP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Collegamento Internet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | KISANO Server per il trasferimento delle immagini mammografiche dal PACS del Centro di Radiologia all'archivio centralizzato della Federazione Swiss Cancer Screening | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Software web-based Multi Cancer - Screening Information System (MC-SIS) per la gestione e l'analisi dei dati | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

** non richiesto per i Centri di Radiologia che si candidano per l'esecuzione delle mammografie di screening (senza lettura)*

Il Centro di Radiologia conferma la disponibilità a garantire la copertura dei costi di investimento e di manutenzione ordinaria per l'implementazione degli aspetti tecnico-informatici necessari al buon funzionamento del programma di screening mammografico?

Sì

No



7. Assicurazione

Il Centro (Ospedale, Clinica, o Studio medico) è assicurato in maniera sufficiente contro i rischi di responsabilità civile derivanti dall'attività di screening mammografico (incluso il personale impiegato: radiologi, tecnici di radiologia medica, segretarie, ecc...)?

Sì

No

8. Consenso/Firma

Dichiaro di aver letto e compreso le Direttive e i requisiti del programma di screening mammografico, che approvo e di cui garantisco l'osservanza in caso di accreditamento del Centro di Radiologia.

_____, il __/__/____
Luogo, Data

Nome e Cognome
Medico Radiologo Responsabile del Centro

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.

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

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