



**SCREENING MAMMOGRAFICO  
CANTON TICINO**

## **Formulario di richiesta di accreditamento per la partecipazione al programma di screening mammografico in Canton Ticino 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@ti.ch](mailto:screening.mammografico@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 RADIOLOGIA.....</b>	<b>4</b>
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
<b>4. PERSONALE E QUALIFICHE .....</b>	<b>6</b>
4.1 Medico Radiologo Responsabile .....	7
4.2 Medici Radiologi Refertatori .....	9
4.3 Tecnici di Radiologia Medica .....	15
<b>5. APPARECCHIATURE TECNICO-MEDICHE .....</b>	<b>22</b>
<b>6. REQUISITI INFORMATICI E TECNICI.....</b>	<b>24</b>
<b>7. ASSICURAZIONE .....</b>	<b>25</b>
<b>8. CONSENSO/FIRMA .....</b>	<b>25</b>



## 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.

<b>Denominazione del Centro di Radiologia</b>	
<b>Indirizzo</b>	
<b>NAP, Comune</b>	
<b>N°RCC = Numero di Codice Creditore del Centro</b>	
<b>GLN = Global location number del Centro (ex codice EAN)</b>	
<b>Medico Radiologo 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>	

\* 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
- Autorizzazione cantonale a praticare a carico della LAMal
- Adesione alla convenzione quadro TARMED

### 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 Radiologo 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 mammografie lette negli ultimi 12 mesi</b>			



**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 multidisciplinare sullo screening mammografico	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No, partecipo a quello organizzato dal CPST nel 2015 <input type="checkbox"/> No, partecipo a un corso organizzato altrove
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
- Autorizzazione cantonale a praticare a carico della LAMal
- Adesione alla convenzione quadro TARMED (solo per il Medico Radiologo Refertatore Responsabile del Centro di Radiologia)

### Medico Radiologo Refertatore 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>Medico Radiologo Responsabile del Centro di Radiologia?</b>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<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 Radiologo 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 mammografie (screening o diagnostiche) lette negli ultimi 12 mesi</b>	



**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**

<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>Medico Radiologo Responsabile del Centro di Radiologia?</b>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<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 Radiologo 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 mammografie (screening o diagnostiche) lette negli ultimi 12 mesi</b>	



**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**

<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>Medico Radiologo Responsabile del Centro di Radiologia?</b>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<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 Radiologo 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 mammografie (screening o diagnostiche) lette negli ultimi 12 mesi</b>	



**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

<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>Tecnico di Radiologia Medica dal:</b> (giorno/mese/anno)	__ / __ / ____
<b>Numero di mammografie (screening o diagnostiche) eseguite negli ultimi 12 mesi</b>	



**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 Europeo o 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**

<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>Tecnico di Radiologia Medica dal:</b> (giorno/mese/anno)	__/__/----
<b>Numero di mammografie (screening o diagnostiche) eseguite negli ultimi 12 mesi</b>	



**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 Europeo o 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**

<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>Tecnico di Radiologia Medica dal:</b> (giorno/mese/anno)	__ / __ / ____
<b>Numero di mammografie(screening o diagnostiche) eseguite negli ultimi 12 mesi</b>	



**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 Europeo o 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*).

### Systemes DR

Marque	Modèle	Type de détection
Fuji	Amulet Innovality	Capteur plan
Fuji	Amulet	Capteur plan
GE	Senographe Crystal	Capteur plan
GE	Senographe Pristina	Capteur plan
GE	Senographe Essential	Capteur plan
GE	Senographe 2000 D / DS	Capteur plan
Hologic	Selenia Dimensions	Capteur plan
Hologic	Selenia	Capteur plan
IMS	Giotto	Capteur plan
Philips	Mammo Diagnost DR	Capteur plan
Philips	MicroDose L30	A balayage
Philips	MicroDose L50 SI	A balayage
Planmed	Clarity	Capteur plan
Planmed	Nuance (Excel)	Capteur plan
Siemens	Inspiration	Capteur plan
Siemens	Revelation	Capteur plan



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"/>
6 *	Sistema di videoconferenza COVOTEM, per l'organizzazione e gestione delle Consensus Conference	<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](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)