



siams

Società Italiana di Andrologia
e Medicina della Sessualità

ALLEGATO AL REGOLAMENTO PER L'ACCREDITAMENTO DEI CENTRI DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANDROLOGIA E MEDICINA DELLA SESSUALITÀ per DISFORIA/INCONGRUENZA DI GENERE

Scheda informativa per richiesta di accreditamento SIAMS

(Compilare ogni campo, cancellando i campi non pertinenti)

1) Richiesta di accreditamento per la seguente tipologia di Centro:

- Centro Accreditato SIAMS per Disforia/Incongruenza di Genere**

2) Dati generali

- Coordinatore del Centro (nome, cognome, tel, email):
- Socio SIAMS dal:
- Qualifica (medico/specializzazione/ruolo):
- Nome e indirizzo struttura:
- Responsabile:
- Centro: Pubblico Privato Privato convenzionato
- Autorizzazione (Regione/Azienda/...):
- Personale (indicare il numero di medici/psicologi/infermieri/etc, con relativa qualifica, ruolo e specializzazione).
- Allegare organigramma e funzionigramma.
- Centro accreditato da parte dell' *European Academy of Andrology (EAA)*: si no
- Centro accreditato o certificato per un sistema di gestione della qualità (ISO o altro specificare): si no
- Sistema di gestione della qualità: si no
- Responsabile della qualità:

3) Dati del centro:

- Breve relazione sull'attività di ricerca scientifica del centro negli ultimi 10 anni (max 500 parole):
- Lista di pubblicazioni del Centro negli ultimi 10 anni (da allegare alla presente domanda)
- Lista di finanziamenti pubblici dedicati alla ricerca negli ultimi cinque anni:
- Lista di finanziamenti privati dedicati alla ricerca negli ultimi cinque anni:
- Il Centro prende in carico soggetti con Disforia/Incongruenza di genere anche nell'età evolutiva? SI/NO

- Breve relazione sull'attività di formazione e didattica del centro negli ultimi 2 anni (max 500 parole) (ove presente)

- Partecipazione ad eventi formativi/convegni e coinvolgimento attivo in associazioni scientifiche nazionali/internazionali sulla salute “transgender” da parte di almeno uno i componenti l’equipe multidisciplinare del Centro
- Lista di corsi di specializzazione erogati dal centro negli ultimi due anni (ripetere le informazioni in caso di pluralità di corsi) (ove presenti):
 - Corso di specializzazione in:
 - Disegno del corso: (annuale, biennale etc....).....
 - Profilo scientifico-didattico dei docenti: (con particolare riferimento alla Disforia/Incongruenza di Genere):
 - Modalità di apprendimento: (lezioni frontali; attività a distanza etc....):
 - Syllabus: si; no.....
 - Lingua: italiano.....; inglese.....
 - Prove in itinere: si.....; no.....
 - Attività pratica di laboratorio e/o assistenziale: si..... (totale ore:.....); no.....
- Lista di corsi di perfezionamento erogati dal centro negli ultimi due anni (ripetere le informazioni in caso di pluralità di corsi) (ove presenti):
 - Corso di perfezionamento in:
 - Disegno del corso: (annuale, biennale etc....).....
 - Profilo scientifico-didattico dei docenti: (con particolare riferimento alla Disforia/Incongruenza di Genere):
 - Modalità di apprendimento: (lezioni frontali; attività a distanza etc....):
 - Syllabus: si; no.....
 - Lingua: italiano.....; inglese.....
 - Prove in itinere: si.....; no.....
 - Attività pratica di laboratorio e/o assistenziale: si..... (totale ore:.....); no.....
- Lista di corsi Master erogati dal centro negli ultimi due anni (ripetere le informazioni in caso di pluralità di corsi):
 - Master in:
 - Disegno del corso: (annuale, biennale etc....).....
 - Profilo scientifico-didattico dei docenti: (con particolare riferimento alla Disforia/Incongruenza di Genere):
 - Modalità di apprendimento: (lezioni frontali; attività a distanza etc....):
 - Syllabus: si; no.....
 - Lingua: italiano.....; inglese.....
 - Prove in itinere: si.....; no.....
 - Attività pratica assistenziale: si..... (totale ore:.....); no.....
- Breve relazione sull’attività assistenziale del centro con particolare attenzione ad evidenziarne le caratteristiche di servizi e/o strutture assistenziali inserite nel SSN, o comunque operanti a titolo

gratuito (ad es. sportelli e servizi di counseling gratuito), che erogino un servizio pubblico di diagnostica e terapia nel campo della gestione della Disforia/Incongruenza di Genere (max 500 parole).

- Numero di prestazioni /anno di:
 - *visite endocrinologiche:*
 - *colloqui psicologici:*
 - *colloqui psicoterapici:*
 - *visite psichiatriche:*
 - *visite ginecologiche:*
 - *visite urologiche:*
 - *visite per chirurgia plastica:*
 - *visite per neuropsichiatria infantile (ove presenti):*

- Indicare il numero di prestazioni /anno per i seguenti esami ecografici:
 - *Ecocolordoppler scrotale:*
 - *Ecografie transrettale per prostata e vie seminali:*
 - *Ecografia mammaria:*
 - *Ecografia del collo:*
 - *DEXA:*
 - *Altro:*

- Indicare il numero di prestazioni /anno di andrologia chirurgica per affermazione di genere:

- Indicare se nel centro esistono dei percorsi diagnostico e/o terapeutici strutturati per il paziente (se si allegare la flow-chart del centro):
- Indicare se il Centro è autorizzato dal centro malattie rare di riferimento per esenzione di patologia:
 si no
- Indicare se il Centro è autorizzato all'attivazione di piani terapeutici con nota 36:
 si no
- Indicare se il Centro è autorizzato all'attivazione di piani terapeutici con nota 74:
 si no
- Descrizione locali e strutture (ambulatori dedicati, sale operatorie, reparti di degenza ordinaria, day-hospital, day-surgery etc):
- Strumentazioni e apparecchiature presenti (tipo, marca, anno):
- Controllo di qualità interno: si no
- Controllo di qualità esterno: si no
- Allegare eventuale altra documentazione che si ritenga utile (carta dei servizi, politica della qualità, elenco delle prestazioni e tariffario, etc)
- Sistema di archiviazione, refertazione e tracciabilità computerizzati: si no parziale