



XXXXXXXXXX

COL1

XXXXXXX XXXXXXXXXXXX  
VIA XXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXX XXXXXXXX XX

## Screening per il tumore dell'intestino Colon-Retto

Palermo, 11/01/2019

Gentile Signore/a,

**Codice provetta**

La invitiamo a partecipare al Programma per la Prevenzione del tumore dell'intestino colon-retto, diretto a uomini e donne di età compresa tra 50 e 69 anni.

Potrà ritirare la provetta per la ricerca del sangue occulto nelle feci (o SOF test), recandosi presso una delle **Farmacie**, in elenco al seguente indirizzo <https://urly.it/3cmqa>.


L'elenco è anche raggiungibile inquadrando con la fotocamera del suo cellulare il seguente codice QR:



Il test è gratuito e non è necessaria alcuna ricetta o autorizzazione specifica.

Porti con sé un documento di riconoscimento e la tessera sanitaria.

E' indispensabile portare con sé questa lettera.

Per informazioni può chiamare il  **800-833 311**

attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.30.

Il SOF test può essere in grado di individuare un tumore in fase iniziale, quando è possibile curarlo con alte probabilità di guarigione definitiva.

Il suo **Medico di Medicina Generale** partecipa al Programma di prevenzione e potrà illustrarle l'utilità e i vantaggi del SOF test e fornirle tutte le informazioni per seguire il percorso di prevenzione.

La invitiamo a leggere attentamente le note sul retro e a conservare gelosamente questa lettera fino al ricevimento del referto.

**Se ha già fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni la preghiamo di comunicarcelo chiamando il numero verde o per e-mail.**

Ci auguriamo che voglia accettare il nostro invito e partecipare a questo importante Programma di promozione della salute.

Cordialmente  
**Il suo Medico di Medicina Generale**  
**Dr. /Dr.ssa**  
- -

**Il Responsabile U.O.**  
**Centro Gestionale Screening**  
**Dr. L. Mario Valenza**



## Cosa sono gli screening oncologici?

Gli **screening oncologici** sono interventi di salute pubblica rivolti a fasce di popolazione, con l'obiettivo di individuare la malattia in fase iniziale, prima che si manifesti con sintomi. Ciò permette, sulla base delle più avanzate evidenze scientifiche, di intervenire tempestivamente con le cure più appropriate, seguendo rigorosi standard di qualità, per favorire la guarigione e ridurre la mortalità. Il tumore dell'intestino colon-retto è tra i più diffusi in Italia ed è al secondo posto tra le cause di morte per tumore. L'Assessorato Regionale alla Salute, aderendo al Piano Nazionale della Prevenzione, ha previsto che ogni ASP inviti direttamente i propri assistiti, uomini e donne, di età compresa tra 50 e 69 anni, a fare un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF test) ogni 2 anni. Sono gratuiti anche gli ulteriori eventuali esami di approfondimento che si rendessero necessari.

## Perché fare il SOF test?

L'esame permette di rilevare nelle feci eventuali tracce di sangue invisibili ad occhio nudo. Poiché la presenza di sangue nelle feci può essere uno dei segni più precoci della presenza di un polipo o di un tumore, fare ogni 2 anni il test consente di intervenire in tempo e in modo efficace, aumentando così le probabilità di guarigione.

## Il SOF test è un esame affidabile?

Il SOF test è un esame di screening e come tale, può essere soggetto a risultati falsi positivi o falsi negativi. E' tanto più affidabile quanto più regolarmente viene eseguito.

## Chi NON deve fare il test?

Chi ha una diagnosi di Malattia infiammatoria dell'intestino (Morbo di Crohn, retto colite ulcerosa), o di tumore dell'apparato gastrointestinale. In questo caso La invitiamo a comunicarcelo chiamando il numero verde 800 833311 o scrivendoci all'indirizzo [coscreening@asppalermo.org](mailto:coscreening@asppalermo.org)

## Come fare il SOF test?

L'esame è una semplice raccolta di una piccolissima quantità di feci da inserire nella provetta che le forniamo. Il campione di feci sarà poi analizzato nei nostri laboratori. La raccolta va fatta a casa propria **entro 30 giorni dal ritiro** e la provetta va riconsegnata allo stesso Punto Screening; non è necessaria alcuna preparazione specifica, né una particolare dieta. E' sufficiente svitare il tappo della provetta con annesso il bastoncino. Strisciare il bastoncino sopra le feci e richiudere; **grandi quantità di feci non servono e rendono la raccolta inutilizzabile per la esecuzione dell'esame**; inserire la provetta nell'apposita bustina di plastica verde e conservarla in frigorifero fino al momento della riconsegna, che va effettuata entro 24 ore. Al momento del ritiro della provetta, Le sarà consegnato comunque un volantino illustrato con le istruzioni a fumetti.

## E il Risultato?

Il risultato negativo Le sarà inviato a casa per posta al suo domicilio e/o all'indirizzo email da lei fornito all'accettazione.

Se il risultato sarà positivo, La chiameremo telefonicamente. In questo caso si potrà decidere di comune accordo sull'opportunità di fare una colonscopia per individuare l'origine del sanguinamento e, se necessario, provvedere alla terapia nel corso dello stesso esame.

**Occasionali problemi di carattere tecnico potrebbero essere causa di ritardi nella comunicazione del risultato: se il ritardo dovesse superare il mese la invitiamo a segnalare tempestivamente il problema contattandoci al numero verde o al numero 091 703 3815 o inviando una e-mail all'indirizzo [coscreening@asppalermo.org](mailto:coscreening@asppalermo.org) .**  
**In mancanza di riscontro l'Azienda declina ogni responsabilità.**

PER SAPERNE DI PIU'



**CONSENSO AI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
(AI SENSI DELL'ART.7 DEL REGOLAMENTO U.E. 2016/679)**

*Dopo avere attentamente presa visione della suddetta Informativa relativa allo screening oncologico e averne compreso il contenuto,*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ PID\_ \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

**PRESTA IL PROPRIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI PER LE FINALITA' INDICATE, ED INOLTRE AUTORIZZA IL TITOLARE:**

**BARRARE LA CASELLA INTERESSATA**

**Codice Provetta** \_\_\_\_\_  
(attaccare qui la fustella adesiva)

a comunicare il risultato del Suo esame al Suo medico di Medicina Generale?

SI  NO

ad acquisire il Suo numero telefonico al fine di essere contattato?

SI  NO

all'invio di SMS per avvisi che La riguardano in merito allo Screening?

SI  NO

all'invio di comunicazioni che La riguardano per mezzo di e-mail all'indirizzo da Lei fornito?

SI  NO

**RECAPITI AUTORIZZATI PER TUTTE LE COMUNICAZIONI**

Cellulare \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'AUTORIZZATO \_\_\_\_\_  
(che raccoglie il consenso)

Verificare i dati riportati e consegnare con il SOF test

Compilare in ogni sua parte e consegnare con il SOF test

