



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CATANIA

U.O.S. Screening tumore del colon retto
Via Caronia - P.O. di Acireale 95124 Acireale
Responsabile Dott.ssa A.M.Rumeo

Rossi Mario
Via delle Rose 2
Catania - 95125

Gentile Signor,

La invitiamo a partecipare al programma di prevenzione del tumore del colon retto organizzato dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania rivolto alle persone di età compresa tra 50 e 69 anni, attraverso la ricerca del sangue occulto nelle feci.

Questo semplice esame permette di evidenziare lesioni iniziali a rischio di degenerazione ed è un mezzo molto efficace per prevenire o diagnosticare precocemente i tumori del colon.

Lei potrà ritirare e riconsegnare il necessario per eseguire l'esame presso una delle Farmacie del suo Comune di residenza. Le Farmacie Le comunicheranno eventuali sospensioni temporanee dell'attività nel periodo estivo, natalizio e pasquale.

L'esame ed eventuali approfondimenti che si rendessero necessari sono gratuiti e non occorre impegnativa.

Quando andrà in Farmacia a ritirare il kit, porti con sé la **scheda di adesione alla campagna di screening** allegata a questa lettera, la tessera sanitaria ed un documento di riconoscimento.

Se desidera ulteriori informazioni può contattare il suo Medico di Famiglia o il numero verde gratuito da rete fissa e cellulare:

dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 ed il lunedì pomeriggio dalle 15.00 alle 17.30



Se preferisce può inviare una e-mail all'indirizzo: screening@aspct.it

Potrà trovare ulteriori informazioni sul sito web www.screening.aspct.it

I Suoi dati saranno trattati nel rispetto di quanto previsto dall'attuale normativa sul trattamento dei dati, come da informativa allegata.

La ringraziamo dell'attenzione e Le inviamo cordiali saluti

Catania, 10/3/2021

Il Suo Medico di Famiglia

Il Direttore Generale
Dott. Maurizio Lanza



*Scheda di adesione alla campagna di screening del tumore del colon retto, da consegnare insieme al test
Allegata all'invito del 10/03/2021*

INFORMATIVA SULL'ATTO SANITARIO PROPOSTO:

Nell'ambito della campagna di prevenzione del tumore del colon-retto, l'Asp di Catania propone di fare gratuitamente il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT). Questo test non è invasivo ed è un mezzo molto efficace per diagnosticare precocemente i tumori del colon: consiste in un prelievo di feci con l'apposito kit che viene consegnato.

Se il risultato del test è negativo, potrà ricevere il referto al proprio domicilio o ritirarlo presso il Laboratorio Analisi di Tremestieri o presso gli Uffici del proprio Distretto sanitario. Nel caso in cui non ricevesse il risultato dell'esame entro 60 giorni dalla data di consegna del test al punto di raccolta (Farmacia, laboratorio, Distretto, altro), contatti il numero verde 800894007 oppure il Laboratorio di Analisi di Tremestieri Etneo in c.da Palmentazzo.

Se il risultato del test è positivo, verrà contattato per effettuare esami di approfondimento (colonscopia).

Il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci è sicuro ed efficace; solo in alcuni casi può dare "falsi positivi" (il test risulta positivo ma in realtà non è presente alcuna lesione) o "falsi negativi" (il test risulta negativo, ma in realtà sono presenti lesioni). Alcuni tumori possono svilupparsi successivamente a un test negativo; pertanto se compaiono sintomi di allarme (sanguinamento rettale, dolori addominali, irregolarità dell'alvo, ecc.), Le consigliamo di rivolgersi subito al Suo medico curante. Ulteriori informazioni potranno essere fornite telefonando al numero indicato sulla lettera di invito o consultando il sito web dell'Osservatorio Nazionale degli screening oncologici: <http://www.osservatorionazionale screening.it/>.

Il test va ripetuto ogni due anni.

Pertanto, l'Asp di Catania La inviterà a ripetere il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci fra due anni; se non dovesse ricevere l'invito contatti il numero verde 800894007, l'U.R.P., U.O.C. Gastroenterologia del P.O. di Acireale per chiedere di ripetere il test.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016

Gentile utente, La informiamo che i suoi dati personali sono trattati da questa Azienda Sanitaria Provinciale in osservanza di quanto disposto dalla Legge e nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità della persona.

L'azienda Sanitaria Provinciale di Catania, è "Titolare del trattamento dei dati personali" sia genetici che sensibili, nell'ambito delle attività che essa svolge per la diagnosi e la cura dello stato di malattia dei cittadini, quale fine istituzionale che la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale le ha assegnato. Per conoscere chi siano i "Responsabili" del trattamento è sufficiente rivolgersi al Titolare o al Data Protection Officer (DPO) aziendale. I suoi dati personali, che saranno acquisiti in qualità e quantità pertinente, complete e non eccedenti gli scopi della raccolta, possono essere sottoposti a qualunque operazione (o complesso di operazioni) svolta, con o senza l'ausilio di strumenti automatizzati, che si renda necessaria per lo svolgimento dei compiti di diagnosi e cura. I suoi dati personali, inoltre, vengono trattati nel rispetto delle misure minime di sicurezza previste dalla normativa vigente. I dati personali sono "trattati" per la tutela dell'incolumità fisica e della salute del cittadino anche prima, durante e dopo la prestazione fornita per il Servizio Sanitario Nazionale (prevenzione, diagnosi, cura e terapia delle malattie). I dati personali degli assistiti possono essere comunicati ad altri Enti Pubblici e non, unicamente e solo per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nei limiti stabiliti dalle leggi, Regolamenti e relativi Atti attuativi. Inoltre, i dati personali anche quelli di natura sensibile, possono essere riversati in una banca dati unitaria, di livello aziendale, protetta informaticamente da qualsiasi interrogazione non pertinente od intrusione. Sono accessibili, con apposite e particolari modalità e controlli, solo ed esclusivamente agli operatori sanitari che all'interno di un preciso bisogno diagnostico o terapeutico, ne avranno manifestata la necessità professionale specifica. I dati personali, il cui conferimento non ha natura facoltativa, essendo condizione necessaria al processo di diagnosi e cura dello stato di malattia, che già sono stati o che verranno forniti, non verranno mai dismessi, cancellati o rettificati confluendo gli stessi a comporre la cartella clinica di ogni singolo paziente per singolo evento di diagnosi e/o cura. Rimangono fermi ed orientati alla protezione dei dati personali di chiunque, gli obblighi di segretezza che il codice deontologico del personale sanitario impone. La S.V. può esercitare i diritti di conoscenza, di ottenimento, di opposizione nei casi e nei limiti previsti dalla legge ed in quelli che non pongano pregiudizio all'effettivo espletamento delle funzioni istituzionali collegate.

Il Data Protection Officer (DPO) / Responsabile della Protezione dei dati (RPD) (Art. 13.1.b Regolamento 679/2016/UE) è la Dott.ssa Patrizia Baiamonte, reperibile presso la sede aziendale dell'ASP Catania Via Santa Maria La Grande 5, 95124 Catania o contattabile utilizzando i recapiti istituzionali dell'ente (protocollo@pec.aspct.it) indicati sul sito web dell'Ente www.aspct.it.



Timbro Farmacia

Codice a barre *H445678*

Apporre qui il codice a barre del kit

**ATTENZIONE: è necessario compilare i campi vuoti di questa scheda
e segnare (con una x) i campi in cui bisogna fare una scelta**

Espressione ed acquisizione del consenso informato all'esame; autorizzazione al trattamento dei dati personali

Cognome e Nome _____ data e luogo di nascita _____

Residente in via _____ Comune _____

In caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale, dati identificativi del legale rappresentante. In tal caso va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante)

Cognome e Nome _____ data e luogo di nascita _____

Residente in via _____ Comune _____

Io sottoscritto **Rossi Mario** **Recapito telefonico:** _____

- a. Aderisco al programma di prevenzione del tumore del colon retto e, a tal fine, secondo quanto previsto nella vigente normativa sul trattamento dei dati e consapevole di quanto specificato nell'informativa allegata a questo foglio, acconsento al trattamento dei miei dati personali e/o sensibili nell'ambito della suddetta campagna di prevenzione.
- b. Ho ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto (Test per la ricerca del sangue occulto nelle feci) e ho ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite anche con l'informativa allegata a questo foglio.
- c. Dichiaro che il Prelievo è stato effettuato il _____
- d. Chiedo, se l'esito del test fosse negativo:
 che venga spedito all'indirizzo sopra specificato
 che venga consegnato presso il Laboratorio di Analisi di Tremestieri Etneo Contrada Palmentazzo da lunedì a venerdì dalle ore 11.00 alle ore 12.30.
- f. Chiedo, se l'esito fosse positivo e fossero necessari esami di approfondimento:
 di essere contattato telefonicamente
 di essere contattato per posta all'indirizzo sopra specificato
- f. autorizzo l'Asp di CT a comunicare l'esito dell'esame al mio Medico di Famiglia.
- g. Nel caso in cui non riceverò il risultato del test entro 60 giorni da oggi, contatterò il numero verde 800894007 oppure il Laboratorio di Analisi di Tremestieri Etneo in c.da Palmentazzo
- h. Sono stato/a informato/a che verrò invitato/a a ripetere il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci fra due anni; se non dovessi ricevere l'invito contatterò il numero verde 800894007, l'URP o l'U.O.C. Gastroenterologia P.O. di Acireale per potere ripetere il test nell'ambito della campagna di screening.
- i. autorizzo l'Asp di Catania a utilizzare il mio recapito telefonico per essere contattato/a telefonicamente e/o tramite SMS per ricevere informazioni sulle campagne di prevenzione oncologica dell'Asp di Catania per i tumori del colon retto, della cervice uterina e della mammella.

Data, _____

Firma _____