

PROGRAMMA REGIONALE PER LA PREVENZIONE
DEI TUMORI DEL COLON-RETTO

REGIONE BASILICATA
Dipartimento Sicurezza
e Solidarietà Sociale

Numero Verde
800 902371

2005/06

Noi sorridiamo perché
qualcosa di buono è successo.



un semplice esame
ci ha salvato la vita.

Programma di prevenzione rivolto agli uomini e alle donne
di età compresa tra i 50 ed i 70 anni

www.screening.colonretto.basilicata.it

Per maggiori informazioni
rivolgeti al tuo medico di famiglia o alla ASL più vicina

REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE

POPOLAZIONE BERSAGLIO

Il progetto prevede che lo screening venga proposto gratuitamente a tutti i residenti nella Regione Basilicata asintomatici aventi un'età compresa fra i 50 ed i 70 anni.

REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE

POPOLAZIONE BERSAGLIO

**Popolazione da controllare nell'arco dei due anni del progetto
secondo i dati ISTAT relativi allo 01/01/2001**

	Totale	Fascia 50/70
MASCHI	297.705	71.301
FEMMINE	306.376	71.125
TOTALE	604.081	142.426

REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE

POPOLAZIONE BERSAGLIO

POPOLAZIONE TOTALE	142.426
POPOLAZIONE PRESUNTA	
60 % DA SOTTOPORRE AD	85.456
ESAME IN DUE ANNI	
POPOLAZIONE PRESEUNTA	
60 % DA SOTTOPORRE AD	42.728
ESAME IN UN ANNO	

REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE

IL PROGETTO PREVEDE DUE LIVELLI

I° LIVELLO RICERCA SANGUE OCCULTO FECALE

II° COLONSCOPIA TOTALE

REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE

**PER IL PROGETTO E' UTILIZZATO IL TEST DI TIPO
IMMUNOLOGICO CHE HA DIMOSTRATO AVERE UNA
ELEVATA SENSIBILITA'**

(99 %) ED UNA SPECIFICITA' STIMATA AL 97,8 %.

REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE

**TRAMITE LETTERA REDATTA A CURA DEL
RESPONSABILE REGIONALE DELLO SCREENING LA
POPOLAZIONE BERSAGLIO VIENE INVITATA A
PRESENTARSI PRESSO IL PROPRIO MEDICO
CURANTE CHE NEL FRATTEMPO ATTRAVERSO
ADEGUATI INCONTRI DI FORMAZIONE E'
STATO RESO PARTECIPE DELLA MISSIONE
AFFIDATAGLI.**

Lettera di invito ai pazienti

Gentile _____,

la informo che la Regione Basilicata ha promosso, per la prevenzione dei tumori, il Progetto di Screening per la individuazione precoce del cancro del colon-retto.

Nell'ambito di questo programma tutta la popolazione fra i 50 ed i 70 anni è invitata a sottoporsi ad un controllo gratuito.

Per poter eseguire questo esame le abbiamo riservato un appuntamento per il giorno __/__/__ presso lo studio del suo medico di fiducia:

Dott./Dott.ssa _____

Se l'appuntamento proposto non dovesse andar bene potrà essere differito al massimo di 15 giorni.

Per qualsiasi altra informazione può rivolgersi al suo medico curante o alla nostra centrale operativa componendo il numero verde: **800 90 23 71** (attivo dal lunedì al venerdì dalle 9,00 alle 13,00 e dalle 16,00 alle 19,00)

L'esame è gratuito e il suo medico curante l'attende per il ritiro del presente invito.

Centrale Operativa Screening del Colon-Retto
c/o Ospedale San Carlo - Padiglione E - Piano terra
85100 - Potenza

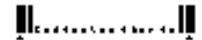


Regione Basilicata
Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale
Ufficio Sanità

Numero Verde
800 902371

«Paziente»
«di indirizzo»
«Capo» «Comune»

Potenza, 02/11/2005



Gentile «Sig»,

la informo che la Regione Basilicata ha promosso, per la prevenzione dei tumori, il Progetto di Screening per la individuazione precoce del cancro del colon-retto.

Nell'ambito di questo programma tutta la popolazione fra i 50 ed i 70 anni è invitata a sottoporsi ad un controllo gratuito.

Per poter eseguire questo esame le abbiamo riservato un appuntamento per il giorno «Data invito» presso lo studio del suo medico di fiducia:

Dott./Dott.ssa «Medico»

Se l'appuntamento proposto non dovesse andar bene potrà essere differito al massimo di 15 giorni.

Per qualsiasi altra informazione può rivolgersi al suo medico curante o alla nostra centrale operativa componendo il numero verde: **800 90 23 71**

(attivo dal lunedì al venerdì dalle 9,00 alle 13,00 e dalle 16,00 alle 19,00)

L'esame è gratuito e il suo medico curante l'attende per il ritiro del presente invito.

Il Coordinatore Sanitario Regionale dello
screening del colon-retto
Dott. Angelo Sigillito

Angelo Sigillito



REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE



REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE

**IL MEDICO CURANTE SI INCARICA DI CONSEGNARE IL KIT
PER IL TEST E LE ISTRUZIONI PER LA SUA CORRETTA
ESECUZIONE.**

**CONTESTUALMENTE COMPILA UNA SCHEDA
INFORMATICA TIPO CARTELLA CLINICA ANAMNESTICA
SULLA QUALE SARANNO ANNOTATI DATI CLINICI
RIGUARDANTI ALTRE PATOLOGIE E SOPRATTUTTO
FATTORI DI RISCHIO PER CANCRO COLO-RETTALE**

Scheda anamnestica

CENTRALE OPERATIVA DEL PROGRAMMA DI SCREENING
DEL CANCRO COLO-RETTALE
DELLA REGIONE BASILICATA

VARIAZIONE DATI ANAGRAFICI

Codice Sanitario	
Nominativo	
Data di nascita	
Indirizzo	
Città	

Recapito telefonico :		=> Per eventuali comunicazioni urgenti
Cellulare :		

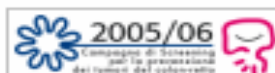
Fattori di rischio

Poliposi Adenomatosa Familiare (FAP)	<input type="checkbox"/>
Cancro Colo-rettale Familiare	<input type="checkbox"/>
Poliposi Ereditaria (HNPCC)	<input type="checkbox"/>
Malattia infiammatoria intestinale (IBD)	<input type="checkbox"/>
Altra causa _____	

Criteri di esclusione

Precedente diagnosi di CCR del colon-retto	<input type="checkbox"/>
Anamnesi positiva per adenomi polipoidi collettali	<input type="checkbox"/>
Malattia infiammatoria cronica	<input type="checkbox"/>
Coloscopia/rettoscopia/ sigmoidoscopia effettuata nel corso degli ultimi 2 anni	<input type="checkbox"/>
Test per la ricerca del sangue occulto nelle feci effettuato negli ultimi 2 anni	<input type="checkbox"/>
Malattia gravemente invalidante o terminale	<input type="checkbox"/>
Sindromi psichiatriche gravi	<input type="checkbox"/>
Decesso o emigrazione	<input type="checkbox"/>
Cambio medico	<input type="checkbox"/>
Esito partecipazione allo screening	<input type="checkbox"/>
Altra causa _____	

Data Compilazione	/ /	(Da compilare a cura del Medico)
-------------------	-----	------------------------------------



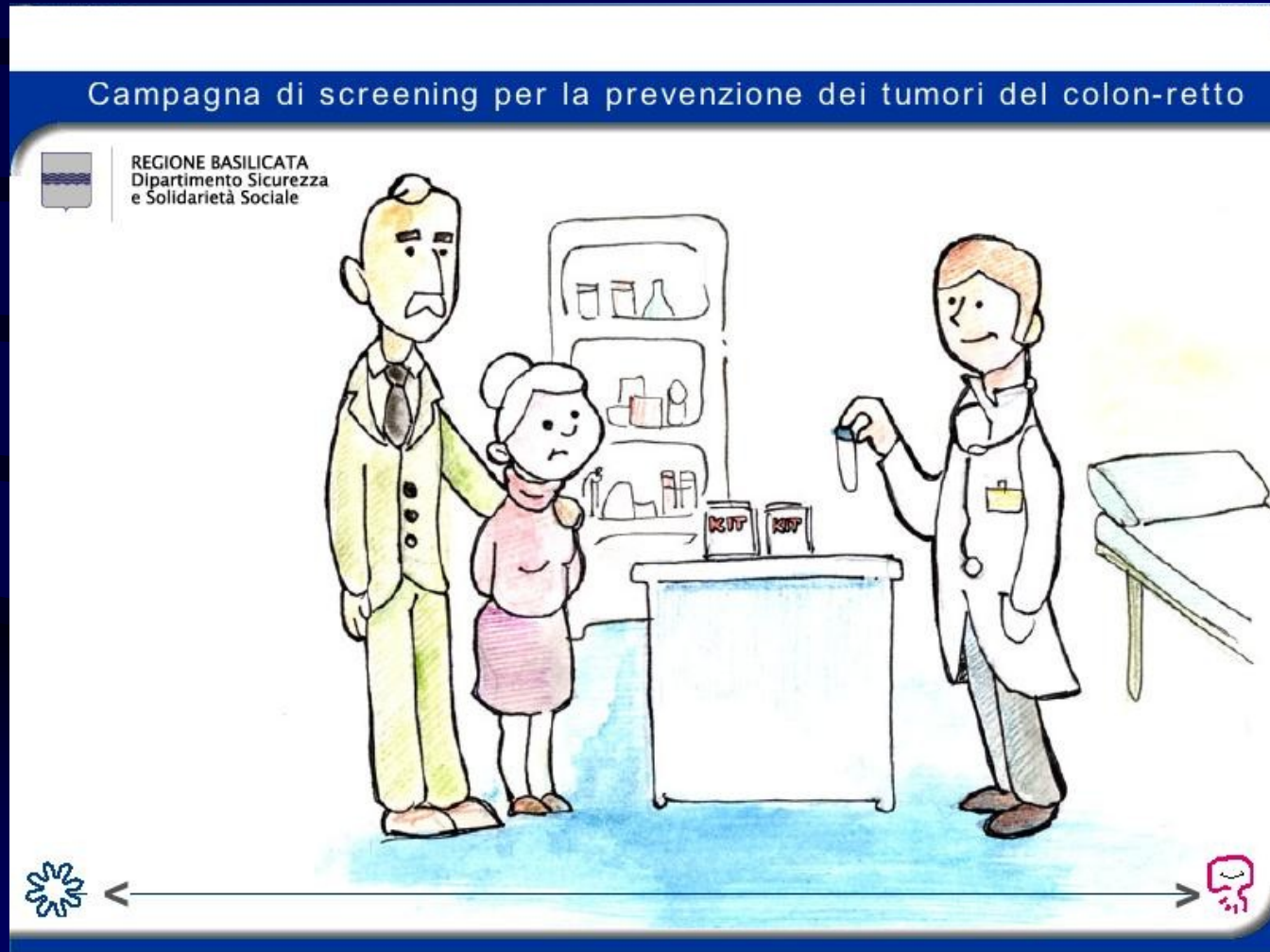
Applicare qui il codice a barre al momento della consegna
del KIT (a cura del Medico)

Data caricamento	Operatore Centrale
/ /	

REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE



REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE



REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE

**I RESIDENTI CONTATTATI CON LETTERA SI IMPEGNANO A
CONSEGNARE IL KIT DOPO LA RACCOLTA AL MEDICO
CURANTE PRESSO IL QUALE VERRA' RITIRATO
NELL'ARCO DELLE 72 ORE SUCCESSIVE ED INVIATO AI
CENTRI DI SECONDO LIVELLO PER LA LETTURA
AUTOMATIZZATA.**

REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE



REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE



REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE

**IL MEDICO CURANTE VERRA' INFORMATO DALLA
CENTRALE AMMINISTRATIVA DEL RISULTATO DEL TEST.
IN CASO DI NEGATIVITA' RINVIERA' AD UN NUOVO ESAME
PER IL BIENNIO SUCCESSIVO, MENTRE IN CASO DI
POSITIVITA' INVIERA' AL SECONDO LIVELLO GIA'
PROGRAMMATO PRESSO UNO DEI CENTRI DI
ENDOSCOPIA DEGLI UNDICI OSPEDALI DI RIFERIMENTO
REGIONALE PER LO SCREENING.**

Scheda lettera di prenotazione colonscopia e indicazioni sulla preparazione

Gentile _____,

con la presente, Le trasmetto alcune indicazioni utili per la corretta esecuzione del secondo esame (colonscopia totale) che Le è stato già fissato presso il servizio di Endoscopia Digestiva:

_____ A

INFORMAZIONI E REGOLE DA SEGUIRE PER LA COLONSCOPIA

Nei 5 giorni precedenti l'esame, seguire una dieta priva di scorie.

Non mangiare legumi, frutta e verdure; si può mangiare soltanto: pasta asciutta (in bianco o in brodo), pane, mozzarelle, pesce, patate, purè, mele e pere sbucciate.

Il giorno precedente l'esame mangiare solo un brodino a pranzo ed il pomeriggio bere l'acqua preparata con **SELG-ESSE 1000** che Le sarà distribuito, in forma gratuita, dal suo medico curante.

Una confezione di SELG-ESSE da quattro buste serve per la preparazione di 4 litri di soluzione.

Ogni busta va sciolta in un litro di acqua fresca da bere dalle h. 16 alle h. 20.

Bere rapidamente, ogni 15 minuti, ¼ di litro evitando piccoli sorsi.

L'evacuazione inizia dopo circa 2 ore.

La sera astenersi dal mangiare.

Centrale Operativa Screening del Colon-Retto
c/o Ospedale San Carlo - Padiglione E - Piano terra
05100 - Pomezia



Regione Basilicata
Dipartimento Scienza e Solidarietà Sociale
Ufficio San B

Numero Verde
800 902371

«Paziente»
«di indirizzo»
«Cognome» «Comune»

Pomezia, 02/11/2005

Gentile «Sig»,

con la presente, Le trasmetto alcune indicazioni utili per la corretta esecuzione del secondo esame (colonscopia totale) che Le è stato già fissato presso il servizio di Endoscopia Digestiva:

«Ospedale Colonscopia» A
«Data Colono» «Ora Colono»

INFORMAZIONI E REGOLE DA SEGUIRE PER LA COLONSCOPIA

- Nei 5 giorni precedenti l'esame, seguire una dieta priva di scorie.
- Non mangiare legumi, frutta e verdure; si può mangiare soltanto: pasta asciutta (in bianco o in brodo), pane, mozzarelle, pesce, patate, purè, mele e pere sbucciate.
- Il giorno precedente l'esame mangiare solo un brodino a pranzo ed il pomeriggio bere l'acqua preparata con SELG-ESSE 1000 che Le sarà distribuito, in forma gratuita, dal suo medico curante.
 - Una confezione di SELG-ESSE da quattro buste serve per la preparazione di 4 litri di soluzione.
 - Ogni busta va sciolta in un litro di acqua fresca da bere dalle h. 16 alle h. 20.
 - Bere rapidamente, ogni 15 minuti, ¼ di litro evitando piccoli sorsi.
 - L'evacuazione inizia dopo circa 2 ore.
- La sera astenersi dal mangiare.

«di tutto»

Il Coordinatore Sanitario Regionale dello
screening del colon-retto
Dott. Angelo Sigillito

Angelo Sigillito

Per ogni altra informazione contattate la nostra centrale oppure componendo il numero verde.

800 902371

(attivo dal lunedì al venerdì dalle 9,00 alle 19,00 e dalle 18,00 alle 19,00)



REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE

COSTO DEL PROGRAMMA DI SCREENING PER DUE ANNI

	Costo
Costo una tantum per l'acquisizione di attrezzature	510.000,00
Costo di parte pubblica per l'effettuazione degli esami e per la gestione dello screening	740.000,00
Costo per l'affidamento della gestione della centrale amministrativa	660.000,00
IVA su affidamento gestione centrale amministrativa 20 %	132.000,00
TOTALE	2.042.000,00

REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE

INIZIO ATTIVITA' DI SCREENING 1/02/2005

REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE

**Al 31/03/2006 sono state invitate 59701 persone con un'adesione
pari al 32,6 % e con una positività al sangue occulto del 6,2 %**

REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE

PROGRAMMA DI SCREENING DEL CANCRO COLO-RETTALE

CRITICITA' RILEVATE

- 1. Costruzione banca dati popolazione bersaglio**
- 2. Problematiche di comunicazione**
- 3. Definizione calendari inviti**
- 4. Adesione dei Medici di Medicina Generale**