

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI
AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. 196/03 E ART. 12 DEL GDPR 769/2016 E
CONSENSO INFORMATO SCREENING COLORETTALE**

Io sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Cod. Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono: _____

Sono stato/a informato/a che, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e dell'art. 12 del GDPR 769/16, i dati relativi al mio stato di salute saranno trattati come segue:

- 1) i dati personali forniti e riguardanti l'interessato/a, che usufruirà dei servizi forniti dall'ASP, saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali volte alla tutela della salute della paziente, nonché per quelle amministrative ad esse connesse, nel rispetto della normativa vigente. I dati saranno utilizzati anche allo scopo di perfezionare la banca dati degli assistiti afferenti alla nostra Azienda Sanitaria. Il trattamento dei dati sarà effettuato con strumenti elettronici e cartacei;
- 2) i dati personali, sanitari e sensibili, saranno trattati secondo gli indirizzi del Garante della Privacy e, comunque, secondo il diritto inalienabile alla riservatezza. In ogni caso, non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati, con la massima riservatezza, solo ed esclusivamente per assolvere alle finalità istituzionali (ad esempio ad altri soggetti eventualmente interessati nel percorso diagnostico/terapeutico).

Ai sensi dell'art. 11 del D.Lgs. 30-06-03 n. 196 e dell'art. 7 del DGPR 769/16, autorizzo il Centro Screening Oncologici ASP di Catanzaro, al trattamento dei miei dati. Sono a conoscenza che il risultato degli esami eseguiti dovrà essere ritirato da me direttamente. In alternativa, richiedo l'invio o la consegna del risultato a mezzo di:

POSTA CON INVIO AL SEGUENTE DOMICILIO:

Via _____ N° _____

Città _____ CAP _____

VIA EMAIL ALL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA (consapevole di limiti e rischi correlati a tale invio):

Email _____

PERSONA DELEGATA

(persona di mia fiducia a cui consegnerò delega formale completa di copia del mio documento di riconoscimento da me firmata).

Do il mio assenso affinché il Centro Screening possa mettersi in contatto con il mio **Medico di fiducia Dott.** _____ per comunicazioni che mi riguardano inerenti allo screening: **SI** **NO**

Sono stato altresì informato/a (ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 30-06-03 n. 196) che in ogni momento ho diritto all'integrazione, modifica e/o cancellazione dei miei dati personali, nonché (ai sensi del GDPR UE 2016/679), all'oblio.

Prendo quindi atto che il test di screening verrà effettuato al solo scopo di prevenire i tumori del colon-retto. In particolare sono stata informato/a che il test ha un'alta sensibilità e specificità ma può capitare che un polipo o un tumore, pur essendo già presenti, non sanguinino il giorno dell'esame.

È importante quindi che il test **venga ripetuto ogni due anni** anche se il precedente era risultato negativo. È possibile che un tumore si sviluppi nell'intervallo tra gli esami (**cancro intervallo**). Sono stato/a inoltre informato/a che, trascorsi 2 anni dall'esecuzione del test, qualora non dovessi essere stato/a ricontattato/a, devo rivolgermi alla segreteria del Centro Screening, per programmare un nuovo esame di screening.

INFORMATIVA TUMORE COLON RETTO

Il **tumore del colon-retto** è il **secondo tumore più frequente** tra la popolazione, rappresentando il 13% di tutti i tumori diagnosticati. Tra la popolazione maschile si trova al terzo posto, preceduto da quelli della prostata e del polmone, mentre nelle donne è al secondo posto, preceduto dal tumore al seno. Interessa l'ultimo tratto dell'intestino ed origina il più delle volte da un polipo, che è una formazione intestinale benigna. La trasformazione di un polipo in tumore maligno è un processo molto lento: richiede da 5 a 15 anni per completarsi. Si può individuare e rimuovere il polipo prima che degeneri in patologia maligna.

Il test di screening utilizzato è il **test del sangue occulto nelle feci**, eseguito **ogni 2 anni** nelle persone tra i **50 e i 69 anni**. L'esame, estremamente semplice, consiste nella raccolta (**eseguita a casa**) di un piccolo campione di feci e nella ricerca di tracce di sangue non visibili a occhio nudo. Come ogni esame però, anche gli esami di screening presentano dei limiti: un test risultato positivo non implica necessariamente la presenza di malattia (**falso positivo**); allo stesso modo un test negativo non permette di escludere con assoluta sicurezza l'assenza di malattia (**falso negativo**). È importante ricordare che l'adesione puntuale ai programmi di screening (in particolare il rispetto degli intervalli prefissati) aumenta notevolmente le probabilità di individuare lesioni ad uno stadio di sviluppo precoce con modifica della storia naturale della malattia e possibilità di interventi meno invasivi e più efficaci.

In ogni caso, si rivolga subito al Suo medico di fiducia se nota del sangue nelle feci o ha dei disturbi intestinali significativi; anche se ha già eseguito un test di screening con risultato negativo.

Data

Firma
