



STUDIO DEI DETERMINANTI DELL'ADESIONE AI PROGRAMMI DI SCREENING COLORETTALE (AdeSCo)

QUESTIONARIO

Programma di screening di _____

Regione _____

Compilatore della scheda _____

Telefono _____

Email: _____ @ _____

Data di compilazione del questionario _____

Note

La scheda va restituita possibilmente via mail al seguente indirizzo:

manuel.zorzi@istitutoncologicoveneto.it

oppure via fax allo 049 8215983

Per dubbi o chiarimenti contattare il dr Manuel Zorzi (Istituto Oncologico Veneto) tel 049 821 5605

NOTIZIE GENERALI SUL PROGRAMMA

Quando è stato attivato il programma di screening (mese ed anno)? _____

A quale fascia d'età è rivolto? da |_|_| a |_|_| anni

Qual è la numerosità della popolazione target? _____

Il programma coinvolge l'intero territorio aziendale? Sì No

E' attivo anche il programma di screening mammografico? Sì No

Se Sì, in che anno è stato attivato? _____

E' attivo anche il programma di screening citologico? Sì No

Se Sì, in che anno è stato attivato? _____

Il responsabile del programma è stato identificato formalmente dalla Direzione dell'ASL?
 Sì No

Se Sì, come (specificare _____)

COINVOLGIMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG)

I MMG collaborano al programma di screening? Sì, tutti
 Sì, solo alcuni
 No

Se Sì, solo alcuni: in che percentuale collaborano? _____ %

Se Sì, qual è il loro contributo:

firma della lettera di invito Sì No

firma del sollecito Sì No

distribuzione del kit FOBT Sì No

esposizione di materiale informativo Sì No

recupero dei non aderenti all'invito Sì No

altro (specificare _____)

La collaborazione dei MMG è a pagamento? Sì No

Se Sì, il pagamento è vincolato al livello di adesione raggiunta? Sì No

CAMPAGNA INFORMATIVA

E' stata realizzata una campagna informativa? Si No

Se Si: prima dell'avvio del programma Si No

 prima di ciascun round organizzativo Si No

Strumenti utilizzati:

 materiale esposto presso strutture sanitarie

 ospedali Si No

 distretti Si No

 farmacie Si No

 studi dei MMG Si No

 materiale esposto presso altre strutture Si No

 pubblicità nel bollettino dell'ASL Si No

 pubblicità su giornali locali Si No

 pubblicità su radio/tv locali Si No

 manifesti Si No

 incontri con la popolazione Si No

 altro (specificare _____)

MODALITÀ DELL'INVITO

Viene inviata una lettera di preavviso prima dell'invito? Si No

L'invito viene effettuato per aree omogenee di residenza (es. per via)? Si No

Altre modalità? (specificare) _____

La lettera di invito:

 contiene un numero telefonico per informazioni Si No

 contiene un volantino informativo per chi è invitato la prima volta Si No

 se Si, contiene volantini anche su altre attività di prevenzione Si No

 esplicita che il test è gratuito Si No

 esplicita che non occorre l'impegnativa del MMG Si No

E' previsto l'invio di un sollecito ai non rispondenti? Si No

 Se Si, a che intervallo dal primo invito: _____ giorni

 Se Si, è differenziato per chi ha ritirato il test senza riconsegnarlo? Si No

Con quale periodicità vengono inoltrati gli inviti?

settimanale quindicinale mensile altro (specificare) _____

DISTRIBUZIONE DEL TEST

La data per il ritiro del test è prefissata? Sì No

Se Sì, l'appuntamento è fissato per: un'ora precisa (es. martedì alle 15.40)

una fascia oraria (es. dalle 15 alle 16)

una mezza giornata (es. martedì pomeriggio)

un'intera giornata (es. martedì)

più giornate (es. martedì o giovedì)

Sono previste sedute di consegna del test al sabato mattina? Sì No

E' possibile spostare la data fissata per il ritiro del test? Sì No

se Sì, la lettera d'invito: lo esplicita? Sì No

contiene un numero telefonico per spostare l'appuntamento?

Sì No

E' possibile spostare la sede fissata per il ritiro del test? Sì No

E' possibile far ritirare il test da un'altra persona? Sì No

se Sì, la lettera d'invito lo esplicita? Sì No

Dove viene distribuito il test:

Sì	No	Se sì, n° di sedi
----	----	-------------------

farmacie

ambulatori dei MMG

sedi sanitarie decentrate (distretti, ecc)

ospedali

sedi non sanitarie decentrate (locali comunali, ecc)

invio postale

altro (specificare _____)

Al momento della consegna del test vengono sempre fornite informazioni verbali sulle modalità di preparazione del campione? Sì No

RICONSEGNA DEL CAMPIONE

Le modalità per la riconsegna sono scritte? Sì No

se Sì, dove: nella lettera di invito Sì No

nel foglio di istruzioni Sì No

altro (specificare _____)

La data per la riconsegna è prefissata? Sì No

La sede per la riconsegna è prefissata? Sì No

se Sì, è possibile spostarla? Sì No

Dove va riconsegnato il campione:	Si	No	Se si, n° di sedi
farmacie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ambulatori dei MMG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
sedi sanitarie decentrate (distretti, ecc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ospedali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
sedi non sanitarie decentrate (locali comunali, ecc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
altro (specificare _____)			

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA DELLO SCREENING

Se sono attivi altri screening, la segreteria organizzativa è comune? Si No

Se Sì, a quali programmi? screening mammografico
 screening citologico

E' attivo un Front Office telefonico? Si No

Se Sì:

per quanti giorni alla settimana è aperto? _____

in quali fasce orarie è aperto? _____

qual è il numero totale di ore settimanali di apertura? _____

fuori dagli orari di apertura, è attiva una segreteria telefonica? Si No

Attività del Front Office: spostare gli appuntamenti Si No

fornire informazioni Si No

altro (specificare _____)

Il numero telefonico del Front Office è stato comunicato ai seguenti servizi dell'ASL:

CUP Si No

URP Si No

Centralino Si No

Distretti Si No

Gli operatori del Front Office hanno preso parte ad attività di formazione specifica sulla comunicazione (corsi di almeno due giornate)? Sì, tutti

Sì, qualcuno

No

Il Front Office telefonico è comune con altri screening? Si No

COINVOLGIMENTO DI VOLONTARI

Sono coinvolti volontari nell'ambito del programma? Si No

Se Sì, in quali attività:

Campagna informativa Si No

Front Office telefonico Si No

Distribuzione dei test Si No

Ritiro dei campioni Si No

Altro (specificare _____)