

Modello 1

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO DI SCREENING ALLA POPOLAZIONE SCOLASTICA PER L'INFEZIONE DA VIRUS SARS-COV-2 DA PARTE DELLE FARMACIE .

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____
residente in _____, Via _____
documento di riconoscimento _____

dichiaro di essere

- studente (maggiormente) che frequenta la seguente Scuola/Università/dei percorsi di IeFP (Istruzione e Formazione Professionale): _____ anche se frequentante fuori regione
- genitore, anche se separato e/o non convivente dello studente (fino alla scuola secondaria superiore), tutore/soggetto affidatario;
- sorella/fratello maggiorenne;
- altro familiare convivente;
- nonna/nonno non convivente;
- personale scolastico della seguente Scuola secondaria superiore/Percorso di IeFP (Istruzione e Formazione Professionale): _____

dell'alunno/studente (Nome) _____ (Cognome) _____
che frequenta la Scuola _____ Classe _____

personale scolastico della seguente scuola (di ogni ordine e grado e dei servizi educativi 0-3 anni o personale del seguente ente di formazione professionale che eroga i percorsi di IeFP:

Firma _____

Data _____

TELEFONO CELLULARE

HAIL

CODICE FISCALE

Modello 2

INFORMATIVA AL CITTADINO SULLA POSSIBILITA' DI ESEGUIRE IN FARMACIA IL TEST ANTIGENICO RAPIDO DI SCREENING ALLA POPOLAZIONE SCOLASTICA PER L'INFEZIONE DA VIRUS SARS-COV-2 DA PARTE DELLE FARMACIE .

Gentile cittadina, Gentile cittadino,
desideriamo darle informazioni dettagliate sulla partecipazione al progetto di screening, offerto dalla Regione Toscana, mirato a rivelare la proteina del nucleocapside del Coronavirus nella popolazione composta da:

- scolari e studenti (0-18 anni) e maggiorenni se frequentanti scuola secondaria superiore;
- relativi genitori, anche se separati e/o non conviventi e tutori/affidatari;
- relative sorelle/fratelli;
- altri familiari conviventi di scolari/studenti;
- nonna/nonno non convivente di scolari/studenti;
- studenti universitari anche se frequentanti Università fuori regione;
- studenti dei percorsi di leFP (Istruzione e Formazione Professionale);
- personale scolastico delle scuole di ogni ordine e grado e dei servizi educativi 0-3 anni;
- personale degli enti di formazione professionale che erogano i percorsi di leFP;

Prima che Lei prenda la decisione di accettare o rifiutare di partecipare, La preghiamo di leggere queste pagine con attenzione, prendendo tutto il tempo di cui ha bisogno, e di non esitare a chiedere chiarimenti qualora avesse bisogno di ulteriori precisazioni.

INTRODUZIONE

L'infezione causata dal nuovo coronavirus, chiamato SARS-CoV-2, può manifestarsi con diversi segni e sintomi. I più frequenti interessano il tratto respiratorio con forme che possono essere lievi, o di crescente gravità, fino a causare polmonite severa e sindrome respiratoria acuta grave.

QUALI SONO GLI SCOPI DELLO SCREENING?

L'attività di screening nelle fasce di popolazione target del presente progetto è un fondamentale contributo alla lotta alla pandemia che si affianca a tutte le altre azioni messe in atto nella nostra Regione.

Si ritiene strategico, a tal fine, eseguire test antigenici rapidi nasali, meno laboriosi di altri test di rilevazione della presenza del virus, che portino a un risultato immediato nell'identificare se le persone sono entrate in contatto con il virus SARS-CoV-2 e consentano di evitare il nascere di possibili nuovi focolai di Covid-19.

In caso di positività al test è necessario eseguire il tampone molecolare nasofaringeo che potrà confermare o meno la presenza del virus SARS-CoV-2.

CHI PROMUOVE IL PROGETTO?

Il progetto è promosso dalla Regione Toscana e viene realizzato in collaborazione con le Farmacie convenzionate situate nel territorio regionale.

COSA COMPORTA LA PARTECIPAZIONE ALLO 'SCREENING'?

La partecipazione allo 'screening' comporta:

- per i maggiorenni, la compilazione di un'autocertificazione della propria condizione di soggetto avente diritto alla partecipazione allo screening; controfirmare apposita dichiarazione di obbligatorietà all'isolamento fiduciario in caso di esito positivo al tampone antigenico rapido
- per i minori, la consegna da parte del cittadino del modulo di consenso alla partecipazione del minore al progetto e l'esecuzione del test da parte del genitore/tutore/affidatario;

- la compilazione, anche con acquisizione automatica di dati anagrafici da parte del farmacista; codice fiscale; numero di cellulare per successivi eventuali contatti da parte del Servizio di Salute Pubblica; conferma assenza di febbre;
- l'esecuzione in Farmacia, da parte del cittadino stesso, del test antigenico rapido nasale utile a valutare la presenza di componenti proteiche del virus (antigeni): dopo avere eseguito il campionamento, il tampone viene stemperato all'interno di una provetta contenente poche gocce di un liquido; successivamente, il liquido è versato sulla cassetta del test; in caso di rilevazione dell'antigene comparirà una banda di conferma della positività al test;
- l'esito del test viene trasmesso, garantendo i relativi requisiti di privacy, al medico di Sanità Pubblica dell'Azienda USL di assistenza e al medico di medicina generale per l'interpretazione del risultato;
- in caso di esito positivo al test sierologico rapido, Lei sarà contattato, via cellulare, dal Servizio di Sanità pubblica per prendere un appuntamento per eseguire il tampone nasofaringeo mirato ad individuare l'RNA del virus (acido nucleico). Fino a quel momento Le è richiesto di restare in isolamento presso il Suo domicilio evitando i contatti con altre persone;
- l'attività condotta dai Servizi di Salute Pubblica consentirà inoltre di individuare altri contatti e conseguentemente impedire la nascita di ulteriori focolai di COVID-19.

COMUNICAZIONE E SIGNIFICATO DEI RISULTATI

Se il test antigenico rapido nasale risulterà positivo vorrà dire che Lei è entrato in contatto con il virus. Questa eventualità dipende principalmente dalla frequenza con cui l'infezione ha circolato nella sua area geografica.

Inoltre, in caso di risultato positivo, esiste anche la possibilità che Lei sia contagioso.

Proprio per questo, in caso di positività al test antigenico rapido nasale, il Servizio di Sanità Pubblica territorialmente competente provvederà a contattarla telefonicamente per invitarla a sottoporsi a un tampone nasofaringeo per la ricerca dell'RNA virale del virus SARS-CoV-2 al fine di stabilire se Lei è in fase di possibile contagiosità.

In caso di positività alla ricerca del SARS-CoV-2 attraverso il tampone, Lei verrà preso in carico come caso confermato e dovrà porsi in isolamento domiciliare fiduciario.

In caso di risultato al test antigenico rapido nasale negativo non vi sarà necessità di un Suoisolamento domiciliare.

SONO OBBLIGATO A PARTECIPARE?

La partecipazione è volontaria e non vi è, dunque, alcun obbligo da parte Sua a partecipare se non lo desidera.

TRATTAMENTO DEI DATI

I dati anagrafici, il codice fiscale, il numero di telefono, il nome del MMG/PLS e il risultato del test, sia positivo che negativo, saranno trasmessi al sistema di informativo della Regione Toscana e alla Azienda USL ai fini di sorveglianza dell'epidemia da SARS CoV 2.

Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati

Il titolare del trattamento è l'Azienda Unita Sanitaria Locale FARMACIA COM. 2 con sede a CROSOTTO in Via DE MOLA 22 contatti (mail, urp, etc...) Comune 2 @ Crosotto. CF

Il responsabile della protezione dei dati è raggiungibile ai seguenti punti di contatto: Email:

dpo@_____ pec: dpo@_____ Tel. 0564490663.

Il titolare del trattamento, La informa che i Suoi dati potranno essere trattati anche da personale incaricato del trattamento per le vie brevi. La Farmacia presso la quale ha eseguito il test è stata designata quale responsabile del trattamento dei dati.

Finalità e base giuridica del trattamento

La base giuridica del trattamento dei dati personali è dettata dal Regolamento EU 2019/679, art. 9, par. 2, lettera h) e i), e in quanto tale non necessita del Suo consenso.

Modello 3

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO E ADESIONE AI COMPORTAMENTI CORRELATI AD ESITO POSITIVO
DEL TAMPONE**

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in _____, Via _____

documento di riconoscimento _____

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di

(Nome) _____ (Cognome) _____

che frequenta la Scuola _____ Classe _____

Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa

e con la presente do il consenso:

- all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione dell'antigene del coronavirus;
- a sottopormi (o, nel caso di minore, a sottoporre _____), in caso di positività del test antigenico, al tampone orofaringeo e/o nasofaringeo molecolare e a permanere a domicilio in isolamento in attesa dell'esecuzione del tampone e del successivo referto.

Data _____ Firma _____