

## INFORMATIVA

Nell'ambito del Progetto "Scuola Sicura" la Regione Piemonte tra le attività di controllo dell'epidemia Covid-19 e di tutela della salute Pubblica, ha posto l'indicazione al ricorso di uno screening modulare su cluster con impiego di tamponi rapidi (test antigenici) e molecolari per l'identificazione dei Casi COVID-19, assicurando che ciò avvenga all'interno di un ambito di sicurezza, di correttezza clinica e di tracciabilità, legate alla sorveglianza della diffusione del virus SARS-CoV-2 ed in offerta gratuita.

**QUALI SONO GLI SCOPI DELLO SCREENING?** L'attività di screening nella popolazione target del presente progetto (gli alunni delle classi II e III secondarie di primo grado), è un fondamentale contributo alla lotta alla pandemia. **OBIETTIVI:**

- 1) monitoraggio della diffusione di eventuali contagi all'interno delle classi;
- 2) contenimento tempestivo del contagio.

Lo screening potrà individuare precocemente eventuali casi, anche asintomatici, nelle classi di riferimento; lo screening sarà a cura dell'ASL CN1, con raccordo operativo tra il SISP Scuola e il Referente COVID Scolastico.

L'adesione è su base volontaria e avrà cadenza mensile.

Alla luce degli scopi epidemiologici ed organizzativi, è previsto l'utilizzo come test di primo livello sia di tamponi molecolari sia di test antigenici rapidi rinofaringei, definiti in base alla disponibilità presso gli hot-spot di riferimento. In caso di positività al test antigenico verrà eseguito, nel più breve tempo possibile, il tampone molecolare rinofaringeo che potrà confermare o meno la presenza del virus SARS-CoV-2.

Cosa significa un test positivo? Un test positivo indica il fatto che l'organismo potrebbe avere un'infezione in atto da parte del virus SARS-CoV-2. Per questo motivo si devono applicare da subito le misure contumaciali (isolamento del bambino e quarantena per i familiari e contatti stretti) previste dalla normativa vigente.

Se si tratta di un test antigenico rapido positivo, la persona si deve sottoporre ad un tampone rinofaringeo di tipo molecolare per confermare tale rilievo. Un test antigenico rapido negativo indica invece con un discreto livello di probabilità che l'organismo non è venuto a contatto con il virus SARS-CoV-2, ma non è assoluta garanzia dell'assenza di infezione da SARS-CoV-2.

Se decide di sottoporre suo/a figlio/a all'indagine, sarà effettuato un tampone rinofaringeo per SARS-CoV-2 con metodica antigenica o molecolare. In caso di esito positivo del test antigenico, verrà sottoposto, nel più breve tempo possibile, a test rinofaringeo molecolare di conferma.

Come funziona? Il Test prevede la raccolta di materiale biologico mediante inserimento di un tampone (un sottile bastoncino cotonato) nella narice del paziente. Il materiale viene raccolto dalla parte superiore della faringe, raggiungibile per l'appunto attraverso la narice, ruotando il bastoncino. L'esame non richiede una preparazione particolare. Il prelievo di materiale biologico sarà sempre eseguito da personale infermieristico professionale utilizzando materiale sterile monouso.

È necessario segnalare eventuali patologie o particolari conformazioni anatomiche (es. poliposi nasale, deviazione del setto nasale) che potrebbero ostacolare l'esecuzione del test.

Quali sono le possibili complicanze? Non sono previsti effetti collaterali di rilievo. È tuttavia possibile che durante l'esame si avverta una leggera sensazione di fastidio alle zone interessate ed assai raramente un piccolo sanguinamento.

L'ASL CN1, abilitata allo svolgimento del test, svolge l'esecuzione del test antigenico e del tampone molecolare presso gli hot-spot o drive through. Verranno raccolti e registrati i campioni in questa indagine insieme ai principali dati identificativi (data di nascita, residenza, eventuale amministrazione di appartenenza) ed eventuali sintomi riferibili a COVID-19: tutto ciò verrà utilizzato e trattato limitatamente allo scopo espresso dalla D.G.R. 209/2020, esclusivamente per il periodo di tempo necessario alla gestione delle azioni utili a contrastare l'emergenza COVID-19. I campioni ed i dati saranno trattati e conservati nelle strutture deputate e non ceduti in nessun modo a terzi, in linea con il GDPR 2016/679, con il D. Lgs. 196/2003, come modificato dal D. Lgs 101/2018 e secondo le disposizioni specifiche in materia emergenziale (es. art. 14 del DL n.14 9/03/2020 e 17 bis del DL 18/2020 come introdotto dalla L. 27/2020 s.m.i.).

**SONO OBBLIGATO A PARTECIPARE?** La partecipazione è volontaria e non vi è, dunque, alcun obbligo a partecipare se non lo desidera.

## Consenso da parte degli aventi diritto in caso di minore

### DA CONSEGNARE AL PERSONALE CHE EFFETTUA IL TAMPONE PRESSO IL DRIVE TROUGH

Noi sottoscritti

(nome e cognome madre) \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_

Noi sottoscritti

(nome e cognome padre) \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_

in qualità di  genitore/i  genitore/i affidatario  familiare  affidatario

tutore incaricato dal Tribunale di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_//\_\_\_\_//\_\_\_\_

del minore \_\_\_\_\_

frequentante l'Istituto \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

### DICHIARIAMO

di aver letto e compreso quanto esplicitato nell'informativa sullo Screening Scuola Sicura ricevuta tramite la Scuola e di essere consapevole che l'adesione all'indagine è individuale e volontaria;

### MANIFESTIAMO LA VOLONTA'

- di sottoporre il minore \_\_\_\_\_ all'esecuzione del test antigenico o del tampone molecolare da parte del personale sanitario abilitato della ASL CN1.;
- di farlo aderire al percorso definito in caso di positività;
- di averlo esaurientemente informato con modalità comprensibili, coerenti e rassicuranti in base alla sua età e capacità di comprensione e di condivisione.

Qualora nell'ASL non siano attivate forme di comunicazione dell'esito di tipo informatico (Fascicolo Elettronico, Referto On Line, ecc ), ESPRIMO IL MIO CONSENSO a ricevere il referto per via telefonica (D N.36 19/11/09 Garante Privacy) e mi obbligo a comunicare immediatamente al Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale curante il risultato.

Data \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_ Firma del padre \_\_\_\_\_

In assenza della madre/ padre, consapevole delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minori di età, dichiaro di aver acquisito il consenso verbale del genitore assente alla partecipazione del minore allo screening, avendolo informato su tutti i punti descritti nell'informativa.

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Nel caso il minore venga accompagnato da persona diversa dai genitori o dagli aventi diritto, è necessario compilare documento di delega e allegare documento di identità del genitore.

### Consenso al trattamento dei dati sanitari sensibili

ESPRIMO IL MIO CONSENSO al trattamento dei dati personali. I dati personali saranno trattati ai sensi dell'art. 6 lett. e) del GDPR 2016/679 "è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri" e classificati ai sensi dell'art. 9 lett. h), g), i) "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica". Il titolare del trattamento è l'ASL CN1. in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate allo svolgimento dell'indagine e conseguente test molecolare. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Piemonte, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test antigenico operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016.

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_//\_\_\_\_//\_\_\_\_\_

### DELEGA da consegnare al personale del drive trough

DA COMPILARE DA PARTE DEL GENITORE SOLO SE IL MINORE VIENE ACCOMPAGNATO ALL'HOT SPOT DA PERSONA DIVERSA DAL GENITORE O AVENTE DIRITTO.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_; Documento di identità n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

#### DELEGO

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Documento di identità n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
ad accompagnare mio/a figlio/a \_\_\_\_\_

ad effettuare il test antigenico o tampone molecolare previsto nell'ambito del progetto Screening Scuola Sicura cui ho aderito

Si allega copia di documento di identità del genitore.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma Delegante \_\_\_\_\_