

INFORMATIVA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

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) 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.

SARS-CoV-2 è un virus appartenente alla famiglia dei Coronavirus, responsabile, in talune circostanze, della sindrome acuta severa delle vie respiratorie (sars). L'infezione da questo virus può comportare un'iniziale risposta immunitaria dell'ospite senza sviluppo di alcuna malattia (i soggetti risultano asintomatici, come accade nella grande maggioranza dei casi), oppure una reazione minima con sintomi quali pseudo raffreddore, mal di gola, perdita della capacità di percepire odori, o in taluni casi, con sintomi di interessamento del tratto intestinale (diarrea, nausea). In alcuni casi l'infezione evolve in malattia più importante a carico delle basse vie respiratorie con sintomatologia quale tosse secca, respiro corto, senso di debolezza, e sintomi pseudo influenzali come dolori muscolari, possibile espressione di una polmonite interstiziale.

QUALI SONO GLI SCOPI DELLO SCREENING? L'attività di screening nelle fasce di popolazione target del presente progetto, gli alunni delle scuole 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 BI, con raccordo operativo tra il SISP Scuola delle ASL 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 il test antigenico rapido rinofaringeo. In caso di positività al test antigenico verrà eseguito contestualmente il tampone molecolare rinofaringeo che potrà confermare o meno la presenza del virus SARS-CoV-2.

COSA SIGNIFICA UN TEST ANTIGENICO POSITIVO? Un test antigenico positivo indica 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 famigliari e contatti stretti) previste dalla normativa vigente. Una persona con un test positivo si deve sottoporre ad un tampone rinofaringeo di tipo molecolare per confermare tale rilievo.

Un test antigenico 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.

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 nasale.

L'ASL BI, abilitata allo svolgimento del test, esegue il test antigenico presso gli hot-spot o drive through dedicati. In questa indagine verranno raccolti e registrati i suoi campioni insieme ai suoi 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 suoi 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 da parte sua a partecipare se non lo desidera.

Consenso da parte degli aventi diritto in caso di minore

Io sottoscritto/a _____, nato/a _____,

in data _____, residente in _____,

via _____, codice fiscale _____,

genitore del minore _____

genitore affidatario del minore _____

familiare affidatario del minore _____

tutore del minore incaricato dal Tribunale di _____ in data ____//____//____

recapito telefonico (per la comunicazione del referto): _____,

Istituto _____,

alla luce di quanto sopra esposto, e consapevole del fatto che l'adesione all'indagine è individuale e volontaria:

Manifesto la volontà di sottoporre il minore _____ all'esecuzione del test antigenico da parte del personale sanitario abilitato della ASL Biella, di farlo aderire al percorso definito in caso di positività (tampone molecolare di conferma) e di averlo esaurientemente informato con modalità comprensibili, coerenti e rassicuranti in base alla sua età e capacità di comprensione e di condivisione.

Firma _____ Data ____//____//____

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.

Firma _____ Data ____//____//____

- Manifesto il mio diniego a sottoporre il minore _____
all'esecuzione del test antigenico e a farlo aderire al percorso definito in caso di positività.

Firma _____ Data ____//____//_____

- Allego copia di documento di identità in corso di validità

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 Biella 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 ____//____//_____

***da leggere attentamente.**