

INFORMATIVA PER I GENITORI DEGLI ALUNNI

DELLE SCUOLE SECONDARIE DI I GRADO

Nell'ambito del Progetto "Scuola Sicura" A.S 2021-2022 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 screening su base volontaria previa adesione formale da parte delle famiglie interessate con la seguente tipologia di test per la **SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO**: riattivazione dello screening con **tamponi RINOFARINGEI antigenici o molecolari** presso Hot Spot per le **classi I, II, III** 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-CoV2 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 classi I, II e III delle Scuole Secondarie di I 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 di riferimento, 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 di test antigenici rapidi rinofaringei, definiti in base alla disponibilità degli slot 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 antigenico positivo? Un test antigenico 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, garantendo un atteggiamento prudenziale come da 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. Persistendo tuttavia il fondato sospetto, in caso di positività.

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 TO4, abilitata allo svolgimento del test, svolge l'esecuzione del test antigenico e del tampone molecolare presso gli hot-sport o drive through. Verranno raccolti e registrati i suoi campioni in questa indagine 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.



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.asito4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

Consenso da parte degli aventi diritto in caso di minore della SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO

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 rinofaringeo da parte del personale sanitario, 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 rinofaringeo.

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 TO4. 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.**