

NOTA INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO PER TEST ANTIGENICO SU SALIVA ED EVENTUALE CONFERMA CON TEST MOLECOLARE

Sorveglianza di Covid-19 nelle scuole attraverso utilizzo di test antigenici

Nota informativa e modulo di consenso

Nell'ambito delle attività regionali di controllo e gestione della emergenza sanitaria da COVID-19, la ASL ROMA 6 intende effettuare un monitoraggio dell'infezione da SARS-CoV-2 nella popolazione studentesca del Vostro Istituto scolastico, attraverso l'utilizzo di **test antigenici salivari** di laboratorio. Questa tipologia di test è basata sulla ricerca, in un campione di saliva, di proteine virali (antigeni).

Il prelievo di saliva è un metodo semplice, meno invasivo rispetto al tampone naso-orofaringeo, ed altamente attendibile nei risultati. La raccolta del campione salivare è realizzata all'interno del plesso scolastico, con il supporto del personale sanitario della ASL ROMA 6. Il campione viene raccolto facendo impregnare di saliva all'alunno/a una spugnetta sterile per almeno 60 secondi. Il prelievo deve essere effettuato appena svegli e a digiuno oppure a distanza di almeno 30 minuti dall'assunzione di cibo o bevande e dalla pulizia dei denti. La ASL ha predisposto materiale illustrativo dettagliato per guidare alunni e famiglie nella semplice attività di prelievo della saliva. La invitiamo ad aderire a questa iniziativa regionale che prevede l'effettuazione di un test salivare da parte di suo figlio/a. **L'adesione all'iniziativa è individuale, volontaria e gratuita**, previo consenso firmato da parte del genitore/tutore legale dell'alunno/a. Il campione verrà raccolto secondo le indicazioni fornite dal referente ASL e/o referente della Scuola e quindi analizzato da uno dei Laboratori di riferimento della ASL per l'effettuazione di un test antigenico su saliva.

I risultati dei test negativi verranno comunicati il giorno successivo alla raccolta del campione al genitore/tutore legale attraverso modulistica per il ritiro del referto on-line. **In caso di test positivo** sarà eseguito un test molecolare di conferma (che identifica la presenza del materiale genetico del virus SARS Cov-2) sullo stesso campione di saliva, qualora la saliva prelevata sia sufficiente. In caso di positività anche del test molecolare, Lei sarà tempestivamente contattato telefonicamente dalla ASL ed il soggetto positivo dovrà essere posto in isolamento domiciliare e seguire le istruzioni del medico curante e dei servizi della ASL ROMA 6, per i provvedimenti più opportuni del caso. La informiamo inoltre che i Suoi dati verranno registrati su una piattaforma aziendale della ASL ROMA 6 (nome, cognome, data di nascita, residenza, telefono ed indirizzo di posta elettronica, ed eventuali sintomi riferibili a COVID-19): tutto ciò verrà utilizzato e trattato per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, 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.)

Adesione e Consenso all'iniziativa

Per l'alunno....., classe....., sezione.....

I sottoscritti

(nome e cognome del **padre**/tutore legale) nato a..... il

residente a (prov.....) in Via

(nome e cognome della **madre**/tutore legale) nata a..... il

residente a (prov.....) in Via.....

alla luce di quanto sopra esposto

manifesto la volontà a sottoporre mio/a figlio/a o il minore di cui sono tutore legale all'esecuzione del test antigenico su saliva per la ricerca di SARS-CoV-2

Firma (padre/tutore legale)

Firma (madre/ tutore legale)

esprimo il mio consenso al ritiro dei referti relativi al test effettuato on-line (D N.36 19/11/09 Garante Privacy) e mi obbligo a comunicare al MMG o PLS il risultato, in caso di positività

Firma (padre/tutore legale)

Firma (madre/ tutore legale)

esprimo il mio consenso al Trattamento dei dati personali che riguardano mio/a figlio/a o il minore di cui sono tutore legale

Firma (padre/tutore legale)

Firma (madre/ tutore legale)

I dati personali saranno trattati, coerentemente con la disciplina di cui alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020, 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'IRCCS INMI Spallanzani in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate all'effettuazione del test antigenico e della eventuale conferma con test molecolare. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Lazio, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test antigenico e molecolare operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016 ed alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020.

Data

Firma (padre/tutore legale)

Firma (madre/ tutore legale)
