

### Allegato 3.

#### **INFORMATIVA AL CITTADINO SULLA POSSIBILITA' DI ESEGUIRE IN FARMACIA IL TEST RAPIDO NASALE PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS**

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

- a) scolari e studenti (0-18 anni e maggiorenni se frequentanti scuola secondaria superiore);
- b) genitori, anche se separati e/o non conviventi e tutori/affidatari degli scolari/studenti di cui al punto 1;
- c) sorelle/fratelli degli studenti di cui al punto 1;
- d) altri familiari conviventi di scolari/studenti di cui al punto 1;
- e) nonna/nonno non convivente di scolari/studenti di cui al punto 1;
- f) studenti universitari anche se frequentanti Università fuori regione;
- g) studenti dei percorsi di leFP (Istruzione e Formazione Professionale);
- h) personale scolastico delle scuole di ogni ordine e grado e dei servizi educativi 0-3 anni;
- i) personale degli enti di formazione professionale che erogano i percorsi di leFP;
- j) farmacisti che partecipano al progetto;
- k) persone con disabilità, collaboranti e in grado di indossare la mascherina;
- l) familiari conviventi delle persone con disabilità;
- m) educatori che operano nei servizi parascolastici, in centri di aggregazione giovanile, oratori, scout, ludoteche e istruttori e allenatori di società sportive giovanili presenti nel territorio;
- n) volontari delle associazioni del Terzo settore che assistono anziani soli o persone con disabilità;
- o) caregiver familiari che assistono persone anziane o persone con disabilità.

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 Emilia-Romagna 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, a compilazione di un'autocertificazione della propria condizione di soggetto avente diritto alla partecipazione allo screening;
- per i minori, la consegna da parte del cittadino del modulo di consenso alla partecipazione del minore al progetto (allegato 5), e l'esecuzione del test da parte del genitore/tutore/affidatario;
- la compilazione, anche con acquisizione automatica di dati da parte del farmacista di dati anagrafici; 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 Suo isolamento 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.

**Allegato 5****AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST RAPIDO NASALE IN FARMACIA PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS**

Io sottoscritto (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

contatto telefonico \_\_\_\_\_

dichiaro di essere

- studente (maggiorenne) che frequenta la seguente Scuola/Università/Percorso 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

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 percorsi di IeFP:

\_\_\_\_\_

- persona con disabilità

in possesso di certificazione o di esenzione ticket n. \_\_\_\_\_

- familiare convivente di persona con disabilità

nome e cognome della persona con disabilità \_\_\_\_\_

certificazione o codice esenzione n. \_\_\_\_\_

- educatore o istruttore o allenatore che opera nel seguente servizio parascolastico o centro di aggregazione giovanile o oratorio o scout o ludoteca o società sportiva giovanile:

\_\_\_\_\_

- volontario della seguente associazione del Terzo settore che assiste anziani soli o persone con disabilità:

\_\_\_\_\_

- caregiver familiare che assiste una persona anziana o una persona con disabilità

anno di nascita dell'assistito \_\_\_\_\_

certificazione o codice esenzione assistito con patologia \_\_\_\_\_

legame con l'assistito (parentela, affinità, amicizia, altro) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

.....  
*Le strutture sanitarie regionali e aziendali potranno effettuare verifiche a campione in merito alla veridicità dei dati dichiarati nella presente autocertificazione*