



INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

“PROGETTO REGIONALE TEST RAPIDO NASALE PER LA RILEVAZIONE DELL’ANTIGENE DEL SARS-COV-2”

(ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679)

Gentile assistito/a,

l’Azienda USL di Parma La informa in ordine al trattamento dei dati personali effettuato nell’ambito del Progetto promosso dalla Regione Emilia-Romagna per la rilevazione dell’antigene del coronavirus mediante l’esecuzione, presso le Farmacie convenzionate, di test nasali rapidi a favore della popolazione direttamente e indirettamente coinvolta nelle attività scolastiche e formative.

La partecipazione all’iniziativa è del tutto volontaria: la mancata partecipazione non comporta alcuna conseguenza in termini di assistenza sanitaria, sempre e comunque garantita.

FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati persegue la finalità di identificare rapidamente casi altamente infettivi e, di conseguenza, ridurre la trasmissione del virus. Questa finalità è strettamente connessa all’ulteriore ed importante finalità di sanità pubblica, atteso che gli esiti positivi dei test consentono di avviare il tracciamento dei contatti e prevenire la nascita di nuovi focolai.

La base giuridica che conferisce licità alle operazioni di trattamento dei dati è individuata nell’art. 9, par. 2, lett. h) ed i) del Regolamento (UE) 2016/679, considerato che il trattamento è necessario per finalità di cura e per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica.

DESTINATARI DEI DATI

I dati conferiti e i dati relativi all’esito del test rapido sono trattati dalla Farmacia, in qualità di Responsabile del trattamento, che provvede a trasmetterli telematicamente al Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Azienda USL per l’interpretazione del risultato: in caso di esito positivo, sarà contattato telefonicamente dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica aziendale per prendere un appuntamento per l’esecuzione del tampone nasofaringeo. Gli esiti sono resi disponibili al medico di medicina generale e consultabili mediante accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Alcune informazioni possono essere conosciute dal Servizio Prevenzione collettiva e Sanità pubblica e dal Servizio Assistenza Territoriale della Regione Emilia-Romagna per le opportune attività di monitoraggio, sulla base di quanto previsto dall’art. 17-bis del D.L. 17/03/2020, n. 18 rubricato “Disposizioni sul trattamento dei dati personali nel contesto emergenziale”.

PERIODO DI CONSERVAZIONE

I dati sono conservati per il tempo strettamente necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono raccolti, dopodiché sono trattati solo in forma anonima ed aggregata.

ESERCIZIO DEI DIRITTI

Lei può in ogni momento esercitare il diritto di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati e, nel caso, ottenerne l’accesso, la rettifica di dati inesatti e l’integrazione di dati incompleti. Ha altresì il diritto di ottenere, nei casi previsti dalla legge, la cancellazione dei dati, la limitazione del trattamento, l’opposizione al trattamento. Tali diritti possono essere esercitati presentando specifica istanza all’Azienda USL di Parma. Se ritiene che il trattamento dei dati sia effettuato in violazione di legge, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Titolare del trattamento dei dati è l’Azienda USL di Parma, con sede in Strada del Quartiere, 2/a – 43125 Parma.

Il Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato all’indirizzo e-mail: dpo@ausl.pr.it o all’indirizzo del Titolare.

Ulteriori informazioni riguardanti il trattamento dei dati personali, incluse le modalità per l’esercizio dei diritti, sono consultabili sul sito istituzionale dell’Azienda USL di Parma: www.ausl.pr.it - sezione “Privacy”

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:

- scolari e studenti (0-18 anni e maggiorenni se frequentanti scuola secondaria superiore);
- relativi genitori, anche se separati e/o non conviventi e tutori/affidatari;
- relative sorelle/fratelli;
- altri familiari conviventi di scolari/studenti;
- nonna/nonno non convivente di scolari/studenti;
- studenti universitari anche se frequentanti Università fuori regione;
- studenti dei percorsi di leFP (Istruzione e Formazione Professionale);
- personale scolastico delle scuole di ogni ordine e grado e dei servizi educativi 0-3 anni;
- personale degli enti di formazione professionale che erogano i percorsi di leFP;
- farmacisti che partecipano al progetto;
- persone con disabilità, collaboranti e in grado di indossare la mascherina;
- relativi familiari conviventi.

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 _____

documento di riconoscimento _____

dichiaro di essere

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

- 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. _____

Firma _____

Data _____

Tel. -

Allegato 6

MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST RAPIDO NASALE IN FARMACIA PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in _____, Via _____

documento di riconoscimento _____

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di

(Nome) _____ (Cognome) _____

che frequenta la Scuola _____ Classe _____

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido nasale rivolto alla ricerca dell'antigene del coronavirus; il campionamento sarà eseguito da me stesso.

Firma _____

Data _____