

## **INFORMATIVA SULLA POSSIBILITA' DI ESEGUIRE IN FARMACIA IL TEST ANTIGENICO RAPIDO**

Gentile cliente, desideriamo darLe informazioni dettagliate sull'effettuazione del Test antigenico rapido, mirato a rivelare la proteina del nucleocapside del Coronavirus.

Prima che Lei prenda la decisione di effettuare tale test, 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 DEL TEST?

Il test antigenico rapido nasale, meno laborioso di altri test di rilevazione della presenza del virus, porta ad un risultato immediato nell'identificare se le persone sono entrate in contatto con il virus SARS-CoV-2 e consente di evitare il nascere di possibili nuovi focolai di Covid-19.

Si specifica che il test antigenico rapido può comportare esiti di falso negativo e falso positivo.

In caso di positività al test, dovrà recarsi presso il suo domicilio e porsi in isolamento, informare il medico curante ed attendere indicazioni delle autorità sanitarie competenti.

### E' POSSIBILE ESEGUIRE IL TEST IN FARMACIA?

In ottemperanza alla vigente normativa è possibile effettuare il Test antigenico rapido a pagamento presso le farmacie aderenti.

**Il costo del test è di €15,00.**

### COSA COMPORTA L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO?

L'effettuazione del Test comporta:

- per i maggiorenni, la presa visione della presente informativa e la sottoscrizione del consenso a pagina 4;
- per i genitori, tutori e soggetti affidatari dei i minori da sottoporre al test la presa visione della presente informativa e la sottoscrizione del consenso a pagina 5;
- la compilazione, anche con acquisizione automatica da parte del personale di farmacia, di dati anagrafici quali: codice fiscale, numero di cellulare per successivi eventuali contatti da parte del Servizio di Salute Pubblica;
- 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 attraverso la APP Antigene (#insalute) della Regione Toscana, 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 antigenico rapido, Lei sarà contattato dal Servizio di Sanità pubblica. 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

Il test antigenico rapido nasale positivo, in ottemperanza all'Ordinanza del Presidente della Giunta della Regione Toscana n.66 del 28 dicembre 2021, è sufficiente a definire il caso confermato COVID 19 (Circolare del Ministero della Salute 11.08.2021) e a porre il soggetto in isolamento, senza effettuare la conferma con test molecolare.

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.

In caso di risultato al test antigenico rapido nasale negativo non vi sarà necessità di un Suo isolamento domiciliare.

Si specifica che il test antigenico rapido può comportare esiti di falso negativo e falso positivo.

#### FINALITA' E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

La base giuridica del trattamento dei dati personali è dettata dal Regolamento EU 2019/679, art. 9, par. 2, lettera h) e i), e in quanto tale non necessita del Suo consenso.

TRATTAMENTO DEI DATI anagrafici, il codice fiscale, il numero di telefono, il nome del MMG/PLS e il risultato del test, sia positivo che negativo, saranno trasmessi al sistema di informativo della Regione Toscana e alla Azienda USL ai fini di sorveglianza dell'epidemia da SARS CoV 2.

Titolare del trattamento è la Regione Toscana - Giunta regionale, con sede in Piazza Duomo 10, 50122 Firenze,

PEC: [regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it), il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) / Data Protection Officer (DPO) è raggiungibile al seguente indirizzo e-mail: [urp\\_dpo@regione.toscana.it](mailto:urp_dpo@regione.toscana.it)

Il titolare del trattamento, La informa che i Suoi dati potranno essere trattati anche da personale incaricato del trattamento per le vie brevi. La Farmacia presso la quale ha eseguito il test è stata designata quale responsabile del trattamento dei dati.

Farmacie Fiorentine A.Fa.M. S.p.A., azienda che gestisce le farmacie Comunali di Firenze, con sede legale in Via del Gelsomino 25, 50125, Firenze, è Responsabile al trattamento, raggiungibile per mail all'indirizzo [privacy@afam.it](mailto:privacy@afam.it).

Il responsabile della protezione dei dati è l'Avvocato Giuseppe Serafini raggiungibile ai seguenti punti di contatto: Email: [dpo@afam.it](mailto:dpo@afam.it)

Firenze, dicembre 2022

**COMPILAZIONE OBBLIGATORIA**

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO E ADESIONE AI COMPORAMENTI CORRELATI AD ESITO POSITIVO**

Io sottoscritto (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000

Dichiaro

- di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa;
- di aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- di dare il consenso all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione dell'antigene del coronavirus;
- di sottopormi ad isolamento presso il mio domicilio, in caso di positività del test antigenico rapido, di informare il medico curante e rimanere in attesa di comunicazioni da parte delle autorità sanitarie competenti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**COMPILAZIONE OBBLIGATORIA IN CASO DI TEST ANTIGENICO RAPIDO SU MINORE**

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO TEST ANTIGENICO RAPIDO SU MINORE E ADESIONE AI  
COMPORAMENTI CORRELATI AD ESITO POSITIVO**

Io sottoscritto (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, residente in via \_\_\_\_\_ e

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

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di (Nome) \_\_\_\_\_  
(Cognome) \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000

Dichiaro

- di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa;
- di aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- di dare il consenso all'esecuzione sul minore sopra indicato del test antigenico rapido per la rilevazione dell'antigene del coronavirus;
- di sottoporre il minore sopra indicato, in caso di positività del test antigenico rapido, ad isolamento presso il domicilio, di informare il medico curante e di rimanere in attesa di comunicazioni da parte delle autorità sanitarie competenti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_