Comune di Casamicciola Terme

Firmato digitalmente da

Giovan Battista Castagna

O = non presente
C = IT

EMERGENZA SANITARIA CORONAVIRUS

Test Rapidi per la ricerca degli anti corpi anti-Covid19

ATTUAZIONE ORDINANZA SINDACALE N. 91 DEL 01 APRILE 2020

AVVISO

PER LE CATEGORIE INDIVIDUATE PER LA EFFETTUAZIONE DEL TEST RAPIDO

IL SINDACO

Vista l'ordinanza n. 91/2020;
Visto che le categorie da sottoporre a test rapido sierologico sono le seguenti:
a) i soggetti potenzialmente collegati ad un cluster o comunque esposti a contagio (contatti familiari, lavorativi o sociali/occasionali a casi sospetti o confermati) che sono stati o possono essere stati a contatto con un caso confermato o probabile di COVID-19, focalizzando la ricerca degli stessi con particolare attenzione alle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso;
b) il personale del Servizio Sanitario Regionale, i medici di medicina generale (medici di famiglia), i pediatri di libera scelta, i farmacisti, gli operatori delle Strutture per non autosufficienti;
c) alcune categorie di lavoratori dei "Servizi Essenziali" con priorità verso quelli con maggiore contatto con la popolazione generale, iniziando pertanto con gli addetti alle casse dei supermercati e negozi alimentari e la cui attività non è sospesa, Vigili del Fuoco e Forze dell'Ordine, con possibilità di ampliamento al variare dello scenario epidemiologico;
d) i soggetti rientrati sul territorio comunale e loro familiari e/o contatti.

INVITA

Chi rientri nelle categorie di persone sopra indicate e/o il legale rapp.te/Comandante/Direttore di società/Forze dell'Ordine/Enti/Uffici (di cui all'allegato A) ad inviare una richiesta formale di adesione all'iniziativa con l'elenco delle persone da sottoporre al test e la indicazione di tutti i dati richiesti (ALL.B e ALL.C per ogni singolo soggetto) ed a trasmette il tutto a questo Ente all'indirizzo **e-mail covid19.comunecasamicciola@gmail.com entro e non oltre il giorno 6 aprile 2020 ore 13,00.**

Il test sarà effettuato in Casamicciola Terme al piazzale Ancora a decorrere dal 7 aprile 2020 alle ore 10 e nei giorni seguenti, secondo un calendario che sarà di volta in volta comunicato.
La persona che avrà comunicato la sua adesione a sottoporsi al test, dovrà arrivare a Piazzale Ancora, munito di copia di carta di identità, con la propria autovettura e dotarsi di guanti e mascherina. Si avvicinerà alla tenda della Croce Rossa e, seguendo un percorso delimitato, dovrà consegnare al medico la liberatoria e il questionario già compilati in originale; seguire le istruzioni impartite e attendere l'esito del test, rimanendo in auto in apposita area.
Una copia del test sarà immediatamente consegnata all'interessato.
Qualora l'esito del test risulti positivo, la persona sarà segnalata al medico di base per l'iter conseguenziale con quarantena precauzionale di giorni quattordici.
Allegati:
1) elenco delle categorie individuate dall'Ente, che possono partecipare al presente avviso entro il 06.04.2020 (ALL.A);
2) liberatoria da consegnare, compilati, al medico esecutore del test (ALL.B);
3) questionario da consegnare, compilati, al medico esecutore del test (ALL.C).

SI PRECISA CHE, SULLA BASE DELLE RICHIESTE FORMULATE, DOPO OPPORTUNA VALUTAZIONE, IL MEDICO INCARICATO PROVVEDERA' A CONTATTARE DIRETTAMENTE L'INTERESSATO, COMUNICANDO IL GIORNO E L'ORA DELLA EFFETTUAZIONE DEL TEST.

Casamicciola Terme , 4 aprile 2020

f.to digitalmente IL SINDACO
ing. Giovan Battista Castagna

Comune di Casamicciola Terme

ALL.A

ELENCO DELLE CATEGORIE INDIVIDUATE

SUL TERRITORIO DI CASAMICCIOLA TERME

- **Al COMANDANTE POLIZIA LOCALE CASAMICCIOLA TERME**
- **STAZIONE CC CASAMICCIOLA TERME**
- **LOCAMARE CASAMICCIOLA TERME**
- **AL DIRETTORE DELL'UFFICIO POSTALE DI CASAMICCIOLA TERME**
- **AL PERSONALE COMUNALE CHE LAVORA IN PRESENZA IN CONTATTO COL PUBBLICO**
- **AL SUPERMERCATO DECO' – CASAMICCIOLA TERME**
- **AL SUPERMERCATO DOK – CASAMICCIOLA TERME**
- **AL SUPERMERCATO MD – CASAMICCIOLA TERME**
- **ALL'ESERCIZIO COMMERCIALE "PRIMI ANNI"**
- **ALLA FARMACIA "SAN BERNARDO" – CASAMICCIOLA TERME**
- **ALLA FARMACIA DI LUISE – CASAMICCIOLA TERME**
- **ALLA TABACCHERIA NICOLA – PERRONE – CASAMICCIOLA TERME**
- **ALLA TABACCHERIA DI PIAZZA BAGNI – CASAMICCIOLA TERME**
- **ALLA TABACCHERIA DI CORSO LUIGI MANZI – CASAMICCIOLA TERME**
- **ALLA EDICOLA DI PIAZZA MARINA**
- **ALLA EDICOLA DI PIAZZA BAGNI**
- **ALLA EDICOLA DI CORSO LUIGI MANZI – PERRONE**
- **ALL'ESERCIZIO COMMERCIALE DI VIA CUMANA GIODEL**
- **ALLA MACELLERIA VIOLA**
- **ALL'ESERCIZIO COMMERCIALE IMPAGLIAZZO DI PIAZZETTA PARODI**
- **ALL'ESERCIZIO COMMERCIALE CASTAGNA ANNA**
- **ALLA PESCHERIA LA MONICA ROSANNA**
- **ALL'ESERCIZIO COMMERCIALE DI COSTANZO – RIONE REGINA MARGHERITA**
- **ALLA PANETTERIA PACERA – VIA CAGLIARI**
- **ALLA PANETTERIA DI CORSO LUIGI MANZI**
- **VOLONTARI DELLE ASSOCIAZIONI (CARITAS , CATENA ALIMENTARE, GARFI)**
- **ALL'AMMINISTRATORE DELLA SOCIETA' AMCA**
- **AL LIQUIDATORE DELLA SOCIETA' MARINA DI CASAMICCIOLA**
- **CHI RIENTRI NELLE CATEGORIE A) – B) – C) – D) DEL PRESENTE AVVISO**

Casamicciola Terme, 4 aprile 2020

COMUNE DI CASAMICCIOLA TERME

ALL. B

Città Metropolitana di Napoli

CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE

Io sottoscritto/a _____
Nato/a _____ il _____
Residente in _____ alla via _____ n. ___
Codice Fiscale _____ Cell/Tel. (*obbligatorio*)_____

DICHIARO

di essere stato/a informato/a con parole chiare e comprensibili delle finalità derivanti dall'esecuzione del test diagnostico in Vitro che prevede l'utilizzo di sangue venoso periferico o capillare (da polpastrello), per la determinazione quantitativa di anticorpi di tipo IgM ed IgG anti-SARS Cov-2, agente eziologico della patologia COVID-19.

Dichiaro pertanto:

- di essere a conoscenza dell'uso esclusivamente sperimentale del test, e che lo stesso fornisce solo un risultato di screening, necessario alle autorità competenti per l'adozione delle misure più idonee per arginare i contagi;
- di essere altresì a conoscenza che la verifica per il definitivo accertamento diagnostico per la presenza o meno dell'infezione da COVID-19 dovrà essere eseguita dalle strutture pubbliche competenti, presso i laboratori della rete regionale;
- in caso di positività accertata dal test rapido (sia che essa derivi da infezione in fase acuta con o senza esposizione e/o sintomatologia, sia che essa derivi da infezione in fase acuta ma in corso di immunizzazione con o senza esposizione e/o sintomatologia) di accettare l'applicazione della misura, disposta dal Sindaco, dell'isolamento fiduciario, per il periodo di quarantena obbligatorio (minimo 14 gg.) e di restare a disposizione della competente A.S.L. (alla quale verrà segnalato) per la necessaria verifica definitiva a mezzo tampone;
- in caso di positività accertata dal test rapido derivante dalla circostanza che il soggetto è immunizzato avendo sviluppato l'immunità acquisita, di accettare di continuare ad osservare le misure in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, secondo le disposizioni nazionali, regionali e comunali e di restare a disposizione della competente A.S.L. (alla quale verrà segnalato) per la necessaria verifica definitiva a mezzo tampone;
- che, in caso di negatività accertata dal test rapido, di accettare di continuare ad osservare le misure in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, secondo le disposizioni nazionali, regionali e comunali e di restare comunque a disposizione della competente A.S.L. per la necessaria verifica definitiva, in quanto l'attendibilità del test non è assoluta, potendosi gli anticorpi di tipo IgM ed IgG anti-SARS Cov-2 manifestarsi anche 4-5 giorni dopo che si è contratto il virus;

Su richiesta esplicita, ottenuti tutti i chiarimenti in merito ai miei dubbi e compreso quanto riferitomi, consapevolmente:

☐ Acconsento

☐ Non acconsento

all'esecuzione del test, sollevando da ogni responsabilità il Comune di Casamicciola Terme ed i soggetti esecutori dello stesso da qualsiasi responsabilità connessa e/o derivante dall'esecuzione dello stesso e/o da eventuali incongruenze ed imprecisioni che si dovessero palesare.

Il dichiarante

_____

Dott. BUONO VINCENZO
Medico Chirurgo
Studio: Via Acquedotto, 22
80072 Barano d'Ischia (Na)
Tel. 349 6583211
Ordine dei Medici Chirurghi - Provincia di Napoli
N. 36284

CONSENSO TRATTAMENTO DATI

Inoltre, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione della presente,

DICHIARO

- di essere stato informato sulla tutela dei dati personali e che i dati personali forniti all'atto della compilazione del presente consenso informato saranno trattati in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili, anche mediante sistemi informatizzati solo ed esclusivamente nell'ambito delle operazioni connesse alla procedura oggetto della presente;
- di acconsentire con la presente dichiarazione, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili;
- di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti dall'art. 7 della Legge 196/2003, tra i quali il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati nonché la loro cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi al titolare del trattamento dei dati personali;
- di essere a conoscenza che titolare del procedimento è il Comune di Casamicciola Terme nella persona del Sindaco;
- di essere a conoscenza che per le finalità dell'iniziativa, i dati personali saranno trasmessi all'ASL competente per territorio.

Il dichiarante

_____

Dott. BUONO VINCENZO
Medico Chirurgo
Studio: Via Acquedotto, 22
80072 Barano d'Ischia (Na)
Tel. 349 6583211
Ordine dei Medici Chirurghi - Provincia di Napoli
N. 36284

ALL. C

QUESTIONARIO CONOSCITIVO COVID-19

Informato del trattamento dei dati personali a norma del GDPR UE 679/2016 di cui alla specifica informativa visionata

NOME	**COGNOME**
Luogo di nascita	**Data di nascita**
Medico curante	**Tel.**
Residenza	

1	Ha effettuato viaggi o ha risieduto in aree a rischio della Cina, Corea, Giappone e Iran negli ultimi 30 giorni?	NO	SI
2	È stato a contatto con soggetti che hanno effettuato viaggi o hanno risieduto in aree a rischio della Cina, Corea, Giappone e Iran negli ultimi 30 giorni?	NO	SI
3	Ha lavorato in un ambiente dove si stanno curando pazienti con infezioni respiratorie acute gravi di origine sconosciuta?	NO	SI
4	È stato a contatto con persone che hanno lavorato in un ambiente dove si stanno curando pazienti con infezioni respiratorie acute gravi di origine sconosciuta?	NO	SI
5	Ha avuto un contatto stretto con un caso probabile o confermato di infezione da Covid-19?	NO	SI
6	Ha lavorato o frequentato una struttura sanitaria nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia dove sono stati ricoverati pazienti con infezione da Covid-19?	NO	SI
7	È stato negli ultimi 15 giorni in Lombardia, Piemonte, Veneto, Emilia Romagna?	NO	SI
8	Se la risposta alla domanda n.7 è affermativa, ha frequentato luoghi affollati (stadi, palazzetti dello sport, discoteche, concerti,…)?	NO	SI
9	È stato negli ultimi 15 giorni in una delle città italiane attualmente poste in isolamento?	NO	SI
10	È stato a contatto con soggetti che hanno effettuato viaggi o ha risieduto in una delle città italiane attualmente poste in isolamento?	NO	SI
11	Ha avuto recentemente febbre o tosse dopo essere stato in una delle località italiane o straniere poste in isolamento o dopo aver frequentato persone che sono state in quei luoghi?	NO	SI

Letto, confermato e sottoscritto con validità di dichiarazione sostitutiva di certificazione (Art46 del DPR 445 del 28/12/2000) consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR445 del 28/12/2000

Casamicciola Terme, _____ **L'intervistato _____**

Dott. BUONO VINCENZO
Medico Chirurgo
Studio: Via Acquedotto, 22
80072 Barano d'Ischia (Na)
Tel. 349 6583211
Ordine dei Medici Chirurghi - Provincia di Napoli
N. 36284