**AGGIORNAMENTO DELL’OFFERTA DI TAMPONI ANTIGENICI RAPIDI PER DIAGNOSI DI INFEZIONE DA SARS-COV-2 A CARICO DEL SSN**

Vista

la deliberazione n° XI / 4864 seduta del 14/06/2021 avente come oggetto “*determinazioni in ordine all’aggiornamento dell’offerta di tamponi antigenici rapidi per la diagnosi di infezione da sars-cov-2 a carico del ssr in attuazione dell’ordinanza del ministro della salute dell’8 maggio 2021 recante “ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da covid-19 - modalita’ di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale” e dell'art. 1 bis l. 28/05/2021 n. 76”*

Si rende noto quanto segue

1. **Il tampone antigenico rapido può essere effettuato a carico del ssn attraverso la rete dei punti tampone** ovveroerogatori pubblici e privati accreditati e a contratto per il servizio di medicina di laboratorio e la rete delle farmacie aderenti all’erogazione di tali test antigenici rapidi **esibendo, da parte della persona interessata, autodichiarazione relativa alla visita programmata (vedi modulo allegato).**
2. **Per l’esecuzione dei tamponi antigenici rapidi presso le strutture sociosanitarie** per la diagnosi di infezione da sars-cov-2 dei visitatori/familiari in attuazione dell’ordinanza del ministro della salute dell’8 maggio 2021 di approvazione delle linee guida richiamate dall’art. 1 bis della l. 28/05/2021 n. 76, la Fondazione Giuseppe Costantino onlus ente gestore dell’RSD “L’Airone” ha stabilito le seguenti modalità di esecuzione degli stessi:

* Al momento della prenotazione della visita del congiunto, che dovrà essere effettuata seguendo le modalità indicate nel protocollo 28 ( già condiviso con tutti i caregivers dei nostri utenti), qualora già non ricorrano le altre condizioni previste dall’Ordinanza stessa - stato di vaccinato anti SARS-CoV-2 o stato di guarigione da SARS-CoV-2-, il visitatore potrà richiedere l’esecuzione di tampone antigenico rapido (che avrà validità di 48 ore dall’esecuzione) concordando lo stesso con la Dr.ssa Marina Marina, medico responsabile dell’RSD allo 0382 21922. Questo anche al fine di poter calcolare un adeguato intervallo di tempo tra un appuntamento e il successivo, per evitare assembramenti e consentire le idonee misure di igienizzazione degli ambienti e superfici
* La dr.ssa Marina svolgerà tutti i passaggi necessari all’ esecuzione della procedura in collaborazione con il personale infermieristico, debitamente formato sulle precauzioni standard per la prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza e quelle specifiche per la prevenzione della trasmissione dell’infezione da SARS-CoV-2 (COVID-19) a cui devono attenersi e indossando i DPI necessari allo svolgimento di tale procedura (tuta o camice idrorepellente, FFP2, doppi guanti monouso, calzari, visiera) che verranno successivamente smaltiti negli appositi contenitori per rifiuti speciali.
* Vista la struttura interna ed esterna dell’RSD e la necessità di evitare promiscuità con gli ospiti/pazienti, i visitatori già testati e gli operatori (ad esclusione degli addetti al test), non potendo garantire questa precauzione all’interno degli spazi dedicati all’RSD, si prevede di svolgere i tamponi antigenici negli spazi della Fondazione Costantino adiacenti all’RSD e che già ospitano la segreteria dell’RSD stessa. In particolare in presenza di condizioni climatiche favorevoli, verranno eseguiti nello spazio esterno antistante l’ingresso e allo scopo adeguatamente attrezzato al momento dell’ effettuazione del test . In caso di condizioni climatiche non favorevoli verrà eseguito in un locale ad uso momentaneamente esclusivo e che verrà adeguatamente igienizzato prima e dopo l’utilizzo (vedi protocolli interni).
* Il familiare/care-giver prima di sottoporsi al tampone dovranno compilare ***il triage visitatori ( vedi allegato*** *)*; se risponderà affermativamente alla prima domanda o risulterà avere anche solo un sintomo elencato nella seconda domanda, **l’effettuazione del tampone verrà sospeso e dovrà allontanarsi dalla struttura**
* **Al momento dell’accesso e durante tutta la permanenza (tranne il tempo necessario per esecuzione del test antigenico)** i visitatori dovranno:

-indossare **mascherina FFP2** o superiore

- igienizzarsi le mani all’ingresso ed in uscita

- dovrà essere misurata temperatura tramite scanner

- verranno previsti spazi sufficienti a garantire un adeguato distanziamento;

* Verrà richiesto il consenso all’esecuzione del tampone (vedi modulo allegato)

Se il test antigenico rapido risultasse positivo, **la persona non può essere autorizzata** all’accesso in struttura in qualità di visitatore, ma dovrà essere informata circa: la necessità di restare in isolamento presso il proprio domicilio, evitando i contatti con altre persone; la necessità di informare tempestivamente il proprio MMG circa il risultato del test per gli ulteriori accertamenti (tampone molecolare) ed eventuali cure o altre indicazioni.

* La dr.ssa Marina, in collaborazione con il personale infermieristico , prima di effettuare il tampone, fornirà le necessarie informazioni all’utente circa la procedura e le modalità di consegna del risultato.
* I rifiuti derivanti dall’esecuzione del test saranno smaltiti in contenitori per rifiuti speciali, secondo la normativa vigente, seguendo le istruzioni del produttore del tampone rapido.
* L’operatore consegnerà l’attestazione dell’esito del test antigenico rapido come da format allegato.
* La struttura assolverà al debito informativo COVID-19, valevole anche ai fini secondo le modalità indicate da Regione Lombardia.
* Nel caso di test antigenico rapido risultato positivo effettuato all’interno dei locali della struttura, si procede alla pulizia e sanificazione dei suddetti, secondo le disposizioni della circolare del Ministero della salute n. 0005443- 22/02/2020-DGPRE-DGPRE-P, nonché alla loro ventilazione.



**TRIAGE visitatori**

**Le chiediamo quindi di rispondere alle seguenti domande:**

|  |
| --- |
| **Ha avuto negli ultimi 14 giorni un contatto stretto (specificare in nota) con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da coronavirus ( covid 19)?**  SI NO  Nota \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Presenta o ha presentato negli ultimi 14 gg ,anche solo uno dei seguenti sintomi ?**   * febbre superiore ai 37,5 (**misurazione con scanner all’ingresso**) * tosse secca * respiro affannoso/difficoltà respiratorie * dolori muscolari diffusi * raffreddore * mal di gola * congiuntivite * diarrea * perdita del senso del gusto (ageusia) * perdita del senso dell’olfatto (anosmia) |
| **Dati anagrafici**  Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Comune di residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Parente di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all’Art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445  **Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Definizione di contatto stretto (circolare Ministero della Salute 0007922-09/03/2020)**

* Una persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19; una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano); una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati); una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti; una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri; un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l’impiego dei DPI raccomandati o mediante l’utilizzo di DPI non idonei; una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19, i compagni di viaggio o le persone addette all’assistenza e i membri dell’equipaggio addetti alla sezione dell’aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave od abbia effettuato spostamenti all’interno dell’aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell’aereo o in tutto l’aereo).

**CONSENSO INFORMATO PER L’EFFETTUAZIONE** **DEL TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA COVID-19**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con codice fiscale (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e reperibile al seguente recapito telefonico(\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo e-mail (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all’effettuazione del test

***In caso di effettuazione test a persona amministrata/tutelata compilare anche la seguente sezione: (con acquisizione dell’autorizzazione all’esecuzione del test da parte di entrambi i genitori)***

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del Sig/Sig.ra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA Covid-19 – Ag-RDTs***

È necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test sia a conoscenza del significato dell’esito, delle azioni conseguenti e degli adempimenti che dovranno essere rispettati:

* l’adesione al test è integrale, ovvero a **tutte le fasi del percorso diagnostico**;
* l’esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo;
* il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di referto alla persona che si sottopone al medesimo; è previsto il rilascio di attestazione esito;
* la positività al test comporta l’invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell’RNA virale (test molecolare) mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo;
* la positività al test comporta l’informativa all’utente, da parte del personale sanitario che esegue il test, sulle disposizioni riguardo l’isolamento domiciliare fiduciario del soggetto e dei contatti stretti, fino all’esito del tampone per ricerca di RNA virale;
* in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo.

**Dichiaro di aver preso visione dell’Informativa sopra riportata**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ed esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, ad effettuazione di test antigenico rapido con tampone nasofaringeo per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure in caso di esito positivo (IMPOSSIBILITÀ A FAR VISITA AGLI OSPITI, OBBLIGO DI ISOLAMENTO DOMICILIARE, INFORMAZIONE AL MMG PER PROGRAMMAZIONE TAMPONE MOLECOLARE, AGGIORNAMENTO INFORMATIZZATO ANCHE ALLA ATS)**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiaro altresì di aver ricevuto e preso atto dell’informativa di cui all’Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation".**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma leggibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ATTESTAZIONE ESITO TEST ANTIGENICO RAPIDO PER SARS CoV-2**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo documento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero documento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esito del test:

□ Positivo

□ Negativo

□ Dubbio

**In caso di esito positivo del test,** la positività all’infezione da SARS CoV-2 deve essere confermata con un secondo tampone nasofaringeo eseguito con metodo molecolare (ricerca dell’RNA virale) entro 12 ore.

Tipologia tampone effettuato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero tamponi eseguiti con Esito non valido prima dell’esito finale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo esecuzione test rapido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data esecuzione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Operatore che ha eseguito e letto l’esito del test:**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qualifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si informa, inoltre che, mediante flusso informativo, il risultato del test sarà disponibile alla ATS per quanto di competenza.