

Dichiarazione di consenso informato per la partecipazione ai test ripetuti

Sono stato/a informato/a con una lettera/e-mail della volontà dell'azienda di partecipare al programma cantonale di test ripetuti per il depistaggio del virus SARS-CoV-2 nelle persone asintomatiche. Questo significa che una volta alla settimana dovrò sottopormi al test scelto dalla mia azienda: test rapido nasofaringeo (risultato in 15 minuti comunicato personalmente dall'operatore sanitario) oppure un test molecolare PCR in pool (risultato in 24 ore comunicato personalmente dal laboratorio). L'insieme dei risultati sarà trasmesso in forma anonima al responsabile del progetto per l'azienda. L'azienda non sarà autorizzata a ricevere informazioni inerenti il risultato del mio test ed altri problemi di salute in assenza del mio esplicito consenso.

Per verificare la partecipazione ai test, il Medico cantonale ha la facoltà di ottenere i nominativi delle persone che partecipano al programma ed è autorizzato dalla Legge sulle epidemie (LEp artt. 15, 16, 30-39 e 53) e dalla Legge sanitaria (LSan art. 40b) ad accedere alle informazioni inerenti il risultato del test effettuato. Queste informazioni non saranno trasmesse all'azienda senza il mio esplicito consenso o in assenza di base legale che lo permetta.

Sono a conoscenza che il collaboratore/la collaboratrice con sintomi¹ non può presentarsi al test ripetuto in azienda, ma deve seguire le procedure ordinarie. Inoltre, mi è stato detto che il test utilizzato all'interno di questo progetto è completamente gratuito per il personale e che il tempo impiegato per sottoporsi al test è considerato tempo di lavoro.

In caso di risultato positivo del test devo pormi in isolamento preventivo e fare un test molecolare PCR di conferma. Se il risultato è confermato sarò contattata/o dal servizio di tracciamento dei contatti per formalizzare l'isolamento e porre in quarantena gli eventuali contatti stretti. In caso di risultato negativo, l'isolamento è terminato.

Inoltre, sono a conoscenza del fatto che posso revocare il mio consenso in ogni momento senza dare alcuna motivazione. Di principio si prevede una partecipazione di almeno 1 mese (4 test).

Ho ricevuto le spiegazioni che mi servivano e ho avuto tempo a sufficienza per decidere di partecipare in modo assolutamente volontario e privo di qualsivoglia forma di pressione ai test ripetuti effettuati in azienda.

Questo formulario è da consegnare al responsabile del progetto dei test ripetuti dell'azienda, posso richiederne una copia da conservare nei miei atti.

Responsabile del progetto test ripetuti

Firma

Data

Il collaboratore/la collaboratrice

Firma

Data

¹ Tosse, mal di gola, dolori muscolari, perdita improvvisa del gusto o dell'olfatto, con o senza febbre.