

INFORMATIVA E CONSENSO PER TEST SALIVARE/PUNGIDITO E EVENTUALE PRELIEVO EMATICO

SCREENING NAZIONALE GRATUITO PER L'ELIMINAZIONE DEL VIRUS HCV INFORMATIVA E CONSENSO PER TEST SALIVARE/PUNGIDITO ED EVENTUALE PRELIEVO EMATICO

L'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, su mandato della Regione Friuli Venezia Giulia, in applicazione di un progetto promosso e finanziato dal Ministero della Salute, in attuazione dell'art. 25-sexies del D.L. 30 dicembre 2019, n. 162, svolge **un'attività di "screening" di popolazione** per identificare le infezioni causate dal virus dell'Epatite C (HCV).

L'infezione cronica da virus HCV è la principale causa di malattia cronica del fegato e di cirrosi, con importanti implicazioni di salute pubblica.

Caratteristica clinica peculiare dell'epatite C è la spiccata tendenza a un decorso cronico asintomatico prolungato nel tempo, con tardiva comparsa di sintomi solo nelle fasi più avanzate di malattia. Questo comporta che in molti soggetti l'infezione non è stata ancora identificata.

Da questa malattia è possibile guarire completamente se ci si sottopone alla terapia farmacologica specifica con antivirali, la ricerca scientifica ha dimostrato infatti che gli attuali trattamenti farmacologici contro il virus dell'Epatite C sono molto efficaci e permettono la guarigione di circa il 96-100% dei casi.

Obiettivo dello screening è quello di rilevare le infezioni da virus dell'epatite C ancora non diagnosticate, migliorare la possibilità di una diagnosi precoce, avviare i pazienti al trattamento, al fine di evitare le complicanze di una malattia epatica avanzata, nonché interrompere la circolazione del virus impedendo nuove infezioni.

Lo screening verrà effettuato attraverso un test salivare/pungidito per ricerca sierologica degli anticorpi rivolti contro il virus dell'epatite C.

In caso di positività a questo test, verrà proposto il prelievo venoso per la conferma della presenza degli anticorpi rivolti contro il virus dell'epatite C, e, in caso di positività a questo test, il laboratorio, sullo stesso campione, effettuerà contestualmente la ricerca della presenza del virus attraverso la quantificazione del RNA virale.

In caso di negatività della ricerca sierologica degli anticorpi rivolti contro il virus dell'epatite C (HCV Ab Negativo) o in caso di negatività della ricerca del virus nel sangue (HCV RNA negativo), non verrà effettuato nessun ulteriore accertamento.

I risultati di laboratorio potranno essere visualizzati anche tramite il fascicolo sanitario elettronico (FSE).

In caso di positività della ricerca del virus nel sangue (HCV RNA positivo), il personale aziendale la contatterà per fissare l'appuntamento della visita specialistica e per gli ulteriori approfondimenti, sempre senza necessità di pagare il ticket e senza l'utilizzo dell'impegnativa S.S.R.

I costi del percorso di screening HCV sono, infatti, interamente coperti dal Servizio Sanitario Regionale.

Per poter aderire allo screening per epatite C, è necessario compilare e firmare l'autorizzazione sottostante.

Tutte le informazioni saranno trattate nel rispetto della normativa vigente sul trattamento dei dati personali (D.lgs. 196/2003 "Codice della Privacy" Reg UE 679/2016 GDPR), come da informativa allegata.

MODULO PER LA RACCOLTA DEL CONSENSO AL TEST HCV SALIVARE/ PUNGIDITO ed eventuale PRELIEVO EMATICO

Il/La sottoscritto/a _____ (Cognome e Nome in stampatello)

Nato/a _____ il ___/___/_____ Residente a _____ Prov. (___),

Via _____ CAP _____ Telefono _____

e-mail _____

DICHIARA:

(indicare con la voce che interessa)

di avere letto/è stata illustrata in una lingua nota e di aver compreso tutte le informazioni utili riferibili al Programma di Screening per prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV);

di autorizzare NON autorizzare l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale ad eseguire lo screening HCV mediante test salivare/pungidito;

di autorizzare NON autorizzare al prelievo venoso in caso di positività del test salivare/pungidito.

Luogo e data: _____ Firma: _____

_____ Da compilare a cura di chi ha fornito le informazioni:

Il/La

sottoscritto/a

(cognome e

nome in stampatello)

Qualifica: _____ conferma che il/la sig./ra

_____ ha espresso il consenso alla procedura di screening, dopo

essere stato/a adeguatamente informato/a. Luogo e data: _____ Firma:
