



# Federazione Italiana Scherma

Viale Tiziano, 74  
00196 Roma  
www.federscherma.it

Roma, 08 Febbraio 2021

**A TUTTE LE SOCIETÀ  
SCHERMISTICHE  
- LORO INDIRIZZI -**

## **COMUNICATO GARE N° 7/21**

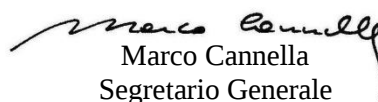
### **OGGETTO: Tampone Antigenico Test Event di fioretto e spada**

Lignano Sabbiadoro – 11/14 Febbraio 2021

Formia – 12/15 Febbraio 2021

Si informa che in occasione dei Test Event di fioretto e spada in programma nelle sedi e nelle date di cui all'oggetto, al fine di consentire a tutti i partecipanti di sottoporsi a test antigenico nelle 48 ore antecedenti la competizione d'interesse e quindi ottemperare a quanto previsto dal protocollo per l'organizzazione e lo svolgimento degli eventi e delle competizioni schermistiche, sono state individuate le seguenti strutture sanitarie, operanti nei giorni di gara, presso le quali poter eseguire i tamponi antigenici (rapidi):

- **Lignano Sabbiadoro:** SOGIT – Via Mezzasacca 1/A – Lignano  
Costo test: €25 pro-capite  
E' richiesta la prenotazione chiamando il n. 0431423298
- **Formia:** Farmacia AZZUOLI - Via Appia Lato Napoli 228, Formia  
Costo test: €22 pro-capite  
Orario disponibilità: sabato 13 febbraio dalle 16 alle 20, domenica 14 febbraio dalle 9 alle 13.  
Sarà richiesta la compilazione del modello di autocertificazione allegato alla presente circolare.

  
Marco Cannella  
Segretario Generale

## **ALLEGATI N. 1**



Tel 06 3265 91 Fax 06 3265 9190 segreteria@federscherma.it CF 05271310582 P.iva 01382601001

## CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEI TEST DI SCREENING PER CORONAVIRUS-19

### Informativa sui test di screening

**TEST ANTIGENICO** - L'antigenico è il test definito comunemente come "tampone rapido". È un test di screening che permette di identificare gli antigeni del virus SARS-CoV-2. Il test antigenico rapido viene somministrato con la stessa modalità del tampone molecolare. Il test tuttavia, a differenza di quest'ultimo, non ricerca il genoma, ossia l'RNA virale, ma la presenza di proteine di superficie del virus chiamate anche antigeni. Il risultato positivo rileva la presenza dell'antigene SARS-CoV-2 nell'organismo; in questo caso il paziente dovrà effettuare il tampone molecolare, che rimane il test di riferimento per la diagnosi del virus SARS-CoV-2, ed osservare un periodo di autoisolamento.

**TEST SIEROLOGICO** - Il test sierologico (o immunologico) rileva la presenza nel sangue degli anticorpi specifici che il sistema immunitario produce in risposta all'infezione dal virus SARS-CoV-2. Il test si effettua attraverso il prelievo di un campione di sangue venoso ed è in grado di evidenziare la presenza o l'assenza di due tipi di immunoglobuline: le IgM e le IgG. Le IgM si sviluppano durante la fase acuta della patologia e il rilevamento della loro presenza nel sangue indica che l'infezione da Coronavirus è attualmente in corso. Le immunoglobuline IgG sopraggiungono oltre 15 giorni dalla contrazione del virus, indicano che il paziente ha sviluppato una risposta immunitaria. Se il risultato del test evidenzia la compresenza contemporanea delle due immunoglobuline, l'infezione da Coronavirus è ancora in corso, ma l'organismo sta sviluppando una memoria immunologica in risposta al virus. Il test non sostituisce il tampone ma fornisce informazioni complementari.

È doveroso ricordare che l'esito negativo del test, ovvero l'assenza di anticorpi, non dà certezza rispetto all'assenza di contagio, in quanto gli anticorpi si sviluppano almeno dopo 15 giorni dalla contrazione del virus.

Il tampone molecolare rimane tuttora il test di riferimento per la diagnosi di SARSCoV-2 ed è utilizzato per confermare un eventuale esito positivo del test antigenico rapido e del test sierologico.

### CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel/WhatsApp \_\_\_\_\_

### DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore / tutore legale del  
minore \_\_\_\_\_ (cognome e nome) nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Tel/WhatsApp \_\_\_\_\_

dichiara di avere letto la presente informativa e di averne compreso completamente il contenuto, di aver avuto la possibilità di porre domande e discutere dei test di screening, inclusi gli scopi e i possibili rischi. Dichiaro inoltre di essere stato informato che in caso di positività la stessa sarà comunicata ai Servizi Sanitari Pubblici competenti da parte della Struttura per l'adozione delle misure necessarie previste dalla normativa vigente.

Presto il consenso all'esecuzione del seguente test di screening:

☑ test antigenico (tampone nasale rapido)

☑ test sierologico (Pungidito)

IL MANCATO CONSENSO A QUANTO SOPRA IMPEDIRÀ L'ESECUZIONE DELL'ESAME

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

Ad integrazione dell'informativa sul trattamento dei dati personali per le prestazioni ambulatoriali presso codesta struttura, si segnala che i risultati del test saranno caricati su piattaforma web istituita dalla Regione Lazio e comunicati, oltre che al soggetto interessato, al Dipartimento di Prevenzione dell'ASL di appartenenza, al MMG e alle altre autorità sanitarie preposte e sono riconosciuti dal Sistema sanitario Regionale sia per l'adozione delle misure restrittive che per la loro revoca.