

*Preg.mo
Presidente
Regione _____*

*Preg.mo
Assessore Sanità
Regione _____*

*(Preg.mo
dirigente generale
dipartimento regionale
per attività sanitarie
e osservatorio
epidemiologico o altre
direzioni regionali
competenti)
Regione _____*

*Preg.mo
Direttore
(indicare direzione regionale
competente in materia
di prevenzione e vigilanza
su salute e sicurezza
sul lavoro
Regione _____)*

*Preg.mo Presidente
Unità di Crisi della
Regione _____
per la gestione dell'emergenza
epidemiologica da COVID-19*

*Preg.mo
Assessore alle
Politiche Sociali
Regione _____*

*Preg.mo Direttore
(Direzione Regionale
Competente presso
assessorato
politiche sociali)
Regione _____*

Oggetto: Richiesta esecuzione urgente di test diagnostici per rilevazione dell'infezione da Sars-Cov-2 su operatori e residenti, sintomatici e non, di strutture residenziali per persone con disabilità gestite da enti facenti parte della rete Anffas operanti nella regione _____.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ C.F. _____ in qualità di legale rappresentante di **Anffas Regione** _____ (Associazione Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale), con sede in _____, via _____ n. _____, C.F. _____

Premesso che

- **Anffas Regione** _____, in qualità di Organismo Regionale giuridicamente autonomo facente parte della unitaria struttura di **Anffas Onlus**, svolge funzioni di rappresentanza e attività di coordinamento tra le seguenti associazioni locali ed enti a marchio Anffas operanti nell'ambito del territorio della Regione:
 - 1) _____; 4) _____;
 - 2) _____; 5) _____;
 - 3) _____; 6) _____;
- Fra queste, le seguenti strutture locali Anffas o enti a marchio Anffas sono Enti gestori di strutture residenziali:
 - 1) Struttura _____ ente gestore _____ indirizzo _____;
 - 2) Struttura _____ ente gestore _____ indirizzo _____;
 - 3) Struttura _____ ente gestore _____ indirizzo _____;
 - 4) Struttura _____ ente gestore _____ indirizzo _____;
- In base al d.lgs. 81/2008 e al protocollo del 14 marzo 2020 stipulato tra Governo e parti sociali, ancor più per gli enti che gestiscono strutture di carattere residenziale, **vi è l'obbligo di garantire**, durante lo stato di emergenza di cui al DPCM 31 gennaio 2020, **la sicurezza rispetto al rischio di contagio da COVID-19 nei confronti del personale impiegato nei servizi e delle persone con disabilità che vivono nei centri residenziali** ritenute, peraltro, **soggetti particolarmente a rischio**;
- Nonostante la puntuale applicazione, da parte degli Enti gestori delle suddette strutture, di tutte le precauzioni volte a ridurre il pericolo di infezione da COVID-19, specialmente di quelle volte a favorire, ove possibile, l'isolamento rispetto all'esterno e il distanziamento sociale, **permane, comunque, il potenziale rischio che si verifichino episodi di contagio fra operatori e residenti, con risvolti drammatici**;
- Tale circostanza, fa emergere la necessità indifferibile di **innalzare ulteriormente il livello di prevenzione anche attraverso la ricerca attiva di potenziali casi tra i residenti e operatori, pure se asintomatici**;

Alla luce di quanto sopra, e delle raccomandazioni dell'Istituto Superiore di Sanità per la prevenzione e il controllo dell'infezione da Sars-Cov-2, posto che occorre fare ricorso, **sistematicamente e a scopo preventivo**, allo strumento dei test diagnostici su **abitanti ed operatori** delle strutture residenziali **sintomatici e non** al fine di rafforzare ulteriormente le misure di contrasto all'epidemia da COVID-19, con la presente

chiede

che vengano eseguiti, con urgenza, i test diagnostici per la rilevazione dell'infezione da Sars-Cov-2 su tutti gli operatori impiegati presso le strutture residenziali e persone ivi operanti e residenti, sintomatici e non, gestite da enti facenti parte della rete di Anffas Regione _____ in base al seguente prospetto:

STRUTTURA	N.OSPITI	N.OPERATORI

Si chiede la preventiva comunicazione di tempi e modi di esecuzione dei test diagnostici ai seguenti recapiti pec/tel _____;

Sono fatte salve future richieste di esecuzione di test diagnostici da parte della scrivente.

Rimanendo in attesa di sollecito riscontro si porgono

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____